

Université de Montréal

La médecine familiale vue par des jeunes omnipraticiens :
rejet de la vocation et de la continuité des soins

par
Philippe Karazivan

Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de M.A.
en M.A. Sciences de l'éducation
option Pédagogie universitaire des sciences médicales

Octobre, 2010

© Philippe Karazivan, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

La médecine familiale vue par des jeunes omnipraticiens :
rejet de la vocation et de la continuité des soins

Présenté par :
Philippe Karazivan

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Martial Dembélé, président-rapporteur
Marie-Dominique Beaulieu, directrice de recherche
Mathieu Albert, membre du jury

Résumé

Titre : La médecine familiale vue par des jeunes omnipraticiens : rejet de la vocation et de la continuité des soins

Alors qu'une proportion préoccupante de québécois et canadiens n'a pas accès à un médecin de famille et que les efforts se multiplient pour résoudre cette situation problématique, les jeunes omnipraticiens optent de plus en plus pour des profils de pratique spécialisés, délaissant la continuité de soins.

Nous avons interviewé 18 jeunes médecins de famille présentant un profil de pratique surspécialisé et analysé leur propos avec une méthodologie qualitative. Ce mémoire propose, à l'aide d'une approche de théorisation ancrée, une théorie empiriquement fondée permettant de mieux comprendre ce phénomène, ses origines et ses conséquences.

Nos observations nous amènent à proposer la théorie suivante : les jeunes omnipraticiens urgentistes sont des professionnels autonomes dynamiques et changeants : ils sont non-fixés personnellement et non-fixés professionnellement. Leur système de valeur (qualité de vie et liberté, compétence, performance, valorisation et satisfaction) constitue l'argument principal de leurs choix professionnels et de leur conception de leurs rôles et responsabilités : ils sont donc mus principalement par des intérêts individualistes. À ce stade-ci de leur vie et de leur carrière, la responsabilité sociale et le sens du devoir envers la population ne figurent pas parmi leurs valeurs fondamentales.

Cette théorie novatrice qui propose que leurs choix professionnels se basent d'abord et avant tout sur leurs valeurs permet de mieux comprendre pourquoi les efforts actuels de valorisation de la médecine familiale ne génèrent pas les résultats escomptés. Nous proposons une nouvelle compréhension du sens, de l'origine et des implications des choix professionnels des jeunes généralistes tant aux plans pédagogique, professionnel que de santé populationnelle.

Mots-clés: médecine, médecine familiale, pédagogie, continuité de soins, postmodernisme, théorisation ancrée, valeurs, choix de carrière, vocation, responsabilité sociale.

Abstract

Title: Young GPs' View of Family Medicine: Rejecting Vocation and Continuity of Care

Despite multiple attempts by medical authorities and faculties of medicine across Canada to remedy the acute shortage of family physicians in Canada, such a shortage is currently aggravated by the career choices of young family physicians that choose more and more to practice in subspecialized disciplines. We interviewed 18 young family physicians and analysed their views using a grounded theory approach to better understand this phenomenon, its origins and its consequences.

Young generalists are autonomous professionals constantly engaged in a dynamic redefinition of their personal and professional ties. Their conception of the role they play and the responsibilities that are incumbent upon them, as well as the choices they make are based on certain core values. Those values include liberty, competence, performance/efficiency, valorisation and satisfaction. Their interests and goals are therefore primarily individualist ones. At this moment in their lives and careers, social responsibility and the sense of duty towards the population are simply not among their core priorities.

This innovative theory sheds light on young generalists' values and the perception they have of their roles and responsibilities. Our analysis offers therefore a new understanding of their career choices. It helps grasp why current attempts to value family medicine are not successful and proposes new pedagogical and organisational ideas for addressing this issue.

Keywords : medicine, family medicine, pedagogy, continuity of care, postmodernism, grounded theory, values, career choices, vocation, social responsibility.

*« La vocation première d'un chercheur est de créer de l'information nouvelle et non pas de manipuler d'une manière de plus en plus élaborée l'information déjà disponible. »
Pierre Joliot-Curie*

*« Quelle vanité que la peinture qui attire l'admiration par la ressemblance des choses dont on n'admire point les originaux. »
Pascal*

*“Ah, but I was so much older then,
I'm younger than that now.”
Bob Dylan*

Remerciements

« Il n'est qu'un luxe véritable et c'est celui des relations humaines » (Saint-Exupéry)

Tout d'abord, la famille.

Maman, Papa, Paul, Noura et Michael, votre support, votre amour, votre patience (oui oui, c'est fini!) et vos précieux conseils ont rendu cette aventure non seulement possible mais agréable et stimulante. Je suis l'heureuse victime de la plus belle et la plus grande injustice de la vie, celle d'être né et d'avoir grandi dans une telle famille. Je vous aime. Merci pour tout.

Un grand merci à Marie-Dominique, pour m'avoir dirigé, conseillé, encadré et encouragé. J'ai beaucoup appris grâce à toi. Ta rigueur, ton dévouement, tes conseils et ta disponibilité m'ont profondément touché et marqué, tout comme ta confiance et la liberté que tu m'as accordée durant ce grand projet. Merci.

Et mon complice, Claudio, tu m'as appris à penser différemment, tu m'as remis en question à chaque moment, tu m'as écouté, aidé et tu t'es assuré que je ne dévie jamais vers ces zones de confort où la pensée ramollit. J'ai grandi intellectuellement à tes côtés, je t'en remercie et j'espère qu'on pourra continuer à travailler et surtout s'amuser ensemble longtemps.

Je tiens aussi à témoigner mon amitié, mon admiration et mon profond respect pour vous, chers amis. Didier, Dan, MikeD, Rich, Ing, Tati, Seb, Pierre-Luc (vieux singe) et Gab, vous avez tous, à votre façon, participé à ce projet. Votre présence, votre support et votre amitié ont été une véritable source d'inspiration et d'énergie, merci.

Professeur Dembélé, vous m'avez réellement fait découvrir l'Amérique. Avec passion, rigueur et dévouement! L'épistémologie et la beauté de la recherche qualitative m'ont irrémédiablement contaminé, et je vous en suis très reconnaissant.

Bernard Charlin, Robert Gagnon et Mathieu Albert, comment vous témoigner ma reconnaissance? Vous m'avez permis de progresser, vous m'avez fait confiance, vous m'avez remis en question, vous m'avez toujours judicieusement conseillé. Merci.

Dans un sombre sous-sol d'église de Centre-Sud à Montréal, de très beaux artistes peignent discrètement à tous les jours un grand tableau, celui de la passion de l'enseignement et de la médecine. Caroline Béique et Danielle Leblanc, votre engagement, votre rigueur et votre dévouement pédagogique seront toujours un modèle pour moi. Sammy Renda et Jean Pelletier, merci de m'avoir poussé, convaincu et encouragé à me lancer dans cette aventure. Vous avez cru en moi très tôt, je vous en suis reconnaissant. André Bourque et Anne Bruneau, merci pour votre support et votre confiance. Charles Pless, qui m'a écouté, supporté et aidé tout au long de ce projet. Et tous les autres. Merci.

Et finalement, deux géants. Deux personnes qui sont de ceux qu'on rencontre rarement dans une vie, de véritables passionnés. De ceux qui vous changent véritablement. Marquis Fortin, tout d'abord, qui m'a tout appris (ou presque...), qui a fait de moi un meilleur médecin, un meilleur enseignant et surtout une meilleure personne. Et Christian Bourdy, grand mentor, humaniste, médecin, passionné et pédagogue dévoué qui m'inspire à chaque jour. Merci à vous deux.

Sincèrement, Philippe

Octobre 2010, Montréal

Table des matières

Liste des tableaux	x
Liste des sigles, abréviations et synonymes	xi
Avant-propos	xii
Chapitre I : Problématique et recension de la littérature	1
1.1 Le phénomène observé	1
1.2 Le modèle traditionnel et la « nouvelle pratique généraliste »	3
Chapitre II : Méthodologie	8
2.1 Posture épistémologique et choix de l’approche de recherche	8
2.2 Échantillonnage : choix des participants et représentativité théorique	10
2.3 Taille de l’échantillon	12
2.4 Recrutement des participants	12
2.5 Collecte des données : choix de la méthode	14
2.6 Collecte des données : étapes	15
2.7 Analyse : processus général	18
2.8 Analyse : étapes	19
2.9 Résultats anticipés	19
2.10 Confidentialité et éthique	20
Chapitre III : Résultats	21
SECTION 1 : ÉTUDE D’UN COMPORTEMENT SOCIAL	22
3.1 Première valeur : la qualité de vie	24

3.2 Deuxième valeur : la compétence professionnelle	28
3.3 Troisième valeur : la performance professionnelle.....	33
3.4 Quatrième valeur : la valorisation professionnelle	37
SECTION 2 : EN ROUTE VERS UNE THÉORIE ANCRÉE	47
3.5 Le glissement.....	48
3.6 L'expérience en bureau lors de la résidence.....	50
SECTION 3 : LA QUESTION DES DEVOIRS ET LA VOCATION	53
Chapitre IV : Discussion	61
4.1 Premier grand thème émergent : Leurs valeurs : une « culture »	62
4.2 Deuxième grand thème émergent : La tendance à la spécialisation	63
4.3 Troisième grand thème émergent : Une carrière en transition.....	65
4.4 Quatrième grand thème émergent : vocation, responsabilité sociale et hypocrisie	66
4.5 Forces et limites.....	69
4.6 Implications organisationnelles et pédagogiques et avenues de recherche futures	71
Chapitre V : Conclusion.....	78
Références	79
Annexe 1 : Lettre d'information et de recrutement	xvi
Annexe 2 : Formulaire de consentement	xviii
Annexe 3 : Approbation éthique.....	xxiv
Annexe 4 : Grille initiale et schéma initial d'entrevue.....	xxvi
Annexe 5 : Grille initiale de codification	xxx

Liste des tableaux

Tableau 1 : Stratégie d'échantillonnage.....	16
Tableau 2 : Tableau récapitulatif de leur système de valeurs.....	45
Tableau 3 : Implications pédagogiques et organisationnelles.....	73

Liste des sigles, abréviations et synonymes

MF : médecine familiale

UMF : unité de médecine familiale

GMF : groupe de médecine familiale

APP : apprentissage par problèmes

PREM : Plans régionaux d'effectifs médicaux

AMP : Activités médicales particulières

Salle de « choc », salle de « réa » : Salle de réanimation à l'urgence

Les termes « médecin de famille », « généraliste » et « omnipraticien » seront employés de façon indistincte et désignent une même réalité.

De la même façon, les termes « pratique en continuité de soins », « suivi de patients », « prise en charge », « prise en charge globale », « pratique en bureau » et « pratique en cabinet » représentent une même réalité, celle du médecin de famille qui suit et soigne une cohorte de patients à long terme.

Finalement, les termes « urgentiste » et « urgentologue » doivent ici être considérés comme indistincts et font référence au médecin de famille pratiquant dans une salle d'urgence.

Avant-propos

Concepts généraux d'éducation et de pratique médicales au Québec et au Canada

Une brève présentation des étapes de formation en médecine et en médecine familiale s'impose d'emblée, car les prochaines pages y feront souvent allusion.

Au Canada, le cours de médecine est généralement d'une durée de quatre années (en plus d'une année préparatoire *–premed–* pour certains candidats, selon leur formation et leurs bases scientifiques préalables). Les deux premières années sont principalement constituées de cours magistraux et d'apprentissage par problèmes. Les étudiants de médecine y apprennent d'abord les sciences fondamentales. Ils étudieront successivement chacun des systèmes du corps humain (cardiaque, pulmonaire, etc.). Bien qu'on s'efforce depuis quelques années d'augmenter lors de ces deux premières années l'exposition des étudiants à la réalité clinique, aux patients et au monde hospitalier, il est raisonnable d'affirmer que les deux premières années sont surtout, encore aujourd'hui, une étape d'apprentissages théoriques.

Les troisième et quatrième années sont généralement constituées d'une succession de stages dans des milieux cliniques différents, principalement spécialisés. Il s'agit de l'externat. Concrètement, les externes sont exposés à chaque spécialité médicale pour une durée d'un ou deux mois. Leur stage de médecine familiale est actuellement d'une durée d'environ quatre semaines, bien que l'organisation de l'externat soit en voie d'être entièrement réorganisée dans plusieurs facultés de médecine au Canada.

Après l'externat, les étudiants auront à choisir dans quelle discipline ils voudront réaliser leur résidence. Entre 35% et 50% d'entre eux se dirigeront en médecine familiale, alors que les autres seront distribués dans les différentes spécialités plus ou moins contingentées. La résidence en spécialité est d'une durée de quatre à six ans, alors que celle en médecine familiale est de deux ans.

Durant ces deux années, les résidents en médecine familiale seront exposés encore une fois à un nombre important de disciplines jugées pertinentes pour eux. Il s'agit, la plupart du temps, de stages dans les milieux hospitaliers et spécialisés (cardiologie, urgence, obstétrique, pédiatrie,

etc). Les stages spécifiques à la médecine familiale se déroulent dans des milieux désignés « Unité de Médecine Familiale (UMF) » qui sont des cliniques de médecine familiale souvent intégrées à des établissements publics de santé. Chaque résident de médecine familiale est assigné à une UMF pour les deux ans de sa résidence, et ce sera véritablement le milieu où il sera basé. En effet, même lorsqu'il sera en stage spécialisé, le résident reviendra à chaque semaine à son UMF pour une période de consultation appelée « le bureau » ou « retour de bureau » au cours de laquelle il suit une clientèle qui lui a été assignée. S'ajoute à cela un autre retour par semaine à l'UMF pour des activités d'enseignements, des ateliers, des cours, etc. C'est donc véritablement dans ce milieu qu'ils développeront leurs compétences en continuité de soins, avec des patients ambulatoires qu'ils reverront plusieurs fois au cours des deux années.

Finalement, après les deux années de résidence, les gradués débent généralement leur pratique. Un vaste choix de profils de pratique s'offre aux jeunes médecins de famille. Ils peuvent notamment pratiquer en milieu hospitalier dans diverses disciplines « spécialisées » : urgence, obstétrique, gériatrie, soins palliatifs, etc.

Les jeunes médecins de famille qui optent pour la pratique d'urgence deviennent donc des « urgentistes » ou « urgentologues ». La très vaste majorité des urgentistes québécois sont des médecins de famille de formation. Trois types de cheminement peuvent mener à une carrière d'urgentiste : une résidence de deux ans en médecine familiale, une résidence de deux ans en médecine familiale suivie d'une troisième année (facultative) de surspécialisation en médecine d'urgence, et finalement une résidence non pas en médecine familiale mais en médecine d'urgence d'une durée de cinq ans. Cette dernière est en fait une nouvelle spécialité médicale, et pour l'instant les gradués de ce programme spécialisé constituent une minorité parmi les urgentistes en pratique. En principe, ils sont dédiés à une pratique en centre universitaire urbain. Dans ce mémoire, l'emploi des termes « urgentiste » et « urgentologue » désigne uniquement les deux premières catégories (donc un médecin de famille gradué dont la pratique principale est en médecine d'urgence).

Mis à part le milieu hospitalier, les jeunes médecins de famille gradués peuvent opter pour une pratique en cabinet où ils développeront une clientèle dont ils seront responsables. C'est ce qu'on appellera, dans les prochaines pages, la pratique en continuité de soins, en bureau, en cabinet ou en suivi. La plupart du temps, les médecins œuvrant en continuité de soins sont regroupés dans des équipes et l'organisation de leur clinique peut prendre diverses formes (Groupes de Médecine familiale –GMF –, Cliniques réseau, etc.).

Certaines particularités du système de santé québécois méritent d'être présentées, afin de mieux saisir le contexte dans lequel les choix de carrière des jeunes médecins s'inscrivent. Nous ferons allusion à ces politiques à de nombreuses reprises dans les prochaines pages. Deux mesures gouvernementales sont plus particulièrement pertinentes ici : les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) ainsi que les activités médicales particulières (AMP).

Les différentes régions du Québec ne bénéficiant pas toutes du même niveau d'accessibilité aux soins de santé, les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) visent à assurer à la population une plus grande équité d'accès aux services médicaux. Concrètement, le gouvernement statue à chaque année sur la répartition des effectifs médicaux, et surtout des nouveaux médecins en pratique. Les jeunes médecins doivent obtenir un poste (un « PREM ») pour la région dans laquelle ils souhaitent pratiquer. Certaines régions sont beaucoup plus en demande (par exemple la région de Québec) parce que les autorités y auront ouvert très peu de postes en raison d'une relative suffisance des effectifs médicaux. De la même façon, les régions dans lesquelles sévit une pénurie de médecins importante se verront attribuer un plus grand nombre de postes. Le jeune médecin ne choisit donc pas complètement où il veut établir sa pratique. Il doit se conformer aux PREM, sans quoi il risque de lourdes pénalités salariales. Le processus d'attribution des quelques PREM aux nombreux candidats est assez complexe, mais mentionnons qu'en résumé, le nouveau médecin devra offrir un profil de pratique répondant aux besoins de cette région (urgence, obstétrique, etc.) pour obtenir son poste.

Les activités médicales particulières (AMP) sont les domaines d'exercice de la médecine générale jugées prioritaires dans chaque région. Les médecins de famille pratiquant dans cette région devront s'y soumettre obligatoirement, sous peine encore une fois de lourdes pertes salariales. Généralement, dans la plupart des régions, on demande aux médecins de famille de pratiquer un certain nombre d'heures par semaine dans un milieu hospitalier « surspécialisé » parce que les besoins sont plus criants dans ces milieux (selon les autorités médicales). Cette politique est souvent présentée comme si « chaque médecin de famille doit participer à l'effort collectif et faire sa part ». La pratique en cabinet n'est pas souvent reconnue comme une AMP, et si elle l'est, c'est dans un cadre strict et contrôlé : le médecin de famille doit comptabiliser le nombre de patients vulnérables qu'il a à sa charge. S'il n'atteint pas les nombres requis par le gouvernement, sa pratique en cabinet ne sera pas reconnue comme une AMP.

Chapitre I : Problématique et recension de la littérature

1.1 Le phénomène observé

Les jeunes médecins de famille sont aujourd'hui moins nombreux qu'il y a dix ans, et les nouveaux gradués dans ce champ de pratique choisissent de plus en plus de circonscrire leur exercice en ne faisant, par exemple, que de l'urgence ou des soins palliatifs... D'entrée de jeu, le Collège [des Médecins du Québec] réaffirme que la principale responsabilité du médecin de famille est la prise en charge et le suivi d'une clientèle déterminée. [1]

Le Sondage National des Médecins 2007 a confirmé une tendance que plusieurs études ont annoncée au cours des dernières années: les jeunes omnipraticiens québécois et canadiens font moins de suivi et de prise en charge de patients. Ils adoptent une pratique plus spécialisée, accordent plus d'importance à leur qualité de vie et travaillent moins d'heures par semaine que leurs aînés [2]. Ce nouveau phénomène n'est pas propre au Canada et a été rapporté également en Europe, notamment en France [3] et en Belgique [4].

La pénurie de médecins de famille au Québec est bien connue, et la population en est la première victime [5]. Les étudiants en médecine sont de moins en moins intéressés à se diriger en médecine familiale et dans les spécialités de première ligne. Cette tendance a été observée, notamment, au Canada, en Grande-Bretagne et aux États-Unis [6-8]. Malgré les nombreuses mesures adoptées pour augmenter l'accessibilité aux soins, la pénurie se fait encore nettement sentir.

En 2003, alors que leurs aînés exerçaient en cabinet dans une proportion de 64% à 73%, la moitié seulement des médecins de famille québécois de 35 ans et moins optaient pour ce type de pratique, et seulement 5% d'entre eux en font leur lieu de travail principal [9]. Selon le *Rapport sur les effectifs médicaux 2006-2007* du Collège des Médecins du Québec, la situation risque bien de s'aggraver au cours des prochaines années, principalement à cause de la retraite annoncée de nombreux médecins et d'une diminution du nombre d'heures de travail des médecins actifs [5]. Les médecins de 35 ans et moins ne travaillent en moyenne que 9,8 heures par semaine en cabinet, alors que les médecins de 45 à 64 ans y consacrent environ 25 heures [10, 11]. Selon le Collège des Médecins du Québec, les choix professionnels des jeunes généralistes, en ce qui concerne leur type de pratique, sont en grande partie responsables de la difficulté grandissante qu'éprouvent les Québécois à trouver un médecin de famille [5].

Un nouveau profil de pratique semble donc se dessiner chez les jeunes médecins depuis quelques années. Partout au Canada, les étudiants ayant choisi la médecine familiale comme résidence sont de plus en plus intéressés à se sur-spécialiser, notamment en médecine d'urgence [12]. Une fois gradués, ceux-ci boudent, du moins dans les premières années, la pratique en cabinet et la prise en charge de patients au long terme [13], et leur pratique est largement intra-hospitalière. En effet, les études sur les médecins québécois de moins de 35 ans démontrent qu'ils sont très présents en centre hospitalier de soins de courte durée où on les retrouve dans une proportion de 80 %, comparativement aux médecins plus âgés qui ne s'y retrouvent que dans des proportions variant entre 25 % et 60 % [10].

Les jeunes médecins travaillent de plus en plus à temps partiel et dans des domaines tels que la médecine d'urgence, l'obstétrique, et les soins palliatifs [14, 15]. Il est intéressant de noter que les jeunes généralistes canadiens ne sont pas les seuls à vouloir se spécialiser. Cette tendance à réduire le champ de pratique et développer certains intérêts spécialisés chez les généralistes semble être la même en France, en Belgique et en Grande-Bretagne [14, 16].

En 2004 au Canada, le *Task Force Two* concluait, à propos des jeunes médecins :

Les profils de pratique des nouveaux médecins sont et continueront d'être très différents de ceux des médecins en fin de carrière. Par exemple, les nouveaux médecins limitent leurs heures de pratique, le nombre et le type de patients qu'ils voient. De plus, ils attachent plus d'importance aux contrats qui les lient, aux heures de travail imposées, à la rémunération et aux avantages secondaires comme par exemple, les congés parentaux et de maladie. [17]

Ce groupe prévoyait trois conséquences majeures à ce nouveau phénomène :

Il faudra plus de médecins pour remplacer ceux qui se retirent, ajoutant ainsi à la pression déjà significative sur la demande en médecins.

Deuxièmement, certains domaines de soins et certains types de patients risquent d'être oubliés, créant ainsi des lacunes dans le système de soins et une demande supplémentaire pour combler ces lacunes, par exemple par l'utilisation de médecins « hospitalistes », de sages-femmes ou d'autres types de professionnels de la santé.

Troisièmement, certains croient qu'au moins dans certains contextes, les médecins développent une mentalité d'employé par opposition à une mentalité de professionnel. [17]

Le désintérêt des jeunes omnipraticiens québécois envers la continuité des soins au profit de pratiques plus spécialisées comme l'urgence et l'obstétrique constitue donc une préoccupation importante. Peu de données sont disponibles pour comprendre ce phénomène, mais le sujet est

d'actualité et les efforts nombreux. La situation est si préoccupante au Québec qu'une vaste concertation a été lancée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux en 2009 [18].

1.2 Le modèle traditionnel et la « nouvelle pratique généraliste »

Le rôle et la responsabilité du médecin de famille semblent donc moins clairs qu'auparavant, ou, à tout le moins, remis en question par les jeunes médecins. Le modèle traditionnel – largement répandu encore –, celui des médecins plus âgés, est basé sur une approche holistique et la continuité des soins alors que la tendance chez les plus jeunes est celle d'une approche plus spécialisée, dans laquelle les priorités individuelles des praticiens semblent prendre une place plus importante par rapport aux besoins de la population.

Le modèle traditionnel est celui que l'on enseigne dans les facultés de médecine et les unités de médecine familiale canadiennes et que les jeunes médecins, pour des raisons encore imprécises, ne semblent pas « reproduire » une fois gradués et en pratique. Largement inspiré des travaux de Michael Balint [19] et de Ian McWhinney [20], entre autres, il est basé sur une approche centrée sur le patient, et sur la capacité du médecin de famille de le prendre en charge globalement – autant au niveau biologique, psychologique, que social – avec dévouement et empathie. Ce modèle a réellement façonné l'identité professionnelle des médecins de famille québécois et canadiens, et les quatre principes fondamentaux du Collège des Médecins de famille du Canada en témoignent directement : « la relation médecin/patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille, le médecin de famille est un clinicien compétent, il est une ressource pour sa communauté, et il est un professionnel qui sait s'adapter. » [21] Dans le contexte actuel d'évolution des pratiques, le CMFC a tenu à réaffirmer, à plusieurs reprises au cours des dernières années, son indéfectible engagement envers ces quatre principes [22], en insistant sur le professionnalisme et la prestation de services éthiques et altruistes à la population [23]. Cette position est cohérente avec la vision classique de la profession médicale comme étant avant tout une vocation, animée de valeurs d'altruisme, de dévouement et de don de soi. Ce modèle a été (et est toujours) très populaire, et d'une grande influence au niveau de l'idéal professionnel que tentent d'inculquer les facultés de médecine aux futurs généralistes. Ces caractéristiques, ces principes, et ces valeurs ont non seulement permis de mieux définir l'identité professionnelle des

médecins de famille, mais ont aussi façonné l'image que la population a du médecin de famille, et ce en quoi elle est en droit de s'attendre de sa part.

Parallèlement, une « nouvelle pratique généraliste » semble se dessiner, comment le proposent Jones et Green [24]. Elle s'inscrit dans un contexte complètement différent, et ses assises ne sont pas aussi solides que celles du modèle traditionnel. Nous avons assisté, au cours des dernières années, à une évolution du rôle des disciplines complémentaires (principalement les soins infirmiers et la pharmacie) en médecine de première ligne. Des tâches de plus en plus complexes, autrefois réservées aux médecins, sont maintenant confiées aux infirmières. Lors du premier congrès international de la Faculté des sciences infirmières à Beyrouth en 2006, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a explicitement manifesté son désir « d'obtenir un élargissement des tâches cliniques en provenance du champ des médecins (...) et positionner les infirmières comme une solution aux problèmes du système de santé. » [25]. D'ailleurs, à l'ère de la réorganisation de la médecine de première ligne au Canada (e.g. les Groupes de Médecine Familiale, au Québec), la priorité est clairement accordée à l'approche interdisciplinaire, et ce, par toutes les autorités, incluant les universités :

Le GMF [Groupe de Médecine Familiale] se définit comme une organisation fonctionnelle composée de médecins de famille travaillant en groupe et en étroite collaboration avec des infirmières. Les membres du GMF travaillent également avec d'autres professionnels de la santé et des services sociaux, notamment avec les travailleurs sociaux et les pharmaciens. [15]

Contrairement aux disciplines complémentaires, qui voient leurs responsabilités augmenter [26], le médecin de famille doit déléguer de plus en plus de tâches pour laisser plus de place aux autres membres de l'équipe. Il s'agit d'une redéfinition du cadre de pratique et du rôle des médecins de famille, et donc de leur identité professionnelle. Dans une telle équipe interdisciplinaire de médecine générale, le médecin de famille est souvent perçu comme le spécialiste biomédical [27], contrairement au modèle traditionnel holistique, où le médecin s'occupait pratiquement de tous les aspects de la vie du patient. La continuité des soins n'est plus l'affaire exclusive des médecins, mais concerne réellement toute l'équipe. Le médecin peut développer un champ d'expertise spécialisé, sa pratique est basée sur les données probantes et le souci d'efficacité, et le jeune omnipraticien semble très heureux et enthousiaste face à la spécialisation de la médecine familiale [24, 28]. C'est ce contexte que Jones et Green appellent le « *nice work* » [24], avec une

ambiance amicale, un horaire flexible, un profil de pratique orienté autour de ses champs d'intérêt dans le cadre d'équipes interdisciplinaires, et un moins grand nombre d'heures de travail.

La Fédération des médecins résidents du Québec (F.M.R.Q.) publiait récemment les résultats d'un sondage auprès de ses membres dévoilant leurs préoccupations principales en ce qui concerne leur pratique future [29]. La conciliation travail-famille arrive au premier rang (68%), avant le lieu de pratique (64%), le type de pratique (56%) et le salaire (20%).

Une critique fréquemment formulée à l'endroit des jeunes généralistes est leur tendance à placer leurs intérêts personnels avant ceux des patients. Tepper, dans son rapport pour l'Institut canadien d'information sur la santé en 2004, suggérait que les médecins plus âgés sont plus susceptibles d'accroître leur charge de travail à mesure que la pénurie s'accroît que leurs collègues plus jeunes [12].

