

UNIVERSITÉ DE LIÈGE
FACULTÉ DE MÉDECINE
Département de Médecine Générale

**FACTEURS D'ATTRACTION ET DE MAINTIEN DANS LA
PROFESSION DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

Une analyse par les choix d'orientation professionnelle
d'étudiants et de jeunes médecins



Anne-Laure LENOIR

Dissertation présentée
en vue de l'obtention du grade de
Docteur en Sciences médicales

2017

Promoteur

Professeur Didier Giet, Université de Liège

Membres du jury

Professeur Dominique Verpoorten, Université de Liège, Président du jury

Professeur Didier Giet, Université de Liège

Professeur Anselme Derese, Universiteit Gent

Docteur Christiane Duchesnes, Université de Liège

Professeur Laurent Letrilliart, Université de Lyon

Professeur Vincent Lorant, Université Catholique de Louvain

Résumé

Le point de départ de ce travail de thèse, exposé dans le premier chapitre, renvoie à l'évolution des besoins et demandes en soins vers une augmentation en volume et en complexité, du fait des changements démographiques, techniques et économiques. De ce fait, l'OMS recommande une réorientation des services de santé vers les soins primaires, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements, tout en produisant de meilleurs résultats. Dans cet objectif, les systèmes de santé doivent, entre autres, posséder des ressources suffisantes en médecins généralistes, acteurs centraux des soins primaires.

Or, comme dans d'autres pays de l'OCDE, des craintes existent en Belgique quant à la possibilité d'assurer une offre en médecine générale suffisante pour faire face aux évolutions des besoins en soins. En effet, d'une part, le départ à la retraite d'une cohorte importante de médecins généralistes actifs, ainsi que l'accroissement du travail à temps partiel et la part non négligeable de médecins généralistes inactifs, risquent vraisemblablement de diminuer l'offre de soins. D'autre part, jusqu'il y a peu, le nombre de médecins se spécialisant en médecine générale n'atteignait pas les quotas minimaux prévus par le contingentement, un déficit cumulé important existant toujours en 2015.

Pour cette raison, la question sous-jacente à cette thèse a été d'**identifier les facteurs orientant les choix professionnels des étudiants et de la jeune génération de diplômés de médecine générale, afin de proposer des pistes de solutions pour promouvoir l'attractivité de cette discipline et pour maintenir les médecins généralistes dans la profession.**

Dans ce but, nous avons choisi d'envisager les différentes étapes menant les individus à la pratique de la médecine générale – à savoir leur choix de spécialité, leur installation et leur maintien dans la pratique – dans une perspective holistique : leur parcours professionnel. Nous avons considéré le choix d'une spécialité médicale comme un choix d'orientation professionnelle, et les arrêts et les modifications d'organisation du travail des médecins généralistes comme des évolutions de leur parcours professionnel.

La construction des choix d'orientation et des parcours professionnels étant complexe au vu des nombreux facteurs mis en évidence dans la littérature, il nous semblait nécessaire d'inscrire notre réflexion dans un cadre multidisciplinaire. Pour cela, dans le deuxième chapitre, nous nous sommes aidée des théories de l'orientation professionnelle issues de la psychologie et de la sociologie, afin de mieux saisir les déterminants individuels et sociétaux des choix d'orientation. Ces théories nous ont également aidée à discuter des actions et des interactions des facteurs liés aux choix d'orientation professionnelle des étudiants en médecine et des médecins généralistes, tels qu'ils ont été mis en évidence dans la littérature.

Cette revue de la littérature nous a permis d'arriver à deux constats, qui ont constitué la problématique abordée dans ce travail.

Premièrement, le parcours universitaire influence le choix de spécialisation en agissant à la fois sur la personnalité des étudiants, basée sur leurs valeurs et leurs intérêts, et sur leurs représentations des spécialités. Or, très peu d'informations sont disponibles sur les choix de spécialisation, les différences de personnalité et de représentation du métier de médecin avant l'exposition aux spécialités, lors des stages et des cours.

Deuxièmement, la problématique des forces de travail en médecine générale est quasi exclusivement étudiée en séparant le problème de l'attraction de celui du maintien dans la profession. Aucune étude prenant en considération l'ensemble du parcours des médecins généralistes ne semblait exister jusqu'alors.

Sur base de ces constats, deux grandes questions de recherche ont structuré ce travail de thèse.

- *Les étudiants débutant la phase clinique de leur formation ont-ils les mêmes intérêts professionnels et les mêmes représentations du métier de médecin quelle que soit la spécialité qu'ils envisagent ?*
- *A quoi ressemblent les parcours étudiants et professionnels des diplômés en médecine générale et quels sont les facteurs les ayant influencés, du choix de leurs études de médecine à leur situation professionnelle actuelle ?*

Le choix de nous concentrer sur les étudiants et les jeunes générations de médecins généralistes était justifié par le fait qu'elles représentent le présent et l'avenir de la force de travail en médecine générale, et que des différences générationnelles peuvent intervenir dans la conception du parcours professionnel.

Pour répondre à ces questions, trois études ont été réalisées.

