



Master 2
Pilotage des politiques et actions en santé publique

Promotion : 2016-2017

**L'expérience subjective de travail des
médecins de famille à la lumière des
transformations du système de santé
québécois**

*Évolution de la pratique et épuisement professionnel des
médecins de famille québécois*

Mathilde SAVOLDELLI
Août 2017

Remerciements

L'accomplissement de cette expérience n'aurait pu être possible sans le concours de certaines personnes que je tiens à remercier.

J'adresse mes sincères remerciements à Nancy Côté, pour la confiance qu'elle m'a accordée, pour son accompagnement durant ces six mois et pour nos échanges toujours constructifs et agréables. Elle a grandement contribué à faire de ce stage une expérience épanouissante, je tiens à lui en témoigner ma profonde reconnaissance.

Je remercie chaleureusement Hubert Doyon, mon collègue de travail, pour son accueil, sa disponibilité et ses nombreux éclairages. Ce fut un plaisir de travailler à ses côtés.

Je remercie également mes collègues de travail – chercheurs, doctorants, et étudiants – grâce à qui ce stage est devenu un moment d'échange et de partage. Je tiens à souligner spécialement le soutien et l'accompagnement de Hassane Alami dont le regard éclairant a enrichi ce mémoire.

Je remercie vivement Véronique Daubas-Letourneux et Paula Cristofalo, qui m'ont guidé durant la préparation et le déroulement de ce stage, leurs conseils ont été précieux.

Ma reconnaissance s'adresse aussi à Arnaud Campéon, responsable du Master 2 PPASP, qui m'a aidé à trouver et à réaliser ce stage, je le remercie très sincèrement.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 1 |
| PARTIE PRÉLIMINAIRE : MISSIONS ET CONTEXTE DE STAGE | 6 |
| PARTIE 1 : TRANSFORMATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS ET BOULEVERSEMENTS DE LA PRATIQUE DE MÉDECINE FAMILIALE | 8 |
| I. Le système de santé au Québec : portrait d'une institution traversée par les changements. | 8 |
| A. Caractéristiques sociodémographiques | 8 |
| 1. Présentation du territoire..... | 8 |
| 2. Découpage socio-sanitaire du territoire..... | 9 |
| 3. État de santé de la population québécoise | 10 |
| B. Le système des services de santé et des services sociaux au Québec | 11 |
| 1. Normes fédérales et rôle du gouvernement provincial | 12 |
| 2. Historique du système socio-sanitaire du Québec | 12 |
| C. Fonctionnement de la première ligne | 18 |
| 1. Profil de la pratique de médecine familiale..... | 18 |
| 2. L'organisation de la médecine familiale au Québec..... | 21 |
| II. Les bouleversements de la pratique médicale au Québec et leurs impacts sur l'expérience subjective de travail des médecins de famille | 23 |
| A. L'évolution de la place du médecin..... | 23 |
| 1. La place du médecin... .. | 24 |
| 2. ...Remise en question | 25 |
| B. Le défi de l'adaptation aux changements du réseau de la santé québécois..... | 27 |
| 1. L'encadrement du lieu et du type de pratique des médecins..... | 27 |
| 2. La collaboration interprofessionnelle..... | 28 |
| 3. La transformation des UMF en GMF-U | 30 |
| 4. Une organisation devenue complexe..... | 31 |
| PARTIE 2 : ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL, L'EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DES MÉDECINS DE FAMILLE QUÉBÉCOIS | 32 |
| I. L'épuisement professionnel : contours d'une problématique en effervescence | 32 |
| A. L'épuisement professionnel : caractéristiques..... | 32 |
| B. L'épuisement professionnel des médecins : un constat international..... | 34 |
| C. Une situation stressante pour les médecins de famille québécois | 35 |
| II. Les facteurs subjectifs de <i>burn-out</i> | 36 |
| A. Facteurs relationnels | 36 |
| 1. Attentes à l'égard de la relation d'aide | 37 |
| 2. Réalité du terrain et déception | 38 |
| 3. Une responsabilité accrue | 40 |
| 4. Exigences émotionnelles | 41 |
| B. Facteurs organisationnels : une mobilisation intense..... | 42 |
| 1. Charge de travail élevée et horaires atypiques | 43 |
| 2. Travail bureaucratique | 43 |
| 3. Empiètement du travail sur la sphère personnelle | 45 |
| C. Facteurs culturels | 46 |
| 1. Valeurs, attentes à l'égard du travail..... | 46 |
| 2. Femmes médecins : une autre réalité | 51 |

| | |
|--------------------------------|-----------|
| Conclusion..... | 56 |
| Bibliographie..... | 59 |
| Liste des annexes | 69 |
| Note réflexive | 73 |

Liste des sigles utilisés

| | |
|------------|---|
| AMP | Activités médicales particulières |
| AMQ | Association médicale du Québec |
| AQESSS | Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux |
| ARS | Agence régionale de santé |
| CERSSPL-UL | Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval |
| CHSLD | Centres d'hébergement et de soins de longue durée |
| CISSS | Centres intégrés de santé et de services sociaux |
| CIUSSS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| CLSC | Centres locaux de services communautaires |
| CMQ | Collège des médecins du Québec |
| CRSSS | Conseils régionaux de la santé et des services sociaux |
| CSBE | Commissaire à la santé et au bien-être |
| CSSS | Centres de santé et de services sociaux |
| DME | Dossier médical électronique |
| DRMG | Département régional de médecine générale |
| DSC | Départements de santé communautaire |
| FMOQ | Fédération des médecins omnipraticiens du Québec |
| GMF | Groupe de médecine de famille |
| GMF-U | Groupe de médecine de famille universitaire |
| INSEE | Institut national de la statistique et des études économiques |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| IPSPL | Infirmières praticiennes spécialisées de première ligne |
| ISQ | Institut de la statistique du Québec |

Mathilde SAVOLDELLI-

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2016-2017

| | |
|--------|---|
| MSP | Maisons de santé pluriprofessionnelles |
| MSSS | Ministère de la santé et des services sociaux |
| OCDE | Organisation de coopération et de développement économiques |
| PREM | Plans régionaux d'effectifs médicaux |
| QVT | Qualité de vie au travail |
| RAMQ | Régime/Régie d'assurance maladie du Québec |
| RIPOST | Recherches sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail |
| RLS | Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux |
| RSSS | Réseau de la santé et des services sociaux |
| URML | Union régionale des médecins libéraux |

INTRODUCTION

Dans le cadre du Master II Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique, il est demandé aux étudiants d'effectuer, au second semestre, un stage de quatre à six mois. Marquant le début d'une transition entre vie étudiante et vie professionnelle, ce stage est une étape importante dans la construction du projet professionnel. La formation suivie en Master II a entériné mon désir de participer à l'élaboration et à la mise en place de programmes ou politiques dans le secteur de la santé. Particulièrement intéressée par les thématiques en lien avec les impacts des changements organisationnels, technologiques et culturels des systèmes socio-sanitaires sur la pratique des professionnels de santé, je me suis donc appliquée à trouver le stage qui me donnerait le meilleur aperçu de mes choix d'orientation professionnelle. Aspirant à me confronter à une autre culture de travail et à mettre en œuvre les connaissances théoriques et pratiques acquises jusqu'alors au service d'un autre système de santé, j'ai choisi d'effectuer mon stage au Canada. Apprécier les enjeux de ce système de santé était aussi l'occasion d'affiner ma compréhension du système socio-sanitaire français tout en essayant d'amener des éléments de réflexion. Le développement historique de la promotion de la santé dans ce pays qui a débouché sur la Charte d'Ottawa en 1986, et les projets d'actions communautaires mis en place retenaient mon attention depuis longtemps. C'est plus précisément vers la province du Québec que je me suis dirigée, où les changements récents du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) québécois sont au cœur de plusieurs recherches. C'est dans ce contexte marqué par les changements que ce mémoire s'intéresse à la santé des médecins de famille québécois.

La plupart des Etats-providences ont engagé des réformes de leur système de santé ces dernières années (Palier, 2004). Elles visent principalement la régulation de leurs systèmes qu'elles tentent de recomposer en conciliant les préoccupations socio-sanitaires de leurs populations et la maîtrise des dépenses de santé (Rigaud et Gagnon, 2006). Ces réformes font émerger de nombreuses interrogations relatives à leurs impacts sur les professionnels de santé, portes d'entrées des systèmes de soins. Reflet de ces changements, le système de santé du Québec a subi des transformations majeures ces dernières décennies. Des réformes qui ont pour objectifs principaux le renforcement de la première ligne et l'optimisation des dépenses de santé (Bergeron et Gagnon, 2003). Car si le système public de santé du Québec offre une bonne qualité des soins, son accès y demeure limité par la problématique de la file d'attente, ce qui préoccupe bon nombre de citoyens. Depuis 2015, une importante réforme du RSSS québécois a entamé un fort mouvement de centralisation du système de santé. Par son ampleur, cette réforme est considérée comme la plus importante depuis celle de 1970 qui avait abouti à la création du Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ). La réforme de 2015

engendre des enjeux organisationnels et professionnels majeurs à tous les niveaux, la première ligne étant notamment impactée. Deux projets de loi (détaillés dans la Partie I) constituent le cœur de cette réforme et touchent particulièrement les médecins de famille. De par les contraintes et les injonctions qui en découlent, nombreux la perçoivent comme une atteinte à leur autonomie professionnelle et la menace d'une augmentation de la charge de travail.

Cette réforme intervient dans un contexte où la profession médicale, à l'instar du monde du travail en général, est en train de subir des mutations. Elles se caractérisent notamment par le développement des nouvelles technologies, l'évolution du rapport médecin-patient, les contraintes administratives de plus en plus lourdes et les objectifs de performance auxquels sont astreints les médecins, la féminisation de sa main d'œuvre (Contandriopoulos et Fournier, 2007 ; Fortin et al., 2014), et la place grandissante de la question de l'équilibre entre vie personnelle et professionnelle désiré par les jeunes médecins (Lapeyre et Robelet, 2007).

C'est ce cadre contextuel qui a guidé mes recherches bibliographiques au sujet de la santé des médecins. Faisant l'objet d'un nombre croissant d'études, la littérature à ce sujet dirige rapidement vers le concept d'épuisement professionnel. En effet, les études indiquent que, par rapport à la population générale, les médecins souffrent plus fréquemment d'épuisement professionnel (Center, 2003 ; Shanafelt et al., 2015). Récemment, une enquête américaine menée par le Dr Tait Shanafelt et publiée dans *Archives of Internal Medicine* a souligné que l'épuisement professionnel atteint des « *niveaux alarmants* » (Shanafelt et al., 2015). Selon Sandra Roman, médecin-conseil au Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ), « *Jamais l'environnement dans lequel se pratique la médecine n'a été plus propice à l'épuisement professionnel* »¹.

Véritable institution du soin de première ligne au Québec, le médecin de famille est un acteur indispensable du système de santé dont la performance peut être compromise lorsque son état de santé est négligé (Roman et Prévost, 2015). En effet, l'importance d'avoir des médecins en santé est un élément indissociable à la prestation de soins de qualité et à l'accès aux soins (Wallace, 2009). Ainsi, l'effervescence des problèmes de santé des médecins (Roman et Prévost, 2015) illustre un problème de santé publique (Vézina, 2008), dont il est important de se saisir. L'enjeu majeur que constitue la préservation de la santé des médecins conduit à poser le questionnement suivant : dans quelle mesure les transformations du monde du travail et les bouleversements du réseau québécois de la santé et des services sociaux peuvent-ils avoir une influence sur l'état de santé des médecins de famille québécois ?

¹ <http://santeinc.com/2014/05/brule-le-medecin/>

Répondre à cette question suppose de tenir compte de l'intrication de multiples facteurs. C'est à travers une étude exploratoire, inscrite dans le cadre d'une démarche de recherche qualitative, que j'ai souhaité appréhender ce sujet, en comprenant l'environnement culturel et organisationnel dans lequel évoluent les médecins de famille québécois et en identifiant des facteurs qui pourraient être à l'origine de leur épuisement professionnel. Le sujet de ce mémoire s'inscrit dans le cadre d'une recherche sur les transformations du rapport au travail des médecins de famille québécois. C'est d'ailleurs auprès de l'équipe de cette recherche que j'ai réalisé mon stage (dont les missions sont développées dans la partie préliminaire qui suit). Pour mieux comprendre le rapport au travail des médecins de famille, cette recherche privilégie la perspective théorique des parcours de vie. Cette approche permet de saisir l'évolution dans le temps du rapport au travail, façonné par les événements de la vie au travail et hors travail, et les événements qui surviennent dans la vie des proches des individus. À la lumière de cette approche et grâce à la multidimensionnalité adoptée par cette étude, j'ai pu recueillir et analyser les événements de santé survenus dans la vie des individus. La préparation de ce stage a donc consisté à réaliser une revue de la littérature scientifique et de documentation grise (comprenant des comptes rendus de réunions de l'équipe de recherche et du comité consultatif, et des documents constitutifs du projet de recherche tels que le protocole de recherche, le formulaire de demande d'approbation éthique, le schéma d'entrevue). La succession de plusieurs étapes a entretenu ma méthodologie suite à mon arrivée sur le lieu de stage. La revue de la littérature a été poursuivie dans une perspective socio-historique du système de santé québécois afin de mieux comprendre les enjeux contemporains du réseau de la santé de cette province. Ensuite, la compréhension du projet d'étude a été prolongée par le recueil d'éléments empiriques issus des échanges avec les membres de l'équipe de recherche, de ma participation aux réunions de l'équipe de recherche et du comité consultatif, ainsi que la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès des médecins de famille québécois. Les participants ont été recrutés dans la région de Québec, laquelle constitue une zone mixte présentant à la fois des réalités urbaines et rurales. Les critères d'inclusion tenaient notamment compte du lieu de pratique, de la diversité hommes/femmes et du nombre d'années de pratique. Le recrutement s'est effectué par l'envoi de courriels par le Département régional de médecine générale (DRMG)². Au total, trente-cinq entretiens semi directifs (annexe 1), d'une durée moyenne de 90 minutes, ont été réalisés par notre équipe auprès des médecins de famille entre février et mai 2017. Pour ce faire, un guide

² Au sein de chaque Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), un DRMG est institué. Ce département est composé de tous les médecins omnipraticiens qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui pratiquent dans la région. Il est doté de plusieurs responsabilités en lien avec l'organisation des services médicaux généraux et leur accessibilité.

d'entretien avait préalablement été développé par l'équipe de recherche et incluait des blocs de questions relatifs à la trajectoire professionnelle et les évolutions de la pratique dans le temps, aux représentations de la pratique médicale, et aux enjeux d'articulation entre la vie au travail et la vie hors travail comportant des informations sur la santé. Ces entretiens ont tous été enregistrés et retranscrits en vue d'une analyse. Cette dernière s'est réalisée de façon thématique grâce à la rédaction de résumés compréhensifs. En outre, les rencontres lors des réunions de l'équipe de recherche ou du comité consultatif, et les échanges avec les collègues de travail (enseignants chercheurs, professionnels de recherche, doctorants, étudiants) et membres du Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL) ont constitué de considérables et riches sources d'informations.

Il est à noter que mon ambition d'interroger des résidents en médecine familiale (l'équivalent des internes en médecine en France), n'a pas pu voir le jour. En effet, comme composante du projet de recherche principal, des entrevues auprès de cette population auraient pu permettre de bonifier les données recueillies auprès des médecins de famille. Bien que le Comité d'éthique et de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale Nationale³ ait délivré son approbation éthique à ce « sous-projet » proposé de ma part, le déroulement des entretiens n'a pu avoir lieu pour des raisons temporelles. L'envoi d'un courriel de recrutement aux résidents n'a pu se faire avant le mois de juin, et les disponibilités des résidents étaient très limitées à cette période, ceci en plus des échéanciers du stage.

Au Québec, dès lors qu'un projet de recherche a pour sujet de recherche des êtres humains, il nécessite d'être évalué par un Comité d'éthique qui s'assure de la validité du projet sur le plan éthique et scientifique, et qui délivre à cet effet une approbation éthique. Cette dernière autorise la réalisation de la recherche. Le cheminement de la demande d'approbation d'éthique suppose de soumettre un dossier au comité, puis de rencontrer le comité afin de présenter le projet et d'échanger sur les modalités du recrutement des sujets et sur le respect de plusieurs principes éthiques dont celui de la confidentialité des données.⁴

Comme susmentionné, l'approbation éthique est délivrée à condition que le respect de plusieurs principes, dont celui de confidentialité des données et l'anonymat des participants soient garantis et préservés. À ce titre, les données à caractère personnel telles que les retranscriptions d'entretiens et les documents d'analyse doivent être protégées et ne peuvent

³ Le CIUSSS de la Capitale Nationale correspond au périmètre géographique de la ville de Québec.

⁴ <http://www.ciuss-s-capitalenationale.gouv.qc.ca/expertise-et-partenariat/la-recherche/ethique-de-la-recherche/le-comite-dethique-de-la-recherche>

être accessibles qu'aux chercheurs impliqués directement dans le projet. C'est pourquoi, ces documents n'apparaissent pas en annexe de ce mémoire.

Ce mémoire tente de mettre en résonance les éléments empiriques issus des entretiens semi-directifs réalisés auprès des trente-cinq médecins de famille québécois avec les données issues de la littérature. Pour ce faire, il est articulé en trois parties. Une partie préliminaire pose le contexte du stage, les missions et le lieu de son déroulement. La partie I présente le système de santé québécois en le situant historiquement afin d'aborder les changements qui le traversent ces dernières années et auxquels doivent s'adapter les médecins de famille, parfois au détriment de leur santé. La partie II pose les contours du concept d'épuisement professionnel et se consacre à l'exploration des éléments subjectifs pouvant conduire les médecins de famille à l'épuisement professionnel.

Afin de respecter l'anonymat des participants, les noms des médecins ont tous été changés.

Dans ce mémoire, les termes *médecins de famille*, *médecins généralistes* et *omnipraticiens* sont utilisés de façon indifférenciée, tout comme les termes *burn-out* et *épuisement professionnel*.

PARTIE PRÉLIMINAIRE : MISSIONS ET CONTEXTE DE STAGE

Projet de recherche sur l'évolution du rapport au travail des médecins de famille québécois

Missions de stage

Convergeant avec mes intérêts d'études, j'ai été associée au projet de recherche de l'équipe RIPOST (Recherches sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail) intitulé « *Émergence d'un nouveau rapport au travail dans les professions libérales ? Analyse dynamique des transformations du travail et des parcours de vie. Le cas des médecins de famille québécois* ». Cette recherche vise à comprendre les transformations du rapport au travail de trois cohortes de médecins, soit ceux qui ont amorcé leur pratique avant 1991, entre 1991 et 2002 et après 2002. Cette étude comparative du rapport au travail entre différentes générations contribuera à répondre à trois objectifs spécifiques. Premièrement, connaître et comprendre les représentations du travail des médecins ainsi que leurs comportements en emploi. Deuxièmement, identifier les divers changements entre les trois cohortes et l'inscription de ces changements dans leur parcours de vie. Troisièmement, déceler les facteurs à la source des changements et plus précisément les facteurs culturels, ceux liés à l'activité de travail et aux situations de vie personnelle et familiale ainsi que les interrelations entre les trois. Pour répondre à ces trois objectifs, une démarche en deux volets a été privilégiée. Le premier, quantitatif, présente à l'aide des données administratives et d'enquêtes un profil différencié, selon le genre et l'âge, de la situation professionnelle actuelle et de la conciliation entre la vie au travail et la vie hors travail, des médecins de famille au Québec. Le second volet, qualitatif, comprend la réalisation de trente-cinq entretiens semi-directifs auprès de médecins de famille. C'est dans ce second volet que s'est inscrite ma mission de stage. Cette dernière a notamment consisté à réaliser des entretiens, à les analyser par le biais de résumés compréhensifs décomposés en plusieurs thématiques, à participer à la rédaction de l'un des articles scientifiques qui découle de cette recherche et à participer aux rencontres et réunions de l'équipe de recherche et du comité consultatif composé de six médecins et de trois enseignants-chercheurs.

Lieu de stage

C'est au sein du CERSSPL-UL de Québec, dont les intérêts de recherche-évaluation sont l'amélioration de l'intégration, de la continuité et de l'accessibilité des soins et services de santé et des services sociaux de première ligne, que j'ai réalisé mon stage. Le CERSSPL-UL

est affilié au CIUSSS de la Capitale Nationale, ce qui rend le modèle d'organisation de la recherche au Québec d'autant plus intéressant qu'il est intégré à l'intérieur des organismes décisionnels. Né de la fusion de onze établissements publics le 1^{er} avril 2015, le CIUSSS de la Capitale-Nationale offre des soins de santé et des services sociaux de proximité, de la prévention jusqu'aux soins de fin de vie, à toute la population sur un territoire donné. Il assure également une mission universitaire par l'intégration de quatre instituts universitaires et de quatre centres de recherches. Il développe avec ces derniers des activités de recherche, d'enseignement, d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts⁵. Parmi l'un des plus grands établissements au Québec, le CIUSSS de la Capitale-Nationale compte plus de 16 000 employés.

Les CI(U)SSS pourraient être comparés en partie aux Agences régionales de santé (ARS) françaises. Ces agences chargées du pilotage de la politique de santé à l'échelle régionale, sont des établissements publics administratifs placés sous la tutelle du ministère de la santé⁶.

Le CERSSPL-UL s'inscrit ainsi dans une perspective de recherche interventionnelle qui se veut utile pour la prise de décision, ceci en priorisant des démarches collaboratives et partenariales avec l'ensemble des acteurs et parties prenantes du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, tels que les chercheurs, les décideurs, les praticiens, les gestionnaires, les experts de terrains et les citoyens.

Ainsi, ma contribution à ce projet de recherche, mon immersion au sein du centre de recherche et les nombreux échanges avec les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux québécois, m'ont permis d'appréhender la complexité des transformations inhérentes au système de santé québécois et les enjeux organisationnels et professionnels que cela engendrait, et ont concouru à alimenter continuellement mes réflexions pour construire le sujet de ce mémoire.

⁵ <http://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/>

⁶ <https://www.ars.sante.fr/index.php/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>

PARTIE 1 : TRANSFORMATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS ET BOULEVERSEMENTS DE LA PRATIQUE DE MÉDECINE FAMILIALE

Depuis plusieurs décennies, le système de santé québécois subit d'importantes transformations qui impactent notamment l'organisation des soins et services de la première ligne dont les médecins de famille constituent des acteurs incontournables. S'inscrivant dans la continuité de ces changements, la réforme de 2015 s'affaire à restructurer le RSSS québécois et à encadrer la pratique médicale. Contraints mais aussi vulnérabilisés, les médecins de famille doivent s'adapter à ces changements. Pour le comprendre, il s'agira d'éclairer les principales évolutions historiques qu'a connu le système de santé québécois (I) avant d'appréhender leurs retombées sur la profession de médecin de famille (II).

I. Le système de santé au Québec : portrait d'une institution traversée par les changements

Cette partie dresse les caractéristiques sociodémographiques de la province de Québec (A), avant de situer historiquement les évolutions de son système de santé (B), et d'expliquer le fonctionnement de la première ligne (C).

A. Caractéristiques sociodémographiques

1. Présentation du territoire

a) Un vaste territoire aux conditions climatiques et géographiques rigoureuses

Le Québec est une province de la fédération canadienne située au nord-est de l'Amérique du Nord, et dont la capitale est Québec. Cet immense territoire dont les frontières ceinturent une superficie de 1 667 441 kilomètres carrés, équivaut à plus de trois fois celle de la France. Les espaces urbains et agricoles représentent seulement 2% du territoire québécois, lequel est pour l'essentiel recouvert de forêts, d'eau, et de zones arctiques. L'abondance de ses cours d'eau, le place parmi l'un des territoires disposant de la plus grande réserve d'eau douce du monde.

Connu pour ses conditions climatiques froides et humides, la position nordique et maritime du Québec lui fait atteindre une température annuelle moyenne près du point de congélation, soit -1°C.

b) Une faible densité populationnelle

En 2016, le Québec comptait 8 287 800 habitants, soit près de 23% de l'ensemble de la population canadienne. La densité de population est de 6,4 habitants/km² (ISQ⁷, 2016). À titre de comparaison, la France métropolitaine compte 118 habitants/km² (INSEE, 2015). Le Québec est un territoire inégalement peuplé, plus de 80% de ses résidents vivent en milieu urbain, principalement dans l'agglomération montréalaise et sa périphérie.

c) Caractéristiques démographiques

En augmentation depuis plusieurs décennies, la population du Québec devrait atteindre 10 millions d'ici à 2061 (ISQ, 2016). Cette augmentation résulte principalement d'un accroissement naturel positif, d'un solde migratoire élevé, et de l'augmentation de l'espérance de vie (ISQ, 2016). La population québécoise compte une proportion un peu plus grande de femmes (50,3%) que d'hommes (49,7%).

2. Découpage socio-sanitaire du territoire

Le Québec est divisé en dix-huit régions socio-sanitaires. Celles-ci peuvent être regroupées en quatre grandes catégories : les régions universitaires, les régions périphériques, les régions intermédiaires et les régions éloignées. La région n°3, telle qu'illustrée sur la carte ci-dessous, est celle de la Capitale-Nationale où s'est déroulé mon stage.