En faisant appel aux concepts de responsabilité sociale et de dignité de la profession médicale, le Collège des Médecins remet en question le professionnalisme des jeunes omnipraticiens qui délaissent la continuité de soins :

Le Collège intervient aussi parce que ses membres sont inquiets de la médecine qui se pratique au Québec et à laquelle ils participent (...) En tout temps, le médecin doit pouvoir rendre compte d'un certain nombre d'obligations auxquelles satisfaire, et démontrer son engagement vis à vis de ses patients en particulier et vis à vis de la société en général. Il en va de l'honneur et de la dignité de la profession.

Pour garantir à chaque citoyen un accès raisonnable à des soins médicaux de qualité, répondant à des standards élevés, il est donc du devoir de chaque médecin de faire sa juste part. Ensemble, en équipe, ils peuvent partager les exigences des clientèles lourdes et la disponibilité que les malades et la population sont en droit d'attendre d'eux.

Il faut permettre à toute personne d'avoir un médecin de famille, de pouvoir compter sur lui et de le conserver... [30].

Plusieurs auteurs y voient un « conflit » intergénérationnel entre les *Baby-boomers* et la Génération X. Cependant, tel que le souligne le *Dean for Medical Education* du *Mount Sinai School of Medicine*, Dr. Lawrence Smith, présenter ce phénomène en tant que « conflit » est contre-productif et dangereux pour la profession médicale. Celui-ci voit la nécessité de redéfinir les concepts de professionnalisme et d'excellence en des termes rassembleurs et non pas en fonction de la charge et de la quantité de travail [31].

Quelques auteurs soutiennent qu'il ne s'agit pas là d'un « *déprofessionnalisme* », mais bien d'un « *reprofessionnalisme* » [24, 27, 28]. Beaulieu, dans une étude qualitative explorant les représentations des rôles et des responsabilités des médecins et des résidents, conclut qu'une nouvelle identité professionnelle semble se dessiner, et que la tension entre la tendance à la spécialisation en médecine générale et le respect des rôles traditionnels est au cœur de ce phénomène [32]. Selon Jones et Green, cette nouvelle identité professionnelle ne serait pas tant basée sur une déresponsabilisation et sur des motifs égocentriques et personnels (qualité de vie, travail à temps partiel) que sur une remise en question du modèle traditionnel de la médecine familiale, un rejet du concept de vocation et sur des valeurs qui semblent prédominantes chez la nouvelle génération, basées sur l'interdisciplinarité, la satisfaction au travail, et l'équilibre de vie [24]. Cependant, les valeurs et les motivations derrière ce changement du profil de pratique n'ont pas été étudiées de manière rigoureuse au Canada.

Notons finalement que ce phénomène, bien qu'il génère de vives réactions et qu'il comporte d'importantes implications, semble être (du moins en partie) limité dans le temps. En effet, après une dizaine d'années de pratique en début de carrière, on observe (notamment au Québec et en Grande-Bretagne) que les médecins de famille augmentent souvent leur pratique de première ligne et en cabinet, et diminuent leur pratique hospitalière [13, 33]. Cette tendance à la spécialisation semble donc être le propre des jeunes médecins généralistes, durant leurs premières années de pratique. C'est précisément ce groupe – les médecins de famille de demain – qui nous intéresse.

La tentation est grande de condamner ou de légitimer les jeunes généralistes et leur nouveau profil de pratique. Le sujet suscite les sensibilités de chacun, et c'est souvent avec ce cadre oppositionnel que le phénomène du désintérêt envers la continuité des soins est abordé dans les médias et dans la communauté médicale. Cependant, avant de juger de la légitimité de cette tendance, nous pensons qu'il convient d'abord de mieux comprendre ce phénomène.

Nous en savons peu sur les motivations, les valeurs et les priorités de ces médecins. Quelques pistes semblent intéressantes pour mieux comprendre les choix de carrière des jeunes généralistes, notamment :

- l'influence de la formation médicale et de l'environnement pédagogique;
- les valeurs des jeunes médecins, le conflit générationnel et les jugements portés à l'endroit des jeunes médecins par les autorités médicales;

- les conditions de pratique, la rémunération, ainsi que la tendance lourde à la spécialisation partout en médecine.

Nous pensons qu'il sera difficile de trouver des solutions durables à ce problème sans une compréhension approfondie de la dynamique dans laquelle s'inscrit leur choix de carrière. Et pour ce faire, il nous est apparu pertinent de donner la parole aux principaux intéressés.

Nous voulions explorer les motivations et les raisons sous-jacentes à celles-ci. En d'autres mots, nous cherchions à comprendre pourquoi ils font moins de prise en charge et adoptent une pratique plus spécialisée que leurs aînés. **Leur désintérêt envers la continuité des soins constitue véritablement le phénomène à l'étude.** Nous voulions explorer les fondements de ce désintérêt, ses tenants et aboutissants, et comment cela révèle un nouveau rapport à la profession de médecin généraliste, rapport actuellement mis en évidence par la jeune génération.

Pour ce faire, nous nous sommes proposés d'explorer la façon dont ces jeunes médecins construisent leur identité professionnelle; nous voulons comprendre leurs aspirations, leurs priorités, et la vision qu'ils ont de leurs rôles et de leurs responsabilités envers la population.

Les implications potentielles de ce projet sont nombreuses en cette période de pénurie de médecins de famille et de vieillissement de la population. Nous pensons qu'une meilleure compréhension des valeurs, des intérêts, des motivations et de la façon dont les jeunes omnipraticiens conçoivent leurs rôles et responsabilité pourrait permettre de mieux adapter les orientations pédagogiques des universités à la réalité de cette nouvelle génération de médecins. De plus, en comprenant mieux le phénomène du désintérêt des jeunes omnipraticiens envers la continuité de soins, les autorités médicales et gouvernementales pourraient adapter leurs politiques de santé et de gestion des effectifs médicaux afin d'arriver à mieux répondre aux besoins de la population.

Chapitre II : Méthodologie

2.1 Posture épistémologique et choix de l'approche de recherche

« *L'on ne va jamais aussi loin que lorsqu'on ne sait pas où l'on va.* »
(Christophe Colomb)

Comme pour toute recherche, c'est la nature de la problématique et de la question qui a déterminé le choix de la méthode. La recherche expérimentale quantitative nécessite une démarche hypothético-déductive et s'inscrit généralement dans un contexte de vérification d'hypothèses. Or, nous n'avons pas d'hypothèses à vérifier. Nous cherchions à comprendre et mettre en lumière le sens qu'attribuent les jeunes médecins à leur pratique, et comment ce sens influence leurs choix : nous voulions explorer leurs représentations de ce phénomène. Nous nous sommes donc inscrits dans une démarche inductive et exploratoire. Notre posture épistémologique est constructiviste.

Par conséquent, une approche qualitative s'avérait particulièrement indiquée. Nous avons opté pour l'approche de théorisation ancrée (*grounded theory*), qui se donne pour objet la construction d'une théorie empiriquement fondée, c'est-à-dire enracinée ou ancrée dans la réalité étudiée. Concrètement, elle vise à expliquer théoriquement un phénomène social (le désintérêt envers la continuité de soins) à propos duquel peu d'analyses théoriques ont été articulées. Cette explication – la théorie – doit être véritablement développée à partir des données recueillies. Cette approche, développée par Glaser et Strauss en 1967 [34], exclut toute construction a priori de concepts ou d'hypothèses de recherche (au sens de résultats attendus) sur le phénomène à l'étude, ceux-ci étant construits et vérifiés lors du processus de recherche. Il s'agit donc de mettre entre parenthèses les notions préexistantes relatives au phénomène pour le laisser parler de lui-même [35]. Guillemette affirme même que le chercheur doit suspendre temporairement le recours à des cadres théoriques existants au profit d'une ouverture à ce qui émerge des données de terrain, en refusant systématiquement d'imposer d'emblée aux données un cadre explicatif [36].

Une précision épistémologique et méthodologique s'impose ici. Il serait trompeur d'affirmer que nous ne possédons aucun a priori sur la question, étant nous-même un jeune généraliste qui a pratiqué quelques années en médecine d'urgence, et dont la pratique est maintenant

principalement en cabinet et en continuité de soins. Cependant, la démarche de la présente investigation se réclame d'une certaine neutralité. Dans *Le Savant et le Politique*, Weber insiste sur le détachement et la neutralité de la science – même sociale – en distinguant très clairement ces deux registres [37]. La motivation et l'objectif ne sont pas ici de condamner ou légitimer le mode de pratique et les valeurs de la nouvelle génération d'omnipraticiens, mais bien d'explorer et de chercher à comprendre pourquoi ils pratiquent une médecine différente de celle qui leur est enseignée, celle de leurs aînés, ni plus ni moins.

L'hypothèse de départ la plus évidente (et probablement la plus dangereuse) consisterait à opposer deux groupes et définir d'emblée le phénomène à l'étude en tant que « conflit » entre deux générations de médecins. Plusieurs acteurs sociaux, qui sont des autorités dans le domaine (Collège des Médecins du Québec, Collège des Médecins de famille du Canada) se sont ouvertement prononcés sur la question du profil de pratique des jeunes généralistes, ce qui témoigne bel et bien de l'existence d'un problème (ou du moins, d'un malaise), et leurs prises de positions publiques récentes reflètent clairement leur point de vue. Cependant, il est évident que si nous adoptons un tel cadre, nous influencerons énormément les résultats. Avant de parler de « conflit générationnel », nous allons explorer le sens qu'accordent les sujets à leurs choix professionnels, tant au niveau personnel qu'au plan de leur responsabilité sociale. Nous verrons alors si et comment ce « nouveau modèle » s'articule par rapport au modèle traditionnel.

Aussi, le fait de chercher à comprendre si le nouveau profil de pratique est animé davantage par des dimensions égocentriques ou altruistes risque de susciter chez les sujets des réponses de désirabilité sociale, moins authentiques. Nous avons donc approché cette question avec la plus grande ouverture possible : nous ne l'avons jamais posée et avons plutôt laissé émerger des discussions spontanées à cet effet. Encore une fois, et au risque de se répéter, plutôt que de condamner ou légitimer un comportement, nous cherchions à comprendre vraiment de quoi il en ressort : voilà notre posture. L'explication ou la compréhension du phénomène à l'étude (le désintérêt envers la continuité de soins) reposait donc non pas sur une hypothèse de départ mais a été développée à partir des résultats et de l'analyse. C'est en ce sens que la théorie est ancrée.

Guillemette [36] rappelle, en citant Strauss et Corbin [38], qu'en théorisation ancrée, on ne problématise pas vraiment et on ne formule pas vraiment de question de recherche, mais on identifie plutôt les paramètres du phénomène social à étudier. Ainsi, la définition de l'objet de recherche conserve un caractère provisoire et peut être modifiée jusqu'à la fin de la réalisation de la recherche. Or, dans notre cas, le phénomène à l'étude est véritablement le désintérêt des jeunes

omnipraticiens envers la continuité des soins. La définition de ce phénomène – la manière de le conceptualiser, puis éventuellement de le comprendre – s’est précisée au fil des entrevues. C’est en ce sens que l’objet de recherche s’est transformé et circonscrit plus précisément à mesure que la recherche progressait. Cette approche nous a permis de demeurer vigilants et d’accueillir, au fil de l’enquête, de nouvelles idées jusque-là insoupçonnées, ce qui nous a permis d’approfondir de façon satisfaisante notre phénomène à l’étude.

2.2 Échantillonnage : choix des participants et représentativité théorique

Un délicat équilibre était recherché lors de l’élaboration de la stratégie d’échantillonnage. Celle-ci visait, en un premier lieu, à nous livrer le maximum de diversité là où nous en voulions (en termes de perceptions de la continuité de soins) et un maximum de constance là où il nous en fallait, pour que les frontières de notre population d’étude – c’est-à-dire les jeunes généralistes – soient ciblées et qu’elles correspondent à une réalité socioprofessionnelle logique, crédible et digne d’intérêt.

L’échantillonnage choisi est de type non-probabiliste. L’enjeu ici, dans le cadre de notre approche de théorisation ancrée, était de constituer un échantillon qui nous permette de développer et de « tester » de nouvelles interprétations [39], pour éclairer le mieux possible les multiples facettes du phénomène étudié. Nous recherchions donc la pertinence théorique (la richesse des propos des sujets et leur capacité à éclairer le mieux possible le phénomène à l’étude et à fournir un matériel inducteur d’hypothèses) [35, 40].

La représentativité théorique ne vise pas à dresser un portrait statistiquement fidèle de la diversité d’une population plus large. Les cas empiriquement observés dans une démarche de théorisation ancrée ne sont pas considérés pour eux-mêmes, précise Laperrière [35], mais comme des *instances* du phénomène social à l’étude. Nous voulions donc constituer un observatoire idéal pour notre objet de recherche, c’est-à-dire un échantillon qui nous permettrait d’explorer toutes les possibilités théoriques de sens, sans pondérer statistiquement sur le poids de celui-ci dans la population à l’étude.

La population qui nous intéresse est constituée des jeunes généralistes dont le profil de pratique correspond à la tendance « contemporaine » :

- Moins de prise en charge et de pratique en cabinet;
- Intérêts et pratique plus spécialisés : médecine d'urgence, obstétrique, hospitalisation, gériatrie;

La plupart des pratiques dites spécialisées en médecine générale comportent une certaine part de continuité de soins : l'omnipraticien qui œuvre en obstétrique assure souvent le suivi de sa patiente pendant et après la grossesse, celui qui pratique en gériatrie accompagne souvent ses patients sur une relative longue période. Il apparaît clairement que les médecins de famille dont la pratique est la plus aigue et spécialisée – ou circonscrite dans leur rapport à la continuité des soins – sont les urgentistes. C'est précisément leur opinion que nous voulons, car ils symbolisent le mieux, à nos yeux, cette tendance à abandonner la continuité de soins et privilégier des interventions et une médecine plus spécialisée et aigue. De plus, il s'agit actuellement d'une discipline très populaire chez les résidents en médecine familiale et les jeunes généralistes au Québec et au Canada [2, 12, 41]. C'est de cette façon que nous avons respecté le principe d'échantillonnage théorique, en choisissant le groupe le plus susceptible selon nous de fournir un riche matériel inducteur d'hypothèses. C'est, à nos yeux, celui qui possède la plus grande pertinence théorique par rapport au phénomène social à l'étude [35].

La vaste majorité des urgentistes au Québec sont des omnipraticiens. Cependant, il existe aussi un nouveau programme spécialisé de médecine d'urgence de cinq ans dont les diplômés sont reconnus comme des « urgentistes spécialistes ». Ce n'est évidemment pas ce groupe qui nous intéresse.

Les critères d'inclusion étaient donc :

- Omnipraticien avec moins de dix années de pratique (ayant complété sa résidence en médecine familiale dans une faculté de médecine québécoise entre 1998 et 2008);
- Pratique majoritairement en médecine d'urgence (avec peu ou pas de pratique en cabinet);

Nous n'avons pas recruté de médecins plus âgés ou pratiquants une médecine plus « traditionnelle » ou « globale ». La raison qui a motivé ce choix est d'ordre méthodologique : en raison du peu de connaissances scientifiques disponibles en ce moment sur notre objet de recherche, toute hypothèse qui orienterait ou restreindrait d'emblée notre investigation serait à ce stade une nuisance plus qu'une aide. C'est pourquoi la décision de placer d'emblée les jeunes omnipraticiens urgentistes en rapport avec les médecins ayant un profil de pratique plus traditionnel serait une hypothèse de départ qui postulerait qu'un phénomène externe –comme le conflit intergénérationnel ou le rejet du modèle traditionnel – structure la réalité sociale à l'étude (le désintérêt envers la continuité des soins). Nous voulions véritablement ignorer ou mettre entre parenthèses le modèle traditionnel jusqu'à ce que les acteurs qui vivent cette réalité nous donnent eux-mêmes (explicitement ou implicitement) une indication en ce sens.

2.3 Taille de l'échantillon

Il est toujours difficile de prévoir précisément le nombre de participants lors d'une recherche qualitative. Kuzel [39] estime que lorsque l'échantillon est homogène et que les données sont collectées de façon optimale, cinq à huit unités d'échantillonnage (participants) sont souvent suffisantes pour atteindre la saturation. Cependant, la confirmation de cette saturation à l'aide de cas discordants peut nécessiter douze à vingt participants au total.

Nous avons continué notre recrutement tant et aussi longtemps qu'un niveau de saturation satisfaisant n'a pas été atteint, c'est-à-dire le moment où aucune nouvelle information n'était obtenue au cours des trois dernières entrevues. Nous avons commencé à observer cette saturation après avoir recueilli les discours de quinze jeunes médecins. Pour s'en assurer, nous avons procédé à trois entrevues supplémentaires, qui nous ont assuré de cette saturation (N=18).

2.4 Recrutement des participants

Nous avons envoyé, dans un premier temps, 108 lettres d'information/recrutement aux membres du service ou du département de médecine d'urgence de huit hôpitaux de la région montréalaise :

- Le Centre Hospitalier Verdun;
- L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont;
- La Cité de la Santé de Laval;
- L'Hôpital du Sacré-Cœur;
- Le Centre Hospitalier Pierre Le Gardeur;
- L'Hôpital Anna-Laberge;
- L'Hôpital Notre-Dame du CHUM
- L'Hôtel-Dieu du CHUM

Nous avons choisi ces hôpitaux car ce sont des centres dont les membres du département d'urgence sont majoritairement des omnipraticiens. Le fait que certains de ces centres soient universitaires et d'autres communautaires offrait l'avantage, selon nous, d'augmenter la richesse et la diversité des propos.

Dans la lettre (fournie en annexe) étaient indiqués les critères d'inclusion ainsi qu'un résumé du projet. Les candidats intéressés étaient invités à répondre par courriel ou par téléphone pour de plus amples informations et explications. Dès cette étape, un choix méthodologique significatif a été fait : l'approche participante. Nous avons expliqué aux candidats intéressés l'ensemble de notre démarche, nos objectifs, le type d'entrevue, le rôle qu'ils allaient tenir et la durée probable des entrevues. C'est ce que Van Der Maren appelle le « contact préliminaire » [42]. Nous les avons également rassuré à propos de la confidentialité du protocole, et avons prévu avec eux un moment convenable pour l'entrevue.

Sur les 108 envois, nous avons eu treize réponses favorables de candidats qui correspondaient aux critères et qui étaient intéressés à participer à l'étude. De plus, certains d'entre eux (avant ou après avoir fait l'entrevue) en ont parlé à leurs collègues, de sorte qu'un certain effet de *bouche à oreille* s'est produit, qui a permis de recruter davantage de participants, dont un qui pratiquait dans un centre hospitalier différent, en milieu rural. Au moment où s'est présentée cette opportunité (lors des dernières entrevues), nous y avons vu une bonne opportunité de confronter notre théorie émergente, pour explorer si ce contexte de pratique différent pouvait amener de nouvelles perspectives jusque-là ignorées. Nous avons donc décidé de ne pas nous limiter à notre

liste initiale d'hôpitaux et avons procédé à cette entrevue, étant à la recherche de cas discordants ou contrastants.

Malgré notre liste de plus de vingt candidats intéressés, nous avons cessé la collecte des données après avoir interviewé 18 participants, la saturation étant clairement atteinte, n'entrevoiant plus de nouveau contraste à explorer pour tester notre théorie ancrée.

Tableau 1 : caractéristiques des participants

N=18	Femmes	Hommes	Pratique exclusive à l'urgence	Pratique aussi en continuité de soins (mais plus de 50% à l'urgence)
Entrevues individuelles (N=11, moyenne de 80 minutes)	4	7	9	2
Entrevue de groupe (7 participants, durée 115 minutes)	6	1	6	1

2.5 Collecte des données : choix de la méthode

Nous voulions recueillir ce que Van Der Maren appelle des *données suscitées ou d'interaction* [40], c'est-à-dire obtenues grâce à une interaction entre le chercheur et les sujets. La méthode traditionnelle de collecte pour ce genre de données est l'entrevue (semi-dirigée, structurée ou de groupe), et elle comporte certaines particularités pertinentes aux plans épistémologique et méthodologique : « le chercheur a bien quelques questions, mais il ne sait pas à l'avance quelles seront la forme et le contenu des réponses et, dès lors, il ne peut prévoir l'ordre des questions dont il dispose, ni la liste des questions supplémentaires qu'il devra poser ». [40]

Ce choix est donc basé sur la nature de la problématique et l'absence d'hypothèses de départ face à cette question; nous avons en effet très peu d'informations à propos de leurs opinions, de leurs valeurs et du sens qu'ils attribuent à leur pratique professionnelle. Mais cette méthode de collecte de données, bien qu'elle nous offre la souplesse nécessaire pour explorer la signification donnée par le sujet et valider notre compréhension de ses réponses, comporte un inconvénient principal. Van Der Maren [40] met en garde contre le risque, pour l'interviewer, de se laisser entraîner par le sujet qui pourrait éviter de parler de ses tabous ou de présenter des opinions non-désirables. De plus, tous les dangers inhérents à une interaction active entre le sujet et le chercheur – lui-même jeune médecin – peuvent limiter la teneur et l'intensité de cette interaction, le chercheur voulant éviter de créer un effet de désirabilité ou de suggérer certaines réponses.

Nous avons donc procédé à onze entrevues individuelles et une entrevue de groupe avec sept jeunes médecins. Les entrevues de groupe (*focus group*), en raison de leur dynamique propre, génèrent habituellement de nouvelles idées: c'est l'effet d'entraînement qui permet souvent aux participants de développer, de raffiner, et d'articuler leur opinion par rapport au groupe. Cette interaction permet d'enrichir la discussion et de mieux comprendre les opinions exprimées [43]. Bien entendu, lors des entrevues de groupe, les participants les plus timides ont habituellement tendance à moins s'exprimer; nous n'avons cependant pas rencontré ce problème, tous les participants s'étant montrés relativement loquaces.

2.6 Collecte des données : étapes

Nous avons procédé en trois étapes :

- Première étape : six entrevues individuelles initiales semi-structurées

Nous avons d'abord réalisé six entrevues semi-structurées individuelles avec des médecins répondant aux critères d'inclusion mentionnés. Les thèmes suivants ont été abordés :

- Leurs expériences de formation;
- Leurs aspirations professionnelles ;

- Leur profil de pratique ;
- La perception qu'ils ont de leur rôle et de leurs responsabilités ;
- Leur représentation de la continuité des soins ;
- Leur définition d'un « bon médecin de famille ».

Ils ont également été invités à réagir aux critiques dont les jeunes médecins de famille semblent faire actuellement l'objet. La grille initiale d'entretien est fournie en annexe.

Cette grille ne se voulait pas un guide rigide, et les thèmes abordés ont été adaptés en fonction des réponses des répondants. Nous avons procédé à l'analyse des données simultanément à la réalisation des entretiens successives. Notre démarche respecte en ce sens les principes de la théorisation ancrée. Ces entretiens individuelles, d'une durée de 75 à 90 minutes, ont servi à générer de nouvelles questions ou thèmes importants et pertinents en rapport à notre question, mais qui auraient pu être oubliés initialement ou ignorés par les chercheurs.

Le principe de saturation théorique a été appliqué : nous avons mis un terme à cette première série d'entretiens individuelles lorsqu'aucune nouvelle information ou thème n'émergeait lors de ces entretiens.

➤ Deuxième étape : une entrevue de groupe

Nous avons ensuite fait une entrevue de groupe avec sept jeunes omnipraticiens urgentistes. Les thèmes abordés, au cours de ce *focus group*, ont été sensiblement les mêmes que lors des entretiens individuelles initiales, en plus des hypothèses et des thèmes mis en évidence lors de la première étape de l'enquête. En fait, la plupart des propos recueillis l'ont été spontanément, résultat de l'interaction entre les membres du groupe plutôt que de questions posées par l'interviewer. Au tout début, nous leur avons expliqué la problématique à l'étude, et leur avons demandé de commenter à ce propos. L'effet d'entraînement fut immédiat et la discussion très animée, nous démontrant que les participants en avaient beaucoup à dire sur cette question qui les concerne directement. Nos interventions furent minimales (rediriger le propos de la discussion lorsque celle-ci s'éloigne de façon évidente des thèmes à l'étude, inviter un participant à donner

son point de vue sur une opinion exprimée par un autre participant, etc.). L'entrevue de groupe a duré un peu moins de deux heures.

➤ Troisième étape : cinq entrevues individuelles finales structurées

Nous avons observé que l'entrevue de groupe a permis de mettre en évidence des thèmes pertinents et importants, mais plusieurs d'entre eux n'ont pas été approfondis autant que dans un contexte d'entrevue individuelle. Dans cette troisième étape de l'enquête, nous avons donc réalisé cinq entrevues individuelles plus structurées, ciblées sur les thèmes mis en évidence d'abord par les entrevues de la première étape, puis par les *focus groups* ainsi que par l'analyse réalisée après chacune des entrevues et la théorie émergente qu'il fallait mettre à l'épreuve devant chaque nouveau sujet. Ceci nous a permis d'approfondir ces mêmes thèmes, d'atteindre une plus grande richesse d'information et de modifier puis finalement confirmer la validité de notre théorie émergente. La durée de ces entrevues a été d'environ 75 minutes, et nous avons encore une fois respecté le principe de saturation pour déterminer le moment adéquat pour mettre un terme à cette troisième étape.

Cette approche en trois étapes allie donc des techniques complémentaires – entrevue semi-structurée, entrevue de groupe et entrevue structurée –, et l'ensemble de la démarche s'inspire de la théorisation ancrée. Entre chaque entrevue, nous avons transcrit et analysé les données, et l'entrevue suivante fut toujours inspirée de l'analyse faite jusque là.

Selon Laperrière [35], l'échantillon, dans une démarche de théorisation ancrée, est habituellement continuellement remanié en réponse aux analyses. Il ne peut donc jamais être entièrement déterminé à l'avance. De plus, nous avons activement recherché des cas négatifs ou discordants par rapport aux tendances dominantes observées lors de la première étape. Pour ce faire, trois stratégies ont été employées :

1. Nous avons intentionnellement recruté quelques participants qui pratiquaient aussi en bureau (bien que leur pratique principale soit à l'urgence), alors que nos premiers sujets pratiquaient tous exclusivement à l'urgence. Ceci visait à diversifier et déradicaliser les perceptions que nous risquions de recueillir par rapport à la continuité de soins, avec des gens qui pouvaient parler un peu plus en connaissance de cause.

2. L'inclusion d'un participant pratiquant en milieu rural (alors que le devis initial concernait des centres hospitaliers montréalais ou en périphérie de Montréal) l'a aussi été pour cette raison. Nous voulions ainsi explorer la possibilité de voir s'exprimer de nouvelles opinions ou de nouveaux thèmes émerger.
3. Finalement, vers la fin du processus, les conjointes de deux participants ont assisté à quelques fragments de l'entrevue et ont été invitées à commenter les propos et échanger ouvertement avec l'interviewé. Il s'agissait de deux jeunes médecins (une généraliste, l'autre spécialiste), mais elles ne correspondaient pas à nos critères d'inclusion, ne pratiquant pas majoritairement à l'urgence. Cette opportunité a permis de dévoiler et mieux comprendre certains aspects intéressants, en plus d'introduire une dynamique féconde entre conjoints sur le sujet. Nous avons donc décidé de transcrire et d'analyser leurs propos. En ce sens, le nombre total de participants pourrait donc être considéré comme étant 20 (lors de présentation des résultats, nous identifions explicitement ces extraits en mentionnant qu'il s'agit de la conjointe de l'interviewé). Ceci nous a permis de mettre à défi la théorie émergente, et d'augmenter la validité des résultats quant aux perceptions des jeunes médecins vis-à-vis la continuité de soins.

2.7 Analyse : processus général

Le caractère itératif inhérent au processus de recherche qualitative et d'approche de théorisation ancrée implique une certaine simultanéité de l'élaboration de la question de recherche, de la collecte des données, et de l'analyse. Nous sommes donc demeurés souple dans notre démarche, sensible aux dimensions importantes (et parfois inattendues) qui ont émergé.

Une approche inductive et exploratoire a été privilégiée au cours de l'analyse. L'utilisation d'un logiciel d'analyse qualitative (*QDA Miner* ©) nous a permis de coder, catégoriser et remanier abondamment nos catégories d'analyse au fil des découvertes et nouvelles entrevues. L'agent de recherche a participé à toutes les entrevues et à l'ensemble de l'analyse. Cette triangulation a permis d'optimiser la validité de nos résultats puisqu'ils étaient susceptibles, comme nous l'avons souligné, d'être soumis à d'importants biais, étant donné que nous sommes nous-même un jeune médecin de famille. Ces biais et nos réactions personnelles tout au long du projet ont été colligés

dans un journal de bord, qui a été pris en considération lors de l'analyse, pour tenter de mettre en évidence et ainsi contrôler (le plus possible) cette influence.