La **première étude** (chapitre 3) avait pour premier objectif d'explorer les choix possibles d'orientation, ainsi que les intérêts professionnels et les représentations du métier de médecin des étudiants de l'Université de Liège au début de la phase clinique de leurs études de médecine, lors de leur première année de Master, à une période où ils avaient donc été peu confrontés aux différentes spécialités. Dans un second temps, nous avons voulu voir si un lien existait entre le projet de spécialisation des étudiants et les intérêts et représentations professionnels.

Cette étude a permis de souligner que la moitié des étudiants en début de phase clinique des études de médecine n'envisageaient encore aucune spécialité médicale, et que seul un étudiant sur cinq avait une idée précise de la discipline vers laquelle il souhaitait s'orienter. La médecine générale se plaçait en deuxième position des spécialités le plus souvent envisagées par les étudiants et était rejetée par moins de 10 % d'entre eux. Ensuite, si les étudiants partageaient certains intérêts professionnels communs, la motivation à choisir une spécialité plutôt qu'une autre reposait à la fois sur des intérêts professionnels et des représentations personnelles des spécialités. Ainsi, la

médecine générale, par exemple, était plus souvent envisagée par les étudiants portant de l'intérêt à l'autonomie et aux contacts humains, mais également se représentant le métier de médecin comme exigeant et privilégiant les patients. Cette étude a également montré que, bien qu'ils n'aient pas encore été confrontés à la pratique des différentes disciplines, les étudiants envisageaient ou rejetaient les spécialités en fonction de certaines de leurs caractéristiques supposées.

Néanmoins, si le choix final de spécialisation, en tant que choix d'orientation, résulte en un appariement individu-profession basé sur un examen préalable de la congruence entre les représentations que les étudiants ont d'eux-mêmes (dépendant de leurs caractéristiques de personnalité) et celles qu'ils ont des spécialités, il n'en reste pas moins que ce choix va être soumis à de nombreuses influences, une fois les étudiants diplômés et pleinement inscrits dans leur pratique médicale.

De ce fait, procéder à des recherches, non plus sur les étudiants, mais sur les diplômés de médecine générale, apparaissait comme le complément nécessaire afin d'approfondir notre compréhension des facteurs influençant les choix d'orientation tout au long du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Cela permettait de compléter l'analyse sur la manière dont les intérêts et les attentes professionnels trouvaient à s'exprimer et prenaient sens dans la suite du parcours professionnel des diplômés.

Par conséquent, la **deuxième étude**, développée dans le chapitre 4, constituait la première phase d'une recherche consacrée aux parcours professionnels des diplômés en médecine générale entre 1999 et 2013, issus des trois universités francophones belges (Université de Liège, Université Catholique de Louvain et Université Libre de Bruxelles). L'objectif de cette étude était de caractériser les activités des diplômés au moment de l'étude. Dans le cas de la médecine générale, cela permettait en outre de caractériser leur temps de travail, les activités exercées et le type de pratique. Ceci fournissait donc un état des lieux des jeunes médecins généralistes actifs, alors que ces données étaient jusqu'alors imprécises. Nous pouvions ainsi bénéficier de données fiables sur la proportion de généralistes actifs et mettre en évidence les modes d'organisation du travail des diplômés exerçant la médecine générale afin de rechercher des liens entre ces modes d'organisation et le temps de travail, de cibler des profils différents à interroger de manière qualitative, lors de la deuxième phase de l'étude.

Il en ressortait ainsi que 21.5 % des jeunes diplômés de médecine générale ne pratiquaient pas ou plus la discipline. Ils exerçaient pour la plupart des activités médicales, et seule une minorité avait totalement arrêté toute pratique médicale. Quant à ceux exerçant la médecine générale, ils avaient des pratiques variées, tant en termes de type d'activités que de temps de travail. Ainsi, 45.8 % travaillaient à temps partiel et la plupart exerçaient des activités complémentaires. Cette étude a également pu mettre en évidence que choisir la médecine générale comme spécialisation au moment de

l'obtention du diplôme de médecine était corrélé à une plus grande probabilité de maintien dans la pratique de médecine générale. Ce recensement des activités et des organisations de travail des jeunes diplômés de médecine générale soulignait que les chemins individuels ne sont pas linéaires.

Dès lors, afin d'approfondir l'analyse, il nous semblait utile d'interroger individuellement une partie de ces diplômés, pour mieux saisir le cheminement les ayant menés à leur situation professionnelle actuelle, et restituer la dynamique régissant les parcours individuels.

C'était là l'objet de la **troisième et dernière étude**, développée dans le chapitre 5, et qui constituait la seconde phase de la recherche précédente, avec pour objectif, grâce à 59 entretiens semi-directifs menés auprès d'un échantillon des diplômés recrutés lors de la phase précédente, de décrire les parcours des diplômés de médecine générale afin d'identifier les facteurs ayant influencé le parcours étudiant et professionnel de jeunes médecins généralistes. Le questionnaire utilisé lors de la phase 1 a permis de distinguer trois profils de diplômés, en lien avec l'objectif de mieux appréhender la diversité des parcours professionnels : les diplômés exerçant la médecine générale à temps plein, ceux l'exerçant à temps partiel et ceux ne pratiquant plus la médecine générale. Ces trois groupes étaient interrogés sur leur parcours professionnel, permettant ainsi d'appréhender les spécificités et les éléments communs à ces différents profils.