⁷ Institut de la statistique du Québec

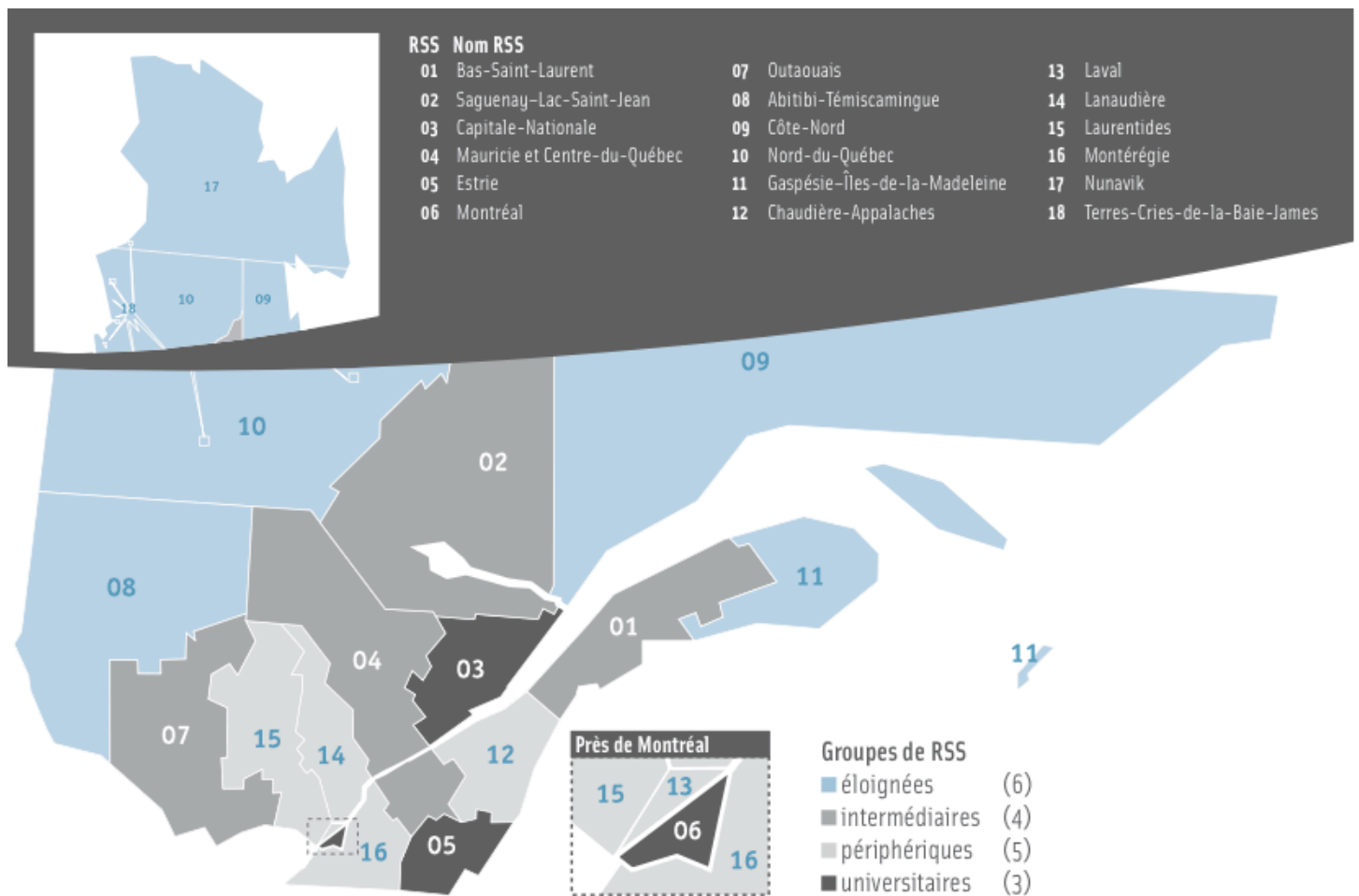


Figure 1 : Les régions socio-sanitaires québécoises. (Source : MSSS Québec, 2015)

3. État de santé de la population québécoise

a) L'évolution des besoins en santé

L'espérance de vie à la naissance au Québec est l'une des plus élevées du monde, elle atteint 82,2 ans, hommes et femmes réunis, en 2015. De 80,2 ans pour les hommes et de 84,1 ans pour les femmes, c'est environ trente années d'espérance de vie à la naissance qui ont été gagnées en moins d'un siècle (ISQ, 2016). Cette amélioration coïncide avec la hausse encore plus marquée de l'espérance de vie à 65 ans. En effet, la population est vieillissante au Québec, la part des 65 ans et plus a largement augmenté ces quarante dernières années, atteignant 18,1% en 2016, et devrait continuer de croître pour les prochaines années (ISQ, 2016).

L'augmentation des maladies chroniques et des comorbidités sont des variables importantes des changements des besoins en santé (AMQ⁸, 2015). Le Commissaire à la santé et au bien-

⁸ Association médicale du Québec

être (CSBE, 2010) du Québec parle même d'un changement de paradigme en termes de production et de dispensation des soins et services de santé compte tenu de cette nouvelle réalité. La moitié de la population âgée de 12 ans et plus souffre d'au moins une maladie chronique, et 45% des 20 ans et plus souffre de deux maladies chroniques ou plus (AQESSS⁹, 2014). Les mauvaises habitudes de vie souvent liées aux inégalités sociales de santé, expliquent en partie cette situation. À ce titre, l'obésité constitue un problème en hausse au Québec. Sa prévalence dans la population adulte québécoise (16,4%) est relativement plus faible que celle du Canada (18%) (INSPQ¹⁰, 2013), mais demeure supérieure à celle de nombreux pays de l'OCDE.

En outre, les inégalités sociales de santé persistent et auraient même tendance à augmenter ces dernières années (INSPQ, 2008). Elles se traduisent notamment par un écart d'espérance de vie estimé en moyenne à cinq ans entre les plus défavorisés et les groupes les plus privilégiés (Frohlich et al., 2008), des taux plus élevés de maladies chroniques, et une mortalité prématurée (INSPQ, 2008). À titre d'exemple, un écart de l'espérance de vie de neuf ans est rapporté entre l'Est et l'Ouest de la ville de Montréal (CIUSSS de l'Est-de-l'Île de Montréal, 2016).

b) Adaptation de l'offre de santé

L'offre en soins et services de santé a dû s'adapter à l'évolution des besoins et des attentes. Le volume mais aussi la nature de cette offre ont changé. Cela résulte essentiellement des nouvelles connaissances scientifiques et des nouvelles technologies (AMQ, 2015), mais aussi de l'émergence du concept de patient consommateur de soins et le besoin d'une implication soutenue des patients dans la gestion de leur maladie et santé, notamment ceux atteints de maladies chroniques (Pierron, 2007). Le déploiement de nombreux équipements et médicaments, l'informatisation des données de santé et la télésanté participent à ces changements (AMQ, 2015). De plus, l'approche globale de la santé et l'augmentation du travail en interdisciplinarité modifient la nature des soins de santé.

B. Le système des services de santé et des services sociaux au Québec

Au Québec, les services de santé et les services sociaux sont intégrés sous la tutelle du même ministère dans le but de favoriser une approche globale de la prise en charge des personnes et des populations. Pour comprendre le fonctionnement de ce système, revenons d'abord sur les mécanismes d'articulation à l'œuvre entre l'échelon fédéral et l'échelon provincial en

⁹ Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

¹⁰ Institut national de santé publique du Québec

matière de politiques de santé. La suite de la partie s'appliquera à retracer les principales évolutions historiques du RSSS québécois depuis la mise en place du système public de santé en 1960.

1. Normes fédérales et rôle du gouvernement provincial

Au sein de la fédération canadienne, le Québec est une démocratie parlementaire qui dispose de son propre système politique, lequel repose sur l'exercice des pouvoirs législatif, exécutif, et judiciaire. Cela suppose un partage des compétences entre l'échelon fédéral et l'échelon provincial. L'organisation et la gestion des politiques de santé sont une attribution provinciale en vertu de l'article 92 de la loi constitutionnelle de 1867. Le gouvernement fédéral occupe toutefois un espace politique relativement important, notamment en matière de financement du système. Depuis la loi canadienne sur la santé de 1984, l'octroi de fonds aux provinces par le gouvernement fédéral est conditionné par le respect de cinq critères opposables que sont la gestion publique, l'intégralité des services, l'universalité, l'accessibilité, et la transférabilité (c'est-à-dire assurer une couverture aux personnes lorsqu'elles sont dans une autre province ou en dehors du Canada) (Gouvernement du Canada, 2012). Le gouvernement canadien peut ainsi contraindre les provinces en limitant ses subventions et agir directement sur la quantité des prestations et des services de santé disponibles (Rigaud et Gagnon, 2006).

2. Historique du système socio-sanitaire du Québec

Depuis les années 1960, la tendance au Québec est à la fusion et l'intégration hiérarchique des organisations qui dispensent des services de santé et des services sociaux. En trois décennies, trois commissions d'enquête ont été le prélude de changements majeurs dans les orientations du système de santé, à savoir la Commission Castonguay-Nepveu (1967-1972), la Commission Rochon (1985-1988), et la Commission Clair (2000). Enfin, la réforme de 2015 entame une restructuration du RSSS par la poursuite de sa centralisation et l'encadrement de la pratique médicale.

a) Mise en place du système public de santé : période 1960-1975

De type Beveridgien, le système de santé au Québec est intégré, public et gratuit du point de vue des services (Rigaud et Gagnon, 2006). Entamée en 1960 avec la Loi nationale d'assurance hospitalisation, l'instauration d'un régime universel d'assurance santé au Québec résulte des recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu qui aboutiront notamment à la création du RAMQ en 1970. S'ensuit à partir de 1971, la réorganisation provinciale de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux qui se manifeste par l'intégration des services de santé aux services sociaux dans une perspective de régionalisation, la création du ministère des Affaires sociales, et l'attribution d'importants

pouvoirs au ministre dans une quête d'optimisation et de rationalisation du système de santé (Bergeron et Gagnon, 2003). Il en découle la création de 12 Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), et l'implantation de centres locaux de services communautaires (CLSC) pour dispenser des services de santé et des services sociaux de première ligne tout en faisant de l'action communautaire, ainsi que l'institution de centres hospitaliers avec une gestion administrative distincte de la gestion médicale. Craignant de voir compromises leur liberté et leur autonomie professionnelle (Plourde, 2017) notamment du fait de la salarisation impliquée par les CLSC, les médecins ont largement rejeté ces structures. Cela a favorisé au contraire « l'expansion des cabinets et polycliniques privés qui demeurent les principaux dispensateurs des soins médicaux de première ligne » (Desrosiers et Gaumer, 2004). De plus, trente-deux départements de santé communautaire (DSC) sont implantés dans autant de centres hospitaliers et visent l'intégration de la santé publique à l'ensemble du système de santé. Cette période caractérise aussi le virage de la santé publique vers la santé communautaire (Bergeron et Gagnon, 2003).

b) Effort de rationalisation et de maîtrise des coûts : période 1975-2000

A partir des années 1980, les interrogations sur le poids des dépenses de santé dans les finances publiques et sur les bénéfices pour l'état de santé de la population mènent à une révision de la législation sur les services de santé et les services sociaux. L'accès aux soins demeure une préoccupation majeure compte tenu de l'étirement du temps d'attente. Pour tenter d'y remédier, des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) sont institués et visent à encadrer le lieu d'établissement des médecins en les incitant à aller travailler en région. Sont instaurées dans la même période les « Activités médicales particulières (AMP) », qui, sous couvert de sanctions financières, obligent les médecins de famille à combler les lacunes dans certains milieux de pratique déterminés en fonction des besoins existants. Nous expliciterons dans la suite du développement les effets contraignants des PREM et des AMP sur la pratique des médecins de famille. La commission Rochon est à l'origine de la plupart des orientations prises à partir des années 1990. Les CRSSS deviennent des Régies régionales de la santé et des services sociaux (1992), et deviendront des Agences de santé et des services sociaux en 2003. On assiste à une décentralisation progressive du système par l'accroissement des compétences allouées aux acteurs régionaux. S'enclenche aussi le virage ambulatoire du réseau québécois de la santé à partir de 1995 qui se traduit notamment par la réduction de la durée de séjour à l'hôpital et l'augmentation des soins à domicile dispensés par des intervenants de divers établissements.

c) Début de la réorganisation du réseau de la santé : période 2000-2015

En 2000, la Commission Clair dresse un nouveau bilan qui révèle des problématiques similaires à celles de la Commission Rochon. Il découle des recommandations de ce rapport la création des Groupes de médecine de famille (GMF) en 2002 afin de renforcer la première ligne en favorisant le travail en interdisciplinarité en vue d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins. Il s'agit de cliniques, à mi-chemin entre le cabinet privé et l'établissement public, au sein desquelles sont regroupés des médecins de famille qui travaillent en collaboration avec d'autres professionnels tels que des infirmier(e)s, pharmaciens, travailleurs(es) sociaux, psychologues, et nutritionnistes. Ces professionnels sont des salariés du gouvernement mis à disposition des médecins dans le cadre du contrat de service GMF qui lie les médecins au gouvernement. Chaque patient est inscrit auprès d'un médecin du groupe et a accès à une offre de service étendue. Le financement de l'administration et de la prestation de certains services du GMF (personnel infirmier, travailleurs sociaux, personnel administratif) par le gouvernement est conditionné par la garantie d'un certain nombre d'heures d'ouverture et par le suivi d'un nombre minimum de patients. Le modèle des GMF est pensé à partir de celui des cliniques et polycliniques privées qui avaient été développés par les médecins en réaction à la mise en place des CLSC (Plourde, 2017). La très grande majorité des médecins en GMF sont rémunérés à l'acte. À la différence des CLSC qui sont des établissements publics, les GMF sont pour la majorité la propriété privée des médecins du groupe.

Ces GMF peuvent être comparés aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) qui existent en France. Les MSP sont composées de plusieurs professionnels de santé qui exercent en libéral et dont le mode de rémunération principal est le paiement à l'acte. Ces maisons de santé dispensent des soins de premiers recours sans hébergement. Le financement public de ces structures suppose le respect d'un cahier des charges national et la validation d'un projet de santé par l'ARS¹¹.

Le nouveau cadre de gestion GMF de 2015-2016 ancrera le passage d'une première ligne structurée autour d'établissements publics que sont les CLSC vers les GMF par le transfert des ressources professionnelles des CLSC vers les GMF pour donner naissance à ce qu'on appelle désormais des « supercliniques » qui pourraient être l'équivalent de « mini-urgences »¹². En outre, en 2003 sont créés les Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) au sein desquels sont fusionnés des établissements (les CLSC, les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les Centres hospitaliers) en

¹¹ <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>

¹² Les mini-urgences au sens d'urgences légères

Centres de santé et de services sociaux (CSSS : ancêtres des CISSS et CIUSSS après la réforme de 2015), responsables d'organiser et de fournir les services de première ligne sur le plan local. Au nombre de 95, les CSSS constituent une offre de soins de proximité censée répondre aux défis attachés au concept de responsabilité populationnelle. La responsabilité populationnelle suppose que les autorités ont une responsabilité vis-à-vis de la santé des individus de leur territoire, particulièrement en ce qui a trait à l'accessibilité, au suivi et à la coordination des services de santé destinés à la population (Alami et al., 2015). Ainsi, ce

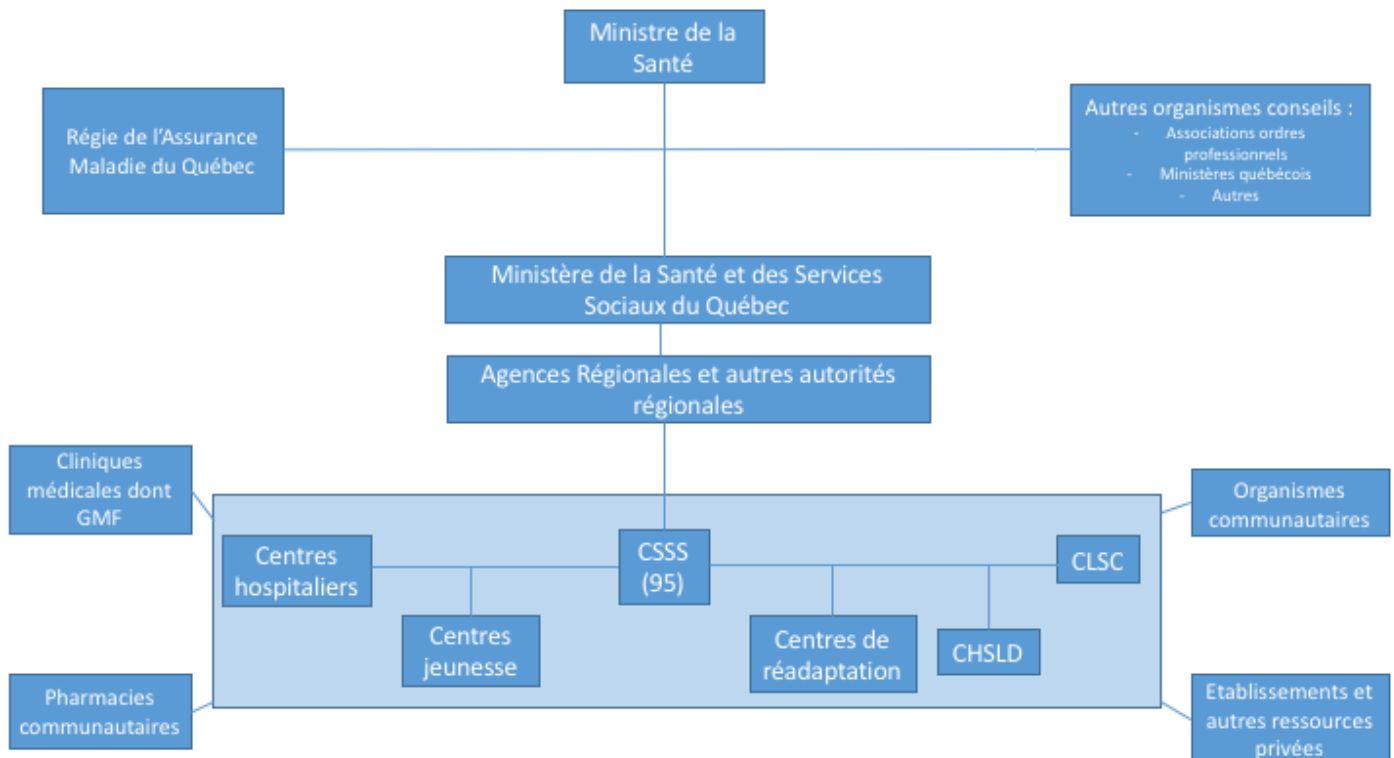


Schéma 1. Organisation du réseau de la santé québécois avant la réforme de 2015. (Source : adapté du schéma du MSSS, 2009)

maillage des services et des pourvoyeurs de soins forme le réseau local de services qui pérennise l'approche intégrée des services de santé et des services sociaux québécois. La réforme des années 2000 amorce toutefois une centralisation du système de santé québécois qui sera poursuivie par la réforme de 2015.

d) *La réforme du ministre Barrette de 2015 : la restructuration du réseau de la santé et l'encadrement de la pratique médicale*

Une importante réforme du réseau de la santé québécois a été entamée par le ministre de la santé et des services sociaux, Gaétan Barrette, depuis 2015 par la *Loi 1 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (MSSS, 2017). Par son ampleur, cette réforme est

considérée comme la plus importante depuis celle de 1970 qui a abouti à la création du RAMQ. La réforme de 2015 engendre des enjeux organisationnels et professionnels majeurs sur la première ligne. Elle réduit de plus de 80% le nombre d'établissements appartenant au réseau québécois de la santé et des services sociaux avec la création des Centres Intégrés de Santé et de Services Sociaux (CISSS) et des Centres Intégrés Universitaires de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS) qui remplacent les CSSS. De plus, elle supprime les Agences de santé et des services sociaux dont les fonctions et responsabilités sont désormais partagées entre le MSSS et le CIUSSS. Cette réforme fait émerger des inquiétudes relatives à une centralisation importante, impliquant des processus décisionnels « *top down* » éloignés des réalités locales. De plus, beaucoup d'inconnus persistent autour des transformations organisationnelles et professionnelles qui découlent de cette réforme. Cette dernière génère un sentiment d'insécurité de la part des différents acteurs sur le terrain et des changements de culture majeurs qui concernent tant le personnel administratif que les professionnels de santé. Ces transformations organisationnelles ont d'ailleurs des impacts sur la santé des travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux. En effet, selon un sondage réalisé en 2017 sur la santé psychologique des membres du syndicat de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux, 60% des répondants présenteraient un niveau de détresse psychologique élevé ou très élevé¹³. Parmi ces travailleurs, 57,7% attribuent la détérioration de leur situation aux transformations organisationnelles conséquentes à l'adoption de la Loi 1. Cela n'est d'ailleurs pas sans lien avec la croissance du nombre d'arrêt maladie des employés du réseau de la santé pour problèmes psychologiques¹⁴.

¹³ <https://www.apsq.com/fr/sante-psychologique.aspx>

¹⁴ <http://www.journaldemontreal.com/2017/07/11/le-nombre-de-conges-de-maladie-pour-sante-mentale-a-explose>

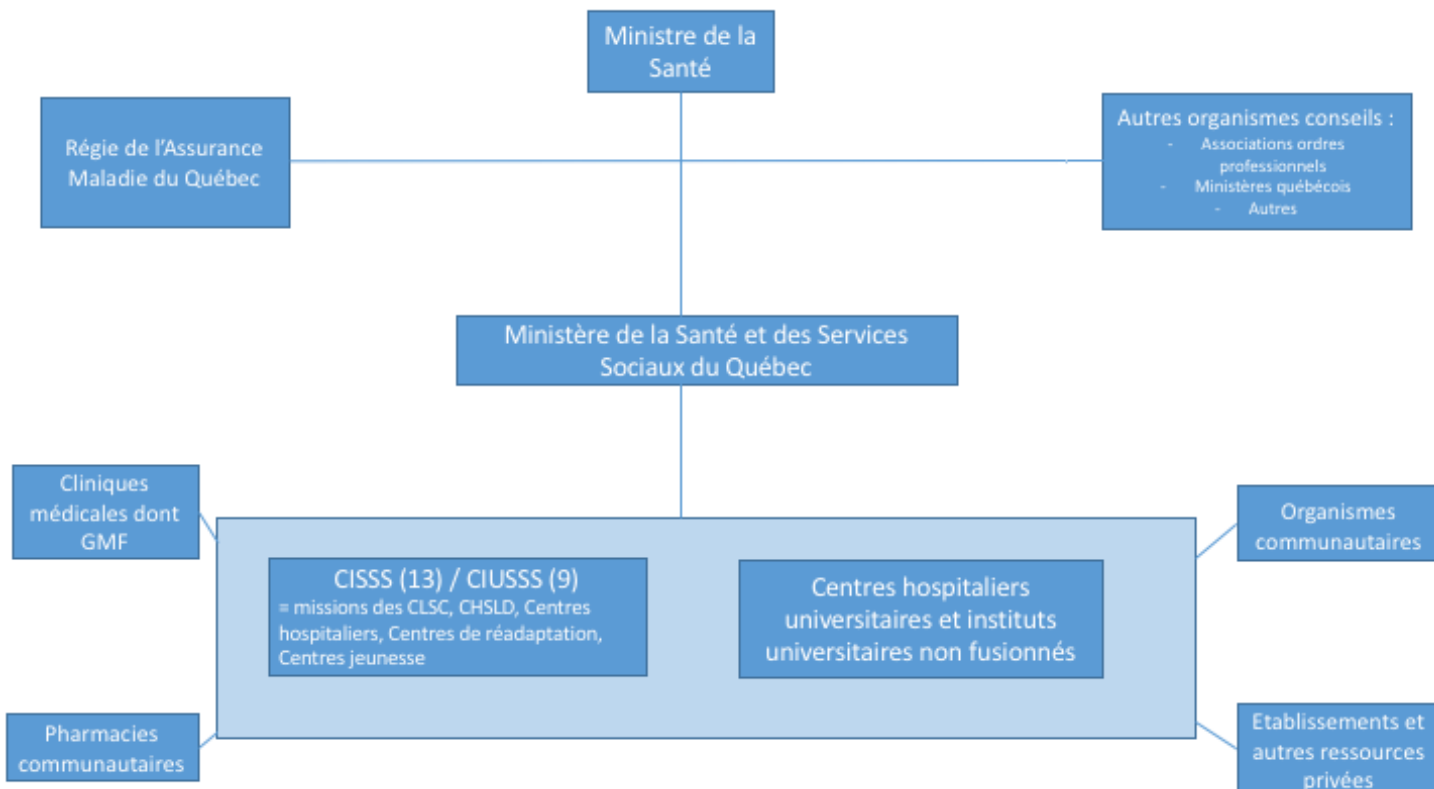


Schéma 2 : Organisation du réseau de la santé québécois suite à la réforme de 2015. (Source : adapté du schéma du MSSS, 2015)

Dans le mouvement de réforme entamé en 2015, deux projets de loi touchent particulièrement les médecins de famille québécois. Le premier, projet de Loi 20, les somme d'atteindre certaines cibles de prise en charge d'ici à 2018 (obligation de suivre 500 patients minimum) sous peine de perdre jusqu'à 30% de leur rémunération. L'objectif étant que 85% des québécois aient un médecin de famille en 2018. De plus, il les astreint au respect d'un taux d'assiduité¹⁵ de 80% sous couvert de pénalités financières identiques. Le second, projet de Loi 130, accroit les pouvoirs des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux, et leur permet de pénaliser les médecins qui n'ont pas une pratique qui répond aux besoins des centres hospitaliers, éreintant les privilèges¹⁶ dont jouissent traditionnellement les médecins dont une partie de leur pratique s'inscrit dans ces structures.

¹⁵ Le taux d'assiduité représente le rapport entre le nombre de fois où le patient a vu son médecin de famille et le nombre de fois où le patient a été vu ailleurs dans le système de santé.

¹⁶ Les médecins ne sont pas salariés des établissements de santé et de services. Ils ne signent pas de contrats mais des ententes ou négocient des privilèges.

C. Fonctionnement de la première ligne

La Commission Clair définit les services de première ligne de la façon suivante : « Porte d'entrée du système de santé, les services de première ligne sont le point de contact de la population avec le réseau. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical, de la population. » (Commission Clair, 2000). Au-delà de l'idée d'un premier point de contact, l'organisation de la première ligne au Québec vise l'accès pour chaque personne, à des soins et des services de proximité intégrés et coordonnés (Trottier et al., 2003). Pour ce faire, le professionnel qui travaille au sein d'une équipe multidisciplinaire coordonne le parcours de soin des patients à travers des fonctions de prévention, d'évaluation, de diagnostic, d'orientation, de suivi et de promotion de la santé (ibid.). En somme, il s'agit d'assurer la globalité et la continuité des soins et services aux patients. Au Québec, les services de première ligne sont habituellement offerts par des organisations telles que les CLSC, les GMF, les pharmacies, les organismes communautaires et les résidences pour personnes âgées. Les services de première ligne sont majoritairement dispensés par les médecins de famille, le personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les psychologues, etc. À ce titre, la médecine de famille est définie comme le premier point de contact avec le système de soins. Fondée sur une relation durable avec le patient, elle assure la coordination des soins en lien avec d'autres professions de santé (Wonca, 2009). Par sa vision globale de la réalité du patient, elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles (ibid.).