2.8 Analyse : étapes

Une secrétaire expérimentée en retranscription d'entretiens de recherche a transcrit la totalité des entrevues, et nous les avons analysées au fur et à mesure. Le corpus total consistait en plus de 350 pages de verbatim. L'étape initiale de codification a consisté à regrouper les données qui semblaient correspondre aux mêmes thématiques ou concepts (codification ouverte) et à les regrouper en catégories. La grille de codification initiale est fournie à l'annexe 5 du présent mémoire. L'unité de base de l'analyse, dans cette approche, est le concept. Il ne désigne pas la réalité concrète évoquée par le sujet mais ce qu'elle représente, ce à quoi elle renvoie [35]. Concrètement, il s'agit de cerner les attributs ou les propriétés qui détaillent chacune de ces catégories. La comparaison constante entre les concepts ainsi obtenus et les nouvelles données recueillies a servi à renommer, réorganiser et redéfinir les catégories conceptuelles principales. Une fois ces catégories bien identifiées, nous avons procédé à une codification axiale en explorant et définissant les relations entre ces catégories. Encore une fois, une comparaison constante entre les nouvelles données et la théorie émergente fut effectuée, afin de mettre en évidence les régularités et les variations des catégories conceptuelles et cerner leurs caractéristiques, les liens entre elles, et les déterminants de leurs variations [35]. C'est ainsi que la théorie a émergé, véritablement ancrée dans les résultats des entrevues, et qu'elle a été mise à l'épreuve, reformulée, modifiée et redéfinie à chaque entrevue subséquente.

La saturation a été considérée atteinte lorsque l'analyse des nouvelles données recueillies n'engendrait plus aucune reformulation des catégories conceptuelles et de la théorie émergente.

2.9 Résultats anticipés

Nous cherchions à développer une théorie empiriquement fondée pouvant nous aider à mieux comprendre la nouvelle génération de généralistes et leur désintérêt envers la continuité des soins,

et non pas une description exhaustive des sujets ou du phénomène à l'étude. Nous voulions ainsi comprendre comment se construit leur identité professionnelle, quelles sont les motivations principales qui influencent leurs choix professionnels et la façon dont ils conçoivent leurs rôles et responsabilités en tant que médecin.

2.10 Confidentialité et éthique

Les entrevues réalisées avec les jeunes médecins ont été enregistrées et retranscrites. Les données demeureront confidentielles : les chercheurs ont codé les données et attribué un nom fictif à chacun des participants pour les fins de l'analyse. L'identité réelle des participants n'est connue que par le chercheur principal, l'agent de recherche et les autres participants des entrevues de groupe. Le chercheur se garde cependant la liberté de joindre aux données des informations supplémentaires concernant les participants (âge, sexe, profil général de pratique) sans que celles-ci ne permettent de les identifier.

Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. La participation au projet est complètement volontaire, et aucun inconvénient n'est envisageable pour les participants, si ce n'est le temps requis aux entrevues. Le certificat d'approbation du Comité d'Éthique de la Recherche de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, le formulaire de consentement et la lettre de recrutement/information sont fournis en annexe.

Chapitre III : Résultats

Les résultats obtenus sont présentés et organisés en trois grandes sections, qui permettent de mieux comprendre le phénomène social à l'étude (manque d'intérêt des jeunes omnipraticiens envers la continuité des soins), le comportement observé (leurs choix de carrière) et la tension qui existe entre leurs choix et ce qu'on attend d'eux.

Section 1 : Étude d'un comportement social : qui sont-ils, comment font-ils leurs choix

D'abord, nous nous attardons à l'ontologie du comportement social à l'étude: qui sont ces jeunes médecins de famille, comment font-ils leurs choix?

Section 2 : En route vers une théorie ancrée

Nous tenterons ensuite de faire le lien entre les données recueillies et la construction d'une théorie ancrée en explorant leur expérience en bureau lors de la résidence. (3.5 à 3.6)

Section 3 : La question des devoirs

La dernière section traitera de la question des devoirs et de la responsabilité sociale.

SECTION 1 : ÉTUDE D'UN COMPORTEMENT SOCIAL

Qui sont-ils, comment font-ils leurs choix?

Pour comprendre les motivations qui sont à la base des choix de vie et de carrière de nos répondants, nous avons emprunté à Weber sa typologie des déterminants de l'action [44]. Il est important de préciser que cette affiliation avec Weber a véritablement émergé des données. En d'autres termes, nous sommes demeurés fidèle au principe de base de la théorisation ancrée (le non recours aux a priori et aux théories explicatives existantes). Ainsi, en cours de route, nos données et la théorie émergente se sont avérées prendre la forme de discours « de valeurs » au sens où l'entendait Weber. Selon cette typologie, les actions sociales peuvent être interprétées selon quatre motivations fondamentales. L'action peut être :

1. Traditionnelle : parce qu'il en a toujours été ainsi.

Ici, les actions sont le produit de l'habitude, donc de types « mécaniques » ou « réflexes ». Le sens et le but initial de l'action sont pour ainsi dire disparus par répétition, sous le « poids de l'éternel hier ». Pour Weber, ce type d'action est le plus courant. L'exemple souvent mentionné pour l'exprimer est le mariage.

2. Émotive : sous le coup d'une émotion.

L'exemple du coup donné sur le mur lors d'un accès de colère.

3. Rationnelle en finalité : en fonction de buts précis établis.

Ici, les moyens et les buts de l'action sont déterminés rationnellement par l'acteur. Les moyens choisis sont ceux qui apparaissent les plus efficaces pour atteindre les buts fixés. Un étudiant qui veut réussir un examen choisira d'étudier et de réviser longuement ses cours. Pour Weber, c'est ce type d'action qui est le plus facilement compréhensible.

Cependant, et nous y arriverons bientôt, nos participants se perçoivent d'abord et avant tout comme des êtres changeants. Leurs objectifs et leurs priorités varieront énormément tout au cours de leur vie et de leur carrière. C'est pourquoi notre analyse des données recueillies ne nous amène pas à une compréhension de leurs choix professionnelles selon une rationalité en finalité.

4. **Rationnelle en valeur : en cherchant à agir selon un système de valeurs établi.**

L'acteur cherche ici à accomplir une valeur, de façon plus ou moins consciente. Cette valeur est en quelque sorte fondamentale et absolue pour l'acteur, et Weber explique que l'acteur ne se soucie généralement pas des conséquences que peut avoir son action. L'exemple fréquemment cité ici est celui du jeune ingénieur qui s'engage dans un projet humanitaire dans un pays en guerre, au risque de sa propre vie. De la même manière, un jeune médecin qui base ses choix professionnels (où il pratique et la nature de sa pratique médicale) sur son propre système de valeurs agit selon une rationalité en valeurs. Mentionnons aussi une subtilité sur laquelle Weber insiste : même si le but de ce type d'action (la valeur) est irrationnel, les moyens choisis par l'acteur ne le sont pas; c'est en cela que l'action est rationnelle en valeur.

Notre analyse nous a amené à considérer que c'est précisément ce type d'action qui représente le mieux les choix professionnels des jeunes médecins interviewés.

Concrètement, parce que notre analyse a mené à une compréhension de leurs choix selon une rationalité en valeur, nous avons érigé un système de quatre valeurs fondamentales qui caractérise bien nos répondants et qui permet de comprendre leurs choix. Pour chacune de ces valeurs, nous décrivons ses origines, les moyens employés pour l'accomplir, ainsi que les craintes associées à cette valeur. Ces termes (*origines, moyens et craintes*) ne font pas partie de la terminologie de Weber dans sa typologie des déterminants de l'action. Il s'agit plutôt de la manière la plus simple et imagée que nous avons imaginé pour bien illustrer *ce qui se passe*.

Chacune de ces valeurs intègre la précédente, autant au niveau des origines, des moyens que des craintes. Elle ne peut être atteinte si toutes les valeurs précédentes n'ont pas été réalisées et respectées.

Ce système de valeurs mène, si chacune d'elles est respectée, à la satisfaction personnelle et professionnelle. C'est la recherche d'équilibre, de plaisir et d'épanouissement dans la sphère professionnelle et les sphères personnelle de vie.

3.1 Première valeur : la qualité de vie

La liberté avant tout et un métier flexible et peu engageant au service de la vie personnelle.

La qualité de vie constitue la première valeur recherchée par les jeunes omnipraticiens urgentistes interviewés. Leurs propos révèlent que pour atteindre une qualité de vie qu'ils jugeront satisfaisante, trois conditions semblent nécessaires :

- L'importance limitée qu'ils accordent au travail dans leur vie;
- La flexibilité recherchée dans le profil de pratique;
- La crainte de l'engagement au long terme envers les patients (liberté).

D'entrée de jeu, tous les participants sont unanimes sur un point : la médecine est pour eux une profession, et non une vocation. La place qu'ils accordent au travail dans leur vie est limitée et contrôlée. Ce n'est qu'une sphère parmi d'autres et elle ne doit pas nuire à l'ensemble; la famille, les loisirs et les voyages sont les principaux domaines qu'ils s'efforcent de protéger :

Moi ce que je pense c'est qu'avant le médecin était toujours disponible...c'était un don de soi...il fallait pour être médecin que ta vie tourne autour de ton travail alors que moi ma vie ne tourne pas autour de mon travail. Il y a mon travail et il y a ma vie. Je fais vraiment une distinction entre mon travail et ma vie. Moi je ne passerai pas toute ma vie au travail. (Tatjana, entrevue de groupe)

Écoute je pense qu'on vient de la nouvelle génération de gens qui mettent la qualité de vie avant le travail, moi j'en suis un qui travaille beaucoup quand même, mais j'aime ma qualité de vie, et le bureau pour certains aspects offre une moins bonne qualité de vie. (Sébastien)

Et l'urgence le permet à merveille :

Non pour moi c'est vraiment une question de rythme de vie. Je trouvais que l'urgence correspondait bien avec ce que je voulais faire et comment je voulais vivre... organiser ma vie comme je voulais en dehors de l'hôpital, donc pour moi ça *fittait* parfaitement. (Didier)

Je ne me sens pas coupable. J'ai besoin de faire un certain nombre de *shifts* à l'urgence pour être à l'aise. J'ai ma famille et c'est l'équilibre. Je ne serai pas capable d'ajouter du bureau (...) Je suis bien comme ça. (Ariane, entrevue de groupe)

Pour s'assurer que leur vie professionnelle ait le moins possible de répercussions négatives sur leur vie personnelle, ils recherchent une flexibilité dans leur travail. Ces deux participants qui pratiquent exclusivement à l'urgence résument bien la primauté de cette flexibilité:

En ce moment, mon rythme de vie fait que j'ai besoin de plus de liberté. Je pars régulièrement en vacances ou en congrès ou en dépannage et c'est souvent des décisions de dernière minute, alors l'urgence me permet de pouvoir faire ça. Tandis que si j'avais une clientèle à suivre, ça ne serait pas possible (...) Dans les dernières années mon horaire et mes intérêts ont fait que l'horaire d'urgence c'était parfait, je pouvais partir un peu à la dernière minute, échanger quelques gardes et partir, ce que je ne pourrais pas faire si je faisais du bureau. (Richard)

L'urgence (...) c'est facile à gérer, c'est des heures fixes, oui on a un peu de paperasse à faire autour de ça, mais si je veux prendre un mois de congé de vacances, je pars, il n'y a pas de problème, pas de planification à faire suite à mon absence, si je veux changer, si je veux déménager, si je veux changer d'hôpital, l'urgence c'est tellement ponctuel comme action (...) Alors que le bureau c'est tous les patients que tu suis qui sont dépendants de toi, quand tu pars en vacances tu dois t'occuper de certaines choses, donc c'est plus lourd, la responsabilité... (Sébastien)

Tous les médecins interviewés se définissent comme des êtres de changement et d'évolution, bien plus que de constance et de stabilité. Leur carrière n'est pas fixée et ils s'attendent à changer souvent de milieu de pratique. Ces changements pourraient aussi bien être motivés par de nouvelles obligations familiales que simplement par l'envie de faire autre chose ou d'explorer de nouveaux intérêts professionnels. Les extraits suivants expriment bien le caractère transitoire de leur carrière :

Peut être qu'avec les années je vais être amené à changer si je me fie à ceux qui arrêtent après cinq ou six ans mais là c'est sûr qu'en début de pratique on veut la liberté, on veut des voyages, on veut se promener (...) On veut profiter de la vie, on veut profiter de l'argent qu'on fait, mais je le vois arriver, dans deux trois ans, c'est la famille donc c'est plus la stabilité (...) Je ne pourrai plus faire mes voyages, donc est-ce que là une journée par semaine ça me dira de faire un peu de prise en charge, choisir les patients que je veux (...) pour l'instant, ce que je veux, c'est (...) ne pas être pris avec une laisse en quelque part... (Gabriel)

C'est lourd à l'hôpital présentement, il y a des manques d'infirmières et l'ambiance n'est vraiment pas agréable; des fois je me dis qu'il faudrait peut être que je fasse d'autres choses pour me changer les idées puis... commencer par faire du sans rendez-vous dans une clinique et une fois que tu as trouvé un groupe avec qui tu t'entends... probablement que dans dix ans je vais être en quelque part mais où... ce n'est pas évident. Je pense que je vais peut-être être prêt à travailler ailleurs... (Mike)

Cette participante nous décrit comment cette liberté personnelle lui permet, à ce moment-ci de sa vie, d'apprécier le mode de vie irrégulier inhérent à la pratique d'urgence:

J'aime ça travailler de nuit des fois... physiquement c'est un peu fatiguant mais ce n'est pas une très grande contrainte pour moi. Je n'ai pas d'enfant, je suis célibataire alors je dors quand je veux, je ne dérange personne et personne ne me dérange. Les clientèles sont différentes, les gens avec qui tu travailles sont différents. C'est encore l'absence du quotidien dans le sens que la fin de semaine, la nuit c'est une autre gang, c'est une autre clientèle alors c'est différent. Moi je vois du positif beaucoup dans ça (...) Je te dis ça et je ne sais pas, si j'ai des enfants dans deux ans peut être que tout ça va changer...c'est sûr que quand tu as d'autres obligations qui font que tu as besoin d'un horaire un peu plus régulier (...) (Clémence)

Ils semblent convaincus qu'une pratique en continuité de soins constitue une menace à leur liberté. Les médecins interrogés y voient l'obligation d'un engagement au long terme qui semble très lourd à porter. Ils associent cet engagement à une perte de contrôle : leur carrière ne pourra plus être transitoire ou dynamique, elle sera fixée pour toujours. La peur de l'envahissement, de l'enchaînement, d'être finalement prisonnier d'une situation qui ne leur convient plus est assez clairement exprimée par la majorité des participants :

L'autre chose, c'est que quand tu t'engages comme médecin de famille, après si tu décides que ça te tente plus et bien tu laisses tomber un paquet de monde, dans le sens qu'il faut que tu t'arranges pour essayer de leur en trouver un autre si tu veux...(alors qu'à l'urgence) ...demain matin si je décide que je m'en vais, je m'en vais (...) c'est important de ne pas me sentir pris... (Clémence)

C'est comme un mariage (...) ça doit être l'enfer de se départir de ces patients là. (Sébastien)

Au départ, ma première année, j'avais peur de m'impliquer et de me dire « Wow, je m'embarque pour vingt ans avec des patients. (Tatjana, entrevue de groupe)

L'échange suivant entre participants au cours de l'entrevue de groupe témoigne de la crainte d'une autre forme de perte de liberté, celle de ne plus contrôler sa charge de travail dans le temps :

Daniel : Ça peut être aussi une autre affaire démoralisante quand tu es un jeune médecin : tu sais que si tu veux commencer à faire de la prise en charge, tu ne pourras pas commencer mollo et mettre ça à ton rythme; tu vas être *loadé*... les six prochains moins vont être *loadés* en deux journées.

Ariane : C'est clair... c'est sûrement pour ça que moi l'inscription en médecine familiale ce n'est sûrement pas avant trois ans...

Sara : C'est comme n'importe quoi...c'est en pénurie et tu ne veux pas arriver tout seul dans le milieu d'une pénurie parce que tu vas avoir la corde au cou. (Entrevue de groupe)

La lourdeur de cette responsabilité pèse donc énormément dans la balance. De plus, contrairement à l'urgence où leur responsabilité prend fin dès qu'ils terminent leur quart de travail, celle du médecin de famille en bureau leur apparaît constante et ininterrompue, d'où ce sentiment d'enchaînement et de perte de liberté.

- Philomène : Et il y a aussi...tu veux prendre des vacances...à l'urgence tu t'en vas et... mais en bureau tu sais que tu imposes cette responsabilité-là à tes collègues de travail
- Daniel : C'est vrai
- Nora: Ce n'est vraiment pas évident...tu sais que quand tu vas revenir tu vas avoir...
- Daniel : Le pigeonnier est plein
- Philomène : Oui le pigeonnier est plein de messages et c'est un peu la corde au cou...c'est super décourageant!
- Nora : Exactement et c'est majeur. (Entrevue de groupe)

En bureau, je trouvais ça stressant de savoir que tu as une clientèle à ta charge. (...) Je veux dire que j'avais de la difficulté avec ça... que tu es la personne ressource et que...c'est sûr qu'ils ne peuvent pas t'appeler chez vous le vendredi soir mais que tu peux rentrer le lundi et tu as un patient qui ne va pas bien et que là la gestion de cette responsabilité-là du médecin de famille, je trouvais ça lourd à porter. Alors qu'à l'urgence, c'est différent, c'est ponctuel... c'est sûr qu'il y a des responsabilités, mais c'est différent. Je n'ai pas le goût d'avoir ça en tête, cette responsabilité. (Clémence)

Bref, la prise en charge de patients est perçue comme un engagement à vie et une énorme menace à leur liberté, qu'ils tiennent à protéger et qu'ils chérissent. Cette répondante qui pratique exclusivement à l'urgence l'exprime de façon très crue:

Il y a aussi qu'à l'urgence tu n'as pas de suite. Tu n'es pas pris. Tu réfères ou tu demandes à un spécialiste. Tu n'es pas pris avec le patient et son problème, tu sais des douleurs chroniques. Un urgentologue ça fuit les douleurs chroniques, ça fuit les problèmes psychiatriques, les dépressions qui ne se guérissent pas. C'est un peu un détachement. Tu t'impliques sporadiquement dans un problème de santé. Tu le traites au meilleur de toi-même dans la condition aigue, mais après ça tu n'es pas engagé dans cette relation-là. C'est un peu comme...je ne sais pas si tu as remarqué quand tu signes tes formulaires de patients vulnérables « Je m'engage selon mon code d'éthique à ... » Le Collège des Médecins il flippe ben raide avec « Vous êtes responsable à vie de votre clientèle ». Écoute ça n'a pas de bon sens. Tu ne peux pas décider que tu vas passer ta vie à Montréal non plus. Tu ne sais pas ce qui va arriver. Ton chum peut être transféré quelque part. Ce n'est pas réaliste des familles d'aujourd'hui. Qui te dit que je n'aurais pas des enfants à problèmes et qu'à un moment donné je vais être obligée de couper ma pratique à deux jours semaine...c'est trop engageant. C'est vraiment trop engageant je trouve. (Sophie)

3.2 Deuxième valeur : la compétence professionnelle

Médicale d'abord, relationnelle ensuite

Le sentiment de compétence constitue la seconde valeur fondamentale de nos répondants. La représentation symbolique qu'ils se font de leur travail implique invariablement le fait d'être « bon dans ce que je fais ». Loin de se complaire dans une zone de confort, ils cherchent constamment de nouveaux défis : ils veulent continuer d'apprendre et être plus compétents. Mais le défi consiste à ne pas mettre en péril la première valeur fondamentale (la qualité de vie) :

Il faut que je sois compétent dans ce que je fais et il faut que je sois à la fine pointe de ce que je fais. Je n'accepterai pas de faire une pratique un peu plus en retard ou un peu plus... Mais pour concilier une vie famille, une vie qui est agréable, une bonne qualité de vie personnelle et concilier aussi une pratique qui est considérée comme à jour et adéquate qui vise l'excellence, tu n'as pas le choix de te concentrer dans un (domaine)... tu te concentres en quelque part en premier, et tu rajoutes certaines choses après (...) **Parce que je ne sacrifierai pas ma vie pour faire mon travail.** (Mike)

Pour comprendre de quelle façon et pourquoi cette recherche de compétence influence autant leurs choix professionnels, il nous faut définir ce que c'est exactement, à leurs yeux, « être bon ». Comment nos participants se représentent-ils ce concept de compétence?

Tout d'abord, la compétence leur semble fondamentalement scientifique et clinique, bien plus que relationnelle. Se définissant essentiellement en tant que scientifiques, c'est cet aspect qui est priorisé chez eux. Un bon médecin est un médecin qui possède beaucoup de connaissances. Son expertise est fondamentalement clinique. Certes, ils reconnaissent la pertinence des aspects relationnels et communicationnels, mais l'importance qu'on leur attribue lors de la formation en MF est trop grande, à leur avis.

Notre analyse a permis de situer l'origine de cette valeur dans la culture médicale universitaire. Ils sentent qu'ils ont été admis en médecine principalement pour leurs qualités intellectuelles et leurs résultats scolaires. En grande partie en raison de l'héritage de Flexner en 1910 [45], la formation médicale est construite sur cette vision linéaire : acquérir d'abord les bases fondamentales et scientifiques de la médecine avant de s'attarder au patient et aux aspects humains, relationnels et communicationnels. C'est ainsi que dans les premières années de leur formation, c'est le type de connaissance qu'on valorise le plus : c'est ce qui est évalué lors des examens. Celui qui en sait le plus théoriquement et cliniquement obtient les meilleurs résultats

aux examens, se mérite les prix étudiants d'excellence et est perçu par ses collègues comme étant « le meilleur ». Leurs professeurs sont souvent de grands spécialistes dans leur domaine. Les aspects scientifiques sont perçus comme étant clairs, contrairement à la dimension humaine, plus floue, plus ambiguë qui mène souvent à une incertitude et, insistent-ils, à un sentiment d'impuissance. Or, justement, la médecine familiale semble souvent perçue par nos répondants comme un milieu de relative incertitude. Résolument « positivistes » (ou du moins « cliniques »), la principale conception de la compétence qu'ils ont développée est la recherche de clarté, de la meilleure décision et de la meilleure conduite. Comme l'urgence est perçue, lors de la résidence, comme un milieu plus clair en termes de conduites et de traitement, leurs patrons urgentistes leur semblaient donc souvent plus compétents. Parce que lorsqu'ils ne trouvent pas cette clarté – ou cette uniformité dans les pratiques –, et ils rapportent ce sentiment précisément en parlant de l'UMF, la compétence-même de leurs patrons est remise en question :

En médecine familiale, je n'ai pas retrouvé une rigueur non plus. J'avais l'impression que...c'était très aléatoire les conduites (...) Je sortais de mon externat où les conduites étaient plus claires, des diagnostics plus clairs. Tu arrivais en médecine familiale.....je ne peux même pas dire que c'est l'approche psychosociale... ça au contraire ça ne me dérangeait pas du tout. C'est vraiment la partie plus médicale. J'avais l'impression que c'était plus aléatoire, ça changeait de médecin en médecin (...) Je pense que le fait que tout le monde avait sa façon de procéder ça me dérangeait...ça me dérangeait vraiment (...) Je pense qu'à un moment donné, à l'externat, j'avais connu quelque chose de beaucoup plus rigoureux et j'ai adoré mon externat. (Sophie)

À l'urgence, on a l'impression que les gens sont plus compétents ... (Sara, Entrevue de groupe)

Leurs premiers pas dans l'univers clinique semblent avoir été déterminants pour leur représentation de la compétence en médecine et en médecine familiale. Mike nous explique comment s'est construite sa représentation de la compétence des médecins de famille lors de son externat:

J'ai fait un stage où j'ai rencontré des résidents de médecine familiale... chose qu'on rencontre très rarement... dans les milieux en général ce sont des résidents qui sont un peu mis de côté, qui sont un peu... ils viennent moins souvent dans les stages. Ils ont un peu moins de connaissances, ils sont un peu moins à l'aise. La vision que tu as des résidents de médecine familiale, c'est qu'ils sont moins bons que les autres. Tu as cette image-là, mais en même temps c'est vrai parce qu'ils font ce stage-là une seule fois pendant leurs deux années, tandis que l'autre qui est là il fait tout le temps ça. (...) J'ai pris ma décision le jour où je faisais un stage de soins intensifs à Sacré-Cœur et j'ai été exposé à des R3 de médecine familiale qui faisaient leur troisième année de médecine d'urgence et je les voyais *manager* leurs patients et je me suis dit « Oui je veux être bon comme eux autres ». (...) J'étais externe 2 en soins intensifs à Sacré-Cœur et c'était la première fois que j'étais exposé à des bons résidents de médecine familiale et j'ai dit « C'est un modèle. Je veux devenir comme eux autres. Il y a moyen d'être bon et efficace et d'avoir de la *drive* si je fais ça

(...) C'est quand j'ai vu ces deux résidents-là que je me suis dit que c'était possible d'être bon en faisant la résidence en médecine familiale.