Pour comprendre le fonctionnement de la pratique de médecine familiale au Québec, cette partie propose d'en établir un portrait et de présenter son organisation.

1. Profil de la pratique de médecine familiale

a) Profil sociodémographique des médecins omnipraticiens au Québec

- Nombre de médecins et répartition

En 2014, la RAMQ a recensé 8906 médecins omnipraticiens au Québec (RAMQ, 2016), et rendu compte d'un effectif en hausse depuis 1998 (6953 médecins étaient recensés). Cela représente un ratio moyen de 133 médecins omnipraticiens pour 100 000 habitants en 2014. Les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale comptent parmi les ratios les plus élevés avec respectivement 128 et 149 médecins omnipraticiens. À l'autre bout du spectre, on retrouve les quatre régions des couronnes nord et sud de Montréal. Lanaudière, les

Laurentides, Laval et la Montérégie affichent ainsi des ratios de moins de 100 médecins pour 100 000 habitants (annexe 2).

L'augmentation de l'effectif de médecins entre 1998 et 2014 révèle des disparités entre les différentes régions socio-sanitaires. Trois régions ont connu une hausse particulièrement importante, c'est le cas de la Montérégie (+347), de Montréal-Centre (+319) et de Québec (+218) (RAMQ, 2016). Quoique l'effectif de médecins omnipraticiens soit en augmentation au Québec depuis les années 1998, il en va différemment pour la répartition en pourcentage des médecins dans les différentes régions de la province. En reprenant l'exemple des trois agglomérations ci-dessus, on constate que si la Montérégie (+0,6%) connaît une hausse de sa proportion de médecins omnipraticiens, ce n'est pas le cas de Montréal-Centre (-2,3%) ni de Québec (-0,2%) qui font face à une diminution de leur proportion de médecins (RAMQ, 2016). L'inégale croissance démographique de la population au Québec pourrait être une explication à l'augmentation différenciée d'effectif et/ou de proportion de médecins d'une région à l'autre. En outre, face à des réalités hétérogènes et distinctes entre chaque région, ces chiffres ne suffisent pas à refléter l'accessibilité aux soins et services de santé pour les populations. La grandeur du territoire, la répartition géographique de la population, le manque et la mauvaise répartition des ressources humaines, le vieillissement de la population et la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques, sont autant de facteurs porteurs de disparités entre les différentes régions.

- Répartition des médecins omnipraticiens selon le genre et l'âge

En 2014, parmi les médecins dénombrés par la RAMQ, 4817 femmes et 4089 hommes avaient été recensés (Sondage national des médecins, 2014). Illustrant le phénomène de féminisation de la profession, la courbe d'effectif féminin au sein de la profession de médecin de famille dépasse, depuis 2010, la courbe d'effectif masculin, et tend à continuer de croître les prochaines années (annexe 3). Les données du Sondage national des médecins révèlent aussi un vieillissement des médecins de famille. Leur moyenne d'âge est en augmentation puisqu'elle est passée de 48,59 ans en 2007 à 51,39 en 2014 faisant de la catégorie des 55-64 ans la proportion de médecins de famille la plus élevée, alors qu'en 1998 c'était celle des 35-44 ans. La répartition des hommes dans les différentes classes d'âge suit une dynamique distincte de celle des femmes omnipraticiennes. Les classes d'âge les plus âgées comptent une proportion plus importante d'hommes, tandis que les femmes sont majoritaires dans les catégories d'âge plus jeunes.

b) Quel accès aux médecins de famille ?

L'accès à un médecin de famille ne se fait pas sans difficultés au Québec. En effet, 19% de la population québécoise déclarerait avoir eu de la difficulté à accéder à des soins de routine et

de suivi, et 26% déclarerait avoir eu des difficultés d'accès pour un problème de santé mineur (Kapatanakis et al., 2008). Selon une enquête du Commissaire à la santé et au bien-être sur les perceptions des Québécois à l'égard de leur système de santé, 48% des répondants affirment avoir attendu six jours ou plus avant de voir un médecin ou une infirmière (contre 27% en Ontario). Pour ce qui est de rencontrer un médecin le soir, la fin de semaine ou les jours fériés, 61% des répondants estiment que c'est très difficile (CSBQ, 2014). Entre 2013 et 2015 le nombre de Québécois qui n'ont pas de médecin de famille a quadruplé pour atteindre plus de 420 000 en 2015 (MSSS, 2015).

De plus, la plus grande part de la population desservie par les médecins de famille au Québec est une population de type « centre-ville urbaine », qui représente 69% de la population en 2014. La représentativité de la population de type « petite ville » et de type « rural » est inférieure cette même année, elle s'élève à 12% pour la première, et 9% pour la seconde. Quant à la population de type « isolée »¹⁷, c'est 6% de cette population qui est desservie par les médecins de famille au Québec (Sondage national des médecins, 2014).

c) Mode de rémunération des médecins de famille

Majoritairement rémunérés par la RAMQ, l'essentiel du revenu des médecins québécois provient du paiement à l'acte (Hébert, 2016). Le principe de ce mode de paiement est que les médecins obtiennent un remboursement de la RAMQ pour chaque acte médical posé (consultation médicale, visite, examen, suivi, acte diagnostique, clinique ou thérapeutique) peu importe le temps nécessaire à l'accomplissement de l'acte. Bien que le médecin soit libre de choisir le débit de sa pratique, le nombre d'heures ou de patients rencontrés, ce type de paiement valorise *de facto* la multiplication des actes et une logique de débit (ibid.). Les médecins peuvent aussi être rémunérés à tarif horaire c'est-à-dire selon leur nombre d'heures de pratique, indépendamment du nombre de patients rencontrés et des actes médicaux effectués au cours d'une période donnée. La rémunération mixte quant à elle, combine un forfait horaire et des suppléments d'honoraires à l'acte ou à l'activité. Enfin, la rémunération à salaire correspond à un paiement forfaitaire pour un temps de travail donné, indépendamment de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail. Entre 2004 et 2014, la rémunération moyenne des médecins omnipraticiens a connu une hausse considérable (54%), elle est passée de 158 000\$/an à 243 000\$/an (Hébert, 2016). D'ailleurs, l'étude des crédits 2016-2017 de la RAMQ dévoile la poursuite de la croissance de cette rémunération entre 2014 et 2015 pour atteindre près de 280 000\$/an (Hébert, 2016).

¹⁷ Il s'agit de populations vivant dans des régions mal desservies en termes de services de santé notamment.

2. L'organisation de la médecine familiale au Québec

Au Québec, les services médicaux de première ligne sont pour la majeure partie fournis dans les cliniques ou cabinets privés, au sein desquels les médecins ont un statut de travailleur autonome. Selon « Service Canada », la médecine familiale est une profession qui compte un grand nombre de travailleurs autonomes, soit 51% comparativement aux autres professions qui en comptent 11% dans leur ensemble (Service Canada, 2015).

a) Type de pratique

La pratique en solo et les pratiques de groupes ont distinctement évolué. En effet, en 2013, 11% des médecins pratiquent en solo, laissant constater une diminution de 25% de ce mode de pratique depuis 2010 (Sondage national des médecins, 2014). Dans le même temps, les pratiques de groupes et interprofessionnelles ont augmenté, 50% exercent en groupe en 2013 alors qu'ils n'étaient que 32% en 2010 (ibid.). Les objectifs d'interdisciplinarité et de collaboration interprofessionnelle sont posés par la loi 90-2002 qui prévoit « un nouveau partage des champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé et les activités désormais réservées aux médecins » et à une série d'autres professionnels exerçant dans ce même domaine¹⁸. Elle établit aussi « un cadre qui permettra d'autoriser des professionnels autres que les médecins, notamment les infirmières et infirmiers, à exercer certaines activités médicales ». Pour promouvoir cette collaboration, les trois principaux ordres professionnels (infirmiers, médecins et pharmaciens) ont produit, en 2015, un énoncé rappelant l'importance de la collaboration interprofessionnelle en vue de rehausser la qualité et la sécurité des soins et d'améliorer l'accès aux soins et services de santé¹⁹.

b) Les milieux de pratique

Au Québec, la majorité des médecins de famille combinent plusieurs milieux de pratique. La polyvalence de ces professionnels est liée au fait que leur pratique est partagée entre la première et la deuxième ligne. En 2014, leurs principaux milieux de pratique de première ligne sont les cabinets privés - ou les cliniques privées types GMF (36%) -, les cliniques communautaires et les centres de soins et services communautaires (CLSC) (21%) (Sondage national des médecins, 2014). Il est important de souligner que la pratique en « cabinet privé » se fait dans le cadre du réseau public d'assurance maladie et se distingue donc de la pratique purement privée de la médecine, qui se fait en dehors du réseau public. Dans ce dernier cas de figure ce n'est pas la RAMQ qui rembourse, mais le particulier. En deuxième ligne, les

¹⁸ Loi 90-2002 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions relatives dans le domaine de la santé.

¹⁹ Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins : <http://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2016/02/OIIQ-Enonce-collaboration-professionnelle.pdf>

médecins de famille se retrouvent principalement dans les salles d'urgence (12%) et les unités de soins aigus des hôpitaux communautaires et régionaux, où ils agissent à titre de médecins traitants des patients admis (ibid.).

c) Les mécanismes de régulation des effectifs et de la pratique des omnipraticiens

Une série de mesures ont été mises en place au Québec pour réguler les effectifs et la pratique des médecins omnipraticiens. Parmi elles, les AMP, ont été instaurées en 1993 pour combler les lacunes de certains milieux de pratique afin de répondre aux besoins de la population. Les médecins sont assujettis à une pénalité financière de 30% s'ils ne couvrent pas leurs 12 heures d'AMP par semaine pour ceux qui ont moins de 15 ans de pratique. Il s'agit de couvrir de façon prioritaire des champs comme l'urgence, les soins de courte durée, les soins de longue durée, le maintien à domicile en CLSC, et l'obstétrique (AMC, 2016). En 1998, les PREM ont été institués afin de réglementer la répartition interrégionale des médecins dans la province du Québec. À partir de 2004, leur application est devenue stricte et quasi obligatoire (Fournier, 2001). Établis et publiés chaque automne par le ministère de la Santé, les PREM indiquent le nombre de postes disponibles pour les médecins dans chacune des 18 régions socio-sanitaires. Ainsi, un nouveau médecin qui projette d'exercer dans une région doit s'assurer qu'il est en droit de le faire et doit préalablement obtenir un avis de conformité au PREM de la région visée. Sinon, il est pénalisé de 30% sur sa rémunération et peut se voir refuser toute demande future d'avis de conformité au PREM pendant 5 ans (AMC, 2016).

d) Charge de travail

S'agissant de leur horaire de travail, en 2014 les médecins de famille travaillent en moyenne 50 heures hebdomadaires, gardes comprises (Sondage national des médecins, 2014). En 2010, la majorité des médecins omnipraticiens au Québec suivent entre 500 et 1500 patients (Sondage national des médecins, 2010). Au-delà de 1500 patients, la pratique est considérée comme une pratique très importante, et la proportion de médecins qui suivent autant de patients est de plus en plus faible.

e) Protection des intérêts des membres de la profession et organisation syndicale

Les médecins ont engagé un mouvement de syndicalisation qui a mené à la création de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) en 1965. Chargée de protéger et de promouvoir les intérêts de ses membres, la FMOQ est aussi un partenaire institutionnel car elle négocie avec le MSSS les conditions d'exercice et les modalités de rémunération des médecins dans le but de les améliorer tout en tenant compte des intérêts du public. Cependant, les actions de ce syndicat ne convergent pas toujours avec les intérêts des médecins et suscitent parfois leur indignation comme nous le verrons dans la seconde partie du document.

Un point d'éclairage ici afin de ne pas confondre la FMOQ qui est un syndicat, et le Collège des médecins du Québec (CMQ) qui est l'ordre professionnel chargé de la protection du public. Pour remplir sa mission, il évalue et contrôle la qualité de l'exercice de ses membres en cabinet et en établissement de santé, traite les plaintes du public, agrmente les programmes de formation des médecins, et vérifie la compétence des futurs médecins (CMQ, 2015).

Le premier point de cette première partie nous a permis de présenter l'organisation de la profession de médecin omnipraticien au Québec, ainsi que le contexte socio-historique dans lequel elle évolue ces dernières années. Ce cadre vise à mieux comprendre les éléments qui bouleversent la pratique médicale et leurs impacts sur la santé des médecins de famille (II).

II. Les bouleversements de la pratique médicale au Québec et leurs impacts sur l'expérience subjective de travail des médecins de famille

Clés de voûtes du système de santé québécois, les médecins sont les principales cibles des changements engagés par les projets de loi 20 et de loi 130. Si l'objectif d'accessibilité aux services de santé n'est pas remis en question, ce sont les moyens pour l'atteindre qui provoquent des tensions. Les mesures coercitives mises en œuvre, le balisage de la pratique médicale, l'accroissement de la charge de travail, le désinvestissement pour la médecine familiale et la première ligne, les compressions budgétaires et le manque de ressources humaines et matérielles, le discours péjoratif véhiculé par le gouvernement et les médias à l'égard des médecins, etc., sont vivement dénoncés par plusieurs. Cette réforme révèle de nombreuses tensions qui ont pris racine bien avant elle, telles que l'évolution de la place du médecin au sein du réseau de la santé (A) et le défi de l'adaptation aux changements du réseau (B). À compter de cette partie, nous privilégierons une approche plus narrative par l'utilisation des informations issues des entretiens réalisés auprès des médecins de famille dans le cadre du projet de recherche.

A. L'évolution de la place du médecin

Le statut social et la position professionnelle particulière dont bénéficie originellement le médecin tendent à être remis en cause aujourd'hui (Hudon, 2009). C'est à l'aune des changements à l'œuvre dans l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux québécois qui s'emploie notamment à encadrer la pratique, que nous en trouvons des clés de compréhension.

1. La place du médecin...

La place « hégémonique » de la profession médicale au sein du système de santé résulte originellement de la monopolisation des soins curatifs et de l'unité organisationnelle de la profession (Hudon, 2009). À ce titre, la médecine dispose d'une autonomie qui se traduit par l'évaluation et le contrôle de la profession elle-même sur son propre travail (AMQ, 2015). Au Québec, le Collège des médecins illustre cela. C'est l'ordre professionnel des médecins qui évalue et contrôle l'exercice professionnel de la médecine. Ainsi, l'institutionnalisation de la médecine, son statut social distinct, l'autonomie professionnelle dont elle jouit et le contrôle qu'elle exerce sur les autres professions, notamment paramédicales, ont appelé des auteurs tels qu'Eliot Freidson à développer la théorie de la dominance professionnelle (Freidson, 1984). Occupant le sommet de la pyramide des professions de la santé, les médecins ont la possibilité de contrôler le travail des autres professionnels de la santé, en particulier celui des infirmières (Hudon et al., 2009). Cette position privilégiée occupée par les médecins leur confère une grande liberté d'action, que certains n'hésitent pas à souligner :

« Ecoute, quand tu as un M.D. (titre de Docteur en médecine) après ton nom, tu as une liberté d'action qui est phénoménale, tu sais. » (Dr Villeneuve, 59 ans)

En outre, le professionnalisme marque la communauté médicale, essence même du serment d'Hippocrate, il se réfère aux valeurs et comportements attendus des médecins par la société (AMQ, 2015). Ce professionnalisme serait perçu comme un idéal professionnel qui guide le choix des conduites professionnelles et dont le rôle est structurant dans l'identification des individus à la profession (Jones et Green, 2006). C'est ce que les propos de ce médecin illustrent :

« Je fais partie de la génération de médecins qui, tu sais, appelez-moi docteur là, tu sais. Je suis Dr Villeneuve. Je ne suis pas Marc Villeneuve, je suis Dr Villeneuve. [...] Mon identité est fortement imprégnée par mon identité professionnelle. » (Dr Villeneuve, 59 ans)

D'après Cruess et Cruess, le professionnalisme médical repose sur le « contrat social » établi entre les médecins et la société, soit une entente réciproque entre la profession et le public (Cruess et Cruess, 2013).

La notion de contrat social est empruntée aux domaines de la philosophie et de la science politique. L'accord contractuel fondé sur le consentement mutuel est invoqué ici pour expliquer l'organisation de la société contemporaine, incluant les soins de santé. Le contrat social canadien qui lie la profession médicale, les organisations de santé, la population et l'Etat, s'appuie sur une approche de maintien de la santé et du bien-être de ses citoyens, ce qui implique la prestation de soins de santé universels. Le Canada et le Québec négocient leurs relations à l'intérieur des balises de la loi canadienne de la santé. Cette dernière peut

être considérée comme le contrat social qui encadre le système de santé canadien, autant entre les provinces qu'entre celles-ci et le fédéral. La loi établissant le système de santé du Québec est le fruit de négociations aux niveaux national et provincial entre la médecine et la société, celle-ci ayant les élus comme représentants. (AMQ, 2015).

Le contrat social impose des privilèges et des responsabilités mutuelles entre les parties prenantes. Six principaux privilèges sont accordés aux médecins par la société, à savoir l'autonomie clinique, la confiance du patient envers le médecin, le monopole de l'exercice de la médecine, le statut social et la rémunération qui en découle, l'autorégulation, et le fonctionnement du système de santé grâce au partage des compétences (Cruess et Cruess, 2013). Des attentes de la société sont aussi adressées à la communauté médicale, telles que la disponibilité du soignant, une compétence clinique de pointe, l'altruisme, la moralité et l'intégrité, la promotion de l'intérêt public, la transparence et l'imputabilité (ibid.). Ce médecin illustre la notion de privilèges de la façon suivante :

« Depuis très longtemps, la population nous donne plein de privilèges. Tu sais, dans les villages, là, les notables, c'était l'avocat, le juge, le médecin puis le curé, là. Parce que c'était une espèce d'échange de bons procédés, le médecin était tout le temps disponible. Il était tout le temps... tu sais, sa vie passait en deuxième, sa vie personnelle passait en deuxième. » (Dr Simon, 47 ans)

Constamment négocié, le contrat social s'inscrit dans un processus continu d'adaptation et de changement, d'autant plus ces dernières années avec les transformations majeures opérées au sein du réseau québécois de la santé et des services sociaux. De fait, certains des privilèges accordés aux médecins par le contrat social sont considérés comme annihilés.

2. ...Remise en question

a) Balisage de la pratique médicale et étiolement de l'autonomie professionnelle

Depuis les années 1970, le gouvernement québécois légifère de plus en plus en matière de gouvernance et d'organisation des soins de santé. À ce titre, des mesures plus ou moins coercitives sont venues encadrer la pratique des médecins, et viennent ainsi limiter leur autonomie professionnelle (Hudon et al., 2009). Cela irrite ces médecins qui se sentent menacés par l'affaiblissement du corps médical et une perte de liberté de pratique.

« Mais là, si tu te sens imposée par le gouvernement de dire « bien, tu vas faire ça, ça de telle façon », puis c'est de plus en plus ça, c'est de ... tu sais, d'aller vérifier comment tu fais tes horaires, à quelle heure tu commences, à quelle heure tu finis, tu sais. [...] Je me dis c'est pas vrai que j'ai passé 16 ans à l'université pour avoir un boss qui va venir me dire « là, tu fais ça, puis tu commences à 7h, puis tu vas aller là, là ». Tu sais je veux avoir une certaine liberté » (Dre Poirier, 48 ans)

« On nous envie beaucoup le contrôle de notre profession, alors on veut nous l'enlever tranquillement, ou le partager. Plus qu'on divise, plus on affaiblit à quelque part une profession qui est très forte. » (Dre Lemieux)

« On est des professionnels autonomes, on est habitué de gérer nos affaires, puis personne nous dérange » (Dre Gagné, 58 ans)

De plus, la menace du projet de Loi 20 ébranle directement l'autonomie professionnelle des médecins. La remise en question de cette autonomie se reflète à travers la méthode invasive et autoritaire avec laquelle cette réforme est appliquée.

« Alors quand la Loi 20 est arrivée, c'est sûr qu'il y en a qui se sont sentis... il y en a qui ont senti que leur autonomie professionnelle allait être bafouée ». (Dr Simon, 47 ans)

« C'est quand même des balises, donc ça dit aux médecins « vous allez faire ça », tu sais, les médecins de famille se sont jamais fait dire ça par le Ministère, puis là, qu'est-ce que tu viens faire dans ma cour ? » (Dre Lemay, 37 ans)

b) Détérioration de l'image de la profession

Certains événements controversés ont fait l'objet d'une couverture médiatique qui a contribué à détériorer l'image de la profession médicale auprès du grand public ces derniers mois. Des scandales médiatisés, en lien notamment avec le salaire de certains médecins, ont impacté toute la profession que les médias, le gouvernement et la société québécoise pointent désormais du doigt. Le Dr Allaire raconte qu'à chaque fois qu'il lit les nouvelles il « a mal à [sa] profession ». Si certains abus ont bien eu lieu, la majorité des médecins s'accordent à dire qu'ils ne sont pas représentatifs de la pratique médicale et qu'ils pâtissent donc de cette dégradation médiatique de leur image.

« Là où c'est le plus difficile pour l'image des médecins, c'est leur salaire qui aux yeux de beaucoup est injustifié et, pour la défense des gens, il y a eu de l'abus, c'est clair. Il y a eu des gens qui ont demandé 150\$ pour deux gouttes dans les yeux, 50\$ pour un papier où c'est écrit les conseils de quoi faire après avoir eu une chirurgie au laser. Ça fait qu'il y a eu de l'abus, c'est très clair, puis ça a un peu éclaboussé l'ensemble de la profession médicale, puis ce qui est dommage, c'est que les gens, j'allais dire comme moi, mais comme la plupart des médecins, je l'espère, sont intègres et n'abusent pas, puis sont payés comme ils le devraient tout simplement. » (Dr Veilleux, 30 ans)

« Je trouve que déjà depuis 5 ans, ça s'est alourdi beaucoup l'image qu'on a dans les médias, c'est très déprimant pour nous d'entendre tout le salissage qu'il y a contre nous, c'est vraiment difficile. » (Dre Pascale, 31 ans)

Dans ce contexte, ce n'est pas auprès de leur syndicat que les médecins trouvent du soutien. En effet, beaucoup s'insurgent des négociations entreprises entre la FMOQ et le MSSS, qui ne reposent que sur des aspects financiers.

« Puis je vous dirais, de façon tout à fait personnelle, que je suis très, très mal à l'aise quand mon syndicat, qui est la FMOQ, que je n'ai pas choisi d'ailleurs, qui est le seul syndicat auquel on peut souscrire, demande une augmentation de 3% en pleine crise de l'image. [...] C'est une espèce de mauvaise façon de penser, à mon avis, qui est complètement débile, mais qui est basée sur du syndicalisme, à mon avis, qui commence à mal vieillir » (Dr Veilleux, 30 ans)

De surcroît, leur image est publiquement dégradée compte tenu des propos du ministre, qui font passer les médecins de famille pour des « *fainéants* », ce dont se sont insurgés la majorité d'entre eux. Une médecin raconte avoir même été « *au bord du burn-out* » à force d'entendre dire que « *les médecins de famille sont paresseux, les mensonges et le dénigrement, là, c'était ça qui me tuait.* » Ainsi, la détérioration de l'image de la profession influence de manière négative le moral de certains qui ont l'impression de se battre sans cesse pour faire reconnaître leur travail méconnu voire méprisé.

« J'ai l'impression qu'on doit continuellement se battre pour faire reconnaître notre travail, démontrer que c'est utile. Comme si on était toujours des gens qui étaient à risque de profiter du système ou de pas faire ce qui est attendu de nous. [...] C'est beaucoup de non-reconnaissance de ce qu'on fait, une méconnaissance de ce qu'on fait. Premièrement, souvent les décideurs comprennent pas ce qu'on fait, puis deuxièmement, souvent, il y a une espèce de mépris de notre travail, ou en tout cas comme quoi c'est jamais assez, jamais la bonne chose. » (Dr Basili, 44 ans)

La détérioration de l'image de la profession médicale semble refléter l'érosion de la reconnaissance sociale du médecin, ce dernier étant désormais sommé de rendre des comptes à la société. Atteinte dans ses fondements les plus solides que sont l'autonomie professionnelle, l'autorégulation et la liberté de pratique, la profession médicale doit désormais s'adapter aux transformations du système de santé qui la vulnérabilisent davantage.

B. Le défi de l'adaptation aux changements du réseau de la santé québécois

Les changements à l'œuvre au sein du RSSS québécois ces dernières années impactent fortement les médecins de famille. Les mesures encadrant leur installation et leur milieu de pratique, la collaboration interprofessionnelle, la transformation de certaines structures, et la complexité de l'organisation des soins de santé en sont quelques illustrations. Face à cela, les médecins doivent faire preuve d'adaptation, ce qui peut les confronter à des difficultés et engendrer une pression importante sur eux, influençant à la baisse leur niveau de satisfaction au travail.

1. L'encadrement du lieu et du type de pratique des médecins

Irritants majeurs encore aujourd'hui pour de nombreux médecins, les PREM et les AMP sont venus encadrer leur pratique et ont eu des impacts d'ordre professionnel mais aussi personnel.

L'obligation d'aller travailler en région est aujourd'hui plus lourde de conséquences pour les femmes médecins et leur vie familiale²⁰. Pour plusieurs d'entre elles, leur conjoint avait refusé de les suivre en région, et parmi elles, certaines avaient déjà des enfants. Elles ont donc eu des choix difficiles à faire. Pour rester avec leur famille, certaines ont refusé le déplacement en région et assumé une perte financière de 30%. D'autres ont accepté d'aller pratiquer en région, ce qui impliquait d'être absente toute la semaine et de ne voir les enfants que le week-end, avec toutes les conséquences que cela engendre sur leur vie familiale. L'exemple de cette médecin est parlant à ce sujet, maman d'une petite fille de 2 ans, elle a été contrainte de quitter Québec où elle était déjà installée avec son conjoint pour aller pratiquer en région, ce qui a développé un sentiment de culpabilité chez elle et de l'anxiété chez sa fille :

« La première année, moi, je pouvais pas pratiquer ici, puis ma fille avait à ce moment-là, 2 ans. [...] Je voyais pas ma fille. Je voyais ma fille, le week-end, puis une soirée par semaine. [...] Puis ma fille a développé de l'anxiété de séparation. En tout cas, ça a été vraiment des problèmes pendant plusieurs années- là, des consultations en psychologie, puis tout ça. » (Dre Poirier, 48 ans)

En outre, les médecins se disent désorientés par les exigences du ministère. Par exemple, lorsque les AMP ont été mis en place, il s'agissait de combler les lacunes dans des milieux tels que l'urgence, ou l'hospitalisation, où la prise en charge est ponctuelle. Or, avec la réforme du ministre Barrette et le projet de Loi 20, c'est la prise en charge continue qu'il faut désormais prioriser pour répondre aux exigences et ne pas être pénalisé.

« Ça fait que pour nous, c'est très désorientant, même dans le choix de ce qu'on fait parce que finalement, on n'a jamais l'impression de répondre à la demande parce qu'ils changent tout le temps, leurs demandes. » (Dre Pascale, 31 ans)

Ainsi, les règles changent mais ne tiennent pas compte de la réalité de pratique des médecins. Il devient très difficile dans un tel contexte d'avoir une vision à long terme de l'organisation et de l'orientation de leur pratique. Dans cette perspective, les médecins doivent constamment s'ajuster.

2. La collaboration interprofessionnelle

Les objectifs d'interdisciplinarité et de collaboration interprofessionnelle, posés par la loi 90-2002, se sont heurtés à l'opposition des membres du CMQ qui y voyaient un empiètement des rôles notamment infirmiers sur la pratique médicale (D'Amour et al., 2009). Mettant en péril la domination présumée des médecins au sein du système de santé (Hudon et al., 2009), certains perçoivent la collaboration interprofessionnelle comme une menace, celle de l'empiètement des compétences par les autres professionnels de santé. Les propos de ces deux médecins illustrent cela. Ils regrettent la place trop grande faites aux infirmières

²⁰ Donnée issue de la présentation des résultats préliminaires du projet au 7^{ème} congrès de l'Association française de sociologie d'Amiens le 4 juillet 2017.

praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL)²¹ pour le premier et aux pharmaciens pour le second, dans des champs de compétences traditionnellement réservés au médecin.

« On est en train tellement de banaliser la médecine, là, n'importe qui est capable de faire ça. [...] Puis ça, ça a tout été des actes délégués au cours du temps qui, malheureusement, ne sera plus possédée par les médecins. C'est pas parce qu'on veut avoir la chasse gardée. Non c'est pas ça. C'est que je suis médecin, puis je prétends que j'ai besoin de garder certaines aptitudes. Ça fait partie de tout ce qui s'appelle de l'ensemble du diagnostic clinique. C'est de la clinique. » (Dr Allaire, 49 ans)

« Actuellement, on a des querelles constamment (avec les pharmaciens) qui jouent avec nos prescriptions parce que le gouvernement leur a donné une autorité de le faire. Lorsqu'un patient arrive dans une pharmacie, il se fait dire par le pharmacien « le médecin s'est trompé de médicament », tranquillement, cette série d'interventions là, souvent, elle est pas justifiée. On aime ça collaborer, mais souvent, elle est pas justifiée. Tranquillement, l'autorité morale du médecin érode, et ce que l'infirmière va dire est plus important que le docteur, puis ce que la travailleuse sociale va dire est plus important que le docteur. Ça fait que le docteur se trouve retranché tranquillement, tranquillement vers le rôle d'un coordonnateur d'un dossier, et qui dispatche à droite puis à gauche des consultations à travers le système. » (Dr Trudel)

Les objections à la collaboration interprofessionnelle ne font pas l'unanimité, au contraire, beaucoup de médecins apprécient le travail en interdisciplinarité car il améliore la prise en charge des patients et dynamise la pratique. Certains le voient aussi comme la possibilité d'augmenter le nombre de patients suivis et ainsi mieux répondre aux exigences ministérielles. Ce qui est déploré c'est le fait d'imposer des professionnels, notamment infirmiers, aux médecins sans les avoir préalablement concerté, et de leur enlever des professionnels avec qui ils collaboraient depuis longtemps. C'est surtout le cas dans les Groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) (sur lesquels nous nous pencherons plus en détail dans la partie qui suit) où certains médecins se sentent mis à l'écart d'une organisation d'équipe au sein de laquelle ils ne connaissent pas les professionnels avec qui ils travaillent. C'est en dépit de la réalité de pratique des médecins que se font ces changements. Ces professionnels sont souvent engagés par les instances gouvernementales qui gèrent l'offre, le remplacement et la rotation du personnel. Ce médecin explique que le GMF-U va perdre son psychologue, qui pratique depuis 22 ans, et son kinésiologue, à la place de qui on leur impose du personnel notamment infirmier :

« des gens qu'on a jamais voulu avoir, comme deux IPSPL. [...] Là, ils veulent nous en mettre parce qu'elles vont voir des patients. Mais on en as-tu besoin, nous, ici ? On saura même pas dans quel bureau les mettre. Ils nous imposent ça. Donc on prend du budget qui servait à des professionnels, puis là, on nous met ça sur

²¹ Les IPSPL sont des infirmières qui ont reçu une formation avancée en sciences infirmières et en sciences médicales et possèdent à ce titre la possibilité de prescrire des tests diagnostiques et des traitements, en plus d'effectuer certaines interventions invasives.

des... puis on n'a plus le choix. Alors qu'avant, on avait un budget, et on pouvait, avec les équipes, dire quelle est notre orientation. » (Dr Bérubé, 58 ans)

3. La transformation des UMF en GMF-U

Les Unités de médecine familiale (UMF) sont des cliniques de médecins de famille dédiées prioritairement à la formation des résidents en médecine de famille. En plus de ses missions d'enseignement et de recherche, elles remplissent une mission clinique puisqu'elles dispensent des soins et des services médicaux. Voulant se préserver d'une pratique de débit, certains de nos répondants expliquent avoir privilégié une pratique en UMF car ce sont des milieux qui assurent « *une culture de qualité de la prise en charge et de l'enseignement* ». Or, depuis 2015 les GMF-U sont venus remplacer les UMF, ce qui a radicalement changé leur logique de fonctionnement. C'est ce qu'explique ce médecin qui, suite à un premier *burn-out* qu'il attribue à sa cadence de travail, a souhaité réorienter sa pratique en UMF pour se protéger d'une logique de rendement, et pouvoir prendre plus de temps avec les patients et les résidents :

« Alors, j'ai trouvé un certain répit de ce côté-là quand je suis arrivé là, mais rapidement, là aussi, on a senti que le système... j'ai fait un choix, mais c'est un peu comme si chaque fois que j'ai fait des choix, le système est venu un peu rattraper, parce que il est apparu les GMF, puis là, le nombre d'inscriptions de patients, fallait suivre tant de patients, puis si on suivait pas tant de volume de patients, bien on allait se faire couper les ressources. Il y avait un message indirect qu'on était des paresseux, qu'on travaillait pas assez, finalement ou pas assez bien ou pas assez vite, peu importe. Dans ce discours-là s'est mis à apparaître là aussi, puis avec la pression d'inscrire plus de clientèle. » (Dr Basili, 44 ans)

S'inscrivant dans cette logique de débit, la tarification a elle aussi changé. A l'origine, c'était le tarif horaire qui était appliqué aux UMF, mais désormais les médecins sont fortement incités à adopter une rémunération mixte (taux horaire + à l'acte), et ce dans un objectif purement financier, comme le mentionnent certains. Ainsi, la pathologie du patient, le temps passé auprès de lui, le type d'acte réalisé, le nombre de résidents supervisés, sont comptabilisés dans le calcul de leur rémunération. Ce nouveau cadre GMF-U a engendré des coupures budgétaires ainsi que des coupures de professionnels, et par conséquent une augmentation du temps de travail des médecins. Cette médecin explique qu'elle va devoir recommencer à « *faire des soirs et des week-end, ce qui ici ne se faisait plus depuis au moins une dizaine d'années* » (Dre Gagné), alors qu'elle souhaitait diminuer sa charge de travail étant donné qu'elle travaille déjà près de 70 heures par semaine. C'est le cas d'un autre médecin aussi qui se voit soumis à des listes de garde pour la première fois de sa vie alors qu'il pratique depuis 38 ans.

4. Une organisation devenue complexe

Les médecins se retrouvent dans une organisation complexe à laquelle ils doivent s'accoutumer, dans ce que certains qualifient de « *pyramide* » où la porte est difficile à trouver, entre le ministère, le CIUSSS, et l'université. Pour cette médecin, les changements qui ont lieu depuis deux ans sollicitent beaucoup plus la capacité d'adaptation des médecins qu'après plusieurs années de pratique :

« Ecoutez, moi, je vous dirais que dans les deux dernières années, j'ai eu plus de changements que dans les vingt-huit premières. [...] Il y a eu la Loi 20, la Loi 10... Ensuite, toutes les inscriptions des patients... Le stress aussi de tous les collègues, qui ont pas nécessairement les cinq cents patients et qui sont coupés. Ensuite, il y a eu tout ce qui est le cadre GMF-U qui a changé, avec des coupures de professionnels de la santé, du CIUSSS, insécurités chez les psychologues et travailles sociaux. Ensuite, il y a eu l'aide médicale à mourir, qui nous est tombée dans les jambes en 2015. [...] Alors, il faut que je m'adapte à ça. Alors, tout ça, là, c'est plus que tout ce que j'ai pu avoir dans mes vingt-cinq années, concentrées. »
(Dre Lemieux, 58 ans)

Les fusions et changements opérés ces deux dernières années ont engendré une perte de proximité entre les professionnels de santé et les personnels cadres et administratifs des structures, ce qui irrite les médecins. Cela rend impersonnelles les relations et distance les médecins du fonctionnement des CIUSSS, comme en témoigne cette médecin :

« Fait que le changement, dans la fusion, la perte de repères, tu sais, que... Au CSSS, je connaissais super bien notre directeur, je savais c'était qui la secrétaire – si j'avais une question je l'appelais, elle me répondait, tu sais. J'envoyais un courriel puis ça revenait, tu sais, puis là, des fois, t'envoies un courriel puis tu sais pas, puis peut-être que la personne n'est plus en poste, peut-être qu'elle a changé de poste, peut-être que... c'est impersonnel. On se connaît pas, on s'est jamais vu. Tu sais, ça, je trouve ça difficile, cet aspect-là. » (Dre Doucet, 37 ans)

La déconnexion entre les réalités locales et les différents paliers institutionnels est vivement dénoncée. Les répondants parlent de « *micromanagement* » de la part du ministère et d'une centralisation des décisions qui empêchent les projets venant « *du terrain* » de voir le jour et qui étouffent les besoins locaux substitués à une logique « *gestionnaire et comptable* ».

En somme, les changements du réseau de la santé qui ont lieu ces dernières années bouleversent la profession médicale. Sollicitant l'adaptation des médecins à de nouvelles organisations de travail mais aussi à de nouvelles contraintes, ces changements imprègnent d'incertitudes la place du médecin de famille au sein du système de santé québécois. Par-delà la remise en cause du modèle traditionnel de la pratique médicale, les changements révèlent un malaise dont l'origine est antérieure au contexte de réforme du RSSS québécois mais que ce dernier a exacerbé. Il s'agit des atteintes à la santé des médecins dont la problématique plus particulière de l'épuisement professionnel a jailli du discours de nos répondants.

PARTIE 2 : ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL, L'EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DES MÉDECINS DE FAMILLE QUÉBÉCOIS

La frontière entre insatisfaction et souffrance au travail est étroite. En témoignent les difficultés que vivent actuellement les médecins de famille québécois dans ce contexte de réforme. Les changements que nous avons abordés précédemment renseignent sur les situations stressantes auxquelles sont exposés les médecins et nous amènent ainsi à caractériser le concept d'épuisement professionnel (I). La suite de cette partie propose de dégager une série de facteurs subjectifs pouvant influencer un état d'épuisement professionnel chez les médecins (II).

I. L'épuisement professionnel : contours d'une problématique en effervescence

Les exemples de situations stressantes auxquelles sont exposés les médecins de famille québécois ne manquent pas (C), elles peuvent être les prémisses d'un épuisement professionnel qu'il est important de caractériser (A) car il ne se cantonne pas aux frontières du Québec (C).

A. L'épuisement professionnel : caractéristiques

C'est dans les années 1960, qu'est apparu le terme *burn-out* pour traduire une fatigue extrême et une perte de passion pour son travail. À partir des années 1970, aux Etats-Unis, le monde scientifique s'est progressivement saisi de ce terme pour décrire des phénomènes affectant la santé des travailleurs du domaine de la relation d'aide et du soin, particulièrement les infirmières, les médecins, et les travailleurs sociaux. Ces métiers basés sur le relationnel et sur le soin, sont réputés être des vocations mobilisant personnellement les individus (Jones et Green, 2006). Décrit pour la première fois par le psychanalyste Freudenberger en 1975, le « syndrome de *burn-out* » ou « syndrome d'épuisement professionnel » reflète une nouvelle forme de fatigue pathologique imputable à une pratique professionnelle guidée par un idéal social de départ fort se confrontant aux réalités multiples et contradictoires du métier (Kirouac, 2015).

« Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendies, tout comme les immeubles, sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. »
(Freudenberger, 1987)

Par ces mots, Freudenberger identifie le *burn-out* comme un nouveau trouble de santé mentale. Ce terme se précise en 1976 lorsque Maslach et Jackson créent une échelle de mesure, le Maslach Burnout Inventory Scale (MBI) et en font un syndrome tridimensionnel. Parmi les outils de mesure proposés, le MBI est rapidement devenu la référence dans le domaine de la santé mentale au travail, faisant, encore à ce jour de lui l'instrument le plus mobilisé par la recherche sur le *burn-out*. Les trois volets qui, ensemble, forment ce syndrome sont l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation à l'autre, et la diminution du sentiment d'accomplissement personnel. L'épuisement émotionnel est autant physique que psychique et se traduit par une fatigue extrême, un sentiment d'être vidé et une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre si bien qu'une distance avec le patient peut être instaurée. La dépersonnalisation des relations avec autrui est la conséquence directe du premier volet, en ce sens que l'insensibilité et les réactions impersonnelles caractérisent le comportement du soignant. La diminution du sentiment d'accomplissement personnel, conséquence des deux autres symptômes, provoque un faible sentiment de compétence et de reconnaissance de l'effort accompli au travail dont il peut résulter une frustration par rapport au sens que l'on donnait originellement à son métier (Delbrouck, 2008). Si Maslach faisait du *burn-out* le propre des métiers de la relation d'aide, ses successeurs (Canouï et Mauranges, 2008 ; Truchot, 2004) l'étendront à d'autres professions au point qu'aujourd'hui cette pathologie puisse constituer un « risque » pour tous les domaines professionnels, son dénominateur commun étant le lien direct entre l'emploi et l'état de fatigue ou de surmenage du travailleur. L'ensemble des descriptions cliniques du *burn-out* mettent l'accent sur le lien entre l'épuisement mental et l'épuisement physique du travailleur, qui serait à l'origine d'un épuisement généralisé (Kirouac, 2012). De plus, la plupart des modèles de mesure du *burn-out*²² appréhendent ses causes par la rencontre de variables contextuelles qui se rapportent principalement à des variables organisationnelles et des variables individuelles qui sont de nature psychologique.

L'approche santé-travail à travers laquelle est abordée la problématique de l'épuisement professionnel mérite d'être étoffée par une réflexion sociologique inspirée de l'article de Valentine Hélaridot (2006). Cette dernière présente la santé et le travail comme des sphères « nécessairement encadrées » et engagées dans un rapport complémentaire. D'un côté, la santé construit la capacité à travailler, et de l'autre, le travail influe sur l'état de santé physique et psychique des individus par les ressources et contraintes qui découlent de l'activité professionnelle (Hélaridot, 2006). Cette dynamique de sollicitation mutuelle entre ces deux

²² Modèle de Maslach et Jackson (1996), modèle de Siegrist (fin des années 1980), modèle de Karasek (1990).

sphères aide à comprendre les incompatibilités entre certains contextes d'emploi et la préservation de la santé des travailleurs.

B. L'épuisement professionnel des médecins : un constat international

D'un côté ou de l'autre de l'Atlantique, la littérature sur le *burn-out* des médecins fait état de situations quelques peu semblables. Déjà en 2007 en France, dans une étude menée par l'Union régionale des médecins libéraux (URML) auprès de 2243 médecins libéraux généralistes et spécialistes, 53% d'entre eux déclaraient se sentir menacés par le *burn-out*, ce chiffre s'élevait à 60,8% pour les généralistes²³. En 2008, dans une étude réalisée dans douze pays européens auprès de médecins généralistes, 43% d'entre eux déclarent un fort épuisement émotionnel, 35% une forte dépersonnalisation et 32% une forte baisse de l'accomplissement personnel. Au total, 12% déclarent un score fort dans les trois dimensions (Soler, 2008). Aux Etats-Unis, l'étude menée par le Dr Shanafelt en 2014 auprès de 7000 médecins, toutes spécialités confondues, révèle que près de 50% d'entre eux présente des signes de *burn-out* (soit 10% de plus qu'en 2011) et que les plus à risques seraient les praticiens de première ligne, notamment les médecins de famille, les internistes et les urgentologues. L'enquête a aussi permis de comparer ces données avec celles de la population générale et, pour la première fois, a démontré que les médecins sont plus à risque d'être insatisfaits de leur équilibre travail – vie personnelle et de présenter des symptômes d'épuisement professionnel (Shanafelt et al., 2015). Au Canada, l'Institut canadien pour la santé des médecins révèle une proportion de 46% de médecins en *burn-out* en 2014²⁴. Une étude menée au Québec révèle que 47,6% des femmes médecins et 44,6% des hommes médecins présentent un stade avancé d'épuisement professionnel (Crépeau, 2003). Bien que les méthodologies et quantités de médecins interrogés varient dans ces études, elles rapportent toute une dégradation de l'état de santé des médecins. La charge de travail élevée, la pression des pairs, des patients et du système, le manque de ressources, la responsabilité accrue, la difficulté de conciliation travail – vie personnelle, la culture de l'efficacité, etc., sont autant de variables qui peuvent conduire à dégrader l'état de santé des médecins et les mener à l'épuisement professionnel.

²³ http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf

²⁴ <http://ottawacitizen.com/news/local-news/medical-community-studying-physician-burnout-compassion-fatigue>

C. Une situation stressante pour les médecins de famille québécois

L'accroissement de la charge de travail, la poursuite des objectifs de débit, les menaces de sanctions et autres pénalités qui planent au-dessus des médecins, sont autant d'éléments qui accroissent le stress vécu par les médecins de famille. Confrontés à un système où l'insatisfaction est devenue chronique, certains expriment leur démotivation et remettent en question leur avenir professionnel, quand d'autres mentionnent leur angoisse face à l'avenir incertain de la profession.

« Donc, lui (le ministre), il a pas créé un climat de confiance, dire « bon, on va construire quelque chose ». Il mène son monde. Puis ça, c'est démotivant, tu sais. Parfois, j'ai le goût de tout larguer ça puis dire « bon. Tu sais, je sais pas, faire autre chose, là. » » (Dr Villeneuve, 59 ans)

« J'ai jamais eu autant de stress face à l'avenir, le... L'avenir de la profession, qu'est-ce que ça va être dans deux ans, là, j'ai jamais eu autant de stress qu'actuellement, là. Vraiment, là, c'est... On sent que ça se trame, puis on sent que ça dure, puis qu'on a comme pas d'emprise sur ça, c'est des décisions unilatérales, qui ont... En tout cas. Ça fait que... Non, j'ai jamais subi autant de menaces de changements. » (Dre Paradis, 39 ans)

Les menaces qui découlent des changements et notamment du projet de Loi 20 suscitent même des querelles entre médecins. Contraints par les objectifs de prise en charge à atteindre d'ici fin 2017, certains vivent mal les pressions venant de leurs collègues pour atteindre ces objectifs. Enfin, l'augmentation du temps de travail pour pouvoir satisfaire les exigences gouvernementales déclenche beaucoup d'angoisse parmi les médecins, leur emploi du temps étant déjà saturé. Le Dre Vincent se sent « incomprise » et envahie par un « gros stress » à l'idée de devoir mettre fin à son temps partiel, elle qui souhaitait se préserver d'une trop grosse charge de travail suite au *burn-out* qu'elle a fait il y a quelques années. La pression est d'autant plus grande sur les femmes médecins sur qui pèse encore plus fortement la conciliation travail-famille, comme nous le verrons dans la suite du développement.

Ainsi, on peut se questionner quant à l'influence de ce contexte sur la santé des médecins. En effet, le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) fait état de l'augmentation de la détresse et des suicides de médecins depuis 2016. Depuis cette date, six suicides ont déjà été rapportés au PAMQ et une augmentation de 40% du nombre de médecins en détresse ayant eu recours aux services du programme²⁵. Selon la Dre Magnan, directrice générale du PAMQ, les médecins font part de leurs inquiétudes quant aux enjeux liés à l'organisation des soins et à la gestion de l'incertitude qui découle de ce qu'il se passe au sein du réseau.

²⁵ <http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201708/14/01-5124527-inquietante-detresse-chez-les-medecins.php>

Comme nous pouvons le voir sur le tableau ci-dessous, sur les trente-cinq médecins omnipraticiens interrogés, sept ont vécu un épuisement professionnel. Sur ces sept médecins, deux sont des hommes et cinq sont des femmes. Aussi, quatre se situent en milieu de carrière et trois en fin de carrière. Bien que sept d'entre eux aient fait mention d'un *burn-out*, la menace de cette problématique pèse néanmoins sur tous.

| | Personnes interrogées | Burn out | Début de carrière | Mi-carrière | Fin de carrière |
|-------|-----------------------|----------|-------------------|-------------|-----------------|
| Homme | 17 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| Femme | 16 | 5 | 0 | 3 | 2 |
| Total | 35 | 7 | 0 | 4 | 3 |

Tableau 1 : Nombre de médecins ayant vécu un épuisement professionnel selon le genre et nombre d'années de pratique.

Les liens entre les changements survenus dans le RISSS et l'expérience subjective de travail des médecins de famille québécois amène à analyser de manière plus spécifique la problématique du *burn-out* chez ce groupe professionnel. Le concept d'épuisement professionnel délimité, la partie qui suit expose, à partir des récits des médecins de famille, des facteurs subjectifs de *burn-out*. Il ne s'agit pas de vérifier si les trois dimensions de l'épuisement professionnel sont présentes, mais plutôt d'analyser les principales sources de pénibilité et de souffrance au travail et l'étendue de leurs impacts sur la santé des médecins.

II. Les facteurs subjectifs de *burn-out*

Interrogés sur les événements, professionnels ou extra professionnels, survenus dans leur vie qui auraient pu influencer leur rapport au travail, certains médecins ont fait état de problèmes de santé et d'épisodes d'épuisement professionnel qu'ils ont vécus. A partir de ces situations singulières, la partie qui suit tente de dresser un panorama non exhaustif des facteurs qui peuvent influencer la santé des médecins. Bien que les facteurs entretiennent une relation d'interdépendance, ils sont distingués selon leur dimension relationnelle (A), organisationnelle (B) ou culturelle (C).

A. Facteurs relationnels

Il sera question dans cette partie d'aborder la relation médecin-patient. La réalité de la pratique peut confronter les médecins à des difficultés relationnelles avec les patients, auxquelles ils n'étaient pas préparés. De plus, la place mais aussi les attentes des patients ont évolué, ce qui peut rendre inconfortable la pratique médicale. Cette dernière s'est vue de plus en plus responsabilisée face à la prolifération des plaintes, et ce que certains des répondants nomment « *la judiciarisation de la médecine* ». Enfin, nous verrons que cette relation est

émotionnellement exigeante pour les médecins qui peuvent parfois se laisser envahir par leurs propres émotions face à certaines situations difficiles.

1. Attentes à l'égard de la relation d'aide

Le choix de la médecine familiale par les répondants est principalement guidé par des motivations de nature relationnelle. Le patient est au cœur des propos des médecins qui citent l'importance du contact humain, de l'accompagnement, de la relation d'aide, du suivi au long cours, de la prise en charge globale ou encore de la variété des cas.

« J'étais plus médecin de famille dans l'âme de par le côté plus humain que pouvait m'apporter la médecine familiale, le contact, le suivi des patients ». (Dre Paradis, 39 ans)

« Alors, c'est certain que ce fond-là de continuité, de confiance, de relation d'aide, ça, à travers les années, c'est toujours pareil, et une chance, et une chance, parce que c'est ça le fondement de la médecine familiale. Et ça, ça change pas. » (Dre Lemieux, 58 ans)

Au Québec, après cinq premières années d'études en médecine, les futurs médecins font le choix de la spécialisation en médecine familiale au moment de la résidence (l'équivalent de l'internat en France). Contrairement aux étudiants français assujettis à des épreuves nationales classantes, les résidents en médecine familiale québécois sont sélectionnés sur la base de leur dossier académique et d'une entrevue servant à évaluer leur motivation.

La question « C'est quoi pour vous être médecin de famille ? » a fait apparaître un discours largement centré sur le patient, valorisant la composante relationnelle du soin et la proximité avec le patient. Cette relation est d'ailleurs citée comme la principale source de satisfaction et de motivation à l'égard de la profession.

« D'avoir un impact sur la vie de quelqu'un, moi, ça a toujours été ça ma principale motivation, être un médecin. De pouvoir toucher la vie de quelqu'un, même ponctuellement, d'avoir un impact sur sa vie, je trouve que c'est un grand privilège. » (Dre Pascale, 31 ans)

Ces « travailleurs sur autrui » (Dubet, 2002) manifestent aussi des attentes plus ou moins explicites à l'égard de cette relation. Tout d'abord à travers le plaisir de la reconnaissance exprimée par le patient, source de gratification et de valorisation professionnelle.

« En fait, je trouve que c'est ma récompense, quand les gens sont satisfaits, puis ils sont bien, puis... C'est peut-être un peu égoïste. Je sais pas, mais en tout cas, c'est d'aider les gens, sentir que les gens sont reconnaissants envers ça, ça, c'est très gratifiant. » (Dr LaRue, 34 ans)

« Tu sais, cette gratitude que tu reçois, tu sais, de la personne dont tu as réussi à soulager les souffrances. Puis, c'est quelque chose qui est gratifiant, qui te fait te sentir en vie intense. » (Dr Villeneuve, 59 ans)

Ces propos mettent l'emphase sur ce que certains auteurs caractérisent de « rétribution expressive du travail » lequel devient un moyen de reconnaissance et d'accomplissement de soi (Kirouac, 2015). Les gratifications découlant du travail sont dès lors qualifiées de favorables à la santé mentale des individus (ibid.). À l'échelle des médecins, ces apports expressifs du travail résultent en grande partie de la relation avec le patient. Dès lors, il pèse un poids relativement lourd sur cette relation qui peut être le spectre d'une souffrance professionnelle lorsqu'elle est trop fortement investie et que les attentes, trop élevées à son égard, se heurtent aux écueils de la réalité.