Sa représentation de la compétence semble si ancrée qu'elle définit même le « bon » médecin et la « bonne » pratique :

Le problème que je vois dans les programmes de médecine familiale, c'est qu'il y a beaucoup d'emphase qui est mis sur la communication et la relation. Sauf que pour atteindre ce but-là, il faut d'abord que je sois un bon médecin et un bon clinicien. Il faut que j'aie des connaissances (...) sauf que ce côté-là je trouve qu'il est un peu évacué en médecine générale (...) Je pense qu'avant d'être un bon clinicien qui a un aspect plus humain, il faut avant tout que tu aies des connaissances (...) et ces connaissances-là elles priment parce que le patient il vient pour te voir parce qu'il veut avoir l'opinion d'un professionnel, un expert en médecine... c'est ça qu'il veut... (Mike)

Pour être jugé valable et stimulant, le travail doit donc faire appel à cette compétence essentiellement clinique ou biomédicale, et mener vers son accroissement continu. En d'autres termes, la compétence est principalement basée sur les aspects scientifiques et l'acquisition de connaissances. Ce « défi » médical est prioritaire, surtout en début de pratique. Et ce défi en est un essentiellement intellectuel. Ils recherchent une grande diversité de cas, une exposition variée aux maladies les plus rares et les plus graves. Ils ont la conviction qu'il faut maîtriser les soins aigus avant le chronique. L'urgence constitue clairement, à leurs yeux, une meilleure école que la MF à cet effet:

L'urgence, j'aimais vraiment ça durant ma résidence. C'est challengeant et j'adore le côté détective de la chose... d'être en première ligne et... il y a des présentations atypiques de syndromes graves... être en première ligne, c'est ce que je trouve intéressant... pendant ma résidence c'était l'urgence qui m'intéressait le plus, mais le côté suivi de patients c'était moins... (Richard)

Je continue à apprendre beaucoup, beaucoup, beaucoup de choses au point de vue médical. Je pense que je suis exposé à beaucoup de pathologies et à des cas intéressants, et j'apprends beaucoup de choses au point de vue médical à l'urgence. (Mike)

Ce que j'aime le plus (à l'urgence), c'est que c'est un milieu dynamique, ça bouge. Et moi j'aime ça. J'aime ça quand ça bouge et quand il y a de l'action et c'est une super belle école. Tu as des beaux cas... comme je disais tout passe par l'urgence donc tu vois énormément de diversité. Tu vois des petits cas faciles et des cas où la vie des patients est en jeu. Tu as vraiment un bon contact avec les spécialistes à l'urgence, c'est extraordinaire, tu les appelles et ils te font de l'enseignement. Moi j'ai appris énormément là juste parce que je suis à l'urgence et que tous les spécialistes se retrouvent à l'urgence à un moment donné... tu as une question, tu as un patient que tu as vu il y a deux semaines et tu n'étais pas sûr alors tu lui poses la question. Je trouve que c'est un milieu incroyable pour apprendre, l'urgence. C'est vraiment ça que je trouve le plus motivant. (Sophie)

Nous comprenons que c'est donc aussi véritablement cette conception de la compétence qui rend le travail intéressant et stimulant. Une précision méthodologique s'impose ici : les propos recueillis ont souvent exprimé davantage les raisons de leur intérêt envers l'urgence que leur désintérêt envers la continuité des soins –qui constitue, rappelons-le, le phénomène à l'étude–. Or, par moments, l'objet a véritablement dévié vers l'intérêt pour l'urgence, en raison de la perspective oppositionnelle qui s'établissait spontanément chez la plupart des interviewés entre l'urgence et le bureau. En ce sens, nous jugeons que c'est donc véritablement cette conception de la compétence qui rend le travail de médecine en bureau, en comparaison, moins recherché :

Tatjana : Moi c'est clairement la raison pour laquelle je fais de l'urgence, c'est le challenge intellectuel;
 Nora : Oui, le challenge intellectuel;
 Tatjana : Je ne dis pas qu'il n'y en a pas en médecine familiale mais il est moins aigu;
 Nora : C'est ça. (Entrevue de groupe)

Les compétences relationnelles sont certes importantes, mais les répondants semblent loin d'être convaincus que « ça s'apprend » (au sens académique). La place que les programmes de formation en médecine familiale accordent à cette dimension leur apparaît donc démesurée. À leurs yeux, l'acquisition de ces compétences serait plutôt liée à l'expérience personnelle et professionnelle : ils nous parlent de maturité. Leurs propos dépassent en fait l'aspect purement relationnel de la relation médecin-patient et font écho à la compassion et à l'empathie :

Je trouve que pendant la résidence il y a beaucoup de temps passé à l'examen de l'entrevue, le vidéo, la réaction, le non verbal... toute l'étude de la relation patient-médecin, et je pense qu'il y en a trop. J'ai l'impression que c'est le genre d'affaire que tu as ou que tu n'as pas. C'est dur à s'enseigner surtout en deux ans. Je pense que tu peux en apprendre un peu si tu as des bons enseignants vraiment investis, mais tu vas l'avoir dans n'importe quoi que tu vas faire, tu ne l'as pas juste en médecine. Je pense que tous les domaines c'est comme ça. Je trouve que la médecine familiale des fois veut faire de ça sa « spécialité »... Mais je ne pense pas que ça s'enseigne tant que ça (...) Peu importe la spécialité que tu regardes, quand tu es jeune, ce que tu regardes c'est de l'aigu. C'est rare que quelqu'un arrive en début de médecine et qu'il dit (...) moi ce qui m'intéresse c'est de rencontrer des gens et les suivre à long terme et les aider...tu sais tu rentres en médecine tu as 19 ans ou 22 ans si tu as fait un bac avant et là tu vas aller dire « Moi je vais recevoir des gars de 45 ans qui sont nouvellement divorcés avec des enfants de 10 ans et ils vont me demander conseil et je vais leur dire » « Ta secrétaire tu aurais peut être pas dû coucher avec, ce n'était pas une bonne idée »... je veux dire que tu ne te vois juste pas faire ça. Moi je me rappelle le premier patient psy que j'ai eu c'était un monsieur de 59 ans et son garçon de 18 ans avait une néoplasie cérébrale, et il était professeur dans une école secondaire depuis 20 ans et il était déprimé. Moi j'étais là à 25 ans avec zéro expérience de vie et il y a ce gars là qui a 35 ans de plus que moi et qui me demande conseil... tu ne te vois juste pas faire ça. (...) Et tu sais, je veux dire, tu es là pour débloquer une artère parce que tu es jeune, tu es en forme, tu es capable d'être debout à 5 heures du matin, ce que tu as fait pendant tout ton Cegep mais tu n'es pas... tu es qui pour aller dire...pour aider quelqu'un de 70 ans qui est anxieuse parce que son mari est mort, tu

n'as aucune espèce d'idée de ça. Tu as beau avoir parlé avec ton père, tes oncles, ta grand-mère, mais tu as zéro connaissance de ça. (Didier)

C'est ainsi que leur conception de la compétence et leur vécu en résidence a mené à une spécialisation. Ce que ces jeunes médecins nous disent, c'est qu'ils ne se sentent pas compétents au plan relationnel et qu'ils ont *besoin* de se sentir compétents. C'est une des raisons pour laquelle ils ont versé dans une pratique plus biomédicale, spécialisée et cohérente avec le développement de leurs compétences académiques médicales. Cette spécialisation est même perçue comme nécessaire, comme en témoigne ce médecin qui pratique exclusivement à l'urgence depuis 6 ans:

Oui, ce sentiment-là pour moi ça été très fort pour moi pendant ma médecine familiale : de sentir que je touchais un peu à tout mais que je n'étais compétent dans rien. Je connaissais plein de choses, mais rien en profondeur. Le fait d'aller en médecine d'urgence et de faire une année en spécialisation, de prendre un domaine et de le connaître à fond, et ensuite comme professionnel de pratiquer dans un seul domaine, en terme d'éducation médicale de me concentrer sur un seul domaine... ce sentiment-là de compétence pour moi c'est super important. Je me sens plus valorisé. En médecine familiale j'avais l'impression d'être perdu. (Richard)

Finalement, l'argument selon lequel il est plus facile en début de carrière de pratiquer à l'urgence (pour peut-être éventuellement revenir au bureau) – plutôt que le contraire – a été spontanément amené par tous les participants, toujours pour les mêmes raisons de compétence :

Je n'ai pas l'impression présentement que je renie quelque chose mais je mets plus quelque chose à plus tard (...) Parce que j'ai l'impression que je ferais probablement mon travail professionnel mal si j'embrassais tout ça en même temps en partant. (Mike)

Ça fait 4 ans que je fais de l'urgence et l'urgence c'est une belle école, tout passe par l'urgence dans un hôpital, et si tu n'en fais pas en sortant je pense que tu n'en fais jamais. Ça aussi, ça m'a décidé d'aller faire de l'urgence parce que je m'étais dit... écoutes tu fais juste 3-4 mois d'urgence dans ta résidence...si tu n'intubes pas, si tu ne fais pas de la réanimation, tu n'en feras plus. Tu ne peux pas rester bon longtemps si tu n'en fais pas tout de suite. Je me dis que si j'avais aimé le bureau autant que l'urgence et que j'avais eu vraiment à choisir entre les deux j'aurais probablement choisi l'urgence de toute façon parce que je me disais que c'est le temps de le faire quand tu sors (...) Parce que moi ça fait quatre ans que je fais de l'urgence et j'imagine que... si je fais du bureau pendant quatre ans et je retourne à l'urgence, je ne sais pas comment j'aurais géré une salle de réanimation parce que ça brasse. (...) J'ai vraiment de la misère à imaginer qu'un médecin peut gérer une salle de réa s'il n'a pas fait de réa pendant trois ou quatre ans. J'ai l'impression que le retour au bureau peut être plus facile. (Sophie)

Tu vas être meilleur médecin de famille juste à cause que tu as fait de l'urgence. (Paul)

3.3 Troisième valeur : la performance professionnelle

En termes de moyens et de résultats

La troisième valeur fondamentale qui motive leurs choix professionnels est la recherche d'efficacité et de performance. Ils veulent avoir un impact réel et s'intéressent particulièrement à obtenir cliniquement des résultats rapides, clairs et mesurables. Et pour ce faire, il leur faut pouvoir compter sur les moyens qu'ils jugent nécessaires pour y parvenir. Cette troisième valeur fondamentale trouve ses origines dans la culture universitaire et le contexte actuel (réel ou perçu) de pratique de la médecine familiale.

Ils ont appris très tôt durant leur formation une médecine efficace, basée sur les résultats et les données probantes, bien plus que sur les processus. Nous avons vu qu'ils perçoivent un manque de rigueur en médecine familiale. Mais ils sentent aussi que la médecine familiale est moins efficace et performante. Cette représentation négative est éminemment importante dans la dynamique sous-jacente à leurs choix professionnels, et c'est pourquoi nous nous y attarderons. Cependant, la validité de cette perception –que ce soit vrai ou non que la pratique réelle en médecine familiale est telle qu'ils la perçoivent– n'est pas l'objet de notre recherche. Concrètement, c'est la manière dont s'est construite cette représentation (et ses conséquences au niveau de leurs choix de carrière) qui nous intéresse.

Le manque de moyens en bureau :

Pour être réellement efficace et pour pouvoir mesurer l'efficacité de leurs gestes cliniques, nos participants se basent tout d'abord sur la recherche de la meilleure conduite (telle qu'observée chez leurs enseignants ou telle que décrite dans la littérature). Pour eux, il est « inacceptable » – et surtout très désagréable – de ne pas avoir facilement accès à un examen qui est clairement indiqué selon eux, de ne pas parvenir à faire ce qu'ils « doivent » faire pour pouvoir aider le patient rapidement. Ils ne sont pas intéressés à se battre pour obtenir les moyens nécessaires à une bonne pratique médicale (par exemple devoir négocier un examen et convaincre le radiologiste de la pertinence d'une échographie, téléphoner et demander au spécialiste de voir son patient rapidement, etc). L'urgence leur permet d'avoir accès à ces moyens facilement, contrairement à la MF où ils se sentent isolés, sans support, sans moyens, incapables donc de pratiquer une

médecine valable, efficace et utile (à leurs yeux). Ce jeune médecin exprime bien cette préoccupation, qui est véritablement ancrée dans la valeur précédente :

Moi ce qui m'a frappé au bureau, c'était surtout l'absence de moyen diagnostics... le fait que dès que tu as quelque chose qui dépasse un peu ta compétence de clinicien, et que finalement tu es obligé d'aller chercher des résultats soit de lames, soit d'imagerie, alors là tu te retrouves dans une impasse parce que la plupart des bureaux dans les cliniques n'offrent pas ce service-là. Et on est devenu une espèce de génération finalement où on veut avoir des réponses... rester dans un flou artistique, avec les moyens diagnostics qu'on a, ça ne fonctionne pas et ça ne nous satisfait pas (...) C'est devenu inacceptable parce que les moyens existent, et on sait qu'il faut absolument qu'on ait un scan pour démontrer une diverticulite... même une pierre aux reins, il a du sang dans l'urine, je vois la pierre mais il faut absolument faire un scan...ça prend absolument des tests. (Paul)

Ce n'est pas tant l'urgence que la pratique en centre hospitalier dont il est question ici. L'hôpital fournit un contexte de pratique qui permet une médecine jugée « efficace ». Alors que les processus sont plus lents en cabinet, les obligations administratives y sont plus contraignantes et l'organisation des soins et des services leur apparaît moins efficace. On sent bien le malaise que cela crée, connaissant leur dynamisme :

J'ai trouvé qu'en faisant du bureau au CLSC dans ma résidence il y avait beaucoup, beaucoup le côté administratif, la paperasse, le système qui nuisait... je me retrouvais à faire des consultations, je n'avais pas autant d'impact que j'en ai à l'urgence... moi à l'urgence je suis capable d'avoir un scan le lendemain, je suis capable d'avoir une consultation le jour même...moi je vois le résultat de ce que je fais rapidement, et ça j'aime ça aussi... (Paul)

Nora : Quand tu arrives le matin et que tu as cent mille appels à faire c'est niais mais des fois ça peut être un argument... le fait d'avoir à rappeler tout le monde...

Philomène : C'est ce qui m'a rebuté à commencer à faire du bureau

Tatjana : Un de mes patrons à l'UMF me disait et je cite « Je prends 25% de mon temps dans le temps administratif » donc à rappeler...veux-tu faire 25% de temps à rappeler des patients?

Ariane : Non!

Daniel : C'est incroyable!

Nora : À remplir des formulaires! (Entrevue de groupe)

L'échange qui suit entre participants lors de l'entrevue de groupe fait référence à l'impuissance, au cynisme et à l'insatisfaction qui découlent de ce manque de moyens et de support en bureau :

Philomène : Par exemple moi j'ai eu une jeune fille elle avait des genres de malaises, des genres d'étourdissements, elle était super fatiguée après ses étourdissements et elle avait 13-14 ans. Je l'ai envoyé faire un EEG parce que ça m'achalait. Sur l'EEG il montrait qu'il y avait une activité épileptique. J'ai voulu la faire voir en neurologie et j'ai demandé une consultation urgente en neuro et je pense que

- deux mois plus tard elle n'avait toujours pas sa consultation... là tu sais elle fait de l'épilepsie, elle n'est pas traitée...
- Sara : Tu l'envoies à l'urgence!
- Daniel : Tu l'envoies à l'urgence, alors ça te sers à quoi?
- Philomène : Effectivement!
- Sara : As-tu parlé au neurologue? As-tu parlé à quelqu'un?
- Philomène : Oui, je n'ai pas parlé au neurologue mais j'ai parlé à la secrétaire du neurologue...je lui ai dit que c'était inadmissible, que j'avais besoin d'un rendez-vous maintenant.
- Nora : **Notre système n'est pas fait pour supporter les médecins de famille**, pas du tout...
- Philomène : Ce n'est pas compliqué la meilleure façon pour qu'un médecin de famille fasse sa job comme du monde c'est d'envoyer ses patients à l'urgence!
- Sara : Voilà!
- Philomène : C'est sûr que ce n'est pas valorisant comme médecin de famille. Tu sais quand j'ai un cas avec un peu de challenge, je ne peux pas le prendre en charge parce qu'il va être trop tard quand ça va être le temps...
- Daniel : Oui
- Philomène : Ou bien l'autre option c'est d'avoir un pied à l'urgence ... moi je suis chanceuse j'y ai accès...mais quand tu n'es pas dans l'hôpital je pense que ça peut être difficile d'appeler le spécialiste et de lui demander un rendez-vous rapidement.

Les résultats plus rapides à l'urgence

Il est donc assez clair pour nos répondants qu'ils se sentent plus outillés pour faire leur travail en milieu hospitalier. Mais pour que ce travail soit valable et satisfaisant, une autre variable rentre en compte ici : la nécessité de pouvoir avoir un impact réel, et que cet impact soit mesurable et observable rapidement. Or, il est apparu clairement, lors des entrevues, qu'ils ont l'impression d'avoir moins d'impact en bureau qu'à l'urgence :

J'aime soulager. J'aime ça quand le patient a super mal...c'est ça de la médecine aigüe (...) Oui un intraveineux pis c'est fini 15 minutes après il n'a plus mal (...) Ça j'adore ça. (Didier)

L'urgence même si c'est des grosses journées, c'est l'adrénaline, ça bouge et le temps passe beaucoup plus vite. Être dans une salle de réanimation avec un patient, faire une réanimation ça passe ou ça casse dans une demi-heure mais ça bouge tu n'es pas seul. Ce n'est pas comme être devant une patiente dysthymique qui parle de toute la misère de sa vie pendant 30 minutes qui semblent une éternité et tu as le sens d'impuissance totale... (Dylan)

À l'urgence, on peut avoir un diagnostic rapidement, on peut voir une différence avec les traitements qu'on fait, [mais en bureau], pour traiter l'hypertension tu vas avoir des mois à prendre une tension une couple de fois par semaine avant de voir s'il y a un résultat. Tu vas le revoir, lui ne voit pas de différence...lui le patient dit « Je me sentais bien avant et je me sens encore bien » ou bien « Je me sentais bien mais là vous me donnez des effets secondaires avec vos pilules » alors il a l'impression que tu lui nuis, les effets positifs il ne les ressent pas (...) [Alors qu'à l'urgence] je trouve ça plus motivant et même...peut être pas plus valorisant mais je pense que ça vient rapidement, une action et oups on voit un effet et c'est là qu'on peut trouver notre satisfaction. (Kim)

Je faisais du bureau au CLSC où je voyais 2-3 patients par jour où ils ne venaient pas ou ils étaient en retard, ou ils étaient dur à suivre... je trouvais que c'était de la job d'être médecin de famille, à la limite plus que l'urgence, parce qu'il faut vraiment que tu t'investisses et que tu y prennes du temps et le côté vraiment des papiers et le côté d'attendre des choses et aussi que ça ne sera pas aussi efficace alors je trouvais ça difficile aussi. (Paul)

Le moyen d'arriver à cette performance et cette efficacité est donc clair : c'est la pratique d'urgence, où les processus et les résultats sont rapides et mesurables. Il s'agit d'une dimension essentielle à leur sentiment d'utilité et de satisfaction personnelle, et cette dynamique se rapproche plus de qui ils sont et de leur personnalité, tel que l'illustrent cet extrait de l'entrevue de groupe :

Daniel : Je pense que c'est vraiment pour avoir une portée rapide de ce que tu fais...c'est le fun de donner un beta-bloquant intraveineux...

Mélanie : De faire une action et d'avoir ta réponse tout de suite

Philomène : Oui

Nora : Exact

Mélanie : Au bureau tu vas demander l'examen et il va arriver dans deux mois alors qu'à l'urgence tu demandes de quoi et ça arrive et tu as ta réponse

Daniel : Moi c'est comme ça que je fonctionne dans la vie...tu fais quelque chose et tu as une réaction.

3.4 Quatrième valeur : la valorisation professionnelle

Par soi-même, par ses pairs, et finalement par les patients.

Cette valeur est au sommet de la pyramide. Rappelons encore une fois que l'accomplissement de cette valeur dépend de l'accomplissement des trois précédentes. Le sentiment de valorisation qu'ils ressentent professionnellement s'articule en quatre points, qui sont en réalité les origines de cette valeur :

- Valorisation « intrinsèque » (basée sur un sentiment de compétence, de performance, de stimulation intellectuelle et centrée sur la clinique et les résultats rapides bien plus que sur la satisfaction du patient);
- Culture médicale universitaire (curriculum caché qui valorise la spécialisation) et culture médicale hospitalière (préjugés envers les MF);
- Rémunération et conditions de travail en médecine familiale, malgré le discours officiel de « valorisation de la médecine familiale » par les autorités;
- Perception de la population.

Les moyens employés sont finalement la pratique en salle d'urgence et en milieu hospitalier. Les craintes associées à cette valeur renvoient à l'idéal-type du médecin de famille : plus que tout, ils ne veulent pas être considérés comme étant *chicken*, « poches », incapables de prendre des décisions sous pression. Ils craignent la non-reconnaissance de leurs pairs.

Voyons en détail comment s'articule cette valeur.

Origine 1 : Valorisation intrinsèque : par le sentiment de compétence, de performance et la stimulation associée aux cas aigus, graves et rares.

Nous avons déjà amplement élaboré cette question dans les pages précédentes. La base même de leur sentiment de valorisation réside dans le fait d'avoir l'impression qu'ils sont de bons médecins qui ont un impact réel. Cet impact doit être rapide et mesurable, sans quoi ils ne se

sentent pas valorisés. C'est ce qu'on appelle ici leur valorisation « intrinsèque », puisque qu'elle est véritablement ancrée dans les valeurs précédentes de compétence et de performance.

Même s'ils croient à l'idée de la continuité des soins, qu'ils sont convaincus de son utilité et que leurs propres patients (lors de la résidence) semblaient fort satisfaits, ils ne se sentent pas valorisés dans une telle pratique. Ils veulent eux-mêmes avoir l'impression d'être utiles.

La continuité des soins, ce n'est pas inutile, il faut que quelqu'un le fasse. Mais je ne veux pas que ça soit moi. (...) En partant je pense que je n'ai pas une personnalité pour m'asseoir dans un bureau, faire du dépistage, de la routine, chercher des problèmes alors qu'il n'y en a probablement pas. J'aime ça quand quelqu'un a quelque chose d'aigu, on peut le régler ou on peut l'orienter, on peut faire quelque chose maintenant parce qu'on a les ressources ici, là maintenant. À l'urgence, on a des spécialistes sur place, on a ce qui faut et on peut voir un résultat ou on peut au moins s'assurer qu'il est enligné et qu'on a fait quelque chose pour l'aider, ça j'aime ça. Le bureau j'ai l'impression que souvent...mon Dieu on le voit mois après mois ou six mois après six mois, c'est la même... (Kim)

Cet impact doit être clinique avant d'être relationnel. Et la valorisation doit venir d'eux, de leurs propres valeurs. Il s'agit-là d'un paradoxe fascinant, qui révèle toute l'importance de la représentation qu'ils se font de leur travail. Cette représentation importe bien plus que la satisfaction personnelle du patient. Clémence, qui pratique exclusivement à l'urgence, résume bien cette dynamique dans ce prochain extrait: alors qu'un de ses patients en bureau était fort satisfait des soins qu'il recevait, elle n'était même pas convaincue d'avoir réellement « fait quelque chose », d'où son insatisfaction. Pour être véritablement satisfaite, il aurait fallu que ses gestes cliniques fassent appel à sa compétence, à ses connaissances et sa recherche d'efficacité et de résultats mesurables.

Clémence : Le bureau, oui je trouvais ça un peu plate mais...j'avais l'impression de ne pas faire grand-chose...j'avais l'impression de...tu sais...tu faisais des bilans annuels, tu ajustais un peu sa pilule pour le cholestérol ou le diabétique mal suivi, et là oups ben là ça ne marche pas, alors tu le réfères au spécialiste...c'était souvent ça (...) : tu voyais les patients aux trois mois et moi j'avais l'impression que je ne faisais rien. C'est sûr que le patient lui il avait vraiment l'impression que tu l'aidais. Les patients étaient contents d'aller voir leur docteur et ils nous le disaient « Je suis contente... »

Interviewer : Le patient, il avait l'impression que tu l'aidais?

Clémence : Sûrement, en tout cas ils nous le disaient. Les patients qui ont un médecin...en tout cas moi l'expérience que j'ai eue, il y a beaucoup de patients qui me remerciaient et qui étaient contents de venir me voir alors que moi des fois je me disais « Il me semble que je n'ai rien fait. »

Interviewer : Ce n'était pas assez pour te valoriser?

Clémence : Non probablement pas pour dire que je vais faire ça...c'est sûr que ça faisait plaisir et c'est le fun et ça c'est une partie qui me manque. C'est le fun mais ce

n'était pas suffisant. (...) j'avais l'impression que...je ne sais pas...j'avais l'impression que ça n'avancait pas.

Aussi, les cas rencontrés en médecine familiale sont perçus comme moins « stimulants » parce que moins aigus et moins graves. À leurs yeux, c'est de la « petite médecine ». Lors de leur résidence, ils se sentaient souvent insatisfaits et voulaient avoir un impact plus clair, plus grand, bref pratiquer la « vraie médecine » :

Tatjana : Moi les petits problèmes...je ne sais même pas quoi répondre...
 Ariane: C'est vrai ce n'est pas de la vraie médecine
 Tatjana : Ben non c'est de la vraie médecine mais ce n'est peut être pas la médecine que moi j'aime...ce n'est pas que c'est pas de la vraie médecine mais c'est juste que peut être qu'on se sent moins utile dans ce temps-là
 Nora : On se valorise moins
 Sara : Il y a ça aussi c'est qu'en médecine familiale si le patient il vient nous voir pour des petites affaires comme « J'ai mal à l'épaule. J'ai mal au genou » il n'y a rien de gros, il n'y a rien de gros mais il a mal mais tu ne sais pas quoi faire avec... »
 (Entrevue de groupe)

De ce sentiment d'inutilité semble donc émerger un dédain de l'impuissance. Ces jeunes médecins, qui recherchent compétence et performance, ne veulent pas se retrouver dans une situation où ils se sentent impuissants. Ils « savent » qu'ils peuvent faire plein de choses et c'est une aberration, un gaspillage qu'on les place dans une situation où ils ne peuvent (ou savent) rien faire. Ce n'est pas « leur » place de se retrouver dans ces situations.

Le problème réside dans l'idée que le challenge et la valorisation en MF semblent être, à leurs yeux, d'abord et avant tout reliés à la dimension relationnelle (et non la part « médicale » ou clinique). Or, ce n'est pas quelque chose qui semble les interpeller à ce stade-ci de leur vie et de leur carrière. Ce sont des concepts opposés à ce qui les définit actuellement : des êtres dynamiques, changeants, efficaces et cherchant des défis cliniques. Connaissant toute l'importance du « challenge » dans la construction de leur rôle de médecin et la valorisation qui y est associée, on comprend aisément que cela ne les attire pas suffisamment. Il est ici précisément question de la représentation qu'ils se font aujourd'hui du défi et de la satisfaction possible en bureau, représentation qui est fondée sur leur expérience en résidence:

Nora : Moi je pense que le plaisir en bureau tu le prends plus dans ta relation avec le patient.
 Sara : Moi aussi je pense.
 Nora : Connaître ton patient, le revoir, connaître sa famille... (Entrevue de groupe)

En MF, ce qui est gratifiant je dirais que c'est plus général. Tu finis par connaître ton patient et tu suis toute la petite famille, la grand-mère, le petit-fils et tout ça, et à un moment donné ils te disent « Merci beaucoup. On a un bon suivi. On a des réponses. Vous vous êtes occupé de ce problème-là

qui trainait depuis x temps. » ça c'est gratifiant... c'est quand les gens sont reconnaissants et qu'ils te le disent que c'est gratifiant, tandis qu'à l'urgence ils ne vont pas nécessairement te le dire ou ils ne vont pas nécessairement être en mesure ou dans des conditions pour te le dire...alors on en a pas si souvent mais on se gratifie par nous même en voyant le résultat je pense. (Kim)

À l'urgence ton implication est un peu plus grande, tu sauves des vies, tu poses des diagnostics, tu passes des gros examens, mais au bureau ce n'est pas ça, ce n'est pas la grosse médecine, mais c'est la relation avec ton patient... (Sébastien)

L'échange suivant est très intéressant : il démontre une autocritique et une réelle réflexivité. Il réfère à l'idée que leur façon de vivre leur profession à ce moment-ci de leur carrière est transitoire. Mais cette fois-ci, ils ne l'articulent pas seulement en termes de compétence ou de performance mais aussi sous l'angle de la valorisation et de la maturité :

Nora : Alors je peux très bien voir que dans dix ans ça ne va plus me challenger d'être sur l'adrénaline et de réanimer du monde, et je vais plus avoir le goût de convaincre quelqu'un d'arrêter de fumer.

Tatjana : Effectivement peut être qu'on évolue aussi... dans notre vie personnelle on évolue, on a des enfants, on a une famille, on devient plus humain et plus empathique, on a le goût peut-être d'apprendre à découvrir l'humain en tant qu'entité, en tant que psychosocial comme on a appris à l'Université...

Nora : Ça ne devient pas juste intellectuel ça devient justement relationnel. La gratitude que tu cherchais comme genre de dire « Wow, j'ai ralenti sa fibrillation auriculaire... » lui il s'en fout. Lui ce qu'il veut c'est quand il va retourner chez eux, c'est aller voir ses petits-enfants... (Entrevue de groupe)

Origine 2 : Culture médicale universitaire (curriculum caché) et culture hospitalière.

La seconde origine de leur sentiment de valorisation vient de la culture médicale universitaire et du curriculum caché. À l'université, la majorité des professeurs étaient des spécialistes, et les stages se font dans les milieux spécialisés :

Pendant ma médecine ce n'est pas quelque chose qui était valorisé de vouloir devenir médecin de famille. Je n'ai jamais entendu personne dire : « Moi je veux être médecin généraliste » (...) ce n'est pas glamour, ce n'est pas chic de dire « Je veux être omnipraticien » (...) Pis à force de faire ta formation tu n'es pas exposé non plus à aucun médecin de famille (...) Ton externat, tous tes stages, tous tes cours en pré-med, ce sont tous des spécialistes qui les donnent. Tu ne vois jamais un omni faire un cours sur tel problème, c'est toujours un spécialiste. Tous les APP (apprentissage par problèmes)...là maintenant c'est peut être un peu moins vrai je pense qu'ils ont recruté des omni pour faire des APP parce qu'il en manquait trop... probablement parce qu'il en manquait, pas parce que c'était valorisé. Il y avait une pénurie d'enseignants donc ils sont allés chercher des omni alors ça te dit un peu ce que ça veut dire. Ce n'est pas valorisé à l'université je pense. (Mike)

Ils ne se sont jamais sentis encouragés à choisir la MF comme résidence. Cette jeune urgentiste illustre bien ce propos lors de l'entrevue de groupe :

On [le discours officiel] dit que c'est correct la MF, mais dans ta formation quand tu dis que tu veux aller en médecine familiale, tu te fais regarder, les spécialistes vont te dire « T'es bonne qu'est-ce que tu vas faire là » (...) ou « Quel gaspillage de talent » (Philomène, Entrevue de groupe)

Et cette culture de dévalorisation envers la MF se perpétue au-delà des bancs d'université. Leurs propos nous révèlent qu'elle s'exprime à nouveau dans les milieux de travail. Dylan, qui pratique une journée par semaine en continuité de soins, nous l'illustre bien :

Les médecins à l'urgence, c'est certain que systématiquement ils méprisent le travail des médecins de première ligne. Les urgentistes et les spécialistes, ils sous-estiment de beaucoup ce à quoi nous [les médecins de famille] sommes confrontés. Le malaise indifférencié de quelqu'un qui arrive dans ton bureau et qui dit « Je ne file pas »... lui [le spécialiste] il se ramasse en consultation de pneumologie parce qu'on a trouvé un nodule pulmonaire... tu sais le pneumologue il ne sait pas ce qui est arrivé avant ça. Il va juste chialer que ça nous a pris six mois pour se rendre là. Pourquoi on n'a pas fait le rayon-x du poumon tout de suite par exemple, ben c'est parce qu'il y avait pas mal de bruit autour de ça. Mais lui il ne voit jamais ça, donc c'est facile à mépriser et c'est ça qu'ils disent aux étudiants « Le niais de médecin de famille c'est clair qu'il aurait du faire le rayon-x du poumon tout de suite ». Je ne sais pas la réponse à ça, mais c'est certain que dans un sens mon travail à l'urgence est beaucoup plus facile que mon travail en bureau. Je rentre à la maison et je dors sur mes deux oreilles la plupart du temps et j'ai deux fois plus de payes dans ma poche pour le même nombre d'heures de travail. C'est un peu décourageant.