2. Réalité du terrain et déception

a) Orientation de la pratique médicale vers une logique de rendement

Le début de la pratique éveille parfois le leurre de l'idéal professionnel de départ (Davezies et Daniellou, 2004). Plusieurs médecins caractérisent leurs débuts de pratique de « *très difficile* » et remettent d'ailleurs en question la formation médicale qu'ils estiment ne pas les avoir assez bien préparés au débit de patients à suivre.

« Ça m'a pris 3 ans à voir mes 1000 patients, c'était l'horreur... bien, je veux dire, ça a été vraiment difficile, là, parce que j'étais pas du tout préparée à ça, ça a été... tu sais, tu as des patients, tu as vingt, vingt-cinq patients par jour quand tu es habituée d'avoir six, huit, tu sais. Puis des cas lourds, là, des gros cas. Alors ça a été très, très difficile. » (Dre Lemay, 37 ans)

Cette logique de débit, renforcée par la récente réforme, est dénoncée par plusieurs. Elle exerce une pression épuisante tant sur le plan physique que psychologique.

« C'est demandant, là, tu sais. Ecoute, là, quand il faut que tu voies plus de 25-30 patients, là, dans une soirée puis que tu as le débit puis tu as toujours la menace de... bien, pas la menace, mais la fermeture qui te guette, puis tu sais, tu vois l'achalandage qui rentre, il y a une pression qui est lourde psychologiquement. C'est très lourd. » (Dr Allaire, 49 ans)

Le discours gestionnaire orienté par des « valeurs comptables, axées sur la quantité de soins prodigués au détriment de la qualité » (Maranda et al., 2006) fâche et use les médecins. Deux visions antinomiques de la médecine semblent s'affronter, l'une plus humaniste axée sur le relationnel et la continuité du lien avec le patient, l'autre plus productiviste qui poursuit des objectifs de débit. Les médecins doivent ainsi jongler avec les exigences de qualité et de rendement du système, ce qui peut être heurtant pour ceux qui aspirent à une pratique axée sur la qualité de la relation avec le patient.

« Mais, c'est sûr que des fois, j'aimerais ça être capable de pouvoir prendre plus de temps avec un patient, mais bon. On est constamment poussé à voir plus de monde, puis il y a beaucoup de pression, surtout dans nos urgences, en étant tout seul là. » (Dr LaRue, 34 ans)

Cette obligation de résultat et la pression qu'elle engendre éveillent un stress difficile à supporter, qui place le médecin dans une position conflictuelle entre les besoins de son patient et les exigences institutionnelles d'efficacité.

« Ça engendrait un stress que j'avais de la difficulté à supporter. Je finissais mes quarts de travail 5-6 heures après la fin théorique de mon quart de travail pour être sûr que tout était beau, puis j'avais pas l'impression d'être capable de faire de la bonne médecine à la vitesse qu'on me demandait de la faire. Parce qu'on a beau vouloir passer plus de temps sur un patient malade qu'on veut bien soigner, si on n'est pas assez rapide, il faut qu'on passe au suivant quand même parce que l'autre peut pas attendre non plus. » (Dr Veilleux, 30 ans)

« J'avais un sentiment d'insatisfaction, c'était que j'avais l'impression que je faisais pas assez de débit pour ce qu'il aurait fallu faire. [...] Le système valorise les gens qui voient beaucoup de gens rapidement. Même s'ils ne règlent aucun problème, puis que le patient ressort insatisfait, c'est pas grave, en autant qu'on en ait vu beaucoup, puis qu'on puisse dire « j'en ai vu beaucoup ». » (Dr Basili, 44 ans)

b) L'évolution des attentes des patients

La remise en cause du modèle paternaliste du médecin converge avec l'émergence du « patient contemporain » (Bureau et Hermann-Mesfen, 2014). Plusieurs considérations sont à prendre en compte pour le comprendre : le renforcement du processus d'information médicale notamment depuis les années 2000 avec Internet, le développement de l'éthique médicale et le changement de la relation médecin-patient avec l'émergence du concept du « patient consommateur », l'institutionnalisation d'une médecine centrée sur le patient et l'avènement de la démocratie sanitaire (ibid.). De fait, l'expertise médicale doit rivaliser avec « une expertise profane basée sur des savoirs « expérientiels » » (ibid.). Les patients sont donc plus informés, mais le sont-ils mieux ? D'après nos répondants la difficulté de trier cette information de masse ne renseigne pas mieux les patients, au contraire. Elle est source de frustration, tant pour le patient qui pense savoir ce qui est bon pour lui, que pour le médecin qui passe du temps à expliquer au patient que son auto diagnostic n'est pas forcément le bon, ce qui peut, par la même occasion, irriter le patient. Dans un contexte pressurisé de débit où le temps est compté, cela ajoute un stress supplémentaire aux médecins.

« J'ai une madame à un moment donné qui m'est arrivée, elle dit « moi j'ai besoin de ma vitamine B12, il faut que tu me fasses un dosage pour la vitamine B12 ». J'ai dit « pourquoi ? » Elle m'est arrivée avec une histoire, là, qu'elle a vue, sa sœur avait fait une maladie neurologique puis ils ont découvert qu'elle avait un déficit en vitamine B12, puis elle est allée lire là-dessus, puis que là, oui, la vitamine B12, s'il t'en manque, ça donne des problèmes neurologiques. Ecoute ça m'a pris une demi-heure pour détricquer cette affaire-là. Elle a eu un bilan de base normal, elle avait une hémoglobine complètement normale. » (Dr Allaire, 49 ans)

« Moi, ça m'énerve, là, des madames qui entrent ici puis qui disent « Bien je voudrais aller voir mon dermatologue parce que j'ai une petite tâche ici. Puis là, oui, mon amie m'a parlé, là, que son gynécologue, là... Faudrait que je vois un

gynécologue ». Je dis « Mais je le fais, ce travail-là, pour vous », « Non, non, je pense qu'y faudrait que je vois le spécialiste », tu sais. Ça me fait chier, là. » (Dre Doucet, 37 ans)

Par ailleurs, la montée des exigences des patients en termes de disponibilité, de contenu et d'adaptabilité de la prise en charge fait écho au sentiment d'iniquité perçu par les médecins (Truchot, 2008 ; Davezies et Daniellou, 2004). Bien que l'asymétrie soit une caractéristique de la relation de soins, en ce sens que l'un donne tandis que l'autre reçoit (Truchot, 2008), certains médecins perçoivent un trop gros déséquilibre entre leur investissement relationnel et le peu ou le manque de considération qui en découle. D'ailleurs, plusieurs études établissent un lien entre le manque de réciprocité dans la relation avec les patients et le *burn-out* des professionnels de santé (Bakker, et al., 2000 ; Truchot, 2004 ; Truchot, 2008). Les propos de ces deux médecins illustrent des réactions de patients auxquelles ils ne s'attendaient pas et qui les ont affectés lorsque l'une annonce son départ en congé maternité et l'autre son arrêt maladie.

« Les patients m'ont jugée avant que je parte. Ça, c'est vraiment drôle, je les prenais en charge, mais ils me voyaient bien enceinte de même, j'étais rendue à trente quelques semaines de grossesse quand je les voyais, ça fait que là, il fallait que je leur dise que je partais en maternité, mais ils étaient fâchés. Ça fait que là, il y en a plusieurs, qui m'ont commenté « ah, bien là, vous nous abandonnez déjà ! » » (Dre Pascale, 31 ans)

« Ça m'a affecté parce que certains de ma clientèle qui étaient très fidèles sont partis voir d'autres médecins, puis très peu sont venus me dire merci. J'ai des gens que j'ai soigné pendant 30 ans, ils m'ont quitté puis ils sont même pas venus remercier ma secrétaire ou même pas venu me remercier après toutes ces années-là. Vous savez, c'est changé, la médecine. La médecine, c'est un service maintenant. » (Dr Trudel)

Le sentiment que les patients sont devenus plus exigeants détourne la considération naturelle dont jouissaient les médecins dans le passé. Le patient « expert », « acteur », « informé », « partenaire », « consommateur » diffère selon les contextes de prise en charge (Bureau et Hermann-Mesfen, 2014). La diversité du champ lexical reflète la diversité des profils de patient, auxquels les médecins doivent s'adapter. La place du patient au sein du système de santé est de plus en plus grande et implique une renégociation du duo soignant-soigné, professionnel-profane. Dans un système où patient comme médecin revendique ses droits, il s'agit de repenser l'espace de dialogue entre ces deux parties et de renégocier les termes du « nouveau contrat social » (AMQ, 2015), ce qui peut être source d'incertitudes pour certains.

3. Une responsabilité accrue

Les privilèges octroyés aux médecins font peser sur eux une responsabilité sociale en matière d'organisation de la santé. L'importance des attentes de la société et de l'Etat assortie à la

pression de la communauté médicale rendent parfois difficile de satisfaire aux exigences du système que certains perçoivent comme des injonctions à la perfection.

« Au point de vue social on est imputable de tout. Si ça coûte cher, c'est à cause de nous autres, s'il y a des erreurs qui sont commises, c'est à cause de nous autres, si on n'est pas assez performants, c'est à cause de nous autres, si on ne possède pas nos connaissances pour être à l'affût de tous les problèmes et toutes les complications, c'est à cause de nous autres. Tu sais, le médecin est responsable de tout. Puis il se défend sur quoi ? Rien. Tu sais, c'est comme ça, il faut que ça soit comme ça. Ça fait que il faut que tu sois bon, il faut que tu ailles vite, il faut que tu sois performant, il faut que tu sois souriant, il faut que tu sois... tu sais, il faut que tu sois parfait, mais trompe toi pas parce que je te colle une poursuite. » (Dr Allaire, 49 ans)

Les obligations qui incombent aux médecins à l'égard des patients sont multiples, elles vont du diagnostic et du traitement du patient, à l'information pour permettre au patient un consentement libre et éclairé, ainsi qu'à la confidentialité, pour n'en citer que quelques exemples. Les médecins ont la responsabilité d'assumer ces obligations, auxquelles s'ajoutent des engagements moraux de disponibilité, d'altruisme, d'investissement et de défense des intérêts du public (AMQ, 2015). Le poids de cette responsabilité en a mené certains à des situations extrêmes. Deux des médecins interrogés ont été poursuivis suite au décès d'un patient et à la paralysie d'un autre. Bien qu'ils n'aient finalement pas été jugés coupables, ces poursuites judiciaires ont laissé d'importantes séquelles sur ces médecins, qui, fortement découragés et anéantis, ont même cessé de travailler pendant plusieurs mois. Soucieux d'éviter que de telles situations se reproduisent, ils expliquent avoir orienté leur médecine de façon « défensive ». Cette médecine de l'évitement vise à se prémunir contre le risque judiciaire en prescrivant beaucoup d'actes, d'exams complémentaires, souvent inutiles, mais destinés en cas de problèmes à prouver qu'ils n'ont pas été négligents (Barbot et Fillion, 2006).

4. Exigences émotionnelles

Le travail émotionnel consiste, dans l'interaction avec le patient, à maîtriser et façonner ses propres émotions, afin d'apprivoiser les émotions des patients (Gollac et Volkoff, 2000). De fait, ce travail émotionnel est exigeant et peut même révéler un profond conflit émotionnel. En effet, l'investissement auprès du patient peut devenir un fardeau lorsqu'il confronte les médecins à des situations humainement difficiles. Cette médecin fait mention du *burn-out* dans lequel elle a été plongée suite à une douloureuse situation professionnelle qui a fait écho à une situation personnelle récemment vécue.

« Un jour, j'ai reçu un petit bébé de 5 semaines qui avait été secoué par sa mère. Moi, je venais de faire une fausse couche, et puis j'ai vu arriver cet enfant-là. Tout de suite, j'ai senti que ça venait me chercher émotivement, ça avait pas de bon sens, là, j'ai demandé de l'aide d'un collègue, on a tout géré ça. Mais après ça, j'ai

fait un genre de choc post traumatique de ça, puis j'ai pas été capable de travailler pendant 6 semaines. Puis la même journée, j'apprenais qu'une patiente s'était suicidée. Et dans l'avant midi de ce matin-là, je me rappelle, là, j'avais eu un appel de cette patiente-là qui m'avait laissé un message, et elle voulait que je la rappelle. Mais moi, j'étais au sans rendez-vous, j'ai reçu une ambulance avec ce petit bébé là, alors je ne l'ai pas rappelée pendant l'avant midi, je me suis dit « je vais la rappeler quand j'aurai du temps pour lui parler, c'est une situation qui mérite de... ce sera pas juste une minute au téléphone, tu sais ». Ça fait que ces deux situations là, ça m'a donné un coup. Ça m'a donné un coup. Bon, on se culpabilise un petit peu, on se dit « bon, est-ce que ça aurait fait la différence ? Est-ce que j'aurais pu éviter une situation comme ça ? [...] Ça fait que ça, ça fait partie du travail d'un médecin aussi, tu sais, de vivre des drames, un peu, avec les gens, puis il faut pas penser que ça nous touche pas, ça, hein. C'est quand même un gros stress, là, c'est quand même une grosse responsabilité. [...] Ça fait que le poids de cette responsabilité là, ça fait qu'à un moment donné, quand tu vis beaucoup, beaucoup de choses au niveau personnel, familial, que ça vient te chercher. » (Dre Vincent, 56 ans)

Face à l'impasse de sa souffrance c'est grâce à un arrêt de travail et au soutien de pairs via le PAMQ qu'elle a trouvé du réconfort.

Le PAMQ est un organisme autonome auquel tout médecin québécois peut faire appel lorsqu'il éprouve des difficultés professionnelles ou personnelles. Les intervenants du PAMQ sont eux-mêmes des médecins. Ces derniers n'interviennent pas à titre de clinicien et donc, ne posent aucun diagnostic et ne prescrivent aucun traitement. Ils assurent un rôle de soutien, d'écoute et de suivi individuel – par des rencontres téléphoniques ou physiques – ou de groupe – via des ateliers, des conférences, et cours d'informations. Si un médecin-conseil du PAMQ soupçonne une pathologie mentale, il peut, le cas échéant, diriger les médecins vers des psychologues ou psychiatres.²⁶

Le contact avec la souffrance et les exigences qu'il entraîne pèsent lourdement sur les médecins. À ces facteurs relevant de la relation avec le patient, s'ajoutent les exigences organisationnelles du travail, qui exposent les médecins à d'autres risques.

B. Facteurs organisationnels : une mobilisation intense

L'organisation du travail des médecins se caractérise bien souvent par un horaire de travail surchargé, un travail bureaucratique accru du fait des tâches administratives et informatiques qui leur incombent, et un empiètement fréquent de la sphère professionnelle sur la sphère personnelle pour arriver à accomplir toutes ces tâches. Dans ces conditions, les médecins sont convoqués à se mobiliser intensément au travail au prix de dommages pour leur santé.

²⁶ <http://www.pamq.org/fr/pamq/>

1. Charge de travail élevée et horaires atypiques

Déclarant travailler entre 35 et 70 heures par semaine selon le profil du médecin (dépendamment du type et du milieu de pratique, du genre, de l'âge, de la situation matrimoniale/familiale), le temps de travail moyen de nos répondants s'élève à environ 50 heures par semaine gardes comprises. Cette durée de travail dépasse de très loin la moyenne nationale qui est de 34 heures de travail hebdomadaire (ISQ, 2013). S'ajoute à l'importance du volume horaire, des heures de travail atypiques, de nuit ou durant le week-end. La surcharge due à un horaire de travail difficile à limiter concourt à fragiliser la santé des médecins (Maranda et al., 2006). A ce titre, nombreux sont ceux dont l'énorme charge de travail et l'inflexibilité des horaires les ont petit à petit submergés et plongés dans une réelle souffrance professionnelle.

« Ça me faisait faire des heures de fou, parce que je prenais jamais mes lendemains de garde, puis je faisais quand même au moins une à deux gardes par semaine à l'urgence, je faisais de l'hospitalisation, puis je travaillais là-bas, ça fait que je couvrais des fins de semaine là-bas. Ça fait que j'ai travaillé beaucoup beaucoup. J'aimais beaucoup, ça fait que je travaillais beaucoup. Ça c'était en 1997, puis en 2000, là, j'ai fait un burn-out parce que là c'était comme trop. Ça fait que j'ai fait un burn-out qui a duré neuf mois. J'ai trouvé ça excessivement difficile ! Et quand je suis revenue au travail, bien là, j'avais lâché la clinique là-bas. » (Dre Gagné, 58 ans)

« Puis à un moment donné, bien moi, j'ai plus été capable de continuer, parce que physiquement j'étais plus capable de le faire. En fait, quand je travaillais de soir et de nuit, j'étais plus capable de prendre mon sommeil dans la journée. Puis j'ai commencé à avoir des maux de tête, des maux de cœur, de la fatigue, de l'irritabilité, tout ce qui va avec l'épuisement professionnel, puis c'est à partir de ce moment-là que j'ai décidé de réorienter ma carrière pour faire autre chose. » (Dre Silvola, 46 ans)

2. Travail bureaucratique

a) Augmentation de la charge administrative de travail

Bien que la charge de travail des médecins résulte d'une pluralité d'éléments, la dénonciation d'un excès de bureaucratie fait néanmoins l'unanimité. Considérées comme chronophages, ces tâches vont de la facturation, aux formulaires de remboursement, en passant par la gestion du personnel, la gestion des dossiers médicaux et des résultats de laboratoire, aux réunions administratives. Faute de secrétaire pour certains, ils doivent aussi gérer leur emploi du temps, les rendez-vous avec les patients, les appels téléphoniques, etc. Cette charge administrative favorise l'insatisfaction des médecins, et révèle de fortes contrariétés.

« Présentement, c'est lourd malgré tout parce que je dois rester plusieurs heures après ma demi-journée pour l'aspect administratif, de tout remplir le dossier électronique, tout ça, là. C'est vraiment difficile, puis tout, justement, la lourdeur

administrative à la clinique, c'est vraiment lourd. Le fait que même si je passe 2-3 heures après avoir vu mes patients, à prendre soin des dossiers, à prendre soin de fouiller les dossiers antérieurs, je suis pas payée pour ça puis ça compte même pas comme du vrai travail aux AMP, c'est extrêmement frustrant. J'ai l'impression de travailler dans le vide tout le temps. » (Dre Pascale, 31 ans)

« J'ai de l'insatisfaction avec toutes les stupidités administratives, et vous pouvez enregistrer ce mot-là tel quel, là : les stupidités administratives. Il y en a de plus en plus. Les paperasses inutiles à compléter. Les paperasses qui n'en finissent plus, de plus en plus compliquées. Ça, c'est horripilant. Horripilant. Par exemple, les formulaires pour déclarer l'inaptitude, j'en ai complété un ce matin. Ça m'a pris trois quarts d'heure à compléter ça. » (Dr Fectau, 80 ans)

Si la plupart des médecins s'acclimatent malgré eux à ces contraintes, d'autres ont fait le choix de réorienter leur pratique car la lourdeur administrative est devenue un fardeau synonyme d'entrave à la relation avec le patient. C'est ce que les propos de ce médecin illustrent, fatigué de la lourdeur administrative de l'hôpital dans lequel il pratiquait, il a décidé de choisir un autre secteur, moins bureaucratique, en l'occurrence un GMF.

« Parce que j'arrivais là, j'avais ça de papier à remplir, de cinquante-six mille niaiseries, puis là, je passais une heure, une heure et demi là-dessus, j'avais quatre heures, puis là, il me restait juste deux heures et demi pour voir les patients. Là, je les voyais vite, vite, vite, vite. Ça, ça m'offusquait. La journée où j'ai décidé que je démissionnais et que je m'en allais, là, j'étais plus capable de cette espèce de lourdeur administrative. » (Dr Simard, 56 ans)

Ce travail bureaucratique nécessite d'autant plus de rigueur qu'il se cumule au contrôle du CMQ sur les médecins qui doivent « justifier du bien fondé » de leurs actes. De plus en plus fréquents et rigides, ces contrôles affichent l'obligation d'imputabilité qui pèse sur les médecins à l'égard du système de santé (AMQ, 2015). Ces exigences sont considérées déconnectées des réalités du terrain et en dysharmonie avec la logique professionnelle médicale.

b) L'informatique

Bien qu'il ait facilité la communication, le processus d'informatisation du système de santé, a aussi intensifié la charge de travail des médecins. Plusieurs se plaignent des entraves à l'activité que cela constitue du fait des dysfonctionnements des logiciels, notamment du dossier médical électronique, de la perte de temps générée par les lenteurs informatiques et de l'informatisation de leur cabinet qu'ils ont dû eux-mêmes assumer. Ces éléments accroissent la pénibilité au travail des médecins et orientent tout aussi négativement leur satisfaction au travail.

« L'informatisation ça fait que je voyais quarante patients par jour, j'en vois vingt-cinq maintenant, puis je finis 2 heures plus tard. » (Dr Brochu, 64 ans)

« Mon ordinateur, en termes de performance, chaque fois que je passe d'une fenêtre à une autre, il y a des délais. Je suis pas capable d'aller vite. À chaque fois que je fais un clic, là, il y a un délai. [...] Le DME (Dossier Médical Électronique), comme il est conçu actuellement, à cause des mécanismes de protection, les

processus sont trop lents, trop lents. Cette semaine on a planté, on a été 2 heures de temps si c'est pas 3, là, pas d'ordinateur. J'étais plus capable de rentrer dans le DME. Ça fait que je suis allé sur l'ancienne plateforme informatique pour aller chercher de l'information pour être capable de suivre un peu l'histoire avec le patient. Tu sais, c'est pas des farces. Ça fait que ça, pour moi, c'est un irritant, là, majeur. Quand j'arrive à la fin de la journée, là, je suis claqué, raide mort, je suis écoeuré à cause de l'environnement de travail qui est devenu plus lourd. » (Dr Allaire, 49 ans)

De plus, la technologie empêche la coupure, autrefois possible, entre le travail et la maison. Cela est perçu comme l'un des effets pervers de l'informatique et notamment du DME qui donne accès aux résultats de laboratoires et aux dossiers médicaux en temps réel, et rend le travail envahissant.

« C'est un peu pervers, là, avec les DME, là, on a accès à nos laboratoires puis à nos dossiers de la maison, ce qui fait que mes laboratoires rentrent en temps réel, donc je peux avoir quelque chose de très anormal qui rentre à 7-8h le soir, ce qui fait que plusieurs fois dans la journée, on stresse parce que tu es quand même responsable, mais c'est vraiment pervers, là. Les vacances, les fins de semaine, ça te suit partout, puis ça prend beaucoup de place. Ça fait que ça, c'est un irritant. » (Dre Vallée, 36 ans)

3. Empiètement du travail sur la sphère personnelle

Devant l'éventail des éléments qui accroissent la charge de travail des médecins de famille, plusieurs stratégies sont mises en place pour y faire face. Le moindre créneau de libre leur permet d'intégrer des tâches administratives, comme par exemple tôt le matin avant l'ouverture des consultations, sur l'heure du déjeuner, tard le soir, en fin de semaine ou le week-end. Certains profitent de leurs jours de congés pour se mettre à jour administrativement, et d'autres en viennent même à prendre des vacances pour parachever le travail administratif. La somme de travail qui n'a pas pu être complétée sur leurs heures régulières de boulot est rapportée chez eux, laissant s'introduire le travail dans leur vie extraprofessionnelle.

« J'ai pris deux semaines de vacances juste pour les formulaires, les fax, finir les dossiers, au mois de mai, dans le but de prendre mes vacances après. Puis, j'avais pas fini, là. Il me restait une dizaine de formulaires à faire. » (Dr Robert, 57 ans)

« Ah, mon Dieu, je rentre ici à 8h puis je sors des fois à 6h le soir, puis je ramène de l'ouvrage à la maison souvent, tu sais. Bien, comme là, voyez-vous, j'ai des résultats, il faut que je regarde mes résultats. Ça fait que quand j'arrive à 6h30 à la maison, je soupe, je m'occupe du petit un peu. Puis à 8h-8h30, je refais des dossiers médicaux, là, suivi de mes notes médicales puis des laboratoires, j'en ai jusqu'à 11h, des fois le soir. » (Dr Allaire, 49 ans)

En outre, la fatigue engendrée par le travail, peut amputer la vie extraprofessionnelle des médecins. Certains se considèrent trop épuisés ou mentalement indisponibles pour s'investir dans leur vie familiale/personnelle ou dans des loisirs. Bien qu'ils affichent la volonté de profiter

de leur vie extraprofessionnelle, le décrochage est difficile car leur travail est « *demandant* », « *envahissant* », et aspire ainsi toute leur énergie. D'autres se laissent tellement submerger par leurs implications professionnelles, qu'ils n'ont développé d'autres passions que le travail, devenu leur principal lieu d'évolution au point de ne plus avoir d'autre centre d'intérêt.

« C'est sûr qu'éventuellement, j'aimerais ça rediminuer un peu, profiter plus, voyager un peu plus, puis profiter plus des choses que j'aimais avant. Parce que là, ce que je me rends compte aussi, c'est comme si j'avais plus de passions, sauf le travail. Quand je réfléchis à ça, je réalise, si quelqu'un me dirait « c'est quoi tes autres passions ? » Puis je suis comme... J'ai toujours été une grande, grande passionnée, puis là, c'est comme « euh.. je le sais plus trop c'est quoi, mes autres passions... » Je suis comme... Tu sais, demain matin tu m'enlèves le travail.. Oui, j'ai beaucoup d'intérêts, mais qu'est ce qui fait que je pourrais compenser, je le sais pas. » (Dre Gagné, 58 ans)

C. Facteurs culturels

Les facteurs culturels sont entendus ici comme les valeurs et les attentes à l'égard du travail d'une part et la féminisation de la profession d'autre part.