Origine 3 : La rémunération et les conditions de travail

Pour le même nombre d'heures travaillées, les médecins interviewés qui pratiquent dans les deux milieux nous affirment avec assurance que la rémunération est significativement plus élevée en pratiquant à l'urgence plutôt qu'en cabinet. Nous nous attendions à ce que nos répondants insistent sur ce fait en tant que facteur important dans leur choix de carrière. Ils l'ont fait, mais en insistant sur la signification symbolique de la rémunération et des conditions de travail plutôt que sur l'intérêt de gagner plus d'argent. Cette constatation concorde bien avec l'idée que leur comportement est influencé par des valeurs et non une finalité (l'argent, par exemple). Certes, le salaire a une certaine importance en tant que tel, mais celle-ci semble limitée. Ce qui importe, c'est plutôt la dévalorisation ressentie par rapport à la MF en raison de la « faible » rémunération. Les répondants ont beaucoup insisté sur cette conception qu'ils ont : la mesure de la valeur d'une profession, dans notre société, est proportionnelle à sa rémunération.

Dans cette logique, si l'employeur (le gouvernement) récompense financièrement davantage les urgentistes, c'est que leur travail est plus utile, apprécié et important. Et tant que le travail en

médecine familiale n'est pas aussi bien récompensé, le message perçu par les jeunes omnipraticiens est que ce n'est pas si important que ça :

L'argent c'est notre mesure de valeur dans notre société...je m'excuse mais donner des bravos, bravos, bravos, c'est bien beau, mais « *Show me the money* ». La réalité, c'est que le bureau, c'est la moitié de ce que je peux gagner à l'urgence... (Dylan)

Ils disent que c'est important, mais ils ne les payent pas les médecins de famille. C'est complètement ridicule. Si tu veux renforcer ta première ligne, alors mets l'argent-là et pas à l'urgence comme on fait. Sauf que là il n'y a plus personne qui va vouloir faire de l'urgence, alors qu'ils les payent le même salaire. Qu'ils les payent comme du monde. Pourquoi les médecins qui font du bureau sont payés moins que tous les autres? Comme on disait tantôt, si on pense que c'est l'affaire la plus importante, alors qu'ils les payent autant que moi...je trouve que nous à l'urgence on fait un bon salaire, et tant mieux. Et c'est probablement une des raisons qui font que je ne fais que ça. C'est sûr que dans tout ce qui a modifié mes choix c'est le fait que je puisse faire ça et à un aussi bon salaire. Je trouve que le salaire qu'on fait est excellent. C'est sûr que pour moi ça été un incitatif. Je pense qu'il y aurait beaucoup de monde s'ils les payaient plus cher. (Didier)

Pourquoi un médecin de famille qui fait autant d'heures qu'un médecin d'urgence est payé trois fois moins, parce que c'est à peu près ça, je n'ai pas les calculs précis mais c'est pas mal ça. C'est hallucinant et il n'y a aucune raison...oui l'urgence c'est plus stressant mais je peux prendre des vacances... et non je n'ai pas d'appel, je ne suis jamais de garde... (Paul)

De la même façon, l'idée même des activités médicales particulières (A.M.P.) conduit, chez nos répondants, à la même conclusion. Si on interdit aux jeunes médecins de pratiquer exclusivement en cabinet, c'est que ce travail n'est pas aussi important. Le gouvernement les oblige à travailler en milieu hospitalier, et l'AMP par excellence est l'urgence. Les effets de cette politique d'AMP semblent très lourds au niveau de la représentation symbolique de la valeur du travail en bureau et à l'urgence. En fait, cela vient « avaliser » leur jugement déjà relativement négatif de la médecine familiale. L'université et le gouvernement envoient des signaux cohérents : la reconnaissance de la MF n'est qu'esthétique...

On n'oblige par les urgentistes à faire d'autres choses, on est bien content de leur travail – même si le gouvernement clame le contraire publiquement et officiellement –, alors que les médecins qui pratiquent en cabinet doivent « contribuer à l'effort collectif » en pratiquant dans un milieu prioritaire, dont l'urgence. Pourquoi le gouvernement voudrait-il que les médecins de famille gardent un pied à l'hôpital? Parce que c'est là qu'ils vont pouvoir demeurer compétents et à jour? Parce que c'est là que « ça se passe vraiment »? :

Je trouve ça un peu drôle que tous les gouvernements disent à chaque élection, à chaque mandat, que ça prend un médecin de famille et que c'est important, ça prend de la première ligne. Ils disent ça à la population et nous disent ça à nous autres...ils disent ça aux universités, « plus de médecins de famille! »... Moi je n'en revenais pas, et même quand j'étais résident et qu'on a commencé à

travailler, les AMP c'était toute de la sous-spécialité... il fallait que tu fasses de la pédiatrie, il fallait que tu fasses de l'obstétrique, de l'urgence...tu peux faire ça et t'as pas de plafond salarial...tu peux faire juste ça! Mais si tu veux faire juste du bureau tu ne peux pas. C'est complètement ridicule. Si c'est si important pourquoi le monde ne peut pas faire juste ça...je veux dire que le bureau pour moi ça devrait être une AMP. Quelqu'un qui veut faire juste du bureau, c'est ridicule, tu finis ta résidence et tu ne peux pas faire ça. (Didier)

Écoutez, il y a quand même une raison pourquoi l'AMP numéro un c'est l'urgence... Pour se sentir coupable de ne pas faire du suivi de médecin de famille, il faudrait d'abord que le gouvernement mette ses priorités ailleurs et qu'il fasse en sorte que les AMP ça soit du bureau (...)
Je ne me sentirai pas coupable de faire de l'urgence quand c'est l'AMP numéro 1. (Philomène, Entrevue de groupe)

Depuis quelques années, la pratique en continuité de soins commence à être reconnue au Québec comme une AMP, mais sous certaines conditions. Ces conditions semblent perçues comme un contrôle de la part du gouvernement. En continuité de soins, la reconnaissance de la pratique comme étant une AMP et l'allocation de ressources (financières, humaines – infirmières –, et techniques –ordinateurs –) dans les Groupes de Médecine Familiale est proportionnelle à la démonstration de la part du médecin de son « bon travail » et de son efficacité. Il doit comptabiliser le nombre de patients (clientèles vulnérables) qu'il a à sa charge, et s'il n'atteint pas les cibles fixées par le gouvernement, les ressources allouées à son équipe, sa clinique et lui-même sont diminuées. On les punit. Alors qu'à l'urgence, personne ne leur demande de compte. Ils n'ont pas à compter leurs patients, ils n'ont pas à démontrer la valeur de leur travail. Tout se passe comme si la pratique de médecine d'urgence est en soi utile, appréciée. Ils ont accès aux ressources facilement, et on ne les punira pas s'ils voient un patient de moins ce jour-là. Ils n'ont pas de comptes à rendre. Il s'agit-là d'un aspect qui semble avoir de lourdes conséquences et qui contribue de façon importante à la dévalorisation de la MF.

(...) des clientèles vulnérables il faut que tu en aies tant, ta, ta, ta... Je pense que c'est une autre...c'est administrativement lourd. (Mike)

Finalement, nous avons déjà abordé la question du manque de moyens (accès aux examens et aux spécialistes) mis à la disposition du médecin de famille. Nous avons vu comment ces conditions de travail nuisent au sentiment de performance et d'efficacité. Mais nous comprenons ici que les effets de cette réalité sont encore plus profonds. Le fait que le médecin de famille doive souvent négocier chaque examen, alors que l'urgentiste y a accès facilement et rapidement, semble devenir une source de dévalorisation envers la médecine familiale. Comme si le jugement de

l'urgentiste était plus valable, comme s'il était plus compétent et utile parce qu'on lui rend la vie facile et on fait confiance à son jugement, alors que le médecin de famille doit se battre et justifier chaque demande d'examen :

Même les examens qu'on demande en externe je pense qu'on les a plus facilement et plus rapidement que quelqu'un qui les demande du bureau. (...) sans toutes les complications et les négociations qui viennent avec des fois (...) On a plus facilement nos consultations aussi. (Noémie)

Pourquoi un médecin de bureau n'est pas capable d'avoir une consultation, il n'y a aucune raison, il a la même formation que moi et il connaît mieux le patient que moi...il connaît plus l'urgence ou la nécessité de faire des examens, moi j'arrive comme ça et c'est un patient que je ne connais pas et c'est moi qui juge de ça. Et souvent je dois le faire à la place d'un médecin de famille parce que lui n'est pas capable d'avoir accès à ça. (Paul)

Origine 4 : La perception du public et l'image *cool* de l'urgentiste.

Finalement, la dernière origine de leur sentiment de valorisation semble provenir du public. L'image populaire de l'urgentiste leur semble résolument plus *cool* que celle du médecin de famille. On n'a qu'à penser aux séries télévisées, où les traumatologues de « *ER* » ont complètement remplacé le bon « *Dr. Welby* » dans l'imaginaire collectif.

Mon père, mes oncles, mes tantes, les gars dans la chambre de hockey, ils disent « Ah l'urgence, ça c'est hot! ». Le monde pense qu'on travaille 16 heures en ligne et qu'on ne dort jamais et que je fais ça 25 jours par mois. (Didier)

Je pense que les gens sont plus impressionnés par ça [un urgentiste] (...) sans que je m'en vante... Si tu dis aux gens que t'es urgentiste par rapport à si tu dis médecin de famille, je pense que les gens n'ont pas la même réaction (...) Urgentiste, c'est : « ayoe tu aimes ça la misère, c'est des conditions difficiles. Moi je ne ferais jamais ça! » ... même les patients qui viennent à l'urgence disent « Vous êtes bons. Ça pas d'allure ici. On vous comprend et merci ». Des fois on a l'impression que dans leur tête c'est quelque chose de surhumain (...) Ce n'est pas désagréable d'entendre ça. (Kim)

Tableau 2 : Récapitulatif du système de valeurs des jeunes médecins interviewés

<p><u>Qualité de vie</u> : la liberté avant tout et un métier flexible et peu engageant au service de la vie personnelle.</p> <p>Origine : culture générationnelle</p> <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'importance limitée accordée au travail relativement à leurs autres sphères de vie; - La flexibilité recherchée dans le profil de pratique; - La crainte de l'engagement au long terme envers les patients (liberté). <p>Crainte : se retrouver prisonniers d'une situation qu'ils ne contrôlent pas et qui ne leur convient plus.</p>
<p><u>Compétence professionnelle</u> : médicale d'abord, relationnelle ensuite.</p> <p>Origine : culture médicale universitaire (compétence clinique avant relationnelle)</p> <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diversité et sévérité des cas - Apprentissage perçu comme étant stimulant et continu à l'urgence - Nécessité de se spécialiser pour atteindre la liberté et la compétence <p>Crainte : être incompetent</p>
<p><u>Performance professionnelle</u> : des moyens et des résultats.</p> <p>Origine : Contexte actuel de pratique de la MF (manque de support)</p> <p>Moyens : Efficacité et résultats rapides... donc la pratique d'urgence</p> <p>Crainte : Ne pas faire de différence, être frustré par la lenteur des processus et des résultats en MF.</p>
<p><u>Valorisation professionnelle</u> : par soi-même, par ses pairs et finalement par les patients.</p> <p>Origines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La valorisation doit être « intrinsèque », donc basée sur les valeurs personnelles et non d'autrui : un sentiment de compétence et de performance, centrée sur la clinique et les résultats rapides, davantage que sur la satisfaction du patient. - Culture médicale universitaire (curriculum caché qui valorise la spécialisation) - Culture médicale hospitalière (préjugés envers les MF) - Rémunération et conditions de travail en médecine familiale - Image archétypale de l'urgentiste dans la population <p>Moyens : La pratique d'urgence et le milieu hospitalier</p> <p>Crainte : L'idéal-type du médecin de famille : <i>chicken</i>, « poche », incapable de prendre des décisions sous pression, pantouflard.</p>

Les participants interviewés recherchent donc tous un état d'équilibre où chacune des valeurs précédentes est respectée. C'est alors qu'ils se considèrent épanouis, satisfaits, heureux. Et la pratique en cabinet, telle qu'ils se la représentent, semble compromettre très sérieusement cet état d'équilibre et de satisfaction, contrairement à l'urgence.

Les participants n'ont bien entendu pas fait directement allusion à ces valeurs. Nous avons la ferme conviction, cependant, que le degré de satisfaction qu'ils ont ressenti lors des diverses étapes de leur formation est relié au respect de ces mêmes valeurs. Aussi, les décisions qu'ils ont prises leur ont semblé relativement faciles, allant de soi, souvent parce qu'elles étaient synchrones avec leurs valeurs.

Ce système de valeurs nous permet de mieux comprendre la dynamique qui est à la base de leurs choix. Alors qu'ils sont confiants de trouver une grande satisfaction à l'urgence, « l'idée qu'ils se font » de la pratique en continuité de soins est plutôt négative. Il est important de procéder à cette précision ici, avant de présenter les résultats suivants. Tout leur discours à propos de la continuité des soins (sauf les deux participants qui font un peu de bureau) correspond à l'idée qu'ils se font de la médecine familiale, à la représentation qu'ils en ont construite. La question de savoir à quel point cette conception s'apparente à la réalité importe moins, parce que c'est véritablement à partir de cette construction qu'ils font leurs choix.

SECTION 2 : EN ROUTE VERS UNE THÉORIE ANCRÉE

Les tenants et les aboutissants de leur système de valeurs et de leur représentation négative de la pratique en cabinet.

Après avoir décrit le système de valeurs qui motive leurs choix, nous passons, dans cette section, au second niveau de l'analyse. Nous nous attarderons à deux questions majeures qui ont émergé à cette étape de notre étude : celle d'abord de leur position face à ce phénomène complexe qu'est la dévalorisation de la médecine familiale, puis celle de l'origine de leur conception négative de la pratique en continuité des soins.

3.5 Le glissement

L'idéal-type et le glissement de la position de victime de la dévalorisation à celle d'acteur y contribuant

Après les deux premières étapes de la collecte des données (les six entretiens individuelles initiales et l'entretien de groupe), une réflexion intéressante et importante s'est imposée. La totalité des candidats interrogés à ce stade-ci (13) disaient respecter et admirer le travail des médecins de famille. Or, cette affirmation contraste avec toute l'ampleur du sentiment observé de dévalorisation envers la MF – et le fait que la vaste majorité d'entre eux (11 sur 13) ne pratiquent pas du tout en cabinet. Nous avons l'impression persistante que ce discours s'en tenait au politiquement correct et ne révélait pas complètement leur pensée, la façon dont ils se représentent les médecins de famille.

Pour explorer ce phénomène de façon plus approfondie, nous avons employé une méthode développée par Weber pour l'étude des comportements sociaux : celle de « l'idéal-type »[46]. L'idéal-type correspond à la représentation symbolique et construite qu'on se fait d'un comportement ou d'un phénomène social en fonction de ses caractéristiques. Il ne s'agit pas d'une simple arrière-pensée. Dans notre situation, l'exploration des idéal-types du MF en cabinet et de l'urgentiste nous permet d'explorer l'idéalisation et la symbolique associée à ces professions par nos répondants.

Pour y arriver, nous avons demandé à nos participants d'élaborer de façon « générique » sur l'idée qu'ils ont du type de médecin qui choisit généralement de pratiquer en continuité de soins par rapport à l'urgentiste. Nous leur avons demandé d'en parler de façon la plus intuitive possible, en généralisant autant que se peut et en faisant fi des nombreuses exceptions possibles. En bref, nous voulions savoir ce qu'ils pensaient a priori des médecins pratiquant en bureau. Leurs réponses furent très révélatrices, éclairant notre compréhension de l'idée qu'ils se font des médecins de famille et expliquant un peu plus le manque d'intérêt associé à ce choix :

Oui c'est un peu le feeling général que les gens qui sont moins *drivés*, moins dynamiques, moins extravertis et moins connaissants, ils vont se ramasser au bureau...c'est souvent les plus timides (...) C'est des gens moins flamboyants c'est sûr... des fois ce n'est pas nécessairement des gens moins brillants, mais ils vont avoir l'air moins brillants parce qu'ils sont moins extravertis. (Didier)

Bien oui, [un médecin de famille en bureau] c'est moins *cool*...tu es quelqu'un qui n'a peut-être pas les nerfs ou qui n'a peut-être pas le tempérament ou ...oui c'est ça qui n'a peut-être pas les nerfs assez solide(...) c'est vraiment moins *cool* de faire du bureau parce que tu veux prendre ton temps et tu es un peu taponneux et que tu n'es pas vraiment capable de prendre des décisions pour des choses (...) On a une amie qui fait du bureau et qui est super contente de faire du bureau. Mais en même temps...tu vois c'est elle qui a la personnalité dans nos amis la moins fonceuse, la moins à l'aise avec l'indécision. Elle est super bonne mais c'est la personne la plus insécure... (Paul)

Par définition ceux qui sont *chicken* ils vont faire du bureau, ils n'ont pas le choix, pas d'autres options, mais ça ne veut pas dire que tous ceux qui choisissent de faire médecin de famille sont plus *chicken*. (Paul)

Je pense que quelqu'un qui a confiance ou bien qui est prêt à risquer, qui est prêt à se mouiller, qui est prêt à se mettre un peu au devant, autonome, qui va essayer des choses...pas nécessairement des cowboys mais du monde qui ont plus confiance (...) quelqu'un qui est capable de se faire confiance sur des cas urgents, des cas graves, qui est un peu plus fonceur, j'ai l'impression qu'il va aimer plus l'urgence que les autres. (Kim)

C'est ainsi que, malgré leur discours officiel, on constate qu'ils ne sont pas seulement « victimes » du curriculum caché et de la dévalorisation de la médecine familiale mais qu'ils en sont devenus des acteurs qui y contribuent réellement :

L'autre fois il y a une résidente qui travaillait avec moi et je me suis dit qu'elle était un peu plus le genre *urgento*, tu sais qui ne s'accroche pas dans les fleurs du tapis et qui ne compte pas les habitudes de vie des patients quand ça n'a aucun rapport, et ne fait pas une page d'antécédents pour finalement te parler du problème qui n'a aucun rapport, que tu n'avais aucunement besoin des antécédents pour... tu sais, tu vois, le genre qui va vraiment cerner le problème rapidement et en sautant sur les points importants, les choses qui sont clairement reliées. Elle, je trouvais qu'elle était pas pire pour quelqu'un qui commence... (Kim)

3.6 L'expérience en bureau lors de la résidence

Insatisfaction et absence de modèles de rôles positifs.

L'autre grande question qui a émergé à cette étape de notre étude est celle de l'origine de leur conception négative du bureau. En d'autres termes, il ne s'agit pas de se demander « comment » ils en sont venus à adopter les valeurs présentées auparavant (ce qui a déjà été fait dans la section « origine » de chaque valeur), mais de se demander « comment » la MF en est venue à apparaître toujours défavorablement en regard de ces valeurs. Peut-être faudrait-il préciser ce fameux « comment »? Il s'agissait pour nous d'une clé dans le processus global de théorisation ancrée, parce que la compréhension de ce phénomène a pu nous permettre d'aller plus loin et d'articuler leur système de valeurs par rapport au phénomène à l'étude (le désintérêt envers la continuité des soins) et la question de la responsabilité sociale du médecin.

La majorité des médecins interviewés (15 sur 18) n'ont pas mis les pieds dans un bureau depuis la fin de leur formation. Il nous est apparu au cours des entrevues que leur expérience durant leur résidence en médecine familiale est une des bases importantes de cette représentation négative. Et c'est véritablement lorsqu'ils s'expriment à propos de leur expérience en bureau que l'on voit les effets négatifs qu'a eue leur résidence en médecine familiale sur leur conception de la continuité des soins. Lors de cette expérience, ils n'y ont tout simplement pas trouvé leur compte. La théorie qui a émergé de nos données suggère que cette insatisfaction est reliée au fait que leurs valeurs n'étaient pas respectées.

Attardons-nous un peu à la description qu'ils font de leur expérience lors de la résidence, pour mieux comprendre comment s'est construite cette conception « négative » de la médecine familiale.

La plupart des omnipraticiens interviewés ne se sentaient tout simplement « pas à leur place » en médecine familiale. De la même façon qu'ils n'hésitent pas à exprimer qu'ils ont « aimé » leur expérience en médecine d'urgence, la majorité d'entre eux tiennent des propos assez durs pour qualifier leur insatisfaction lors de la résidence en médecine familiale. La construction de cette conception négative de la médecine familiale semble vraiment trouver son origine dans l'expérience en bureau qu'ils ont vécu à la résidence. Le système de valeurs proposé rend compte – plus ou moins directement – de ces affirmations. Ils décrivent alors un sentiment

d'insatisfaction, de lourdeur. Tout devient lourd. Les patients, le pigeonnier avec tous ses messages, la paperasse, l'attente pour l'accès aux examens radiologiques, le rythme lent de l'UMF, le sentiment d'inutilité et l'incompréhension de leur rôle :

Ils nous lancent dans une UMF avec plein, plein, plein de patients (...) On se ramasse avec une clientèle qui est lourde... on voit les patients mais sans rien faire. Ils ne nous donnent pas l'intérêt de faire de la prise en charge et du suivi tellement que c'est lourd quand on commence. (...) Je pense qu'en gros c'est vraiment la lourdeur quand on commence notre stage en médecine familiale qui nous rend ça un peu difficile. (Gabriel)

Le suivi de patients pendant ma résidence en médecine familiale dans des centres universitaires est plus ou moins motivant... du moins chez nous c'était des patients en général lourds avec beaucoup de pathologies et qui avaient entre autres, pour la plupart, un cardiologue, un néphrologue d'impliqués, donc comme médecin de famille, oui on coordonnait tout ça, on avait un rôle de de... de prendre un peu de recul par rapport à tous ces intervenants-là, mais en même temps peu de latitude (...) faut pas trop jouer sur la médication... en fait c'était des patients lourds et compliqués et moi ça me prenait à chaque fois une éternité à évaluer (...) Moi le suivi des patients j'ai trouvé ça très lourd... (Noémie)

Je n'ai pas aimé le... en fait la façon que ça fonctionne... (...) ...on faisait beaucoup de paperasses, de secrétariat. On organisait nos horaires et c'est nous qui plaçait nos patients. Il fallait qu'on trouve la disponibilité... (...) mais pour moi rentrer le lundi matin et que j'avais 15 papiers rose de choses qu'il fallait que je règle (...) Dans mon pigeonnier, ça commençait bien mal la semaine. (Clémence)

Et lorsqu'ils n'y trouvent pas leur compte, ils ne sont carrément plus heureux. Le plaisir-urgence déplaisir-bureau est très marqué chez certains:

Durant ma résidence, j'ai beaucoup aimé à peu près tout sauf la médecine familiale... tu sais j'ai aimé tous les stages de (...) J'aimais l'urgence, j'aimais les soins, j'aimais les stages de spécialités mais j'ai détesté l'UMF. Pendant deux ans chaque semaine aller faire mon bureau c'était lourd (...) Moi, sérieusement, tout le côté gestion ça m'a tué, l'espèce de côté administratif j'ai trouvé ça tellement pénible et je voyais que ce n'était pas partout comme ça... pis je me disais que ça pouvait très bien être mieux ailleurs et que ma pratique aurait pu être le fun en bureau à la limite mais j'étais contaminée... (Clémence)

À l'UMF, quand on y allait c'était comme un fardeau. (Gabriel)

La résidence de médecine familiale m'a fait haïr le bureau, (Sébastien)

Oui, j'ai fait de l'insomnie et je ne sais pas pourquoi... non sérieux j'ai vraiment trouvé ça pénible... j'arrivais dans mes retours de bureau et la case était pleine. Je trouvais ça lourd. Tandis qu'à l'urgence j'avais de l'énergie mais c'est sûr que j'aimais ça et en même temps... c'est sûr que les retours de bureau ça fait peur un peu (...) En même temps j'allais à l'urgence, j'aimais ça et je trouvais ça très accrocheur l'urgence. Je n'étais jamais tannée. J'aurais fait des gardes de plus. J'aimais les gens et je me sentais bien. Je me suis dit « Ok peut être que je suis faite pour faire de l'urgence » et tranquillement avec la résidence j'ai vraiment évolué comme ça. (Sophie)

La présence de modèles de rôles s'avère aussi un facteur majeur dans la construction de leur conception de la médecine familiale. De plus, il semble qu'il s'agisse pour eux d'un déterminant majeur de la construction de leur identité professionnelle et de la recherche de satisfaction. Les extraits suivants expriment bien cette idée. Alors qu'ils recherchaient des modèles en médecine familiale qui semblaient compétents, performants, passionnés et satisfaits, ils ont plutôt trouvé leur compte à l'urgence :

Pour moi il n'y avait pas un modèle en médecine familiale...Non je n'avais pas un modèle. Je n'avais pas personne qui m'inspirait, tu sais qui me disais « Wow c'est génial ce genre de médecin-là j'aimerais ça ressembler à ça ». (Sophie)

Je faisais mes stages à l'urgence ou à l'hôpital et je voyais l'expertise, je voyais le côté que c'était des jeunes aussi et qu'ils me ressemblaient...je sentais que c'était quelque chose de naturel pour moi de faire de l'urgence. Je voyais l'attitude des gens aussi (...) Alors qu'en médecine familiale, oui j'ai eu des supers bons superviseurs et qui m'ont appris plein d'affaires mais les plus efficaces et intéressés et intelligents, ils finissaient par se tanner et ils chialaient sur ben des affaires et ils avaient de la misère. Je voyais que le système leur pesait aussi et qu'ils avaient de la misère à faire ce qu'ils voulaient. (Paul)

J'arrivais à l'urgence et les gens étaient positifs, dynamiques « tu n'as pas fait ça » « Fais ça comme ça » « C'est beau tu as compris. On passe à d'autres choses ». J'ai beaucoup plus cette attitude-là. (...) Tu sais un moment donné je pense que ce qui t'accroche quelque part c'est que tu as besoin de t'identifier, mais moi je ne m'identifiais pas à ces gens-là. Je me disais que je ne ressemblais pas à ces gens-là qui font du bureau. Je me demandais « Est-ce que je vais m'emmerder? ». C'est sûr que ce n'est pas seulement parce que je n'ai pas aimé l'UMF que je suis à l'urgence. Il faut dire que pendant tout ce temps-là j'étais accrochée à faire de l'urgence (...) Oui je tripais l'autre côté, réanimer un patient, intuber, la clinique j'aimais ça. (Sophie)

À l'urgence, j'avais l'impression que les gens avaient vraiment du fun à travailler (...) alors qu'à l'UMF, je ne sais pas...j'avais l'impression que le monde avait moins de fun (...) (Clémence)

SECTION 3 : LA QUESTION DES DEVOIRS ET LA VOCATION

Dans cette section, nous mettons finalement en relation les jeunes médecins interviewés, leurs choix professionnels, la représentation qu'ils ont construite de leurs rôles avec le problème de pénurie de médecin de famille dans la population.