1. Valeurs, attentes à l'égard du travail

a) Disponibilité permanente et culture de l'hypertravail

Au sein de la profession médicale, le temps de travail constitue un enjeu identitaire majeur qui se caractérise par une légitimité forte accordée à la « disponibilité permanente » (Le Feuvre, Lapeyre, 2013). En somme, un bon médecin est celui qui travaille sans compter son temps.

« Ah, mon Dieu, bien moi, je pense que je travaillais 70 à 100 heures par semaine à ce moment-là, c'était vraiment intense. Ça fait que des fois, là, je suis partie le lundi matin, je suis revenue le jeudi soir. Je couchais le lundi soir, mardi soir, mercredi soir. Je pouvais pas revenir coucher à la maison parce que je couvrais du lundi au vendredi matin. [...] Ça fait que tu sais, vous me demandez combien d'heure, c'est un don de soi complètement de travailler. » (Dre Lemay, 37 ans)

L'investissement intense au travail, le sens du devoir, la primauté de la valeur travail aux dépens des autres dimensions de la vie, l'engagement fort au sein de la profession sont traditionnellement valorisés par les médecins (Jones et Green, 2006 ; Lapeyre et Le Feuvre, 2013). L'un des répondants évoque d'ailleurs son plaisir si grand de travailler que prendre des vacances pour faire autre chose s'avère être sans intérêt, le travail étant « *l'essence de [son] existence* ». Aussi, plusieurs médecins ont mentionné leur fort engagement vis-à-vis de la société, qu'ils ont à cœur de tenir, en dispensant des soins de qualité et en faisant preuve d'une grande disponibilité. Cette culture médicale de l'hypertravail est une norme à laquelle doivent adhérer les médecins, au risque de pressions voire d'une stigmatisation de la part des

pairs (Maranda, et al., 2006). Cette pression peut être à l'origine d'une réelle souffrance car les limites qu'elle amène à dépasser usent physiquement et psychologiquement les médecins.

« J'ai toujours eu l'impression de vivre avec l'élastique étiré, d'aller jusqu'à la limite que j'étais capable de faire, parce qu'il y a une pression au travail. Il y a toujours il faut faire plus d'heures, il faut voir plus de patients, il faut faire une fin de semaine de plus, ah, c'est pas grave, il y a quelqu'un de malade, on va le remplacer. » (Dre Silvola, 46 ans)

Le souci d'adaptation au milieu et l'investissement au travail sont tels, qu'ils peuvent en occulter la souffrance vécue par les médecins. La norme de l'hypertravail s'inscrivant dans « la lutte contre l'échec, le combat contre la perte de sens eu égard à l'éthique de la profession. A l'objectif de soigner les patients, s'ajoutent les problèmes pour en arriver à composer avec une charge devenue insoutenable et continuer à être un docteur à la hauteur » (ibid.). Plusieurs des répondants ont évoqué leur difficulté à mettre des limites face à une charge de travail grandissante. De fait, l'incapacité de se « protéger » face à un système toujours plus sollicitant est dommageable pour la santé des médecins et propice à l'épuisement professionnel.

« Cette appréhension-là, même qui fait mal au ventre, là. Mais y avait beaucoup le syndrome de l'eau chaude, là. Comme la température de l'eau qui augmente tranquillement, puis qu'on s'en rend pas trop compte, puis qu'on s'habitue, là. Fait que c'est maintenant, puis c'est mettons, un an plus tard, que je prenais conscience à quel point j'avais un mode de vie stressant. Auquel je m'adaptais, parce que en fait, je me donnais pas de choix, à ce moment-là. Puis tant qu'on se donne pas de choix, on s'adapte, on a intérêt à s'adapter. Puis on a intérêt à ne pas trop réaliser qu'on souffre de la situation. » (Dr Labrecque, 43 ans)

« J'ai pris un congé maladie de 6 mois pour la première fois de ma vie, là. Ça ressemblait pas mal à un burn-out. Puis je m'en suis bien remis, j'ai été traitée pendant... tu sais, avec des anti déprimeurs pendant un bout de temps, je m'en suis bien remis, je dirais, sans séquelles, mais avec une bonne leçon de vie. [...] C'est comme si j'ai vécu au-delà de mes forces tout le temps un petit peu en m'écoutant pas trop, puis en continuant. » (Dre Vincent, 56 ans)

Dans cette culture d'invulnérabilité, il est difficile pour ces professionnels de reconnaître qu'ils souffrent physiquement ou psychologiquement, certains vont même travailler malades. L'auto-traitement ou même le déni ont été mentionnés comme des palliatifs à la douleur vécue par ces médecins « en train de brûler », qui entretiennent un rapport paradoxal voire tabou à leur propre souffrance.

« Il y en a beaucoup de médecins qui travaillent très malades. Tu sais, j'avais un collègue qui était tombé dans un escalier, il s'était cassé trois côtes, bien, il a travaillé, là. Un patient, on l'arrêterait de travailler 1 mois, là, mais lui, il continuait à travailler. Il avait mal, il avait de la misère à respirer. Moi combien de fois j'ai travaillé très souffrante ? À un moment donné, j'avais la grippe, je faisais de la fièvre, personne avait pu me remplacer, tu sais, le monde que je voyais était moins malade que moi. Les médecins travaillent malades dans tous les cas. » (Dre Beaulieu, 52 ans)

b) *Enjeu de conciliation travail-famille*

Cette rigidité temporelle rend davantage perméables les frontières entre les sphères privée et professionnelle. L'articulation entre le travail et la vie familiale est un enjeu qui peut avoir des conséquences sur la santé lorsque les contraintes professionnelles dominent et modulent l'organisation de la vie extraprofessionnelle aux dépens de la volonté des médecins. Les impressions de « *sacrifices* », de « *passer à côté de sa vie* », de « *n'avoir d'autres passions que le travail* », de « *ne pas suffisamment profiter de ses enfants et de sa famille* », de « *ne pas avoir de loisirs* » ont été citées à plusieurs reprises. En outre, plusieurs études démontrent que les incompatibilités des conditions de travail avec les responsabilités familiales peuvent constituer de réelles menaces pour la santé des individus, voire augmentent le risque de dépression (European Agency for Safety and Health at Work, 2003 ; Allen et al., 2000). Le cas de ce médecin est parlant à ce sujet, il évoque les deux épisodes de *burn-out* qu'il a vécu, et qu'il attribue à l'impossibilité de concilier sa vie professionnelle et sa vie familiale. Lui qui aspirait à faire de sa vie de famille une priorité, la sphère professionnelle l'a envahi insidieusement à deux reprises, au point de faire de sa sphère familiale une voie sans issue.

« La conciliation travail-famille, c'est vraiment là qu'était le nœud. Ça a comme été un coup de massue aussi qui m'a dit « à un moment donné, si tu t'occupes pas bien de toi, puis si tu baisses pas le niveau de stress qu'il y a dans ta vie, tu vas en mourir. Tu vas en mourir puis tu as trente et quelques années, puis tu as des enfants. » Alors c'est devenu comme, pour moi, un point de non-retour. » (Dr Basili, 44 ans)

Ce médecin « *brûlé* » a « *sauvé [sa] peau* » en ajustant son temps de travail à sa vie personnelle. Pouvoir s'occuper de ses enfants et s'investir dans sa sphère familiale ont entamé une partie de sa « *guérison* ». Au-delà de sa vie familiale, il a aussi arrangé son horaire de façon à avoir du temps personnel pour pouvoir se ressourcer et a ainsi découvert qu'il avait « *le droit d'exister un peu* ». Il affirme avoir trouvé une zone qui n'est pas souffrante pour lui aujourd'hui en termes d'équilibre travail-famille.

c) *Différences générationnelles et pression des pairs*

- Début et fin de carrière : des aspirations professionnelles hétérogènes

« On doit y mettre les heures qu'on est prêt à y mettre, là. Si, pour nous, aller faire du rafting ou aller faire du ski tous les soirs ou aller faire... passe en priorité, je pense qu'ils ont manqué leur vocation. Oui, c'est une vocation parce qu'on doit pas compter notre temps, puis on doit ajuster en fonction des gens qu'on voit. » (Dr Bérubé, 58 ans)

On constate des différences entre les générations au sein de la profession médicale qui révèlent des divergences dans la façon de considérer le travail. En effet, les valeurs accordées à la profession, le nombre d'heures consacrées au travail, et l'équilibre souhaité entre les vies personnelle et professionnelle varient en fonction du nombre d'années de pratique des

médecins. Le modèle du médecin disponible en permanence et voué à sa profession (Jones et Green, 2006 ; Lapeyre et Robelet, 2007) tend à être concurrencé par un désir d'arrangement des temps sociaux et d'investissement modéré au travail notamment de la part des jeunes médecins, hommes et femmes confondus (Mercure et Vultur, 2010 ; Côté, 2013). Pour qualifier leurs valeurs à l'égard du travail, les médecins en fin de carrière invoquent le sens du devoir et des responsabilités en vers la population. Cela justifie leur investissement temporel important dans le travail qui laisse très peu de temps pour les autres dimensions de la vie²⁷.

« À l'époque, c'était comme ça, puis on avait une charge de travail, puis il était pas question... quand il en manquait, bien, on en prenait aux dépens de nos loisirs. C'était le travail, puis après, les loisirs. Puis, bien, avec ça, on abandonne un peu la famille, là, qu'on néglige un peu. Bon, j'étais présent quand j'étais à la maison, mais quand tu travailles à peu près 80 heures par semaine, c'est pas tant que ça que tu es à la maison, tu sais. » (Dr Fecteau, 80 ans)

Cette génération de médecin est aussi celle qui se caractérise par un débit de patients plus élevé, un suivi longitudinal de ces derniers, une approche plus curative de la médecine, le tout allant souvent de pair avec une pratique à l'acte. Quant aux médecins en début de carrière, leur discours valorise l'équilibre entre le travail et les autres dimensions de leur vie. Certains ont même choisi la médecine familiale, plutôt qu'une autre spécialité, pour mieux concilier leur vie personnelle²⁸.

« C'est un aspect de ma vie (la médecine). C'est sûr que je m'investis quand même, je trouve c'est important, mais ça reste un métier. Ça reste gagner des sous, puis de pouvoir combler aussi les autres sphères de ma vie. Mais la médecine est pas au centre de ma vie. [...] Puis peut-être avant d'avoir notre fils, mais là... ça change quand même la perspective. Ça change beaucoup les priorités. » (Dr LaRue, 34 ans)

Cette génération de médecins privilégie une approche plus globale et préventive du patient, et préfère voir moins de patients pour passer plus de temps avec chacun d'entre eux.

L'asymétrie des considérations professionnelles des différentes générations de médecins suscite de réelles tensions entre ces deux groupes, se sentant en proie à des menaces différentes du travail. Les médecins plus âgés, s'approchant parfois de la retraite, craignent de ne pas pouvoir réduire leur nombre d'heures de travail et accusent les plus jeunes d'un manque de volonté à travailler et d'une perte de l'importance de la valeur travail.

« J'ai fait 25 accouchements le premier été. Puis on faisait des 24 heures de garde, puis on travaillait le lendemain. Aujourd'hui, ils (les jeunes) font des huit, ils font des trois chiffres de huit dans la semaine, peut-être une journée de bureau de temps en temps, puis la semaine est complète. Une câlisse de différence. Puis on

²⁷ Donnée issue de la présentation des résultats préliminaires du projet au 7^{ème} congrès de l'Association française de sociologie d'Amiens le 4 juillet 2017.

²⁸ Donnée issue de la présentation des résultats préliminaires du projet au 7^{ème} congrès de l'Association française de sociologie d'Amiens le 4 juillet 2017.

va écœurer les plus vieux qui font pas de garde, puis ainsi de suite, pour faire la garde des jeunes parce qu'ils ont des enfants. » (Dr Brochu, 64 ans)

Les médecins plus jeunes quant à eux, craignent une intensification de leur rythme de travail, qu'ils jugent contraire à leur quête d'équilibre travail-vie personnelle et à la qualité des soins, et se sentent jugés pour ça. Les médecins plus âgés accusent parfois les plus jeunes de privilégier leur vie familiale et de suivre moins de patients.

« Puis, je pense que c'est vrai que ma génération, elle fera probablement pas la médecine de la même façon que mes prédécesseurs. La médecine a changé, les maladies ont changé, les patients ont changé, tout s'est complexifié, mais je pense que les valeurs aussi ont changé d'une certaine façon. Puis je vois quand même plusieurs collègues qui veulent des enfants, qui veulent être à la maison, qui veulent finir à 5h. Mais c'est sûr qu'on se fait juger pour ça aussi, comme jeune médecin. » (Dre Pascale, 31 ans)

Ces décalages générationnels dans le rapport au travail suscitent des entrechocs qui peuvent être sources de pression d'un côté comme de l'autre. Bien que la menace de l'intensification du rythme de travail, qui plane au-dessus des médecins, ne soit pas perçue de la même façon par ceux-ci, les écarts intergénérationnels ne doivent pas occulter que les médecins encourent les mêmes risques, ceux dommageables pour leur santé physique et psychologique.

- Mi-carrière : un moment propice à l'épuisement professionnel

Peu importe leur âge ou leur nombre d'années de pratique, tous les médecins peuvent se « brûler » au travail. Sur les sept répondants ayant vécu un épuisement professionnel, quatre d'entre eux se situent ou se situaient en milieu de carrière (on dit aussi qu'ils sont de la génération X). Évoluant entre deux générations, ces médecins ont parfois du mal à se situer entre les plus âgés qui vivent leur profession comme une vocation qui implique une disponibilité quasi illimitée, et les plus jeunes qui, plus distancés, favorisent les temps extraprofessionnels. Les médecins « mi-carrières » sont souvent plus impliqués au travail de par leur volonté mais aussi de par la pression des médecins plus âgés, dont ils sont la relève directe. Cette génération X de médecins est aussi désireuse de s'investir dans la sphère familiale. Etouffés par une double charge de travail, relevant de la sphère professionnelle et familiale, certains se sont laissés surmener. C'est ce dont la littérature fait aussi état. Une recherche menée auprès de médecins américains révèle que ceux en milieu de carrière travaillent plus d'heures, prennent davantage d'appels la nuit, sont moins satisfaits de leur équilibre travail-vie personnelle, et présentent ainsi des plus hauts taux d'exaspération émotionnelle et de *burn-out* (Liselotte et al., 2013). Au regard de ces considérations, l'étude conclut que la mi-carrière apparaît comme le moment le plus éprouvant de la carrière professionnelle des médecins.

2. Femmes médecins : une autre réalité

L'entrée massive des femmes dans la profession médicale ces cinquante dernières années est un élément structurant de l'évolution de cette profession (Contandriopoulos et Fournier, 2007). Elle entraîne des tendances différentes dans les choix de pratique et d'organisation du temps de travail, et ce, parfois en dépit de la volonté des femmes. La majorité des femmes médecins que nous avons rencontrées ont fait état de la responsabilité de concilier travail et famille qui pèse sur leurs épaules. Bien que les mentalités aient évolué à cet égard et que les femmes représentent un peu plus de 50% de la main d'œuvre en médecine familiale²⁹, elles sont « souvent appelées à en faire un peu plus, de par [leur] rôle social encore en 2017 » comme l'affirme l'une de nos répondantes. Nous verrons que le poids du conflit entre ces sphères n'est pas sans répercussion sur leur santé physique et mentale.

a) Féminisation de la profession et différence de choix de pratique

En 2014 au Québec, on compte 4817 femmes médecins omnipraticiennes et 4089 hommes. La courbe de l'effectif féminin dépasse depuis 2010 celle des hommes³⁰ et va continuer de croître au cours des prochaines années si l'on considère les jeunes cohortes de médecins et la part d'étudiantes en médecine familiale. En effet, en 2015, sur 920 étudiants, 67,8% sont des femmes et 32,2% sont des hommes (CMQ, 2015). En outre, l'organisation de la pratique médicale en termes de volume et de type de pratique peut différer entre les hommes et les femmes (Contandriopoulos et Fournier, 2007). Les femmes comptent une patientèle moins nombreuse mais passent en revanche plus de temps avec leurs patients (Contandriopoulos et Fournier, 2007 ; Fortin et al., 2014). Moins balisées par les standards scientifiques, leur approche globale du patient et la proximité relationnelle qu'elles entretiennent avec lui sont des éléments plus spécifiques de la pratique féminine (Bloy, 2010).

« Je pense que les femmes aussi, dans la pratique, vont en général prendre un petit peu plus de temps par patient, vont expliquer un petit peu plus les choses. »
(Dr Basili, 44 ans)

Cette habileté communicationnelle favorise des échanges portés tant sur les besoins médicaux des patients que sur leurs préoccupations émotionnelles. Néanmoins, cette proximité relationnelle se conjugue parfois avec la difficulté de mettre des limites.

« Comme femmes, je pense qu'on est peut-être plus sensibles à la réalité des gens, plus à l'écoute, on va plus ouvrir de portes, mais par contre, avec certaines personnes, quand il faut dire non, des fois, on a de la misère. Quand on est pris, puis on voit une personne qui souffre, puis tout ça, bien, ça nous prend toutes un petit peu par les émotions, puis on va facilement étirer la consultation à une demi-

29

https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsullInfoStatsCNC_iut/DifsnInfoStats.aspx?ETAPE_COUR=2&LANGUE=fr-CA%2c+le+4+mai+2016

³⁰ Ibid.

heure, à 40 minutes, pour laisser la chance à la personne de s'exprimer, mais il faut trouver un juste milieu, je pense, là-dedans. » (Dre Vincent, 56 ans)

S'agissant des modalités de leur pratique, on constate que les femmes omnipraticiennes sont davantage présentes en CLSC que les hommes, plus nombreux à déclarer travailler en GMF. La multidisciplinarité des équipes en CLSC et l'approche préventive notamment auprès des populations vulnérables ont été mis en avant. L'une des répondantes qui travaille dans une clinique, explique que son équipe et elle ont fait le choix de ne pas être GMF pour préserver leur façon de pratiquer « *qui se veut humaine* », pour « *pouvoir prendre le temps avec les patients* ». Et ce, dans l'objectif d'instaurer une relation de proximité avec les patients, ne pas faire d'eux de simples « *numéros* » afin de leur offrir un meilleur service.

Bien que l'écart entre le nombre d'heures travaillées par les femmes et les hommes tende à s'amenuiser, elles restent cependant plus nombreuses à déclarer travailler à temps partiel et à privilégier une rémunération à salaire. Ces éléments ne sont pas sans lien avec la conciliation travail-famille qui pèse physiquement et/ou mentalement sur elles.

b) Travail-famille : des sphères qui s'entrechoquent aux dépens de la santé

- Volonté de s'investir dans la sphère familiale et entraves du milieu professionnel

Il n'est pas rare que les sphères familiales et professionnelles entrent en conflit, et nombreuses sont les femmes qui éprouvent de la culpabilité à cet égard. L'arrivée d'un enfant peut modifier le rapport au travail des femmes qui inscrivent la volonté d'arranger leur horaire de travail pour passer plus de temps dans leur environnement familial. Or, la diminution de leur implication au travail lorsqu'elles ont des enfants est perçue comme une menace par leurs pairs qui voient une charge de travail supplémentaire pour eux.

« Le problème, il est là. Quand elles ont des enfants, la médecine, ça passe en deuxième souven. Puis 3 jours par semaine, au salaire qu'elles font, c'est assez pour elles. » (Dr Brochu, 64 ans)

Le contexte de pénurie de médecins est souvent mis sur le compte des femmes, auxquelles on reproche de refuser les heures de garde, de ne pas travailler suffisamment ou de désertier les régions (Hardy-Dubernet, 2005). En outre, le culte de la performance médicale, récemment prôné par le ministre de la santé québécois, met les femmes dans une position où elles doivent assumer des responsabilités professionnelles exigeantes et des responsabilités familiales qui le sont tout autant. Cela peut être source de fortes pressions, au point que certaines ont même renoncé à une pratique à temps partiel ou à arranger leur horaire de travail comme elles l'auraient initialement souhaité. Ce manque de disponibilité familiale se fait au prix d'une souffrance. Ces femmes médecins et mères de famille décrivent le sentiment de « *culpabilité* »

et de « *déchirement* » qu'elles ont éprouvé ou éprouvent encore à l'idée de ne pas pouvoir s'investir comme elles le souhaitent dans leur vie familiale.

« Il y a toujours du déchirement, il y a toujours de la culpabilité quand on repart après six mois (de congés maternité). D'être ailleurs, de ne pas être auprès de ses enfants. Ce déchirement-là « pourquoi je vais m'occuper des enfants des autres ou des patients malades, alors que je laisse mes enfants à moi être entretenus par d'autres... » Tu sais, c'est toujours, je pense, une question extrêmement importante, puis qui nourrit notre culpabilité, et ça, même si on a un bon réseau, c'est toujours le questionnement, surtout quand ils sont tout petits, là. Tu sais, de les laisser à d'autres et d'aller faire d'autres choses, toi, tu sais, tu questionnes ce choix-là. Ça c'est difficile. C'est pour ça que je travaillais quatre jours. J'ai déjà travaillé, juste un an, à trois jours. C'était merveilleux ! Merveilleux. Sauf que le milieu tolérait pas tellement ça, là, on a senti des pressions, puis c'était un milieu d'hommes, à ce moment-là, quand j'ai commencé à travailler. » (Dre Lemieux, 58 ans)

« Et, donc je revenais à la maison pour dormir, pendant que j'avais les enfants à la maison avec la gardienne. C'était culpabilisant, c'était difficile de dormir parce que je les entendais, c'était... Ah non ! C'est sûr que ça pouvait pas durer. » (Dre Labrecque, 43 ans)

Pour cette médecin, le sentiment de culpabilité ressenti par les femmes dans le cadre de leur vie personnelle ou professionnelle est un trait caractéristique de la rigueur qu'elles s'imposent plus naturellement que les hommes pour assumer les tâches intrinsèques à ces sphères. C'est ce qui l'amène à avancer que les femmes seraient donc plus empreintes à la surcharge professionnelle.

« La femme qui se sent coupable, tu sais, je veux dire, la femme qui se sent coupable d'être au bureau par rapport à ses enfants, mais qu'à la maison elle se sent coupable de pas être là pour ses patients. Je pense que ça, les hommes vivent moins ça. Fait que je serais pas étonnée, là, si, mettons, y avait une étude qui examinait ça, je serais loin d'être surprise si la conclusion revient à dire qu'en bout de ligne, les femmes souffrent encore plus de surcharge professionnelle que les hommes, pour toutes ces raisons-là. » (Dre Labrecque, 43 ans)

- Le poids des charges domestiques et éducatives

Si la demande d'une flexibilité de leur horaire de travail est un choix lié à un mode de pratique, cela peut aussi être perçu comme une contrainte liée aux responsabilités familiales qui incombent encore aujourd'hui aux femmes. En effet, lorsque le nombre d'heures travaillées tient compte des responsabilités familiales et domestiques, les femmes endossent un horaire surchargé comparativement aux hommes (Robelet, Lapeyre et Zolesio, 2005). Certaines développent des stratégies pour faire face aux contraintes de temps en embauchant des aides extérieures pour réaliser certaines tâches domestiques, ou en insistant auprès de leurs conjoints pour qu'il participe à la vie de la maison. Cependant, nombreuses sont celles qui relayent encore leur carrière au second plan, notamment au sein des couples homogames, ce

qui est générateur de profondes frustrations. La charge de travail ne pouvant être diminuée à la maison, certaines ont, parfois malgré elles, considérablement réduit leur charge de travail professionnelle dans le but de préserver leur santé.

« Puis, c'est sûr qu'on n'échappe pas facilement à la réalité de la femme qui gère quand même toujours plus de choses que l'homme. C'est quand même moi, depuis que je travaille ici, c'est quand même moi qui ai réduit mes heures de travail plus, malgré, lui, les efforts qu'il faisait pour ne pas se faire... Engloutir. C'est quand même moi qui ai dit « Moi, c'est du neuf à trois pour des raisons familiales », c'est quand même moi qui ai fait tous les repas de la famille, fait qu'on pourrait dire que oui, c'est encore une réalité que la mère de famille, elle travaille et elle gère la maison, tu sais. » (Dre Labrecque, 43 ans)

« La conciliation travail-famille ça a été un gros, gros, gros écueil, puis si j'avais un regret ou si j'avais quelque chose comme à recommencer, puis à faire mieux, ça aurait été de ce côté-là. Moi ça a été source de stress. [...] C'est que moi, j'avais l'emploi qui demandait le plus, le plus exigeant avec un niveau de responsabilités plus élevé, mais j'ai toujours cherché à tasser des choses de côté, en faire un petit peu moins, diminuer ma tâche, moins m'impliquer. Puis lui, ça a toujours été l'inverse, il a investi beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup dans sa carrière, mais on lui demandait pas nécessairement ça de l'extérieur. C'est lui qui se demandait ça. Alors que moi, ça m'était demandé de l'intérieur, puis c'est toujours moi qui ai mis les breaks. » (Dre Vincent, 56 ans)

Dans les couples de médecins, la problématique est similaire si ce n'est accrue, les femmes sont souvent défavorisées dans leur avancement professionnel et leur carrière. Elles assument une plus grande part des tâches domestiques et familiales afin de permettre à leur conjoint de s'investir davantage dans leur carrière.

« Mon conjoint travaille tout le temps, ça fait que je suis comme monoparentale, en fait, avec les enfants. Je gère vraiment tout, tout, tout, tout, tout : les repas, l'école, les devoirs, les rendez-vous... puis, quand ils étaient plus jeunes j'ai eu des gardiennes à la maison. Ça fait que ça, ça a été ma planche de salut. Ça fait que ça a vraiment aidé ma carrière, si je peux dire, là, puis mon équilibre mental aussi dans tout ça. » (Dre Paradis, 39 ans)

« Mon conjoint, puis là, c'est un chapitre qui est particulier, là. Lui aussi est médecin, mais lui a décidé qu'il restait médecin. Il est pas devenu un père, il est pas devenu un mari, il a continué à être médecin, puis c'est ce qui a un peu fait que j'ai eu à m'ajuster parce que lui s'est pas ajusté. Puis les enfants, ils sont très contents de ça, quand ils ont quelque chose qui les chicote bien c'est moi qu'ils viennent voir, là. Papa, il est jamais là de toute façon, ils se confient pas à papa, là, c'est autre chose, c'est ça. Ils ont juste un parent. Il faut être là. » (Dre Silvola, 46 ans)

La féminisation de la profession n'annule pas les différences hommes/femmes notamment en ce qui concerne les arbitrages entre vie professionnelle et vie personnelle. Le conflit entre ces sphères est d'ailleurs prédictif de l'épuisement professionnel chez les femmes médecins (Roman et Prévost, 2015 ; Langballe et al., 2010). Certaines affirment que ces compromis

n'ont pas été sans impact sur leur santé. Même lorsqu'elles ont diminué leur charge de travail, le poids des charges domestiques et éducatives cumulées s'est avéré tellement pesant, qu'il a fragilisé leur santé.