Nous nous attarderons d'abord sur la reconnaissance du problème et sur le caractère transitoire de leurs choix de carrière. Nous verrons ensuite quelle conception ils ont de leurs rôles, leurs devoirs et leurs responsabilités

3.6 La reconnaissance du problème et le caractère transitoire de leurs choix de carrière

D'abord, les répondants ont pour la plupart été clairs : ils croient fortement au concept de continuité des soins, à la prévention et à la prise en charge globale. Ils reconnaissent son importance et son utilité pour la population. Cependant, il est évident qu'ils n'y « trouvent pas leur compte » : la lourdeur, la responsabilité, le manque de stimulation et toutes les craintes associées à la continuité de soins semblent être de véritables menaces à leur système de valeur :

J'ai de la misère à expliquer un peu parce que théoriquement pour moi la continuité de soins ou les médecins de famille (...) c'est super important. Mais au moment où on se parle, moi, commencer à faire ça dans les conditions actuelles ce n'est pas attrayant du tout, c'est lourd et il n'y a pas beaucoup d'incitatifs je trouve (...) c'est juste que c'est très lourd (...) j'ai l'impression qu'en terme d'horaire c'est lourd et rapidement tu deviens débordé de patients...constamment des demandes de nouveaux patients (...) un médecin de famille qui commence peut avoir rapidement des nouveaux patients mais être rapidement saturé (...) Alors ça paraît lourd... (Richard)

Actuellement non ce n'est pas quelque chose qui m'intéresse mais il y a aussi...oui théoriquement je trouve cela super important (...) il y a des éléments de lourdeur qui font que ça m'intéresse moins mais il n'y a pas juste ça non plus. À la base c'est sûr que je suis beaucoup plus intéressé du point de vue professionnel par ce que je fais à l'urgence parce que (...) ça m'intéresse plus l'espèce d'action qui se passe dans un salle d'urgence et gérer des situations aiguës du point de vue professionnel que de regarder la prévention... du point de vue intellectuel je trouve ça moins intéressant c'est sûr... (Richard)

Oui définitivement...moi je ne veux pas dénigrer ça au contraire, je pense que tout le monde devrait avoir un médecin de famille... mais moi ça ne me *drive* pas. Mais c'est important que quelqu'un le fasse. (Kim)

S'ils ne font pas de continuité de soins, ce n'est donc pas parce qu'ils ne croient pas en son efficacité et en sa nécessité pour les patients. Cela ne leur correspond tout simplement pas, aujourd'hui, à leurs intérêts et leurs priorités tels que définis par leur système de valeurs. D'ailleurs, ils ne rejettent pas l'idée de pratiquer en cabinet plus tard dans leur carrière. Cependant, ce qui pourrait les y pousser n'est résolument pas un sentiment de « devoir social ».

Leur satisfaction semble dépendre du respect des valeurs de qualité de vie, compétence, performance et valorisation. En tant qu'êtres en constante évolution, ils seront prêts à réorienter leur carrière vers le bureau uniquement si cela ne menace pas leur système de valeurs fondamentales. Pour ce qui est de la valeur fondamentale de qualité de vie, la famille et les

enfants constituent véritablement les seules raisons envisagées comme légitimes pour abandonner une pratique qu'ils aiment :

Est-ce que je vais faire de l'urgence toute ma vie?... bien...ça dépend peut être combien je vais avoir d'enfants et comment on va réussir à s'arranger et si on va aller vers une garderie ou quelqu'un à la maison... c'est sûr que si je vois, dans deux trois ans, on a deux enfants et que c'est le bordel total et que c'est plus le fun et que tout devient un fardeau et que chaque *shift* est un casse-tête, je vais y repenser pareil. Je ne veux pas tout délaissier pour l'urgence, **je ne vis pas pour travailler**. C'est mon métier mais ça ne sera pas la priorité toute ma vie non plus. (Kim)

Moi c'est plus la question de la stabilisation de ta vie, une famille et tout ça alors tu es prêt à avoir un horaire régulier alors tu es plus enclin à faire du bureau. Actuellement on est jeune et on part, pour nous partir un mois, on a le goût, mais quand tu as des enfants, je ne dis pas que je ne le ferai pas mais sûrement que je ne voudrai pas partir un mois à tous les six mois donc ça va être plus facile de faire du bureau... (Nora, Entrevue de groupe)

En ce qui concerne la compétence, ils seront « prêts » à faire du bureau quand ils en connaîtront beaucoup plus, quand ils auront plus d'expérience. La même idée de maturité qui viendra avec l'âge et l'expérience se retrouve ici aussi :

Je n'ai pas l'impression présentement que je renie quelque chose mais je mets plus quelque chose à plus tard (...) Parce que j'ai l'impression que je ferai probablement mon travail professionnel mal si j'embrassais tout ça en même temps en partant (...) maintenant la médecine est rendue tellement complexe, il y a tellement de choses à savoir, il y a tellement de choses médicalement à savoir que j'ai de la misère à croire que c'est possible d'être un médecin omniprésent partout et qui va être bon partout. Je ne pense pas que c'est possible (...) Je pense plus que c'est la pratique comme telle sur plusieurs années qui va t'amener à être capable peut-être de faire ça plus tard après dix ans de pratique. Après dix ans de pratique de médecine d'urgence avec un peu de sans rendez-vous et un peu de prise en charge de patients bien là je vais peut être être plus à l'aise de faire une pratique qui est très très large. Mais après deux ans de résidence non (...) non, non je ne suis pas prêt... (Mike)

Je peux comprendre cette approche-là parce que je peux comprendre que c'est très important la prise en charge socialement parlant...socialement parlant c'est un rôle qui est crucial mais personnellement parlant, moi j'ai l'impression que c'est un peu trop lourd encore de commencer à faire ça. Je trouve ça trop lourd comme jeune patron. Je ne sais pas si j'avais 35 ans, 40 ans mais là j'ai 29 ans mais si j'avais 35-40 j'ai l'impression que je pourrais avoir une meilleure perspective, prendre en charge plus de patients, avoir une vue relative par rapport à ça, mais là à l'âge que j'ai présentement je trouve ça lourd d'être responsable de tant de patients. (Mike)

Pour ce qui est de la stimulation, la nature dynamique et transitoire de leurs choix de carrière fait en sorte qu'ils conçoivent même que ce qui les motivera ou les stimulera dans dix ans peut être très différent de ce qu'ils font aujourd'hui :

Nora : Tout à fait...alors je peux très bien me voir que dans dix ans ça ne va plus me challenger d'être sur l'adrénaline et de réanimer du monde et je vais plus avoir le goût de convaincre quelqu'un d'arrêter de fumer

Mélanie : Je pense que c'est clairement plus difficile de faire le contraire que de faire...pis effectivement peut être qu'on évolue aussi...dans notre vie personnelle on

évolue, on a des enfants, on a une famille, on devient plus humain et plus empathique, blablabla... on a le goût peut être d'apprendre à découvrir l'humain en tant qu'entité, en tant que psychosocial comme on a appris à l'Université...

Nora : Ça ne devient pas juste intellectuelle ça devient justement relationnel, la gratitude que tu cherchais. (Entrevue de groupe)

Je continue à apprendre et probablement que dans 5-6 ans je vais avoir fait un peu le tour du jardin et je vais avoir le goût d'ajouter d'autres connaissances, d'autres pratiques. J'aimais beaucoup la psychiatrie, c'est quelque chose que j'aimais beaucoup dans la médecine familiale parce que je trouve qu'on soulage beaucoup les gens qui ont des problèmes psychiatriques. Il y a beaucoup de potentiel à les aider même si on n'a pas l'impression concrètement qu'on le fait, mais je pense que c'est quelque chose de super important. Probablement que je vais vouloir faire ça dans...c'est complètement à l'opposé de la médecine d'urgence. (Mike)

Bref, leurs choix professionnels sont motivés fondamentalement par ce système de valeurs. Les autorités ont beau faire appel à leur sens du devoir et à l'importance sociale de la continuité des soins, ils n'y trouvent tout simplement pas leur compte. Ils sont bien d'accord à propos de son importance, mais la prise en charge de patients semble, à ce moment-ci, trop menaçante pour leur système de valeurs.

3.7 Leurs rôles, leurs responsabilités

Le choix de la médecine d'urgence leur a permis d'atteindre, toujours provisoirement bien sûr, le fameux équilibre recherché (ou de s'en rapprocher). Ils sont satisfaits de leurs choix et de leur carrière jusqu'à présent. L'idée de changer cette situation heureuse ne les enchante pas, car ils y trouvent leur compte, pour l'instant. D'un autre côté, la « réalité » du problème de pénurie de médecins de famille et du désintérêt envers la continuité de soins est bien établie. Ce qui nous intéresse ici est plutôt d'explorer quel est leur rapport avec ce « problème ».

Mais comment arrivent-ils à un tel équilibre, une telle satisfaction, alors qu'il y a une réelle pénurie de MF et que le Collège des Médecins leur dit que c'est leur responsabilité? Se sentent-ils coupables de ne pas faire de bureau? Comment cela est-il intégré dans leur équilibre? Quels sont leurs rôles, leurs devoirs, leurs responsabilités? Comment se fait-il que le « devoir social » ne figure pas parmi leurs valeurs fondamentales? Quelle place accordent-ils donc à la valeur de « responsabilité sociale »?

Tout d'abord, questionnés à savoir à qui attribuer la responsabilité d'assurer à chaque citoyen l'accès à un médecin de famille, leurs réponses furent unanimes : c'est l'affaire du gouvernement.

- Interviewer : Que la population n'ait pas de médecin de famille, c'est le problème de qui?
 Ariane : C'est le problème du gouvernement!
 Mélanie : Ils ont mis des médecins à la retraite!
 Tatjana : On ne se pogne pas le beigne!
 Philomène : Moi je trouve que c'est leur problème. Ils ont mis plein de médecins à la retraite. Ils avaient annoncé des années auparavant qu'il y aurait un problème.
 Tatjana : Je ne suis même pas certaine qu'ils ont saisi que la base du problème c'est qu'on n'a pas assez de médecins de famille...je ne suis même pas certaine que maintenant le gouvernement comprend.
 Mélanie : C'est notre job donc si tu veux que les gens fassent la job donc rend la attirante.
 Daniel : Oui
 Philomène : Et le concept de médecin de famille avant c'était comme un don de soi alors que ce n'est plus comme ça. (Entrevue de groupe)

De la façon dont c'est géré, la médecine, le nombre de médecins, c'est le gouvernement, le nombre d'étudiants qui rentrent en médecine, le nombre de places qu'il y a dans chaque spécialité et en médecine familiale, tout est géré...où ils vont travailler, qu'est-ce qu'ils vont faire, ha! Il y a une pénurie dans les hôpitaux, ha! Ils vont mettre des AMP pour que les jeunes aillent faire de l'hôpital. Et ensuite personne ne fait plus de bureau, puis qu'est-ce qui arrive, ha! maintenant il y a pénurie au bureau... (Sébastien)

Moi je trouve qu'il y a une énorme différence dans les dix dernières années de pratique. Je vois vraiment des effets de cohortes. J'ai l'impression que plus le gouvernement impose des restrictions sur des médecins, plus on a un désengagement envers le professionnalisme. C'est

comme si quelqu'un va me dire où je peux travailler, alors ce n'est pas à moi de sentir aucune obligation, je suis forcé de le faire (...) On devient un employé et quand tu deviens un employé quand ton *shift* est terminé tu quittes et tu t'en fous de ce qui se passe après. (...) « Tu me traites comme un employé. Tu me traites comme quelqu'un qui ne va pas assumer ses responsabilités et bien là je vais me comporter comme tel et je vais regarder mon chèque de paie, ma famille, mon style de vie et toi tu veux gérer les effectifs médicaux et bien va y mon ami »...et quand ça tombe ce n'est pas mon problème car tu n'as pas demandé mon avis, tu n'as pas respecté mon avis, tu n'as pas respecté mon esprit de professionnel, tu ne m'as pas donné la chance d'assumer mes responsabilités, tu me les as imposées. Je pense que c'est une réponse assez normale, ça engage un cynisme assez dangereux mais assez compréhensible. (Dylan)

Questionnés à propos de leurs responsabilités dans ce problème, la plupart ont démontré une certaine culpabilité à cet effet, mais nous avons observé une bonne variabilité au niveau des réponses. Les discours de légitimation sont éloquentes :

Je me sens coupable en quelque sorte mais c'est une petite culpabilité, je trouve que j'en fais assez. (Sébastien)

Moi je suis confortable avec mon profil dans le sens que je considère que des médecins d'urgence ça en prend, et je me considère bien formé pour faire ça et j'aime ce que je fais. Il en manque partout des médecins d'urgence alors je ne peux pas me dire que ce n'est pas correct mon profil de pratique parce que ce que je fais je pense que c'est essentiel. Il y a une pénurie aussi dans ce que je fais. J'ai un léger cas de conscience de me dire que je suis médecin de famille et je ne fais pas de suivi et ultimement pour la population je pense que ça serait mieux mais en même temps je ne culpabilise pas par rapport à me dire que je n'en fais pas parce que ce que je considère que ce que je fais comme médecine d'urgence c'est important (...) c'est correct ce que je fais.... (Richard)

Je me sens mal que ce patient-là soit orphelin mais je pense que c'est une culpabilité qui devrait être ressentie par toute la profession, par tous les médecins de famille aussi (...) Et par la société aussi parce qu'on a peut-être pas assez de ressources pour bien s'occuper de ces patients-là (...) Oui, je pense que présentement je fais ma part à l'urgence. (Gabriel)

Interviewer : Donc tu ne te sens pas coupable?
 Ariane: Tellement pas
 Mélanie: Moi je considère que je suis spécialisée.
 Ariane: Exactement. Je regarde mon rôle d'urgence, je considère que je suis spécialisée.
 Tatjana: Moi aussi
 Sara: Moi je me sentirais coupable si je faisais des varices ou de l'esthétique.
 Nora: Peut être
 Ariane: Ma contribution à la société elle est très grande.
 Daniel: Tout à fait
 Nora: Non mais dans un contexte de pénurie, vous ne pensez pas que...?
 Ariane: Non
 Mélanie: Moi quand j'ai commencé on était dans une pénurie d'urgentologues alors pénurie, pénurie ça va être toujours ça... (Entrevue de groupe)

Cette culpabilité et ces discours de légitimation sont forcément ancrés dans une certaine conception de leurs rôles et responsabilités envers la population. Leurs discours nous révèlent que cette « responsabilité collective » ou ce « devoir social » semblent limités. Du moins, elle ne

figure certainement pas au même rang que les valeurs « fondamentales » présentées (liberté, compétence, performance, valorisation et satisfaction). Ils ne mettront pas en péril l'équilibre qu'ils ont atteint en réalisant chacune de leurs valeurs fondamentales pour assumer leur « devoir social ».

Parce qu'ils ne veulent pas mettre les budgets... eux autre c'est ça qu'ils font, ils mettent ça dans la cours des médecins et ils disent « On a vraiment besoin de ça et vous êtes formés pour ça et on a besoin de ça » (...) Je ne comprends pas les gouvernements de dire que c'est leur fierté et de ne pas investir là-dedans. Je pense que c'est un peu hypocrite de leur part parce que là les *lobbies* ne sont pas aussi forts et parce que là les spécialistes je ne sais pas pour quelle raison mais... aussi ils jouent plus avec la vie des gens et ça paraît plus, la liste d'attente sur les salles d'opération ça paraît plus que les gens qui n'ont pas de médecin de famille. Les gens qui meurent parce qu'ils n'ont pas de transplantation ça paraît plus que les gens qui n'ont pas de médecin de famille. Si jamais il y a des gens qui meurent dans la salle d'urgence parce qu'ils attendent pour un médecin, c'est ben moins *glamour* pour le gouvernement d'investir là-dedans, alors lui qu'est-ce qu'il fait...ils font de la publicité et ils disent que les médecins de famille vont prendre cette responsabilité-là parce qu'ils sont idéalistes mais tu sais en partie c'est vrai mais pas tant que ça. (Paul)

Le devoir, ils le définissent autrement. Ils proposent une conception basée sur leur propre système de valeurs. Les valeurs fondamentales du bon médecin ne sont pas l'altruisme et l'engagement auprès de la collectivité, mais plutôt la compétence, l'efficacité et la qualité de vie. Jones et Green [24] ont dressé un tableau des différences principales entre le modèle traditionnel de médecine générale et le nouveau modèle. On y retrouve principalement l'abandon du concept d'altruisme au profit d'une vision de la médecine en tant que travail, d'un équilibre de vie et d'un souci de travail stimulant et de qualité.

Nos répondants abondent dans le même sens :

C'est ben beau la vocation mais ma vocation ce n'est pas juste ça, ma vocation c'est aussi d'être heureux parce que si je suis malheureux je ne pense pas que je vais faire une bonne job. Si je suis tanné de ce que je fais, si je n'aime pas ce que je fais ben je n'optimiserai pas ma qualité de soins aux patients. (Mike)

Daniel : Moi ce que je pense c'est qu'avant le médecin était toujours disponible...c'était un don de soi...il fallait pour être médecin que ta vie tourne autour de ton travail alors que moi ma vie ne tourne pas autour de mon travail. Il y a mon travail et il y a ma vie. Je fais vraiment une distinction entre mon travail et ma vie. Moi je ne passerai pas toute ma vie au travail. C'est vraiment ça qui a changé.

Sara : Mais je pense que tu fais quand même très bien ton travail.

Daniel : Oui

Sara : Peut-être que ça prend plus de monde parce qu'il y en a moins qui sont prêts à passer 90 heures à faire leur métier mais...même à ça, je veux dire il n'y a pas personne ici qui travaille 30 heures semaine.

Nora : Ça ne veut pas dire que tu es moins bon.

Daniel : Oui mais les vieux médecins ils faisaient plus d'heures que nous.

- Nora : **Je pense que je suis une meilleure médecin parce que j'ai une vie à l'extérieur de l'hôpital.**
- Daniel : Je suis d'accord. Je ne trouve pas que je suis un mauvais médecin mais je parle du concept... (Entrevue de groupe)

Ils refusent donc la critique comme quoi ils sont irresponsables : ils se considèrent véritablement comme des bons médecins qui font leur part dans la société. Leurs priorités sont claires, et ils demeurent intègres face à leur système de valeurs. Ils ont l'impression que les multiples critiques dont ils sont l'objet tentent en fait de leur imposer une conception de leur rôle qui n'est pas la leur, puisque les arguments utilisés font appel à des concepts qui ne sont pas prioritaires pour eux : l'altruisme et la responsabilité sociale. Ils assument pleinement leurs propres valeurs, et y resteront fidèles. Pour qu'ils envisagent la possibilité de pratiquer en cabinet, il faudra vraisemblablement que ce soit « avantageux » pour eux (non pas seulement en termes financiers, mais surtout en termes de valeurs):

Je pense que tous les jeunes médecins (...) je veux dire on n'est pas Mère Térésa. On aime aider les gens et c'est pour ça qu'on le fait sinon on ne le ferait pas... on viendrait fous avec la lourdeur des patients et les heures de travail... on est heureux au travail, donc c'est un bonus pour moi tous les avantages qu'on a et la qualité de vie. En fait je pense que la grande majorité des médecins qui finissent ils le font pour eux autres avant de le faire pour les autres. (Gabriel)

Il y a une tendance je pense générale à une certaine pensée individualiste chez le médecin de ma génération. (Richard)

Comme c'est le gouvernement qui paie et qu'il n'arrête pas de dire que c'est important bien il faudrait qu'il mette ses œufs dans ce panier-là un peu plus et d'arrêter de payer les spécialistes comme...je lisais dernièrement je ne sais plus dans lequel qu'ils montraient que l'écart entre les spécialistes et les médecins de famille augmentait même au prorata...c'est comme insensé que ce soit nous les médecins qui devons nous battre et d'ailleurs c'est ça qui se passe et le lobby le moins fort c'est le lobby de la médecine de famille et le lobby le moins fort c'est probablement ceux qui font du bureau. Les écarts grandissent et ça ne marche pas bien mais oui je dois dire que ça devient la responsabilité du gouvernement de le faire. Tu choisis la médecine par idéalisme en partie et c'est vrai pour moi et c'est vrai pour tout le monde je pense. Mais ce n'est pas vrai que les gens vont se dire « Moi je suis prêt à baisser ma qualité de vie, à avoir un système pas efficace et frustrant, à faire moins de sous parce que je crois que c'est la médecine de famille que les gens ont besoin ». (Paul)

Oui il faut attirer les médecins vers la première ligne mais il faut les payer pour le faire et il faut mettre en place des systèmes pour que ce soit intéressant et viable comme carrière. (Dylan)

Je pense qu'il faut rendre la médecine familiale plus attrayante. Que ce soit moins lourd et plus payant (...) c'est normal que les jeunes médecins n'aillent pas vers ça. (Richard)

Chapitre IV : Discussion

Cette étude offre un nouveau modèle théorique pour comprendre la dynamique dans laquelle s'inscrivent les jeunes généralistes qui rejettent la continuité des soins. Leurs actions et leurs choix professionnels ne sont ni aléatoires, ni incompréhensibles : ils sont d'abord et avant tout basés sur leur propre système de valeurs, et ils gardent, en ce sens, une *cohérence* théorique. Pour intégrer le phénomène social à l'étude (le désintérêt des jeunes généralistes envers la continuité des soins) et la réalité sociale dans laquelle ce phénomène s'inscrit (le manque d'accès de la population à des médecins de famille assurant une prise en charge), nous avons construit une théorie véritablement ancrée sur la réalité des sujets à l'étude :

Construit :

Les jeunes omnipraticiens urgentistes sont des professionnels autonomes en transition. Dynamiques et changeants, ils sont non-fixés personnellement et non-fixés professionnellement. Leur système de valeur (liberté, compétence, performance, valorisation et satisfaction) constitue l'argument principal de leurs choix professionnels : ils sont donc mus principalement par des intérêts individualistes. À ce stade-ci de leur vie et de leur carrière, la responsabilité sociale et le sens du devoir envers la population ne figurent pas parmi leurs valeurs fondamentales. Ils y accordent une importance moindre, et ne croient pas vraiment que le gouvernement, les médecins et l'université font réellement de ce problème une priorité. Ils refusent donc de porter seuls cette responsabilité.

Dans un premier temps, nous développerons ce qui nous apparaît être les grands thèmes émergents de nos observations et comment ceux-ci se positionnent relativement aux théories et à la littérature dans ce domaine. Nous discuterons ensuite des forces et des faiblesses de cette étude. Enfin, nous exposerons les implications pédagogiques et organisationnelles découlant de nos résultats et des prochaines avenues de recherche.

4.1 Premier grand thème émergent : Leurs valeurs : une « culture »

En décrivant le système de valeurs de ces jeunes médecins, nous avons mis en évidence leurs craintes, leurs priorités, leurs aspirations, bref une culture qui leur est propre. En effet, pour Bourdieu [47], un concept bien plus large, la « culture », peut être définie comme l'ensemble des valeurs, pratiques et normes acquises et partagées par une pluralité de personnes. Dans cette conception, la culture est véritablement l'élaboration de perceptions du monde, c'est-à-dire une manière de le décrire, de le comprendre et d'y donner un sens. Par exemple, la compétence et la performance (l'efficacité) définissent ainsi réellement, pour ces jeunes médecins, la notion-même de « bonne médecine ». Elles sont, en un certain sens, la « moralité » de leur pratique médicale. C'est donc véritablement à partir de ces cinq valeurs qu'émerge leur propre compréhension de leur rôle en tant que médecin. Concrètement, leur devoir est donc d'être équilibré, de pratiquer selon les plus hauts standards reconnus et d'être efficaces. Pas d'être altruiste –du moins, pas en première intention. Pour être satisfaits, pour être heureux, il leur faut être intègre. Et cette intégrité semble s'appliquer d'abord et avant tout à leurs valeurs.

Les participants ne se sont pas exprimés à propos de leur orientation professionnelle comme s'il s'agissait d'une décision déchirante. En fait, ils ne donnent pas l'impression d'avoir fait un choix très difficile : c'est la direction qui s'imposait presque d'elle-même, la seule option véritable qu'ils ont envisagée. Peut-être la seule, à ce stade-ci de leur carrière, qui permette d'actualiser toutes leurs valeurs fondamentales. Dix-sept médecins interviewés sur dix-huit se sont dit très heureux de leur choix et de leur pratique actuelle. Cet état de satisfaction peut paraître surprenant alors que les études témoignent sans cesse de la détresse et de l'épuisement des médecins canadiens [48], mais Jones et Green rapportaient déjà, en 2006, une très grande satisfaction professionnelle et personnelle chez les jeunes médecins britanniques adoptant un profil de pratique « contemporain » plus spécialisé [24].

4.2 Deuxième grand thème émergent : La tendance à la spécialisation

Les propos recueillis au sujet de la tendance à la spécialisation font écho à plusieurs études récentes. Alors que Beaulieu [32] a déjà décrit la tension entre le vaste champ de pratique de la médecine familiale et le désir de compétence et d'expertise du médecin, Jones et Green inscrivent ce phénomène au cœur d'une « nouvelle pratique généraliste » basée sur la recherche de « *nice work* » [24]. Nous pensons que nos observations offrent certaines pistes supplémentaires, en proposant une compréhension de l'origine de leur conception de la compétence et de l'expertise. Cette origine semble se trouver principalement dans la culture médicale universitaire et hospitalière. Cette hypothèse fait écho à Petchey [49] qui, explorant les perceptions des jeunes généralistes à propos de leur carrière en cabinet et en milieu hospitalier, mettait en évidence l'importance de la qualité de vie et la perception d'un « challenge » intellectuel et clinique moindre dans la pratique en continuité des soins qu'en pratique hospitalière plus spécialisée. Il concluait que leurs choix professionnels sont un phénomène complexe et multifactoriel, et insistait sur la « représentation » négative des jeunes généralistes à propos de la continuité des soins. Celle-ci, précise-t-il, est basée bien plus sur des jugements négatifs que sur une connaissance réelle des conditions de pratique de la médecine générale et de la continuité des soins. Il concluait que ces jugements négatifs sont le fruit de leur formation et l'expression d'une culture hospitalo-centriste.

Nos résultats vont dans le même sens. Les choix professionnels des médecins interviewés semblent effectivement basés sur une conception de la médecine familiale qui s'avère négative. Face à l'urgence, la continuité des soins ne fait tout simplement pas le poids, dans cette dynamique d'action fondée sur une rationalité de valeurs et l'attrait de la spécialisation. L'influence du vécu (leur expérience en bureau lors de leur formation) des participants semble être une des causes importantes de cette représentation négative. La plupart de nos répondants ne pratiquent pas du tout en cabinet, et l'idée qu'ils ont de la continuité des soins est basée principalement sur leur vécu dans les UMF. La lourdeur et l'insatisfaction qu'ils ont ressentie lors de leur résidence doivent, selon nous, mener à certaines remises en question à propos de l'organisation de nos programmes et de nos milieux de formation traditionnellement hospitalo-centristes.

Un autre phénomène contribuant à cette représentation négative semble être la place prépondérante qu'occupe la pénurie de médecins de famille dans les médias et dans le discours des autorités médicales. La peur de nos répondants de se retrouver rapidement « submergés » de nouveaux patients est un bon exemple de cette dynamique. Comment sont-ils arrivés à construire une représentation de la médecine familiale où le praticien n'a aucun contrôle sur la quantité de travail et de patients qu'il désire prendre à sa charge? Il nous apparaît plausible de suggérer que l'abondance et le caractère alarmiste des discours décrivant l'absence de médecins de famille contribuent peut-être à cette peur en les intimidant.

Leur recherche d'efficacité et de performance a mis en évidence l'importance de pouvoir compter sur les moyens jugés nécessaires pour pratiquer ce qu'ils considèrent comme une médecine « efficace » et « performante ». L'accès facile aux spécialistes, aux plateaux techniques et aux examens de radiologie, entre autres, ont tous été mentionnés comme des facteurs importants au niveau de leur choix professionnels. Les jeunes médecins interviewés sentent visiblement que l'organisation actuelle de la médecine de première ligne au Québec est déficiente à ce niveau, malgré plusieurs efforts et les nouvelles mesures mises en œuvre (GMF, Cliniques Réseau, etc.). À leurs yeux, on demande beaucoup au médecin de famille et on le charge de lourdes responsabilités sans pour autant lui offrir les moyens pour y parvenir. Nos résultats suggèrent que si l'on aspire vraiment à convaincre ces jeunes médecins de pratiquer en cabinet, il faudra vraisemblablement mieux les supporter à ce niveau. De plus, sachant que leur formation médicale s'effectue en grande partie dans des milieux spécialisés (à l'hôpital et sous la supervision de spécialistes), et avec les conséquences de cette culture sur leur représentation de la compétence et de la performance, il nous apparaît tout à fait légitime de remettre en question cette tradition de formation hospitalo-centriste.

4.3 Troisième grand thème émergent : Une carrière en transition

La représentation qu'ils se font de leur carrière (fondamentalement flexible et transitoire) est un concept qui semble aussi se retrouver dans d'autres spécialités médicales. À ce propos, Vaughan annonçait déjà, en 1995:

« *Young Doctors want flexible paths, not long term commitments.* » [50].

Les multiples allusions à la maturité nécessaire pour être « un bon médecin de famille en bureau » révèlent d'une part, à nos yeux, un profond respect des patients. Ces jeunes médecins croient sincèrement qu'ils n'ont pas, à ce moment-ci, le bagage nécessaire pour comprendre le vécu de leurs patients, les supporter et les conseiller judicieusement. On pourrait aussi voir, dans ce discours, une crainte d'un investissement affectif qui peut devenir menaçant. Ils ne veulent pas être « tout le temps » dans la compassion. Parsons [51] a bien décrit ce concept de « neutralité affective » du médecin. La pratique à l'urgence semble effectivement leur permettre un investissement moindre. Il semble réellement, pour paraphraser une des jeunes femmes médecins interviewées, qu'il est plus facile de soigner « un » patient que de soigner « mon » patient.

Plusieurs études démontrent la tendance qu'ont les jeunes généralistes de « retourner » vers le bureau après une dizaine d'années de pratique [33, 41]. Mais rien ne nous assure que les jeunes omnipraticiens urgentistes interviewés vont se comporter de la même manière dans le futur. Sans remettre en question ces prédictions et sombrer dans le pessimisme, nous pensons toutefois que les valeurs et caractéristiques propres à cette nouvelle génération de médecins rendent l'actualisation de cette tendance moins assurée, car ces études portaient sur des médecins plus âgés –qui ne partagent donc pas nécessairement les mêmes valeurs –. De plus, la médecine d'urgence apparaît aujourd'hui de plus en plus comme une carrière viable à long terme, ce qui n'était pas nécessairement le cas il y a une quinzaine d'années. Ce que notre étude nous apprend vraiment est que s'ils finissent effectivement par faire du bureau, ce ne sera pas par souci de devoir social mais bien parce qu'à ce moment-là, cette pratique conviendra mieux à leur vie personnelle et à leur système de valeurs.

4.4 Quatrième grand thème émergent : vocation, responsabilité sociale et hypocrisie

Les résultats obtenus à propos des questions d'altruisme, d'individualisme et de responsabilité sociale du médecin soulèvent d'importantes questions. Depuis fort longtemps, la littérature médicale sur le professionnalisme place l'altruisme au cœur des valeurs nécessaires à la « bonne » pratique médicale [52, 53]. Le Collège des Médecins du Québec en fait d'ailleurs son argument principal pour dénoncer le profil de pratique des jeunes omnipraticiens [1]. Très peu d'auteurs se sont aventurés pour remettre en question ce concept. Là n'est certainement pas notre but, mais cette nouvelle compréhension que nous proposons de la dynamique sous-jacente aux choix professionnels des jeunes médecins nous indique assez clairement que leurs comportements sont motivés principalement par des valeurs que l'on pourrait qualifier d'individualistes, en ce qu'elles concernent exclusivement leurs aspirations en tant qu'individus. La priorité est de se sentir et de se savoir compétent. Ils ne se valorisent pas parce que le patient est satisfait ou va mieux, mais bien parce qu'ils ont la conviction qu'ils ont fait un bon travail (selon la définition qu'ils se fixent du bon travail) et qu'ils ont fait une réelle différence, encore une fois selon leurs standards.

Le problème ici réside peut-être dans le fait que ces valeurs, cette *culture* – cette représentation du monde – ne semblent pas inclure, de façon prioritaire du moins, la responsabilité externe ou collective. L'érosion du concept de vocation en médecine a été décrit par plusieurs auteurs [24, 27, 28, 54]. Ajoutons que cette observation est loin d'être surprenante, d'un point de vue sociologique. L'abondante littérature postmoderne a largement décrit cet *individualisme contemporain* [55, 56]. Au-delà de la culture postmoderne, un autre phénomène récent peut nous aider à comprendre ce délaissement de la responsabilité sociale et collective du médecin. Pour nos répondants, cette « déresponsabilisation relative » semble trouver son origine – ou sa légitimation – dans la gestion gouvernementale des effectifs médicaux. Comme si le traditionnel devoir social de subvenir aux besoins de la population ne fait plus partie de leur mandat. Leur discours révèle une subtilité importante à mettre en évidence ici : nous ne pensons pas qu'ils se sentent ou se voient réellement « comme des employés ». Mais ils ont clairement l'impression qu'on tente de leur imposer un type et un lieu de pratique et qu'en ce sens, le gouvernement les

traite « comme des employés ». C'est donc ce qu'il obtient en retour : il devient seul responsable de la santé de la population.

Le problème demeure donc entier. La réalité de la pénurie de MF et les effets négatifs de l'abandon de la continuité des soins sont bien établis. Socialement, tous les acteurs tiennent un discours de valorisation de la MF, certaines mesures incitatives sont prises, et on n'hésite surtout pas à pointer du doigt les jeunes médecins pour leur profil de pratique et à se demander comment les convaincre de faire du bureau.

Pour mieux comprendre ce phénomène complexe, nous empruntons à Pierre Bourdieu sa théorie de lutte symbolique et matérielle des classes [47]. Ici, la culture devient un enjeu de luttes. La classe dominante (les médecins plus âgés, le gouvernement, le Collège des Médecins et les universités) tenterait d'imposer son système de valeurs et sa représentation du rôle du médecin (donc sa culture) à la classe émergente, celle des jeunes médecins de famille qui optent pour une pratique spécialisée.

Il s'agit en fait d'une lutte de définition. Les autorités médicales et gouvernementales construisent une signification de cette profession en déterminant unilatéralement ses caractéristiques et ce à quoi la population est en droit de s'attendre. Il s'agirait donc, pour Bourdieu, d'un discours de légitimation ayant comme objectif d'imposer sa vision du monde en faisant appel à des arguments moraux [47]. La définition du « bon médecin » est en jeu : si les jeunes n'y adhèrent pas, c'est qu'ils sont égoïstes et non-professionnels.

Or, les jeunes médecins interviewés refusent tout simplement de se laisser *définir*. Ils opposent à cette position une autre signification, basée sur leurs propres valeurs. Ils ont une définition bien à eux du « bon médecin », et celle-ci n'implique pas a priori les concepts de vocation et du traditionnel « placez les intérêts du patient avant les vôtres ». De plus, ils témoignent une grande incompréhension et même d'une certaine irritation face aux mesures prises pour valoriser la MF et au discours moralisateur. Les arguments avancés par la *classe dominante* font écho à des valeurs qui ne sont pas les leurs ou du moins, qui ne sont pas prioritaires pour eux.

Les médecins interrogés ne voient en fait aucune cohérence entre les actions du gouvernement et des autres acteurs et ce qu'ils affirment publiquement. C'est pourquoi ils peinent à croire qu'il s'agit véritablement d'une priorité pour le gouvernement, le Collège et les universités. Ces discours officiels insistent toujours sur le fait que la médecine familiale est la fondation, la base,

la priorité du système de santé. Qu'on veut valoriser, supporter et encourager les médecins de famille pour les inciter à faire de la prise en charge. Pour les médecins interviewés dans notre étude eux, il s'agit là d'une forme d'hypocrisie de la part des autorités médicales. À leurs yeux, le médecin de famille est laissé à lui-même. Alors que le gouvernement adopte un discours officiel de valorisation de la MF, il « récompense » davantage les urgentistes : écart de rémunération, AMP obligatoires en milieu hospitalier et l'obligation pour les MF en GMF de prouver qu'ils font un bon travail en comptant leur nombre de patients, sans quoi ils seront « punis ». C'est ce qu'ils appellent *l'hypocrisie*.

Pour mieux comprendre cette dynamique, nous introduisons un autre concept de Bourdieu [47]: le *capital économique*. Pour les jeunes généralistes interviewés, un des enjeux principaux est le salaire qui constitue à leurs yeux « la véritable mesure de la valeur d'une profession dans notre société ».

Pour bien illustrer leur sentiment, nous nous permettons une analogie, celle du quart-arrière au football : si l'entraîneur pense réellement qu'il s'agit du joueur le plus important, alors il faut le payer en conséquence et lui offrir des receveurs de passe qui pourront l'aider à faire gagner l'équipe. Mais s'il est le joueur le moins bien payé, s'il est constamment laissé à lui-même et si aucun joueur ni entraîneur ne vient le supporter pour faire son travail, alors il serait hypocrite d'affirmer qu'il s'agit de notre joueur le plus important et que c'est lui qu'on veut valoriser. Et si on demande au quart-arrière de compter chacune de ses passes –comme le MF en cabinet – alors qu'un autre joueur dans l'équipe obtient un statut spécial (le fait de ne pas avoir à rendre compte de sa performance – comme les urgentistes –) alors il devient difficile de croire que c'est véritablement lui qu'on valorise, qu'on priorise. Pour eux, la valorisation ne doit pas seulement être un discours officiel, mais elle doit se traduire par des améliorations au plan de la rémunération et des conditions de travail.

L'autre élément explicatif est la dévalorisation constante qu'ils ont ressentie à l'université et qu'ils continuent de ressentir à tous les jours dans les hôpitaux. Encore une fois, il ne sert à rien de dire tout haut que la priorité de la faculté de médecine est de former des médecins de famille si le message envoyé et perçu est souvent opposé. À leurs yeux, finalement, personne ne fait vraiment de la médecine familiale une priorité. Ni l'université, ni leurs collègues spécialistes, ni le gouvernement.

4.5 Forces et limites

Finalement, il importe de discuter de la portée et de la transférabilité de nos conclusions. Comme le précise Laperrière [35], contrairement à d'autres approches qualitatives, la théorisation ancrée ne vise pas tant la description d'un phénomène que l'élaboration d'une théorie pertinente à partir de celui-ci. Ce produit – la théorie – ne peut être ultimement un produit fini, puisque les comparaisons possibles sont infinies. Cependant, si la construction théorique a été effectuée selon les règles de l'art (et nous pensons qu'elle l'a été), les comparaisons ultérieures ne devraient pas infirmer la théorie, mais seulement la modifier [34].

Bien que nous croyons réellement que la saturation a bien été atteinte, il est pertinent de rappeler que la saturation théorique est en soi un processus subjectif [36], un jugement par lequel l'analyste considère que la collecte de nouvelles données n'apporterait rien à la conceptualisation et à la théorisation du phénomène à l'étude. Évidemment, rappelle Guillemette [36], cette saturation est toujours relative en ce sens qu'une analyse est toujours plus ou moins saturée et qu'elle pourrait toujours l'être davantage. Nous avons la conviction que quelques entrevues supplémentaires n'auraient pas dévoilé de nouvelles pistes.

Le fait d'avoir abordé la question du désintérêt envers la continuité des soins sans a priori ou hypothèses explicatives de départ correspond à ce que Guillemette [36] appelle « la suspension du recours à des cadres théoriques existants ». Il précise cependant que cette suspension doit être temporaire, le temps qu'émerge une théorie consistante. Les dernières étapes de l'analyse et de la discussion ont effectivement permis d'établir les similarités et les différences entre les résultats de l'analyse théorisante et les écrits se trouvant dans la littérature.

Il nous apparaît maintenant pertinent de revenir sur l'épineuse question de l'appartenance professionnelle et générationnel du chercheur principal (lui-même un jeune médecin de famille) et des biais potentiels que ce cela aurait pu engendrer. Coar et al. [57] ont décrit deux dangers reliés au fait d'interviewer des collègues généralistes:

2. Les généralistes peuvent ressentir que l'entrevue est un examen de leurs connaissances ou de leurs compétences sur la question, malgré une rassurance préliminaire à ce propos;

3. Le fait que l'interviewé et l'intervieweur appartiennent au même « groupe » professionnel peut modifier considérablement la dynamique de l'entrevue.

Ils proposent quelques stratégies pour éviter de tomber dans ces pièges, que nous avons toutes deux adoptées :

1. L'approche participante : impliquer les sujets à titre de « collaborateurs » et non pas uniquement à titre de « sujets à l'étude »;
2. Les entrevues sont animées par le chercheur principal (généraliste) et par un agent de recherche non-clinicien.

Il est évident que nous et l'agent de recherche (un sociologue) ont une écoute différente des propos des participants. C'est cette triangulation au stade de la collecte des données qui évitera une interprétation des propos des participants qui pourrait être erronée et influencée par notre appartenance professionnelle. Ces mesures ont contribué à limiter autant que possible les biais et problèmes méthodologiques reliés à cette question. Affirmons par ailleurs que d'autres chercheurs ne voient pas d'un œil si sceptique la proximité et la familiarité entre chercheur et interviewés. Bourdieu [58], entre autres, affirme qu'il s'agit même d'un avantage majeur permettant de mettre à jour une plus grande richesse des propos recueillis.

Il est possible que nous ayons subi les effets d'un certain biais de sélection. L'enthousiasme avec lequel l'invitation à participer à l'étude a été reçue nous porte à croire qu'il est possible que les candidats avaient une sensibilité particulière au problème étudié, et qu'ils pensent peut-être différemment des autres jeunes omnipraticiens urgentistes québécois. Cependant, la relative concordance entre les valeurs personnelles identifiées lors de l'étude et les données disponibles dans la littérature à propos des valeurs des jeunes médecins nous permettent d'affirmer, avec un certain confort, que nos participants représentent bien la population à l'étude.

Nous pensons donc que la théorie proposée peut expliquer, de manière « raisonnablement acceptable », le phénomène du désintérêt des jeunes omnipraticiens envers la continuité des soins.

4.6 Implications organisationnelles et pédagogiques et avenues de recherche futures

L'Association des Facultés de Médecine du Canada (AFMC) vient de publier en 2010 son important rapport intitulé « L'avenir de l'éducation médicale au Canada » [59]. Il s'agit d'une initiative majeure qui devrait influencer significativement l'éducation médicale prégraduée au Canada au cours des prochaines décennies. Une des priorités et des recommandations principales de ce document est justement et précisément la valorisation du généralisme au sein des facultés de médecine. Nous y voyons une raison supplémentaire – et presque « obligatoire » - de se questionner sur la formation médicale.

Nous articulerons nos implications pédagogiques et organisationnelles autour des quatre grands thèmes émergents précédemment exposés. Revenons tout de même rapidement sur ces quatre thèmes pour mieux illustrer comment les implications en découlent directement:

- i. Leur comportement est basé sur une rationalité de valeur. C'est d'abord en rapport à leur système de valeurs que sera mesurée la valeur de leurs actions et la satisfaction qui y est reliée. Rappelons deux points sur lesquels Weber [44] insistait et qui sont particulièrement pertinents pour les fins de ce chapitre:
 - Les valeurs à la base du comportement en question deviennent en quelque sorte fondamentales et absolues pour l'acteur : il ne se soucie généralement pas des conséquences que peut avoir son action. Les efforts de revalorisation de la médecine familiale devront donc, à notre avis, être dirigés vers l'exigence de liberté individuelle, l'accomplissement et la satisfaction des quatre valeurs décrites.
 - Un comportement basé sur une rationalité de valeur est le type de comportement le plus difficile à modifier ou changer (par rapport aux actions par finalité, par émotion ou par tradition). D'ailleurs, dans une étude publiée en septembre 2010 dans *Medical Teacher* à propos de la stabilité des valeurs des étudiants en médecine tout au long du curriculum prégradué [60], Borges et al. nous apprennent notamment que les seules valeurs qui semblent avoir changé de façon significative sont l'autonomie et la qualité de vie. De fait, ils ont observé une

augmentation de l'expression de ces deux valeurs chez les finissants (par rapport aux étudiants de première année).

- ii. La tendance sociale lourde à la spécialisation qui caractérise non seulement la médecine familiale [32] et la médecine spécialisée, mais beaucoup d'autres professions. Des efforts pour renverser complètement cette tendance nous apparaîtraient plutôt irréaliste dans le contexte social actuel.
- iii. L'aspect générationnel : ne pas vouloir se fixer tout de suite. Les jeunes médecins interviewés recherchent des formes flexibles d'organisation du travail (comme, dans l'ère postmoderne, les formes flexibles d'organisation industrielles remplacent la grande industrie : on personnalise les produits, les employeurs ont recours au travail temporaire et au travail à domicile [56]). Notre analyse et notre recension des données nous portent à croire que la nature transitoire et continuellement changeante de leur carrière les poussera probablement plus tard, si on se fie aux tendances décrites dans la littérature, vers un « retour au bercail » ou une pratique en cabinet. Mais en début de carrière, l'appel de la médecine d'urgence semble trop fort, pour les nombreuses raisons énumérées dans les pages précédentes. De plus, leur système de valeurs et son influence dans la dynamique sous-jacente à leurs choix professionnels nous font croire qu'il sera très difficile de renverser cette tendance à l'abandon (en début de carrière) de la continuité des soins au profit d'une pratique plus spécialisée et plus « aigue ».
- iv. L'individualisme qui caractérise notre groupe à l'étude. Ils sont, en ce sens, tout à fait synchrones avec l'ère postmoderne. Lipovetski, pour ne citer que lui parmi les nombreux auteurs ayant décrit cette tendance, fait d'ailleurs de l'individualisme la valeur centrale du postmodernisme. Basé sur la légitimation de soi, le droit de se gouverner soi-même et de vivre tout d'abord pour soi-même, cet individualisme remplace les valeurs de sacrifice et d'abnégation du modernisme par une nouvelle exigence morale, celle d'être absolument soi-même, de donner du sens à ses actions et de se sentir utile [55]. Insistons donc une dernière fois sur l'inefficacité et l'inutilité, selon nous, d'arguments moralisateurs (ou pire encore, de tentatives de leur insuffler de nouvelles valeurs altruistes et vocationnelles).

Gardant ces quatre points à l'esprit, nous nous attardons maintenant aux implications découlant de nos conclusions :

Implications pédagogiques :

- 1. Le bureau et les stages en médecine familiale, c'est « plate ».**
- 2. Les enseignants eux-mêmes ont l'air accablés.**

Implications organisationnelles et gouvernementales :

- 3. Les conditions de travail, la rémunération et la part du gouvernement.**

1. Le bureau et les stages de médecine familiale, c'est « plate »

À nos yeux, une des observations les plus intéressantes de notre étude est sans doute la conception fortement négative (« plate », « pas stimulante ») que se font les jeunes médecins interrogés à propos de la pratique en cabinet. Comme nous l'avons mentionné, celle-ci origine principalement de leur expérience universitaire et de leur vécu en UMF lors de leur résidence. Non seulement cette image négative qu'ils se sont construite contribue à les éloigner en début de carrière de la continuité de soins, mais nous avons vu comment certains d'entre eux deviennent à leur tour, très tôt dans leur carrière, de véritables acteurs de la dévalorisation de la MF (et non plus de simples victimes de cette dévalorisation).

Le climat d'apprentissage (ou l'environnement pédagogique) doit aussi être remis en question, selon nous. Le rôle fondamental d'apprenant du résident est-il perdu de vue durant la formation? Pourquoi sont-ils aussi accablés par cette lourdeur organisationnelle? Pourquoi ont-ils l'impression d'apprendre plus à l'urgence? Pourquoi les médecins interviewés ont-ils tous l'impression que la lourdeur de leurs patients lors de la résidence n'est pas vraiment représentative de la réalité d'un médecin en pratique? Si cela s'avère, sur quelles bases pédagogiques une telle approche s'appuie-t-elle? Voici autant de questions qui méritent une réflexion approfondie de la part des milieux de formation en médecine familiale, et qui constituent en soi des futures avenues de recherche intéressantes, voire nécessaires.

Nous proposons de recadrer significativement le discours universitaire de la valorisation de la médecine familiale. Actuellement, la plupart des efforts se dirigent vers l'un ou l'autre de ces deux groupes :

- les étudiants en médecine pour qu'ils choisissent davantage de s'orienter vers une résidence en médecine familiale;
- les résidents en médecine familiale pour qu'ils choisissent davantage d'adopter en début de carrière une pratique en continuité de soins.

Il nous apparaît irréaliste d'espérer qu'une majorité de résidents se dirigeront vers le bureau dès la fin de leur résidence, à moins que les expériences offertes changent. Nous proposons de diriger les efforts de façon à offrir aux étudiants et aux résidents une expérience et un environnement agréables et stimulants en MF. Nous pensons qu'en rendant leur vécu en MF plus positif, la construction et la représentation qu'ils se feront de la MF et de la continuité des soins s'en verra considérablement modifiée et améliorée.

Cependant, nous croyons qu'il est raisonnable de penser que les finissants en médecine familiale vont continuer à privilégier une pratique plus spécialisée en début de carrière, compte tenu de la tendance sociale lourde à la spécialisation et des valeurs qui les animent relativement à la liberté et au désir de flexibilité. Mais l'image, l'idée et la conception qu'ils garderont de la continuité des soins sera nettement plus positive. À nos yeux, il s'agit-là de la seule façon de briser le cercle vicieux de la dévalorisation de la MF – où les étudiants et les résidents en sont des victimes avant d'en devenir des acteurs à part entière dans leur pratique –. Il nous apparaît légitime, désirable et même réaliste d'espérer que les médecins de famille gradués ne participent plus à cette dévalorisation, mais qu'ils se mettent plutôt à encourager – sincèrement – les étudiants et les résidents qui s'y intéressent et à ainsi valoriser la médecine familiale et la continuité de soins. De plus, il est probable qu'avec une conception plus positive de la continuité des soins, les jeunes médecins de famille y retournent plus tôt dans leur carrière et avec moins de crainte. Pour y arriver, une réelle remise en question de l'organisation des milieux de formation et des stratégies pédagogique s'impose.

2. Les enseignants eux-mêmes ont l'air accablés

À la lumière de nos observations, nous concluons qu'il ne suffit plus de prétendre valoriser ou aimer la MF. Le discours des médecins interrogés est assez clair à ce propos : bien que leurs patrons à l'UMF parlaient en bien de la pratique en cabinet, ils dégageaient une image bien peu stimulante pour leurs résidents. Ils semblaient, selon les dires de nos participants, insatisfaits et laissés à eux-mêmes – exactement ce que les résidents et les jeunes omnipraticiens cherchent à éviter –. Gardons à l'esprit ici qu'il s'agit d'une étude sur 18 jeunes généralistes qui ont choisi rapidement de se diriger vers la médecine d'urgence (étaient-ils dans des dispositions favorables pour apprécier leurs enseignants et en faire des modèles de rôle, ou savaient-ils rapidement que ce milieu ne les intéressait pas?). Toujours est-il que, pour nos interviewés, la qualité d'un modèle de rôle (donc sa capacité à influencer leur cheminement professionnel et personnel) repose d'abord sur une affinité au niveau des valeurs : à l'urgence, les enseignants semblaient profiter d'une meilleure qualité de vie, avaient des horaires de travail flexibles, semblaient véritablement apprécier leur travail et en tiraient une grande satisfaction. Voilà pourquoi ces modèles de rôles étaient influents et stimulants pour nos interviewés. La littérature de pédagogie médicale nous révèle que les participants à notre étude ne diffèrent pas des autres étudiants en médecine. Dans son étude à propos des caractéristiques importantes recherchées par les étudiants en médecine chez leurs professeurs et modèles de rôle, Wright attribue une place très importante à l'enthousiasme envers son travail, la personnalité et la compétence clinique [61].

D'où la question importante qui revient aux enseignants en médecine familiale : sont-ils satisfaits de leur travail? Si la réponse est négative et qu'ils sont effectivement insatisfaits, laissés à eux-mêmes et accablés par la lourdeur organisationnelle, il devient pertinent – dans un tout autre registre – de se demander s'il est légitime, éthique et bienveillant d'encourager les étudiants à adopter une telle carrière. À moins bien sûr de le faire ouvertement, en avouant leur insatisfaction professionnelle dans ce rôle et en faisant plutôt appel à un sens de la vocation ou du devoir social; or, nous avons amplement élaboré sur la question de l'importance que les jeunes médecins accordent à la responsabilité sociale du médecin. Un tel argument moralisateur – vide de sens pour les jeunes médecins parce qu'il ne fait pas écho à leur propre système de valeurs – est résolument voué à l'échec, selon nous. Et si la réponse est positive et qu'ils apprécient véritablement la pratique en cabinet, pourquoi n'est-ce pas l'image qu'ils ont projetée à nos participants? Le point important ici n'est donc pas le discours officiel de l'université et des professeurs, mais bien l'effet que ce discours produit chez les apprenants – le discours caché, pour faire écho au curriculum caché –. Les étudiants et les résidents en médecine sont bien assez

intelligents pour sentir si leurs professeurs sont réellement passionnés ou satisfaits de leur travail, peu importe ce que ces derniers disent officiellement.

3. Les conditions de travail, la rémunération et la part du gouvernement.

Nous avons vu à quel point les conditions de travail influencent les choix professionnels des jeunes médecins : c'est ce qu'on pourrait appeler la part de l'employeur, du gouvernement. Nous reconnaissons qu'il s'agit-là de la dimension principale de cette problématique sociale hautement complexe. Au risque de nous répéter, nous pensons que l'appel à l'argument de la responsabilité sociale restera sans réponse, et que si les autorités gouvernementales veulent vraiment faire de la médecine familiale et de la continuité des soins une priorité, ils devront adopter des mesures pour satisfaire les quatre valeurs principales des jeunes médecins de famille – et en particulier la première, qui est la fondation de leur système de valeur –. La rémunération, le support à la pratique et les ressources mises à leur disposition seront vraiment les principaux arguments susceptibles de renverser la vapeur et motiver les jeunes généralistes à pratiquer en cabinet et ainsi offrir à chaque citoyen l'accès à un médecin de famille. Pour l'instant, les universités et les facultés de médecine tiennent un rôle relativement réservé face à cet aspect. Cette responsabilité revient donc principalement, dans notre système actuel, à l'employeur : le gouvernement.

Autres avenues futures de recherche

Bien que nous ayons déjà mentionné dans ce chapitre de nombreuses questions qui mériteraient davantage d'attention, d'autres avenues de recherche se dressent pour encore mieux comprendre ce phénomène complexe. La dynamique sous-jacente aux choix de carrière des jeunes urgentistes, basée sur le système de valeurs proposé, s'applique-t-elle aux jeunes médecins de famille qui adoptent un profil différent (bureau, obstétrique, dépannage)? Est-il permis de croire qu'on retrouverait les mêmes résultats chez les étudiants de médecine, les résidents et les jeunes médecins spécialistes? Les implications pédagogiques de nos conclusions pourraient être d'un tout autre registre si de futures recherches permettaient de mettre en évidence une transférabilité de nos résultats à d'autres groupes de médecins, en formation ou en pratique.

Finalement, la question de la construction de ce système de valeurs demeure ouverte et éminemment intéressante, à nos yeux. S'agit-il d'un phénomène générationnel, tout simplement, ou bien ce système de valeur se construit-il durant les études médicales, via les étapes de formation, le curriculum officiel et le curriculum caché. En d'autres mots, est-ce que le processus de professionnalisation des jeunes médecins induit pratiquement et concrètement un tel système de valeurs et une telle conception de leurs rôles et responsabilités?

Chapitre V : Conclusion

Cette étude permet de mieux comprendre l'inefficacité du discours officiel de valorisation de la MF. Si ce discours n'est pas accompagné concrètement de mesures –financières, conditions de travail, etc. – synchrones avec leur système de valeurs, alors nous pensons qu'il faudra malheureusement s'attendre à ce que cet « effort de valorisation» demeure inefficace.

Rien ne permet actuellement de prévoir que cette dynamique sous-jacente à leurs choix professionnels va changer, parce que leurs actions et leurs choix semblent fondamentalement motivés par des valeurs (et non une finalité, un sentiment ou une tradition – les trois autres rationalités de l'action de Weber – qui sont plus facilement modifiables). Pour les attirer ou les convaincre d'accepter de prendre en charge des patients dans un contexte de pratique en cabinet, notre analyse suggère qu'il faudra peut-être laisser tomber les arguments moralisateurs et s'assurer qu'ils y trouvent leur compte. Si les jeunes omnipraticiens « spécialisés » décident de revenir à la continuité de soins, cela se fera vraisemblablement dans leurs termes, en fonction de leurs propres intérêts. Pas au nom de la vocation ou de la responsabilité sociale.