« Quand j'ai diminué mes tâches à l'hôpital, à l'urgence (suite à son burn-out), puis ces tâches-là de la maisonnée ont jamais diminué quand j'ai recommencé à travailler, à l'université et en soins palliatifs. » (Dre Silvola, 46 ans)

« C'est une des choses qui m'a rendu la vie un peu misérable, là, tu sais, de pas pouvoir avoir d'aide. Ça aurait pu être moins dur, mais ça a continué d'être juste limite en équilibre (sa santé) un peu à cause de ça. Parce que si moi je finis à 6h, je pars de mon bureau à 6h, j'arrive chez moi, bien il y a de bonnes chances que le souper soit pas prêt. Ça fait que les enfants ont faim, là, il faut préparer le souper en vitesse, puis le soir que je fais le sans rendez-vous, puis que j'arrive chez nous, puis que les affaires sont pas trop ramassées dans la cuisine, puis que j'ai un peu de rattrapage à faire... » (Dre Vincent, 56 ans)

Ces éléments culturels, en lien avec la génération, le genre, et les aspirations professionnelles et personnelles, nous permettent d'éclairer les réalités multiples et hétérogènes au sein d'une même profession. Réalités qui se confrontent à la culture organisationnelle de la profession marquée par des normes de performance, d'endurance voire d'hypertravail. Cela génère une pression importante sur les individus qui fragilise la frontière entre insatisfaction et souffrance au travail et qui, dans sa forme la plus ultime, se traduit par l'épuisement professionnel.

Conclusion

La profession médicale est en transformation et doit s'adapter aux évolutions sociales, culturelles, technologiques et démographiques ainsi qu'aux nouveaux modèles organisationnels mis en place pour y répondre. Le contexte de changements du RSSS dans lequel évoluent les médecins de famille québécois nous a permis d'éclairer certains des maux qui traversent la profession et que celui-ci a exacerbé. En effet, les médecins sont confrontés à des risques pour leur santé qui, dans leur forme ultime, peuvent les conduire au *burn-out*, summum de la souffrance au travail. L'expérience subjective des médecins de famille que nous avons rencontrés a fourni les moyens de traduire les difficultés vécues par ceux-ci dans le cadre du travail. Difficultés en lien avec le propre de la relation d'aide, l'organisation du travail et l'emprise de celui-ci sur les autres temps de vie, l'adaptation quasi continue aux évolutions technologiques et organisationnelles, la couverture médiatique négative, des responsabilités accrues, la culture médicale de l'hypertravail et de l'endurance, la conciliation travail-famille qui peut devenir problématique notamment pour les femmes. De plus, il est important de tenir compte de l'influence des contextes de vie des individus dont les diverses réalités entraînent une gestion du stress différente.

Pluriels, les éléments relevés comme de potentielles menaces pour la santé des médecins sont en augmentation. Il est donc essentiel de les considérer afin d'identifier les ressources permettant de rééquilibrer une situation professionnelle devenue source de mal-être. Pour ce faire, des mesures sont mises en œuvre et visent à apporter le soutien nécessaire au maintien de l'équilibre professionnel et personnel du médecin. Des programmes de mentorat, de soutien et d'écoute entre pairs où les médecins échangent régulièrement entre eux sur des problèmes liés à la médecine ou sur des cas difficiles mais aussi de ce qu'ils ressentent au travail. Aussi, les médecins ont la possibilité de consulter, ponctuellement ou régulièrement, le PAMQ. Des formations sont mises en place, elles visent à sensibiliser les étudiants en médecine familiale aux concepts d'épuisement professionnel et de souffrance au travail et enseignent le mieux-être au travail et la résilience. Il s'agit aussi de développer chez les médecins et futurs médecins l'aptitude à chercher du soutien en situation difficile, nourrir d'autres intérêts que la médecine, la réflexion sur les valeurs et les priorités personnelles et professionnelles et l'équilibre désiré entre les deux, l'échange et la collaboration afin de favoriser un environnement basé sur la confiance et le non jugement entre pairs. Il est aussi question de mettre en place des services de références spécifiques pour que chaque médecin puisse être sous les soins d'un médecin. Ce panel de mesures renvoie à des stratégies de prévention secondaire et tertiaire (Loriol, 2010). La prévention secondaire vise à mieux gérer

individuellement les contraintes de l'organisation du travail. Quant à la prévention tertiaire, elle correspond à un accompagnement psychologique ou médical lorsque les médecins sont mis à mal par le travail, l'objectif étant d'éviter que les traumatismes psychologiques ne débouchent sur des troubles plus graves. Ces approches sont centrées sur l'individu et prônent une démarche participative de sa part. À ce stade, il serait intéressant de se pencher sur les catégories d'actions relevant de la « prévention primaire » (ibid.) et dont l'approche est centrée sur l'organisation du travail. Il s'agit de saisir les facteurs de risque présents dans le milieu de travail pour agir sur l'organisation et les conditions de travail afin d'éliminer ou de contrôler ces facteurs de risque. Car beaucoup de travaux appréhendent encore la souffrance au travail sur le registre des défaillances individuelles. Or, travailler en amont sur les facteurs de risque permet de replacer la subjectivité de l'individu dans un cadre collectif et organisationnel (ibid.).

A l'instar de leurs homologues québécois, les médecins généralistes français sont aussi susceptibles d'être concernés par la souffrance professionnelle et par ses conséquences morbides. Plusieurs enquêtes ont été réalisées et constatent une progression du nombre d'épuisement professionnel vécus par les médecins de famille français (Truchot, 2001 ; Truchot, 2004 ; URML, 2007). Pour expliquer l'ampleur du phénomène, la littérature interpelle les transformations inhérentes au système de santé français, irrigué par des logiques gestionnaires, ainsi que les contraintes organisationnelles, les exigences des patients et des pairs, auxquelles se confrontent quotidiennement les médecins (Davezies et Daniellou, 2004 ; Truchot, 2004). Compte tenu de ces atteintes et du virage ambulatoire que prend la santé en France, un plan de lutte contre le burn-out des professionnels de santé libéraux a été présenté en mars 2017 par la ministre de la Santé, Marisol Touraine. « Prendre soin de ceux qui nous soignent », telle est la philosophie de la stratégie nationale qui vise à rompre l'isolement des professionnels de santé libéraux. Cela passe notamment par le soutien au développement de l'exercice coordonné en favorisant la réunion des professionnels autour des MSP, le développement de formations dédiées à la qualité de vie au travail, l'amélioration du suivi et du dépistage des signes de surmenage par la mise en place de dispositifs d'écoute accessibles 24h/24 7jours/7, et ce afin de prévenir au maximum les situations de détresse.

Ce faisant, le travail constitue un déterminant décisif de la santé des individus (Maslach et Jackson, 1986). En effet, travail et santé entretiennent une double relation (Hélarlot, 2006). D'une part, la santé construit la capacité à travailler et est la condition d'un travail de qualité (ibid.), d'autre part, le travail effectué dans de bonnes conditions façonne la santé des individus et devient même un espace propice à la réalisation de soi (Kirouac, 2011). Evoluer dans un cadre professionnel confortable en se préservant des méfaits du travail, telle est la formule pour octroyer des soins de qualité, et c'est d'ailleurs ce qui a coloré le discours de plusieurs

médecins. Dès lors, la santé est source d'efficacité au travail et donc de performance individuelle et collective. A contrario, la souffrance vécue par les médecins affecte la performance des systèmes de santé et la qualité des soins octroyés aux patients (Wallace et al., 2009), et accroît les coûts du système de santé (Bodenheimer et Sinsky, 2014). Ainsi, la santé des médecins de famille est un indicateur important de la qualité de nos systèmes de santé que plusieurs suggèrent désormais de considérer comme un déterminant de la santé (Wallace et al., 2009). S'ajoute au « triple objectif » d'amélioration de la qualité des soins, d'amélioration de l'accès à ceux-ci, et de réalisation du tout à moindre coût (Spinelli, 2013), un quatrième objectif visant l'amélioration de la qualité de vie des médecins (Spinelli, 2013 ; Bodenheimer et Sinsky, 2014). Dès lors, promouvoir la santé des médecins converge vers une approche centrée sur la qualité de vie au travail (QVT) (Burakova et Leduc, 2014), définie comme le degré de satisfaction atteint par l'individu dans le cadre du travail grâce à la rencontre de ses attentes vis-à-vis du travail et de ceux de son environnement professionnel (Martel et Dupuis, 2006 ; Sirgy et al., 2001). Il en résulte « un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société » (Martel et Dupuis, 2006). Prendre en compte la subjectivité du « corps vécu » des individus au travail suppose de leur donner les clés pour identifier les freins et les leviers à leur bien-être au travail afin d'ancrer l'envie de construire une perception positive de la vie professionnelle (Burakova et Leduc, 2014).

L'affirmation « *un médecin heureux est un patient heureux* », qui a galvanisé le discours de plusieurs des répondants, prend tout son sens ici et permet de réfléchir à l'efficacité de nos systèmes de santé en considérant la santé des médecins comme un élément central de celui-ci.

Bibliographie

Ouvrages et articles

Allen, T-D., Herst E-L., Bruck, C-S. and Sutton, M. (2000), « Consequences Associated With Work-to-Family Conflict : A Review and Agenda for Future Research », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 5, n°2, pp. 278-308

Barbot, J. et Fillion, E. (2006), « La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès », *Sciences sociales et santé*, vol. 24, n°2, pp. 5-33.

Bakker, A-B., Schaufeli, W-B., Sixma, H-J., Bosveld, W. and Van Dierendonck, D. (2000), « Patient demands, lack of reciprocity, and burn-out : A five-year longitudinal study among general practitioners », *Journal of Organizational Behavior*, n° 21, pp. 425-441

Bergeron, P. et Gagnon, F. (2003), « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations », in Lemieux, V. Bergeron, P. Bégin, C. et Bélanger, G. (dir.), *Le système de santé au Québec*, Québec, Les presses de l'Université Laval, pp. 7-33.

Bloy, G. et Schweyer, F-X. (2010), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, (Collection Métiers Santé Social).

Bloy, G. (2010), « Quand les étudiantes abordent la médecine générale », in Bloy, G. et Schweyer, F-X. (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 347-362.

Bodenheimer, T. et Sinsky, C. (2014), « From Triple to Quadruple Aim : Care of the Patient Requires Care of the Provider », *Annals of Family Medicine*, vol.12, n° 6, pp. 573-576.

Burakova, M. et Leduc, S. (2014), « Risques psychosociaux, Qualité de vie au travail : Opposition ou complémentarité ? De la prévention à la promotion de la santé au travail », in Lagabrielle, C. et Laberon, S. (dir.), *Santé au Travail et Risques Psychosociaux : Tous Préventeurs ?* Paris, L'Harmattan, pp. 73-96.

Bureau, E. et Hermann-Mesfen, J. (2014), « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & Santé*, n°8.

Center, C. et al. (2003), « Confronting depression and suicide in physicians : a consensus statement », *JAMA*, vol. 289, n°23, pp. 3161-6.

Contandriopoulos, A-P. Fournier, M-A. (2007), « Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec », *GRIS*, Faculté de médecine. Montréal : Université de Montréal.

Côté, N. (2013), « Pour une compréhension dynamique du rapport au travail : la valeur heuristique de la perspective des parcours de vie », *Sociologies et sociétés*, vol. 45, n°1, pp. 179-201.

Crépeau, C. (2003), « L'Association médicale canadienne veut aider les médecins victimes d'épuisement », *L'Actualité médicale*, vol. 24, n°32, pp. 8.

Cruess, S-R. et Cruess, R-L. (2013), « The social Contract of Health Professions and Health Professions Education », Presentation. Establishing Transdisciplinary Professionalism for Health : A Workshop ; *Institute of Medicine*, Washington.

D'Amour, D., Tremblay, D. et Proulx, M. (2009), « Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical », *Recherches sociographiques*, vol. 50, n°2, pp. 301-320.

Desrosiers, G. et Gaumer, G. (2004), « Réformes et tentatives de réformes du réseau de la santé du Québec contemporain : une histoire tourmentée », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, n°1, pp. 8-20.

Dubet, F. (2002), *Le déclin de l'institution*, Paris, Editions du Seuil, (Collection L'épreuve des faits).

Fleury, M-J., Tremblay, M., Nguyen, H. et Bordeleau, L. (2007), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.

Fortin, P., Cloutier, M-P., Easley, J. et Hamilton, R. (2014), « Changements de pratique en médecine de famille : conséquences de la féminisation et des différences générationnelles », *Atlantis*, vol. 36, n°2, pp. 88-99.

Fournier, M-A. (2001), « Les politiques de main-d'œuvre médicale au Québec : bilan 1970-2000 », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7, n°2, pp. 79-98.

Freidson, E. (1984), *La profession médicale*, Payot, Paris.

Freudenberger, H-J. (1987), *L'épuisement professionnel : la brûlure interne*, Gaëtan Morin Éditeur.

Frohlich, K., De Koninck, M., Demers, A. et Bernard, P. (2008), *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal « Paramètres ».

Gollac, M. et Volkoff, S. (2000), *Les conditions de travail*, Paris, Editions La Découverte.

Hardy-Dubernet, A-C. (2005), « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, pp. 35-58.

Hébert, G. (2016), « La rémunération des médecins québécois », *Institut de Recherche et d'Informations Socioéconomiques*.

Hélaridot, V. (2006), « Parcours professionnels et histoires de santé : une analyse sous l'angle des bifurcations », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 1, n°120, pp. 59-83.

Hudon, R. (2009), « Le pouvoir médical au Québec. Tensions autour du statut professionnel des médecins », *Recherches sociographiques*, vol. 50, n°2, pp. 245-253.

Hudon, R., Mathieu, R. et Martin, E. (2009), « Pouvoir médical et interventions législatives au Québec, 2001-2008 », *Recherches sociographiques*, vol. 50, n°2, pp. 255-281.

Jones, L. et Green, J. (2006), « Shifting discourses of professionalism : a case study of general practitioners in the United Kingdom », *Sociology of Health & Illness*, vol. 28, n°7, pp. 927-950.

Kirouac, L. (2015), « De l'épuisement du corps à l'affaissement de soi : effets des transformations des freins et des contrepoids au travail sur la vie des individus », Thèse de sociologie, Université Lille.

Kirouac, L. (2011), « Instruments de mesure et voies thérapeutiques du burn-out : la responsabilité sociale court-circuitée », *Reflets*, vol. 17, n°1, pp. 30-57.

Langballe, E., Innstrand, S-T. and Aasland, O-G. (2010), « The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians : a longitudinal study », *Stress and Health*, vol. 1, n°27, pp. 73-87.

Lapeyre, N. et 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, n°1, pp. 19-30.

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, pp. 72-93.

Liselotte, N. et al. (2013). « Physician Satisfaction and Burnout at Different Career Stages ». *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 88, n°12, pp. 1358-1367.

Loriol, M. (2010), « Organisation du travail, perception et gestion des risques psychosociaux », *Archives des maladies Professionnelles et de l'Environnement*, vol. 71, pp. 283-286.

Maranda, M-F., Gilbert, M-A., St-Arnaud, L. et Vézina, M. (2006), *La détresse des médecins : un appel au changement*, Québec, Presses de l'Université Laval.

Martel, J-P. et Dupuis, G. (2006), « Quality of work life : theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument », *Social Indicators Research*, vol. 77, n°2, pp. 333-368.

Maslach, C. et Jackson, S. (1986), *Maslach Burn Out Inventory*, Palo Alto : Consulting Psychologist's Press.

Mercure, D. et Vultur, M. (2010), *La signification du travail. Nouveau modèle productif et ethos du travail au Québec*, Québec, Presses de l'Université Laval.

Palier, Bruno. (2004), *La réforme des systèmes de santé*, Paris, Presses Universitaires de France.

Pierron, J-P. (2007), « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, vol.25, pp.43-66.

Plourde, A. (2017), « CLSC ou GMF ? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources », *Institut de Recherche et d'Informations Socioéconomiques*.

Rigaud, B. et Gagnon, F. (2006), *Le rôle de l'Etat dans la dispensation des services de santé*, L'observatoire de l'administration publique autonome, ENAP.

Robelet, M., Lapeyre, N. et Zolesio, E. (2005), « Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans », Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins, janvier, 18 p.

Shanafelt, T-D. et al. (2015), « Changes in Burnout and Satisfaction with work-life balance in physicians and the General US working population between 2011 and 2014 ». *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 90, n°12, pp. 1600-1613.

Sirgy, M-J., Efraty, D., Siegel, P. et Lee, D-J. (2001), « A new measure of quality work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories », *Social Indicators Research*, vol. 55, pp. 241-302.

Soler, J-K. et al. (2008), « Burnout in European family doctors : the EGPRN study », *Family Practice*, vol. 25, n°4, pp. 245-265.

Spinelli, W. (2013), « The Phantom Limb of the Triple Aim », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 88, n°12, pp. 1356-1357.

Trottier, L-H., Fournier, M-A., Diene CP. et Contandriopoulos, A-P (2003). « Les soins de santé primaires au Québec. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé », Montréal, Université de Montréal.

Truchot, D. (2008), « Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire », *Annales medio-psychologiques*, Mémoire.

Truchot, D. (2004), *Epuisement professionnel et burn-out : concepts, modèles, interventions*, Paris, Editions Dunod.

Truchot, D. (2001), *Le burn-out des médecins libéraux de Bourgogne*, Rapport de recherche présenté à l'Union des Médecins libéraux de Bourgogne.

Vézina, M. (2008), « La prévention des problèmes de santé psychologiques liés au travail : nouveau défi pour la santé publique », *Santé Publique*, vol. 20, pp. 121-128.

Wallace, J-E. Lemaire, J-B. Ghali, W-A. (2009), « Physicians wellness : a missing quality indicator », *Lancet*, vol. 374, pp. 1714-1721.

Rapports

Alami, H., Ghandour, E-K., Hamelin, A-M., Fortin, J-P. et Maranda, M-A. (2015). *Grands constats issus du séminaire sur l'organisation et l'avenir des soins et services de première ligne dans le contexte de la Loi 1 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux*.

AMC (2016). *Guide des résidents 2016*. Association médicale canadienne.

AMQ (2015). *Le rôle de la profession médicale dans la gouvernance du système de santé québécois*. Association médicale du Québec.

AMQ (2015). *La profession médicale : vers un nouveau contrat social*. Association médicale du Québec.

AQESSS (2014). *Maladies chroniques : agir là où ça compte*. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.

Careau, E et al. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif*. Québec, Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).

Castonguay-Nepveu (1970), *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, La santé*, Québec, Editeur officiel du Québec.

Clair, M. (2000), *Rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec.

CSBQ (2014). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2014. Résultats et analyses*. Commissaire à la santé et au bien-être Québec.

Davezies, P. et Daniellou, F. (2004), *L'épuisement professionnel des médecins généralistes. Une étude comparative en Poitou-Charentes*, Rapport URML Poitou-Charentes 2004.

INSPQ (2013). *Surveillance du statut pondéral chez les adultes québécois : portrait et évolution de 1987 à 2010*. Institut national de santé publique du Québec.

INSPQ (2008). *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec ?* Institut national de santé publique du Québec.

ISQ (2013). *Durée du travail annuelle au Québec et en Ontario : quels sont les écarts ?* Institut de la statistique du Québec, Flash-info, vol. 14, n°2.

ISQ (2016). *Le bilan démographique du Québec*. Institut de la statistique du Québec.

Kapetanakis, C., Ouellet, D. et Pineault, R. (2008), *Besoins et difficultés d'accès aux services de premier contact, Canada, Québec, Montréal. Analyse des données de l'enquête sur l'accès aux services de santé, 2003*. Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal et INSPQ.

MSSS (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

Rochon, J. (1988), *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Publications du Québec.

Roman, S. et Prévost, C. (2015). *La santé des médecins. Etat des connaissances et approches préventives*. Programme d'aide aux médecins du Québec.

Wonca Europe Conference (2009). *Qu'est-ce qu'un médecin de famille ?* 15th Wonca Europe Conference, Switzerland.

Liens Internet

Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et services sociaux (2017). *Barrette attaque notre santé psychologique*. <https://www.apsq.com/fr/sante-psychologique.aspx>

ARS (2017). <https://www.ars.sante.fr/index.php/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>

CIUSSSCN (2017). <http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/>

CMQ (2015). <http://www.cmq.org/>

Comité d'éthique du CIUSSS de la Capitale Nationale (2017). <http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/expertise-et-parteneriat/la-recherche/ethique-de-la-recherche/le-comite-dethique-de-la-recherche>

Commissaire à la santé et au bien-être (2010). État de situation sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et des services sociaux : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/MaladiesChroniques/CSBE_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf

European Agency for Safety and Health at Work (2003). Gender issues in safety and health at work. <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/209>

FFMPS (2013). Définitions des Maisons et Pôles de santé. <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>

Gouvernement du Canada (2012). *Le système des soins de santé du Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html#a14>

INSEE (2016). *Les tableaux de l'économie française. Edition 2016*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906656?sommaire=1906743>

Institut canadien pour la santé des médecins (2014). <http://ottawacitizen.com/news/local-news/medical-community-studying-physician-burnout-compassion-fatigue>

Le journal de Montréal (2017). *Le nombre de congés de maladie pour santé mentale a explosé*. <http://www.journaldemontreal.com/2017/07/11/le-nombre-de-conges-de-maladie-pour-sante-mentale-a-explose>

Le Soleil (2017). Inquiétante détresse chez les médecins. http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201708/14/01-5124527-inquietante-detresse-chez-les-medecins.php?branch_match_id=422513624103819928

MSSS. <http://www.msss.gouv.qc.ca/>

MSSS (2017). *Lois et règlements dont le ministre assure directement la mise en œuvre*. http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/lois_regle.php

PAMQ. <http://www.pamq.org/fr/pamq/>

Régie de l'assurance maladie du Québec (2016). *Nombre de médecins selon la catégorie de médecins, le groupe de spécialités, la spécialité, le mode de rémunération et la région sociosanitaire du médecin. Services médicaux, Québec, 2014*. https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsullInfoStatsCNC_iut/RappPDF.aspx?TypeImpression=pdf&NomPdf=CBB7R02A_SM18_2014_0_O.PDF

Régie de l'assurance maladie du Québec. Recherche avec ORIS : https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsullInfoStatsCNC_iut/DifsnInfoStats.aspx?ETAPE_COUR=2&LANGUE=fr-CA%2c+le+4+mai+2016

Santéinc (2014). *Brûlé, le médecin ?* Disponible sur Internet : <http://santeinc.com/2014/05/brule-le-medecin/>

Service Canada (2015). *Omnipraticiens et médecins en médecine familiale*. http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3112.shtml

Sondage national des médecins (2010). Sondage 2010. <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2012/10/2010-ProvQCFP-Q14c-FR.pdf>

Sondage national des médecins (2014). *Sondage 2014*. Disponible sur Internet : <http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/surveys-fr/12076-2/> (consulté le 14/04/2017)

Union régionale des médecins libéraux d'Île de France (2007). *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives*. http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf

Liste des annexes

- Annexe 1 Portrait des répondants

- Annexe 2 Carte des régions administratives du Québec

- Annexe 3 Effectif des médecins omnipraticien(ne)s au Québec de 1976 à 2014,
selon le sexe

Annexe 1 : Portrait des répondants

| Caractéristiques | N |
|---|----|
| Genre | |
| Homme | 18 |
| Femme | 17 |
| Âge | |
| 34 ans et moins | 5 |
| 35 à 44 ans | 6 |
| 45 à 54 ans | 7 |
| 55 ans et plus | 17 |
| Cohorte d'insertion sur le marché du travail | |
| Avant 1991 | 14 |
| Entre 1991 et 2002 | 12 |
| Après 2002 | 9 |
| Situation professionnelle du conjoint(e) | |
| Médecin/Autre profession universitaire | 20 |
| Profession intermédiaire/Technicien/Employé de bureau | 5 |
| Vente/Service/Ouvrier | 1 |
| Sans travail/Retraité/Au foyer | 6 |
| N/A | 3 |
| Lieu de pratique principal | |
| Cabinet médical | 13 |
| Cabinet et Hôpital de formation/Soins de longue durée | 9 |
| Urgence/Hôpital | 3 |
| Centres communautaires/Réadaptation/Soins palliatifs | 10 |
| Nombre d'enfants | |
| 0 enfant | 3 |
| 1 à 2 enfants | 17 |
| 3 enfants et plus | 15 |