Références

1. Collège des Médecins du Québec, *Le médecin de famille : un rôle essentiel à moderniser. Énoncé de position*. 2005.
2. SNM2007, *Sondage national des médecins 2007*. 2007.
3. Levasseur, G. and F.-X. Schweyer, *Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne*. Les Dossiers de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie, 2005. **22**: p. 1-20.
4. Diliège, D., *Des médecins Belges parlent de leur métier*. . Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, 2004. **44**: p. 443–506.
5. Collège des Médecins du Québec, *Rapport sur les effectifs médicaux 2006-2007*. 2007.
6. Rosser, W., *The decline of family medicine as a career choice*. CMAJ, 2002. **166**(11): p. 1419-1420.
7. Bowler, I. and N. Jackson, *Experiences and career intentions of general practice registrars in Thames deaneries: postal survey*. BMJ, 2002. **324**(7335): p. 464-465.
8. Sox, H.C., *The Future of Primary Care*. Annals of Internal Medicine, 2003. **138**(3): p. 230-232.
9. GRIS, *Analyse de l'évolution de l'offre des services médicaux dans une perspective de planification de la main-d'oeuvre médicale au Québec*. 2007.
10. Collège des Médecins du Québec, *Étude sur les effectifs médicaux au Québec*. 2003.
11. GRIS, *Caractéristiques des médecins du Québec et de leur pratique selon le temps consacré à leurs activités professionnelles*. 2005.
12. ICIS: Tepper, J., *L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada 1992-2001*. 2004.
13. Savard, I. and J. Rodrigue, *L'évolution de la carrière des médecins omnipraticiens*. Le Médecin du Québec, 2003. **38**(2): p. 87-103.
14. Beaulieu, M.-D., et al., *General practice as seen through the eyes of general practice trainees: a qualitative study*. . Scandinavian Journal of Primary Health Care,, 2006. **24**(3): p. 174-180.
15. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, *Le Groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille*. 2005.
16. Department of Health & Royal College of General Practitioners, *Implementing a scheme for general practitioners with special interests*. 2002: London, UK.
17. TaskForceTwo, *Validating the range and scope of new models for the delivery of medical services. Final report and synthesis*. 2004.
18. MSSSQ, *Le Ministre Yves Bolduc annonce la mise en place d'une table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne.*, Communiqué, Editor. 2009, MSSSQ.
19. Balint, M., *Le médecin, son malade, et sa maladie*. 1957, London, UK: Pitman.
20. McWhinney, I., *An Introduction to Family Medicine*. 1981, New York: Oxford University Press.
21. Collège des Médecins de Famille du Canada and Comité sur le curriculum de la Section des enseignants, *Four principles of family medicine*. The postgraduate family medicine curriculum: an integrated approach., 2003: p. 8-10.

22. Rosser, W., *La persistance des quatre principes de la médecine familiale au Canada*. Can Fam Physician, 2006. **52**: p. 1196.
23. Gutkin, C., *Le professionnalisme et les médecins de famille*. Can Fam Physician, 2004(50): p. 1326-1327.
24. Jones, L. and J. Green, *Shifting discourses of professionalism: a case study of general practitioners in the United Kingdom*. Sociology of Health & Illness, 2006. **28**(7): p. 927-950.
25. Desrosiers, G., *Le devenir de la profession d'infirmière : rôle et importance de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec dans un contexte de mondialisation*, in *1er Congrès international de la Faculté des sciences infirmières*. 2006: Université Saint-Joseph de Beyrouth, Liban.
26. Romanow, R.J., *Building on values: The future of health care in Canada (1st ed.)*, C.o.t.F.o.H.C.i. Canada., Editor. 2002: Ottawa.
27. Lupton, D., *Doctors on the medical profession*. Sociology of Health and Illness, 1997. **19**: p. 480-97.
28. Charles-Jones, H., J. Latimer, and C. May, *Transforming general practice: the redistribution of medical work in primary care*. Sociology of Health and Illness, 2003. **25**: p. 71-92.
29. FMRQ, *Rencontre des délégués: sondage sur les préoccupations des résidents québécois*, in *L'Actualité médicale*. 2007. p. 21.
30. Collège des Médecins du Québec, *Position du Collège des médecins sur l'organisation des services médicaux au Québec*. 2000.
31. Smith, L.G., *Medical professionalism and the generation gap*. The American Journal of Medicine, 2005. **118**(4): p. 439-442.
32. Beaulieu, M., et al., *Family practice: Professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada*. Social Science and Medicine, 2008. **67**: p. 1153-1163.
33. Jones, L. and T. Fisher, *Workforce trends in general practice in the UK: results from a longitudinal study of doctors' careers*. British Journal of General Practice, 2006. **56**(523): p. 134-136.
34. Glaser, B. and A. Strauss, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. 1967, Chicago: Aldine Publishing Company.
35. Laperrrière, A., *La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches.*, in *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. 1999: Boucherville. p. 313-314.
36. Guillemette, F., *L'approche de la grounded theory: pour innover?* Recherches qualitatives, 2006. **26**(1): p. 32-50.
37. Weber, M., *Le Savant et le Politique*. 1919, Munich: 10/18.
38. Strauss, A. and J. Corbin, *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 1998: Thousand Oaks: Sage.
39. Kuzel, A., *Sampling in qualitative inquiry*, in *Doing Qualitative Research*, B. Crabtree and W. Miller, Editors. 1999. p. 33-46.
40. Van Der Maren, J.-M., *Méthodes de recherche pour l'éducation*, in *Méthodes en sciences humaines*. 2004, De Boeck & Larcier: Bruxelles. p. 320-323.
41. Savard, I. and J. Rodrigue, *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec. Évolution des effectifs et des profils de pratique de 1995 à 2005*. 2006.
42. Van Der Maren, J.-M., *Méthodes de recherche pour l'éducation*. 2ème ed. Méthodes en sciences humaines. 2004, Bruxelles: De Boeck & Larcier.

43. Krueger, R.A., *Focus groups: A practical guide for applied research*. 2nd ed. 1994, London: Sage Publications.
44. Weber, M., *Déterminants de l'activité sociale*, in *Économie et société*, Tome 1 1971, Plon: Paris. p. 22-23.
45. Flexner, A., *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, Updyke, Editor. 1910: Boston, Mass.
46. Weber, M., *L'objectivité de la connaissance dans les sciences et la politique sociales*, in *Essais sur la théorie de la science*. 1965, Librairie Plon: Paris.
47. Swartz, D., *Culture and Power: The Sociology of Pierre Bourdieu*, ed. T.U.o.C. Press. 1997, Chicago.
48. Programme d'aide aux médecins du Québec, *Rapport annuel 2005-2006*. 2006.
49. Petchey, R., J. Williams, and M. Baker, *Ending up a GP: a qualitative study of junior doctors' perceptions of general practice as a career*. *Family Practice*, 1997. **14**(3): p. 194-198.
50. Vaughan, C., *Career choices for generation X*. *BMJ*, 1995. **311**(7004): p. 525-526.
51. Parsons, T., *Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice*, in *The Social System*. 1951, The Free Press of Glencoe: Illinois. p. 428-479.
- .
52. Cruess, R.L. and S.R. Cruess, *Teaching professionalism: general principles*. *Medical Teacher*, 2006. **28**(3): p. 205-208.
53. Cruess, S.R. and R.L. Cruess, *Professionalism: a contract between medicine and society*. *CMAJ*, 2000. **162**(5): p. 668-669.
54. Shuval, J.T. and J. Bernstein, *The dynamics of professional commitment: Immigrant physicians from the former Soviet Union in Israel*. *Social Science & Medicine*, 1996. **42**(7): p. 965-974.
55. Lipovetsky, G., *L'ère du vide: essai sur l'individualisme contemporain*, ed. Gallimard. 1983, Paris.
56. Giddens, A., *Classical Social Theory and the Origins of Modern Sociology*. *American Journal of Sociology*, 1976. **81**(4): p. 703-729
57. Coar, L. and J. Sim, *Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2006. **24** (4): p. 251-256.
58. Bourdieu, P., *Comprendre*, in *La misère du monde*, Éd. Seuil, Editor. 1993: Paris. p. 1395-1397.
59. AFMC, *The Future of Medical Education in Canada*. 2010, The Association of Faculties of Medicine of Canada: Ottawa.
60. Borges, N. and J. Fraser, *Stability of values during medical school*. *Medical Teacher*, 2010. **32**(9): p. 779-782.
61. Wright, S., A. Wong, and C. Newill, *The impact of role models on medical students*. *J Gen Intern Med*, 1997. **12**: p. 53-56.

Annexe 1 : Lettre d'information et de recrutement

Montréal, le 12 novembre 2008

OBJET : **« La médecine familiale vue par les jeunes omnipraticiens : rejet de la vocation et de la continuité des soins? »**

Cher(e) collègue,

On ne pratique plus la médecine en 2008 comme on la pratiquait il y a 20 ans. Certaines transformations, cependant, interrogent plus que d'autres. Récemment, beaucoup d'attention a été portée sur l'évolution du profil de pratique des jeunes médecins canadiens, et en particulier les nouveaux généralistes. Selon les dernières données du Sondage National des Médecins, ceux-ci font moins de suivi et de prise en charge de patients et semblent adopter une pratique plus circonscrite, spécialisée; ils travaillent également moins d'heures par semaine que leurs aînés et accorderaient plus d'importance à leur qualité de vie.

Les médias, de même que certaines autorités gouvernementales et médicales, n'ont pas hésité à lier ce « nouveau » profil de pratique à la pénurie actuelle de médecins de famille, le qualifiant au passage de *facile* et de *lucratif* tout en mettant en doute les motivations personnelles des jeunes médecins qui s'en réclament.

Qu'on se prononce sans qu'ait été donnée la parole aux principaux intéressés nous apparaît précipité. J'effectue donc, dans le cadre de ma maîtrise en pédagogie médicale à l'Université de Montréal, une étude subventionnée¹ visant à **comprendre pourquoi les jeunes généralistes adoptent un profil de pratique caractérisé par moins de prise en charge et une pratique plus spécialisée que leurs aînés**. Notre objectif n'est pas de « juger » ce phénomène, mais bien au contraire d'explorer les aspirations professionnelles et les priorités des jeunes généralistes dans le but d'adapter la formation dispensée en médecine familiale ainsi que les politiques de santé aux conditions qui les caractérisent.

C'est à ce sujet que je vous sollicite.

Nous sommes à la recherche de généralistes urgentologues disposés à participer à une entrevue individuelle ou de groupe d'une durée de 20 à 30 minutes, qui se tiendrait en cette fin d'automne – début d'hiver. Nous savons que votre emploi du temps est sans doute déjà bien chargé et nous ferons preuve, afin de vous compter parmi nos participants, d'une flexibilité maximale dans la détermination du lieu et du moment précis de cette entrevue.

Nous recherchons des omnipraticiens :

¹ Cette étude est conjointement subventionnée par le Centre de recherche du CHUM, le Collège des médecins de famille du Canada ainsi que le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de l'Université de Montréal.

- **avec moins de dix années de pratique** (ayant donc complété leur résidence en médecine familiale entre 1998 et 2008);
- **dont la pratique se situe majoritairement en médecine d'urgence** (avec peu ou pas de pratique en cabinet).

Votre participation à cette étude, qui demeurera confidentielle, vous permettra néanmoins de partager votre expérience de la pratique actuelle de la médecine généraliste. Nous n'offrons aucune compensation financière, bien qu'un repas vous sera offert durant l'entrevue.

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Si vous êtes intéressé(e) à participer, veuillez SVP communiquer avec moi par courriel. C'est avec grand plaisir que je vous expliquerai davantage le projet ainsi que notre processus d'entrevues. Je vous acheminerai volontiers de la documentation supplémentaire à cet effet, à votre convenance.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à cette invitation.

Au plaisir de pouvoir vous rencontrer,

Philippe Karazivan, M.D.
UMF de l'Hôpital Notre-Dame du CHUM
Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé (CPASS)
Département de médecine générale du CHUM

adresse@courriel

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

Titre du projet :

La médecine familiale vue par les jeunes omnipraticiens : rejet de la vocation et de la continuité des soins?

Chercheur principal:

Philippe Karazivan, M.D.

Médecin de famille, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Chargé d'enseignement clinique, Université de Montréal

Maîtrise Ès Arts en Sciences de l'Éducation, option pédagogie universitaire des sciences médicales, Université de Montréal

Collaborateurs :

Marie-Dominique Beaulieu, M.D., M.Sc.

Chaire de recherche Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale

Centre de recherche du CHUM

Directrice de recherche du chercheur principal

Mathieu Albert, Ph.D

Wilson Center, Faculty of Medicine

University of Toronto

Claudio Del Grande, M.Sc.

Université de Montréal

Agent de recherche

Organisme subventionnaire :

Ce projet de recherche a été subventionné par :

1. Le Centre de Recherche du CHUM;
2. La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal (fonds facultaire de soutien à la recherche en éducation des sciences de la santé);
3. Le Collège des médecins de famille du Canada (demande de subvention en cours).

Description du projet :

Le profil de pratique des finissants en médecine familiale a beaucoup évolué au cours des dernières années. Les jeunes généralistes accordent plus d'importance à leur qualité de vie, travaillent moins d'heures, adoptent une pratique plus spécialisée et font moins de suivi et de prise en charge de patients que leurs aînés.

La plupart des autorités médicales et gouvernementales n'hésitent pas à pointer du doigt les jeunes médecins comme étant responsables, en partie, de la pénurie actuelle, et à qualifier leur pratique de *facile* et *lucrative*. Le nouveau profil de pratique semble leur apparaître basé sur des motivations égoïstes et individualistes des jeunes médecins.

Au même moment, certains auteurs suggèrent que nous assistons non pas à une « déprofessionnalisation », mais bien à une « reprofessionnalisation », qui s'inscrirait dans le cadre d'un changement plus global, d'un rejet du modèle traditionnel et du concept de vocation, et qui serait appuyé sur des valeurs propres à la nouvelle génération, sur une approche interdisciplinaire, et sur une vision contemporaine et peut-être plus efficace de la médecine familiale.

Nous voulons explorer, à l'aide d'une approche qualitative et des entrevues individuelles et de groupe auprès de 30 jeunes généralistes, les aspirations professionnelles et les priorités des jeunes généralistes, ainsi que la vision qu'ils ont de leurs rôles et de leurs responsabilités envers la population, et les comparer au modèle traditionnel. Nous ferons 5 entrevues individuelles préliminaires, 3 entrevues de groupe, et finalement 5 autres entrevues individuelles finales.

Procédures :

En tant que jeune médecin de famille, nous vous invitons à participer à ce projet de recherche (dans le cadre de la maîtrise en pédagogie médicale du chercheur principal). Votre participation consistera à une entrevue (individuelle ou de groupe), d'une durée de 60 à 90 minutes, au mois d'août 2008, à l'Université de Montréal, où vous serez invité à répondre à des questions concernant votre profil de pratique, vos priorités, votre rôle, et vos responsabilités en tant que médecin de famille. Aucune préparation n'est nécessaire.

Avantages et bénéfices :

Contribuer à la compréhension du phénomène à l'étude (la perception qu'ont les jeunes généralistes de leur profil de pratique, en comparaison avec le modèle de pratique traditionnel). Un goûter sera servi, car les entrevues auront lieu à 18h30, sur semaine.

Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Risques et inconvénients :

La participation au projet ne provoquera pas d'inconvénients, hormis le temps requis pour participer, un soir de semaine, à une entrevue individuelle de 60 à 90 minutes.

Critères d'exclusion :

Il n'y a pas de critères d'exclusion. Les critères d'inclusion sont les suivants :

- jeune médecin de famille (0 à 10 ans de pratique)
- plus de 50% de vos activités cliniques en médecine d'urgence
- moins de 50% de vos activités cliniques sont en cabinet (bureau, continuité de soins).

Confidentialité

Les entrevues seront enregistrées (audio), puis complètement retranscrites. Les données demeureront strictement confidentielles : le chercheur principal codera les données, et attribuera un nom fictif à chacun des participants, pour les fins de l'analyse. L'identité réelle des participants ne sera connue que par le chercheur principal et son assistant de recherche qui participera à l'entrevue.

Ce projet de recherche fera l'objet d'un article dans une revue de médecine ou de pédagogie médicale. Lors de l'analyse et de la diffusion des résultats, le chercheur peut décider qu'il est nécessaire de joindre aux données des informations supplémentaires vous concernant (âge, sexe, profil général de pratique) sans que celles-ci ne permettent de vous identifier. Par exemple, dans son article, il peut citer un participant de la façon suivante :

Marc (nom fictif), 30 ans (âge réel), pratique exclusivement à l'urgence : « Je pense que.... »

SVP cocher une des deux options suivantes :

- J'accepte que le chercheur principal joigne mon âge, mon sexe et le profil général de ma pratique aux données. Ces informations ne doivent pas permettre de m'identifier.
- Je refuse que le chercheur principal joigne mon âge, mon sexe et le profil général de ma pratique aux données.

Étant donné la nature des entrevues de groupe, les propos échangés seront connus des autres participants. Nous demandons donc à tous les participants des entrevues de groupe de faire preuve de discrétion en regard aux propos échangés.

Les enregistrements seront conservés pour une durée de 7 ans au Centre de Pédagogie appliquée aux Sciences de la Santé de l'Université de Montréal. Les chercheurs principaux de l'étude seront les seuls à y avoir accès. Après cette période, ils seront détruits.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal ainsi que par des représentants de l'organisme subventionnaire (Collège des Médecins de famille du Canada). Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Éventualité d'une suspension de l'étude :

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons. En cas de retrait en cours d'entrevue, il y aura destruction des données et des sections d'enregistrement vous concernant.

Indemnité :

Aucune

Informations de type administratif :

- L'original du formulaire sera conservé au Centre de Pédagogie Appliquée des Sciences de la Santé de l'Université de Montréal, et une copie signée sera remise au participant.

- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM (Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine de l'université de Montréal) le 3 juillet 2008.
- Numéro de référence : CERFM : 08 4#293
- Date de la version du présent formulaire : 30 juin 2008.

Personnes-ressources :

Philippe Karazivan M.D.

Département de Médecine familiale de l'Université de Montréal

Département de médecine générale du CHUM

Maîtrise Ès Arts en Sciences de l'Éducation, option pédagogie universitaire des sciences médicales, Université de Montréal

Chaire de recherche Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale

Centre de recherche du CHUM

Hôpital Notre-Dame

Pavillon L.-C. Simard, 8e étage

Montreal (Québec) H2L 4M1

*Téléphone : 514-***-*****

*Télécopieur : 514-***-*****

Courriel : adresse@courriel

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. (L'ombudsman accepte les appels à frais virés)

Adhésion au projet et signatures :

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

Nom du participant	Signature du participant	Date
--------------------	--------------------------	------

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom du Chercheur	Signature du chercheur	Date
------------------	------------------------	------

Annexe 3 : Approbation éthique

CERTIFICAT D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (CERFM)

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé :

**La médecine familiale vue par les jeunes omnipraticiens : rejet de la vocation et de la
continuité des soins?**

présenté par : Dr Philippe Karazivan et col.

Financé par : CRCHUM, FdM et CMFC

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.

Isabelle B-Ganache, présidente

Date de soumission : 19 février 2008

Date d'approbation : **Modifié et approuvé le 3 juillet 2008**

Numéro de référence : CERFM 91 (08) 4#293

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.

OBLIGATIONS DU CHERCHEUR :

SE CONFORMER À L'ARTICLE 19 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, CONCERNANT LA CONFIDENTIALITÉ DES DOSSIERS DE RECHERCHE ET LA TRANSMISSION DE DONNÉES CONFIDENTIELLES EN LIEN AVEC LA RECHERCHE.

SOLLICITER LE CERFM POUR TOUTES MODIFICATIONS ULTÉRIEURES AU PROTOCOLE OU AU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.

TRANSMETTRE IMMÉDIATEMENT AU CERFM TOUT ÉVÉNEMENT INATTENDU OU EFFET INDÉSIRABLE RENCONTRÉS EN COURS DE PROJET.

COMPLÉTER ANNUELLEMENT UN FORMULAIRE DE SUIVI.

Annexe 4 : Grille initiale et schéma initial d'entrevue

PRÉAMBULE :

Présenter l'**objet de la recherche** : *Le « nouveau » profil de pratique des jeunes généralistes.*

Et la **question de recherche** : *Quel sens les jeunes généralistes attribuent-ils à leur nouveau profil de pratique? Et comment le perçoivent-ils par rapport au modèle traditionnel de la médecine familiale?*

Présenter le format des entretiens : quelques thèmes, mais une structure ouverte. Durée flexible. On considère primordial que vous puissiez nous parler franchement de **ce qui est important pour vous**, de **votre expérience personnelle**. On souhaite que vous puissiez nous parler de *votre travail, vos choix, vos priorités, vos valeurs*, bref de votre façon de voir les choses de la façon la plus transparente possible.

Partager notre objectif : *comprendre* (et, dans la mesure du possible, *faire comprendre*) les changements qu'on observe à l'heure actuelle dans la pratique des jeunes généralistes, cette « tendance » à réduire le champ de pratique et développer certains intérêts spécialisés en médecine familiale, changements qui suscitent certains remous, on ne s'en cachera pas...

Rappeler l'anonymat des propos. Toute information (noms de personne, de lieux, etc.) qui se retrouverait sur l'enregistrement et qui pourrait permettre votre identification sera soit retirée, rendue générique ou changée.

Rappeler notre « indépendance » en tant que chercheurs : on ne sera pas ni défenseurs ni pourfendeurs de vos propos, plutôt « rapporteurs »... Il s'agit d'un sujet « chaud » et on permet aux principaux intéressés de s'exprimer librement...

OBJECTIF GÉNÉRAL :

- Comprendre pourquoi certains médecins ayant reçu une formation en médecine familiale se tournent vers un profil de pratique « moins convenu » par rapport au cadre de leur formation initiale... [les motivations, intérêts, valeurs, pressions, tensions, défis, visions] ...pourquoi de plus en plus de jeunes médecins, avec une formation de médecin de famille en poche, vont plutôt choisir de faire une pratique hospitalière qui est davantage circonscrite. Alors, vous, c'est quoi votre histoire? Parlez-nous de votre expérience...

QUESTIONS SPÉCIFIQUES SUR LES THÈMES D'ENTRETIEN :➤ **1. Le profil de pratique...**

→ Parlez-nous de votre pratique... Comment la décririez-vous / Comment la caractérisez-vous? / Qu'est-ce que vous faites comme médecin? [L'état des lieux]

→ Avez-vous l'impression que c'est un profil de pratique qui est répandu chez les généralistes, selon vous, à partir de votre expérience professionnelle, de vos contacts avec des collègues, etc., ou est-ce plutôt considéré marginal?

→ Comment, *vous*, avez-vous abouti à pratiquer une médecine de ce type-là? Comment ça s'est passé? [Parcours/Cheminement professionnel]

➤ **2. Les aspirations professionnelles...**

→ Êtes-vous satisfait professionnellement? [Satisfaction professionnelle]

→ À quoi aspirez-vous professionnellement? Quelles sont vos attentes, aujourd'hui, par rapport à votre profession? [Ambiance, horaires de travail, etc.]

→ Très personnellement, quel est votre idéal professionnel, vos priorités?

→ Qu'est-ce que vous valorisez dans votre travail ou dans « le » travail en général?

→ Qu'est-ce que vous aimez de votre pratique? Ce que vous aimez un peu moins?

[Attirances/Distances]

→ Est-ce que c'est quelque chose qui a changé dans le cours de votre formation pour devenir médecin, vos aspirations, vos valeurs professionnelles?

→ Où vous voyez-vous dans 5-10 ans? Pensez-vous avoir un type de pratique comparable à celui que vous avez en ce moment?

➤ 3. La vision/perception de leur rôle et responsabilités envers la population...

→ Parlez-nous de votre rôle, de vos responsabilités vis-à-vis vos patients dans le cadre de votre profil de pratique... Comment voyez-vous ça?

→ Qu'est-ce que la médecine familiale pour vous, son rôle, sa fonction?

→ C'est quoi un 'bon' médecin de famille pour vous, en 2008? Son rôle, ses responsabilités?

→ Comment vous comparez-vous à ce « modèle »?

→ Que pensez-vous de l'idée de 'vocation' de médecin de famille, en 2008?

→ Est-ce que la formation de médecine familiale s'est avérée appropriée ou adaptée à ce que vous faites présentement? À ce que vous pensiez faire lorsque vous avez choisi de suivre cette formation-là?

➤ **4. Vos commentaires sur le modèle holistique traditionnel**

→ Qu'est-ce que vous pensez du modèle holistique traditionnel de la médecine familiale?

→ Comment vivez-vous le fait d'avoir un type de pratique qui s'en distingue, au moins en partie?

→ Est-ce qu'un type de pratique comme le vôtre vous apparaît plus —ou moins— efficace que le modèle holistique traditionnel à certains égards? Lesquels?

➤ **Vos réactions aux critiques faites aux jeunes médecins actuels**

→ D'abord, êtes-vous exposés à de telles critiques?

→ Qu'en pensez-vous?

CLÔTURE

○ **Ouverture** avant de clore

« Est-ce qu'il y a une raison particulière qui vous a motivé à participer à notre étude? »

« Est-ce qu'il y a quelque chose d'important dont vous auriez aimé qu'on parle et qu'on n'a pas pu aborder pendant l'entrevue? »

○ Informations sociodémographiques requises (le cas échéant)

- **Remerciements et clôture** : laisser nos coordonnées courriel afin d'être joignable si le répondant a quelque chose à ajouter / suggestions / commentaires?

Annexe 5 : Grille initiale de codification

QDA Miner - C:\Users\Philippe\Documents\Projet\Analyses août-sept 2009\PK-aout 2009.wpj

Project Cases Variables Codes Document Analyze Help

CASES:

- Entrevue1
- Entrevue14
- Entrevue15
- Entrevue16
- Entrevue18
- Entrevue2
- Entrevue3
- Entrevue4
- Entrevue5
- Entrevue6
- Focus Group 1
- Entrevue17

VARIABLES

FILE Entrevue1

DOCUMENT [DOCUMENT]

CHOIX_MF Voulait être Urgente

CODES

DOCUMENTS:

DOCUMENT

Times New Roman 10

CODE: 1-Rapports vie prof / vie perso

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

Participant : Je n'ai jamais voulu faire médecine générale...ben en fait comment je dirais bien ça...j'ai été amené à faire de la médecine parce que j'ai jamais les sciences et là j'ai eu des expériences de travail quand j'étais plus jeune que je voyais...je voyais qu'il fallait qu'il y ait des gens autour de moi et j'ai été exposé à un accident et j'ai aimé ça donc j'ai décidé de faire ma médecine à cause de ça. Pendant ma médecine ce n'est pas quelque chose qui était valonsé de vouloir devenir médecin de famille. Je n'ai jamais entendu personne dire ça...peut être toi mais sinon je n'ai pas l'impression d'avoir entendu ça bien souvent « Moi je veux être médecin généraliste ». Tu voulais faire mais ils se retrouvent quand même dans un côté, ce n'est pas glamour, ce n'est pas chic de dire « Je veux être omnipraticien ».

Interviewer : Ok

Participant : Pis à force de faire ta formation tu n'es pas exposé non plus à aucun médecin de famille.

Interviewer : C'est vrai

Participant : Ton externat, tous tes stages, tous tes cours en pré-méd ce sont tous des spécialistes qui les donnent. Tu ne vois jamais un omni faire un cours sur tel problème c'est toujours un spécialiste. Tous les APP...là maintenant c'est peut être un peu moins vrai je pense qu'ils ont recruté des omni pour faire des APP parce qu'il en manquait trop...probablement parce qu'il en manquait pas parce que c'était valonsé. Il y avait une pénurie d'enseignants donc ils sont allés chercher des omni alors ça te dit un peu ce que ça veut dire

Interviewer : Absolument

Participant : Ce n'est pas valonsé à l'université je pense. Alors tu fais tes APP avec des spécialistes parce que dans mon temps je ne me rappelle pas d'avoir eu un omni comme professeur d'APP et là tu fais ton externat et du fait des stages de médecine de spécialité tout le long...là ça probablement change. Moi j'ai fait des stages d'urgence parce que j'ai jamais ça mais c'était des stages à options et là présentement ce n'est plus des stages à option ce sont des stages obligatoires. Il y a un stage de médecine familiale que je n'ai pas vraiment aimé. Ce n'est pas grâce à mon stage de médecine familiale que j'ai fait de la médecine familiale. J'ai fait de la médecine familiale...j'ai toujours hésité entre faire mon cinq ans de médecine d'urgence pis ma médecine familiale plus une année supplémentaire.

Interviewer : Tu savais que tu voulais faire de la pratique

Participant : Je savais que je voulais faire de l'urgence. Pour moi un médecin c'était un médecin à l'urgence.

Interviewer : Depuis quand c'est ça dans ta tête?

1 / 12

Enoncés

- 1-Rapports vie prof / vie perso
- 2-Épanouissement=Changement
- 3-Expér négative Prégrad MF
- 4-Résidence MF donne pas envie
- 5-Expér. positive Stage Urgence
- 6-Urg = à faire au début
- 7-MF important théoriquement, mais...
- 8-Autres
- Deux sortes de médecine
- Intérêts professionnels
- Choix carrière
- Hot
- Le relationnel ne s'apprend pas
- Pas d'accord
- Épistémologie
- Enoncés

3-Expér négative Prégrad MF

Hot

3-Expér négative Prégrad MF

5-Expér. positive Stage Urgence

3-Expér négative Prégrad MF

4-Résidence MF donne pas envie

Choix carrière