Annexe 2 : : Carte des régions administratives du Québec

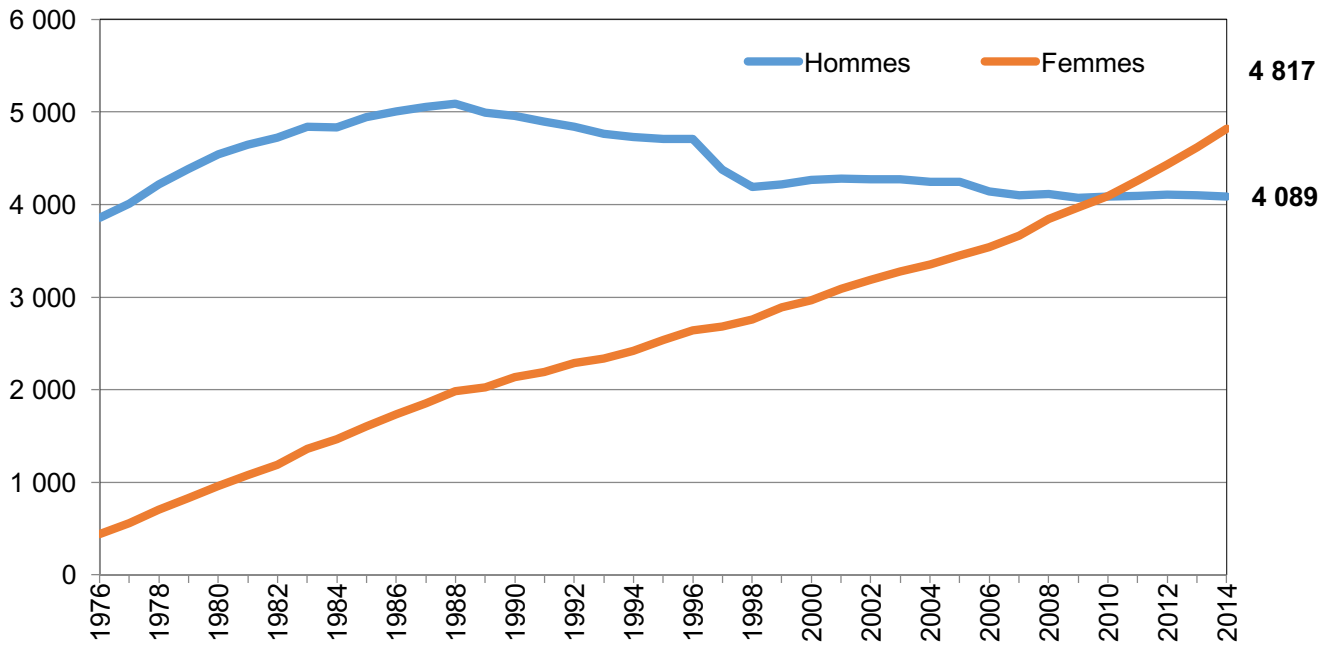
Carte des régions sociosanitaires

1. ⊕ **Bas-Saint-Laurent**
2. ⊕ **Saguenay–Lac-Saint-Jean**
3. ⊕ **Capitale-Nationale**
4. ⊕ **Mauricie et Centre-du-Québec**
5. ⊕ **Estrie**
6. ⊕ **Montréal**
7. ⊕ **Outaouais**
8. ⊕ **Abitibi-Témiscamingue**
9. ⊕ **Côte-Nord**
10. ⊕ **Nord-du-Québec**
11. ⊕ **Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine**
12. ⊕ **Chaudière-Appalaches**
13. ⊕ **Laval**
14. ⊕ **Lanaudière**
15. ⊕ **Laurentides**
16. ⊕ **Montréal**
17. ⊕ **Nunavik**
18. ⊕ **Terres-Cries-de-la-Baie-James**



Source : MSSS, 2017 - <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/regions.php>

Annexe 3 : Effectif des médecins omnipraticien(ne)s au Québec de 1976 à 2014, selon le sexe



Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2014

Note réflexive

Culture de travail et distance hiérarchique

Cette expérience de stage au Québec mise en résonance avec mes expériences françaises me paraît intéressante pour comprendre certaines différences culturelles de travail. Un élément de comparaison central est celui de la distance hiérarchique. Tel que conceptualisé par Hofstede, cela se réfère au degré auquel les relations professionnelles sont marquées par la hiérarchie et les interactions formelles (Hofstede, 1980). Cette distance hiérarchique caractérise une inégalité de pouvoir à l'intérieur des organisations, mais ne se manifeste pas de la même façon en fonction des organisations et des pays (ibid.). Le souvenir de mon expérience de stage en France l'illustre. Réalisé au sein de l'Assurance maladie, les signes extérieurs de statut y étaient très présents. Dans cette organisation pyramidale où la direction est éloignée de la base, les échanges ne pouvaient se faire autrement que par des prises rendez-vous, distançant les acteurs de toute relation informelle. La formalité de ce cadre m'imposait notamment de passer par ma référente de stage pour communiquer ou échanger avec mes/ses supérieurs. Cela s'expliquait par le fait que les personnes les plus hauts-placées de cette organisation avaient une disponibilité limitée et étaient difficilement accessibles. Il fallait donc être d'autant plus précautionneux lorsqu'on voulait les solliciter. Cette situation illustre les mots de David Graeber : « La bureaucratie permet de mettre plus de distance possible entre ceux qui prennent la décision et ceux qui en subissent les conséquences » (Graeber, 2015). Ce contexte, particulier à l'organisation dans laquelle j'étais, rendait le poids de la hiérarchie relativement lourd. Les attentes des dirigeants, explicitées souvent à distance et parfois mal-saisies des agents rendaient le travail un peu flou. Rendre les relations entre les acteurs les moins subjectives possibles semble néanmoins aller à l'encontre de l'idée que dans une organisation une grande partie des activités et réalisations se négocient et s'accomplissent par les relations informelles.

A contrario, c'est en dehors du poids d'une hiérarchie oppressante que j'ai évolué au Québec. Le fait d'être une stagiaire ne m'a jamais donné l'impression d'avoir une légitimité amoindrie pour prendre des initiatives, interagir avec des acteurs aux statuts et positions diverses, poser des questions, donner mon avis, etc. Dans cette structure pyramidale plus aplatie, les rapports professionnels m'ont paru plus horizontaux. Les sollicitations et interpellations directes des acteurs entre eux sont habituelles, et aucune différence de statut ne se fait ressentir entre eux. Le tutoiement aidant, il est très familier au Québec et atténue les rapports sociaux de toute mise à distance hiérarchique. Ces interactions moins formalisées, ne diminuent pour autant

pas l'attitude professionnelle de chacun. Dans le cadre de mon expérience, elle a rendu très plaisante la façon de travailler.

Cette plus ou moins grande distance hiérarchique s'explique par la configuration organisationnelle de ces institutions. En effet, selon la typologie de Mintzberg, l'Assurance maladie ressemble plutôt à une bureaucratie mécaniste où le rôle essentiel est joué par la technostructure dont dépend la standardisation des tâches (Mintzberg, 1983). Le pouvoir décisionnel y est relativement centralisé ce qui se traduit par une hiérarchisation de l'organisation (ibid.). Le centre de recherche, quant à lui, se caractérise plus comme une bureaucratie professionnelle où le pouvoir hiérarchique est moins fort car l'activité requiert des professionnels très qualifiés.

Les particularités du centre de recherche

A l'origine, le CERSSPL-UL était rattaché à l'un des 95 CSSS. Les rapports entre acteurs y étaient plus horizontaux et ceux-ci bénéficiaient d'une plus grande proximité, c'est d'ailleurs ce que l'un de ses membres a avancé « avant si tu voulais parler au directeur général, c'était facile, il était dans le bureau d'à côté ». Depuis la réforme de 2015, le centre est rattaché à l'un des 9 CIUSSS, en l'occurrence celui de la Capitale-Nationale. De fait, la centralisation impliquée par la réforme impute tout le réseau québécois de la santé, y compris la recherche sur la première ligne. Aussi, compte tenu des paradigmes de recherche du centre, relatifs à la proximité, la responsabilité populationnelle et l'imputabilité sociale, cette centralisation peut questionner quant à un possible éloignement des réalités locales et populationnelles. En effet, le rayon territorial et populationnel du centre fait désormais référence à un espace beaucoup plus imposant que celui qu'il concernait jusqu'ici.

En outre, cette réforme semble avoir aussi marqué une forme de scission entre les orientations productivistes des gestionnaires du centre et l'idéal scientifique des chercheurs membres. Ces derniers se voient soumis à des critères de performance qui se caractérisent notamment par la publication d'articles et l'encadrement d'étudiants. C'est d'ailleurs ce qui apparaît dans les statuts et règlements du CERSSPL-UL, l'une des conditions pour être membre régulier est de « publier régulièrement comme premier auteur ou auteur senior ou encadrer des étudiants aux études supérieures qui travaillent sur des sujets reliés à la programmation scientifique du centre »³¹. Si certains chercheurs s'inscrivent dans ces objectifs de performance, les orientations de recherche moins productivistes d'autres chercheurs s'en éloignent. Dans ce contexte, les valeurs et paradigmes de pensée des uns et des autres semblent en

³¹ [http://www.cersspl.ca/fileadmin/user_upload/documentations/fichiers/Statuts_CERSSPL-UL - Revision 1 adoptee 2017-02-02.pdf](http://www.cersspl.ca/fileadmin/user_upload/documentations/fichiers/Statuts_CERSSPL-UL_-_Revision_1_adoptee_2017-02-02.pdf)

dysharmonie, les chercheurs se voyant contraints de s'aligner a minima aux objectifs du centre. La présence de différents acteurs aux intérêts et objectifs souvent divergents et contradictoires, influence et confronte les décisions possibles au sein de cette organisation (Crozier et Friedberg, 1977). La négociation se présente alors comme un moyen pour trouver des compromis pour prendre une décision (ibid.). Pour éviter une distanciation entre des acteurs animés par des orientations diverses, les gestionnaires du centre travaillent à la solidarisation du groupe. Cela peut passer par des rencontres et réunions formelles, au sein du centre, durant lesquelles il est question d'échanger sur les perspectives de chacun. L'un des acteurs rapporte toutefois que ces réunions se veulent plus éclairantes pour rappeler les objectifs d'efficience et les orientations stratégiques prises par le centre, que sur les réalités de la recherche. Ainsi, ces compromis se heurtent au système de valeurs et au champ des connaissances des décideurs qui limitent la portée de la rationalité de leurs actions (Simon, 1957). L'organisation doit gérer les écarts présents entre les objectifs individuels et les objectifs organisationnels afin que les décisions répondent aux objectifs fixés (ibid.). Dans le cas de figure du centre, il semble que la prise de décision soit guidée par le niveau de satisfaction du résultat recherché plus que par la recherche d'une décision optimale (ibid.). Il résulte donc de ces transformations un enjeu communicationnel entre chercheurs et gestionnaires désorientés par ces changements et les inconnus qui persistent quant à l'avenir de cette organisation.

Si l'on se positionne à une échelle plus « macro », le centre de recherche est affilié au CIUSSS de la Capitale-Nationale, lui-même rattaché au ministère, ce qui représente trois niveaux décisionnels. Le ministère alloue des enveloppes budgétaires aux CIUSSS, qui se doivent de traduire la vision et les attentes du ministère quant à l'organisation du réseau de la santé. Cette relation de dépendance au ministère s'illustre aussi par le statut de haut-fonctionnaire du PDG du CIUSSS qui est nommé par le ministre. Cela fait du PDG du CIUSSS, non pas un décideur avec obligation de reddition de compte envers le conseil d'administration et la population comme c'était le cas avant la réforme de 2015, mais un exécutant. Affilié au CIUSSS, le CERSSPL-UL est lui aussi sous la tutelle du ministère qui lui octroie des budgets. L'alignement du centre sur les volontés ministérielles est donc nécessaire. Là-dessus, il est intéressant de noter que le CERSSPL-UL est doté d'une mission sociale et sociétale en ce sens qu'il doit contribuer à des recherches pour la première ligne tout en ayant des perspectives de recherche objectives. C'est d'ailleurs cette même perspective sociétale qui guide la programmation de recherche du centre, qui enracine la mission sociale du chercheur. Mais dès lors que la politique de recherche du centre s'arrime aux exigences ministérielles, son indépendance peut être questionnée. À un niveau plus « micro », les travaux des chercheurs

doivent correspondre aux objectifs du centre de recherche eux même correspondants à ceux du ministère, ce qui est une façon de légitimer les actions de cette organisation.

Bien que l'idée du centre de recherche intégré à l'intérieur d'un organisme décisionnel soit très intéressante, un autre dilemme peut être soulevé. Il s'agit du court-termisme décisionnel, c'est-à-dire que les temps politique et scientifique sont en décalage. L'enjeu étant de trouver un équilibre entre l'empressement politique pour prendre les décisions et le modèle de la recherche qui s'inscrit plutôt dans un temps long.

Ainsi, faire de la recherche un outil au service de la collectivité est un objectif louable mais interroge quant à la possibilité pour le chercheur de conserver son indépendance lorsque la poursuite de ses travaux dépend de la satisfaction des autorités publiques. Si la science se veut indépendante de l'Etat, les fonds publics se font indispensables pour de nombreux centres de recherche, universités et chercheurs. Cependant, les discours qui érigent une relation d'opposition entre le chercheur et l'autorité publique doivent être nuancés. En effet, il s'avère plus intéressant d'envisager cette relation dans une volonté de co-construction des politiques publiques, chacun des acteurs conservant son indépendance dans la sphère qui est la sienne. « Le chercheur peut aussi remplir une fonction positive en contribuant à un travail collectif d'intervention politique » (Bourdieu, 2001).

En somme, l'environnement complexe et en mutation dans lequel évolue le CERSSPL-UL mêle son organisation de bureaucratie professionnelle à celle d'une adocratie (Mintzberg, 1983). Empreinte d'incertitudes face à l'avenir, le modèle de la recherche intégrée au sein d'organismes décisionnels promu par le CERSSPL-UL demeure toutefois très pertinent.

Projet de recherche

La recherche collaborative

La particularité de ce projet est dans le lien étroit avec ses acteurs principaux, en l'occurrence les médecins de famille. Parmi les groupes de travail, le comité consultatif comprend des médecins très proactifs dans le projet. Ils apportent des informations relatives au contexte actuel et à la réalité de la pratique des médecins de famille québécois, ils contribuent à l'élaboration des outils de collecte des données, facilitent le recrutement et la collecte de données, discutent des résultats préliminaires de la recherche, et élaborent les stratégies de transfert de connaissances pour optimiser les retombées dans les milieux. La diversité en termes de genre, d'âge et de milieux de pratique des membres du comité vise à le rendre représentatif des différents points de vue ou réalités de pratique. Ainsi, ce projet est dans une réelle démarche de partenariat avec les médecins. L'expertise méthodologique et théorique de la recherche est enrichie par les connaissances de terrain des médecins, faisant ainsi

réfléchir aux articulations entre savoirs issus de l'expérience et savoirs issus de la recherche (Kahn, Hersant et Orange Ravachol, 2010). Il s'agit aussi de tenir compte de leurs préoccupations pour bonifier le projet et optimiser les retombées dans les milieux. La co-construction de ce projet via l'implication des médecins, s'est d'ailleurs ressentie lors des entretiens. Ceux-ci ont manifesté beaucoup d'intérêt à l'égard de cette étude à laquelle ils s'identifiaient très bien et qu'ils ont unanimement jugé pertinente.

Ainsi, le devis adopté par cette étude relève de la recherche collaborative en ce qu'il renvoie plutôt à « une méthodologie d'intervention qui suppose que des praticiens s'engagent, avec le chercheur, à explorer un aspect de leur pratique et que l'objet même de la recherche porte sur leur compréhension en contexte de cet aspect. Elle vise une médiation entre le monde de la recherche et celui de la pratique professionnelle, en vue d'étudier le savoir-faire qui sous-tend cette dernière dans le cadre d'une démarche de co-construction. » (Morrissette, 2013). Le développement de cette vision commune des enjeux liés au projet vise un rapprochement entre le monde de la recherche et celui de la pratique professionnelle et dissout le fossé qu'il peut parfois exister entre la science et la société. La complémentarité de ce partenariat chercheur-praticien rompt avec une recherche plus traditionnelle à la « vision descendante » (Bourgeault, 1999) qui cantonne les milieux de pratique à des lieux d'application des théories (Morrissette, 2013). A contrario, la recherche collaborative adopte une vision ascendante qui s'ajuste et se négocie avec le terrain et l'expérience de ses acteurs et où peuvent émerger aussi des questionnements nouveaux.

Dans ce contexte de changement, la démarche de cette étude sur le rapport au travail des médecins de famille québécois permet de clarifier la vision du terrain et les impacts des réformes sur la pratique de ces médecins. Elle améliore ainsi le transfert des connaissances dont le but est de valoriser les résultats de la recherche en soutien aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et s'inscrit dans une perspective de soutien à l'action et d'éclairage de la décision politique.

Une méthodologie de travail basée sur l'échange

Dans ce projet, le fil conducteur est l'échange. Les réunions et rencontres entre les membres de l'équipe sont de réels groupes de travail où chacun peut faire des propositions et exprimer son avis. Cela se caractérisait par des points hebdomadaires, planifiés ou improvisés, durant lesquels nous passions une à plusieurs heures à échanger sur l'état d'avancement de nos travaux respectifs, les perceptions et les représentations que l'on avait du projet, mais aussi nos questionnements. C'est aussi au gré des suggestions de chacun que nos rôles se

définissaient et évoluaient. Ces rôles complémentaires et les nombreux échanges que nous avons ont permis d'améliorer et faire converger nos compréhensions du projet.

L'originale posture du chercheur

Après 1 mois de familiarisation avec le projet, l'équipe de recherche, et le réseau de la santé et des services sociaux québécois, j'ai pu mener des entretiens semi-dirigés auprès des médecins de famille québécois. Je me suis donc essayée à adopter la posture professionnelle/scientifique du chercheur. Préparée à me confronter au terrain et aux acteurs qui le composent, c'est tout de même avec une légère appréhension que j'ai réalisé le premier entretien de ce projet. J'ai trouvé très intéressant le cadre relationnel dans lequel se déroulent les entretiens, relativement longs puisqu'ils duraient en moyenne 1h30, laissant le temps d'instaurer une certaine proximité entre les interlocuteurs. Durant la première demi-heure, les informations étaient souvent un peu plus factuelles mais ce moment-là était indispensable pour laisser le temps que s'installe une certaine confiance entre le chercheur et le répondant. Ce dernier était beaucoup plus à l'aise pour aborder des éléments plus personnels par la suite. Le guide d'entretien était d'ailleurs construit de cette façon. Il démarrait par des éléments un peu généraux sur la pratique du médecin, son parcours professionnel, les changements opérés et vécus dans sa pratique, puis le questionnait sur ses perceptions de sa pratique et du milieu médical, et puis il était question d'aborder les éléments professionnels et personnels qui influençaient son rapport au travail. Familiarisée avec le guide d'entretien, il n'est rapidement devenu qu'un support orientant la conversation transformée en une interaction quasi ordinaire.

L'enjeu était de rendre ces entretiens biographiques les moins formels (Kaufmann, 1996) possibles afin que la communication se fasse « d'égal à égal » (Hughes, 1997). Pour favoriser cela, le choix du lieu de l'entretien était aussi laissé aux répondants. A l'aise de façon générale, les répondants abordaient de façon assez naturelle des éléments plus personnels. C'était aussi l'occasion pour certains de « vider un sac » devenu un peu trop lourd à porter, du fait du contexte de leur pratique et des réformes, mais aussi du fait de leur situation personnelle, leur situation familiale, leur état de santé, leurs questionnements personnels et les difficultés qu'ils rencontraient. Suivant la théorie du don contre-don (Mauss, 1925), l'explicitation de ces expériences pouvait raviver des émotions chez les répondants dont la parole pouvait être libérée par le chercheur qui tente de l'aider à mieux comprendre en l'écoutant, le questionnant ou en l'attendant dans ses silences et ses pauses. Ainsi, la posture du chercheur appelle inévitablement des attitudes telles que l'empathie, l'écoute et la valorisation du rôle de chacun. J'ai aussi été surprise de voir à quel point l'enregistreuse n'interpellait pas les répondants. J'avais le souvenir d'entretiens réalisés en France, au début desquels les répondants

manifestaient leur méfiance, voire leur désaccord à l'utilisation de l'enregistreuse, très soucieux de la confidentialité de l'échange. Au contraire, plusieurs médecins de famille québécois ont exprimé leur préoccupation à ce que l'entretien soit enregistré afin de s'assurer que leurs propos aient une réelle portée et soient utiles.

Une expérience enrichissante

Entre transition et adaptation

Huang définit les étudiants internationaux comme des personnes en transition qui doivent accomplir un projet académique avant de retourner chez eux (Huang, 2008). En reprenant sa définition, c'est l'envie de découverte et l'expertise québécoise dans le domaine de la santé et des services sociaux qui ont guidé ma mobilité académique vers cette province pour une durée de six mois. Marquant la fin de mon parcours universitaire et le début de mon insertion professionnelle, j'attachais d'autant plus d'importance à cette transition que je voulais entamer à l'étranger. Les défis étaient multiples, il s'agissait d'amorcer ce processus transitionnel dans un nouveau pays, un nouvel environnement de vie et une nouvelle communauté de travail. Pour m'y préparer, j'ai réalisé plusieurs recherches, lectures, et eu plusieurs échanges avec mes encadrants de stage tant sur l'aspect « académique » - en lien avec le projet de recherche et la nature des missions de stage dont j'allais être investie – que « pratique » du stage – en lien avec tout l'aspect administratif, le visa, et l'hébergement. Aussi, les apports théoriques, outils et travaux de groupe du Master, et mes expériences passées m'ont aidée à me sentir à l'aise lorsque je suis arrivée sur les lieux du stage. J'ai bénéficié de plusieurs jours pour me familiariser avec mon nouvel environnement professionnel (collègues de travail, bureaux, centre de recherche, etc.), et avec le projet de recherche en tant que tel. Cela m'a permis de comprendre le contexte de travail dans lequel j'allais évoluer durant ces six mois et comment est-ce-que j'allais pouvoir contribuer à ce projet de recherche. Ce temps d'acclimatation a grandement favorisé mon adaptation au centre de recherche et au sein de l'équipe de recherche. La disponibilité et la sympathie dont ont fait preuve mon entourage professionnel m'ont grandement aidée à m'adapter et à me sentir à ma place dans mon nouvel environnement de travail. Mon adaptation facilitée par ce cadre de travail, c'est dans une culture de travail où priment interdisciplinarité et intersectorialité, esprit de collaboration-partenariat et proactivité, que je me suis enrichie durant ces six mois de stage.

Les compétences et les connaissances développées au cours de ce stage

Mon parcours universitaire ne pouvait être mieux concrétisé que par l'issue de ce stage. Il m'a donné la possibilité de m'intégrer dans un projet, une structure, et auprès d'une équipe et m'a

permis de me familiariser avec le monde de la recherche en mobilisant mes connaissances et en développant de nouvelles compétences. À ce titre, j'ai mobilisé ma capacité d'analyse et les apports théoriques et pratiques issus du master pour cerner la complexité des enjeux qui traversent le réseau de la santé et des services de sociaux québécois. J'ai pu améliorer mes compétences méthodologiques de recherche ainsi que ma capacité d'analyse, de synthèse et de rédaction grâce à la diversité des missions de stage dont j'ai été investie. De plus, mon immersion auprès de l'équipe de recherche, et les liens, contacts et interactions étroits avec les différents acteurs de la santé et services sociaux québécois, m'ont permis de faire preuve d'adaptation et de développer des habiletés de travail telles que la communication, l'autonomie et la proactivité.

Ce stage a été très épanouissant, aussi bien professionnellement qu'humainement parlant, il ancre mon envie d'ouvrir mes futures expériences professionnelles vers l'international et a éveillé en moi une appétence pour le monde de la recherche. Il me permet d'envisager ce domaine de façon dynamique, par la réflexion et la production de savoirs utiles à la prise de décision politique et à la société. Le chercheur est ainsi doté d'une réelle mission sociale, c'est là une autre façon de penser le rapport entre réflexion et action.

Bibliographie

Bourdieu, P. (2001), « Pour un savoir engagé », *Contre-feux*, n°2, pp. 33-40

Bourgeault, G. (1999), *Éloge de l'incertitude*, Montréal, Bellarmin.

Crozier, M. et Friedberg, E. (1977), *L'acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil.

Graeber, D. (2015), *Bureaucratie. L'utopie des règles*, Paris, Les liens qui libèrent.

Hofstede, G. (1980), *Culture's consequences : International differences in work-related values*, Beverly Hills : Sage Publication.

Huang, R. (2008), « Mapping international tourists' experience in the UK : understanding international students », *Third World Quarterly*, vol. 29, n°5, pp. 1003-20.

Hughes, E-C. (1997), « La sociologie et l'entretien », (Trad.) in *Le regard sociologique*, Textes présentés par J-M Chapoulié, Paris, éditions de l'EHESS.

Kahn, S., Hersant, M. et Orange Ravachol, D. (2010), « Savoirs et collaborations entre enseignants et chercheurs en éducation », *Recherche en éducation*, Hors-série, n°1, 147 p. En ligne, <http://www.recherches-en-education.net/IMG/pdf/REE-HS-no1.pdf>

Kaufmann, J-C. (1996), *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan.

Mauss, M. (1925), « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives », *l'Année Sociologique*, tome I.

Mintzberg, H. (1983), *Structure in Fives : Designing Effective Organizations*. Prentice-Hall

Morrisette, J. (2013), « Recherche-action et recherche collaborative. Quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs ? », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 25, n°2, pp. 35-49.

Simon, H. (1957), *Models of Man : Social and Rational. Mathematical Essays on Rational Behavior in a Social Setting*, New-York, Wiley.

| | | |
|--|----------|-------------------|
| SAVOLDELLI | Mathilde | 15 septembre 2017 |
| Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique | | |
| L'expérience subjective de travail des médecins de famille à la lumière des transformations du système de santé québécois | | |
| Promotion 2016-2017 | | |
| <p>Résumé :</p> <p>Ce mémoire porte sur l'évolution de la pratique de la médecine familiale au Québec à la lumière des changements survenus ces dernières années au sein du réseau de la santé et des services sociaux québécois. Depuis 2015, une importante réforme est en cours et impacte notamment la première ligne. Deux projets de loi en constituent le cœur et touchent particulièrement les médecins de famille. De par les contraintes et injonctions qui en découlent, nombreux se sentent pénalisés et menacés par une augmentation de leur charge de travail. Cette réforme intervient dans un contexte où la profession médicale, à l'instar du monde du travail en général, est en train de subir des mutations d'ordre culturel, organisationnel, social mais aussi technologique. C'est dans ce contexte marqué par les changements que ce mémoire s'intéresse à la santé des médecins de famille québécois, à travers le concept d'épuisement professionnel. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche sur le rapport au travail des médecins de famille québécois qui adopte une démarche quantitative et qualitative de recherche. Ce mémoire tente de mettre en résonance les éléments empiriques issus des récits des médecins de famille rencontrés dans le cadre de ce projet avec les données issues de la littérature. Pour ce faire, il présente le système de santé québécois en le situant historiquement et aborde les changements qui le traversent ces dernières années et auxquels doivent s'adapter les médecins de famille. Puis, il s'intéresse aux impacts de ces changements sur les médecins de famille et pose les contours du concept d'épuisement professionnel auxquels peuvent être confrontés ces derniers.</p> | | |
| <p>Mots clés :</p> <p>Médecins de famille – expérience subjective de travail – santé – épuisement professionnel – changements – réseau québécois de la santé et des services sociaux</p> | | |
| <p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p> | | |