Cela nous a permis de souligner que les parcours des diplômés répondaient aux principes du développement tout au long de la vie et impliquaient l'ensemble des rôles sociaux des individus. Cette construction continue du parcours professionnel complique la prédiction de son évolution. Cependant, des facteurs communs à l'ensemble des diplômés ont été objectivés. Parmi ces facteurs, certains étaient liés aux caractéristiques intrinsèques de la profession (le contenu du travail, l'autonomie et la possibilité de pratiquer un large panel d'activités), alors que d'autres correspondaient à des caractéristiques extrinsèques du travail (la possibilité de concilier vie privée et vie professionnelle, la charge de travail, la rémunération, le soutien et l'image de la profession). D'autres facteurs, encore, ne correspondaient pas à des caractéristiques de la profession mais à celles de la formation (la place de la médecine générale dans le cursus universitaire et les caractéristiques des formations de spécialisation). Ces facteurs pouvaient agir sur les choix d'orientations professionnelles en modifiant les représentations des étudiants et la satisfaction au travail des médecins généralistes exerçants. Toutefois, les modifications du parcours ne sont pas toujours de l'ordre du choix et peuvent être la conséquence de contraintes.

En conclusion, ces trois études ont permis d'étudier les facteurs influençant les choix d'orientation professionnelle d'étudiants et de jeunes médecins, du choix de leurs études à celui du maintien ou non dans une activité de médecine générale. Ces facteurs pouvaient être liés aux caractéristiques de personnalité des individus (telles que les

intérêts), aux représentations des professions ou à des influences extérieures (comme l'université ou l'entourage des individus).

Elles ont aussi souligné que si certains de ces facteurs agissaient de manière stable tout au long du parcours, d'autres évoluaient en prenant plus ou moins d'importance en fonction du cours de la vie des individus. De plus, ces facteurs, bien que pour la plupart communs à l'ensemble des individus, ont un impact variable sur leurs décisions d'orientation en raison du caractère individuel des constructions cognitives sur lesquelles elles se fondent.

Sur base de ces résultats, nous achevons ce travail de thèse par la suggestion de mesures censées favoriser l'attraction et le maintien dans la profession de médecin généraliste. Parmi ces mesures, certaines devraient être mise en place au sein des universités afin de promouvoir l'exposition des étudiants à la discipline, ainsi qu'une culture universitaire favorable à la médecine générale. D'autres, à destination de l'Etat, sont en faveur d'une redéfinition des fonctions des médecins généralistes au sein du système de santé belge, qui permettrait à la fois de valoriser les caractéristiques intrinsèques de la profession de médecin généraliste, et de limiter les insatisfactions liées aux conditions de travail.

Summary

The starting point of this thesis (chapter 1) referred to the needs and demands of care, increasing in volume and complexity by the fact of demographic, technical and economic changes. Thereby, WHO recommended new orientation of health services towards primary care in order to become socially more relevant, to be able to better adapt to changes and to achieve better outcomes. To reach this objective, health systems must have enough workforce in general practice, a core resource for primary care.

Fear about not having enough human resources in general practice to face the evolution of needs does exist in Belgium as in other OECD countries. On one hand, retirement of many active general practitioners, increasing of part-time practice and a large part of inactive general practitioners are decreasing the offer of care. On the other hand, the number of doctors specializing in general practice did not reach the foreseen quota until recently; this induced a cumulative deficiency, still objectivized in 2015.

For all those reasons, the question underlying this thesis was **to identify the factors directing students' and freshly graduated general practitioners' professional pathways and choices with the aim of suggesting strategies to promote attraction and retention in general practice.**

We have chosen to target the steps leading students and doctors to general practice – i.e. choice of specialty, choice of practice location and type, choice to continue to practice after doubts – within a holistic approach: their professional pathway. We considered the choice of medical specialty as a choice of professional orientation and stops or modifications of work organization as evolutions of the professional pathway.

The elements triggering the choices of professional orientation and pathways constitute a complex phenomenon considering the number of influencing factors suggested in the literature. Therefore, we used a multidisciplinary approach to guide our analysis. In the second chapter, we used theories of professional orientation designed in psychology and sociology to better understand individual and societal determinants of those choices. These theories also helped us to discuss actions and interactions of those factors for students in medicine and general practitioners, as they appeared in the literature.

This literature review lead to two observations, which constituted the problem setting of our work.

First, university pathway has an impact on students' choice of specialization in two ways: it influences the students' personality through their values and interests and the students' representation of specialties. However, we do not know much about choice of specialty, personality differences and representations of the profession before student's exposure to the various specialties during their medical studies.

Second, studies that tackled the problem of limited workforce in general practice always provided separate analysis of attraction or retention in the profession. To our knowledge, there exists no study targeting the whole general practitioners' pathway.

Following these two observations, two research questions emerged:

- *Do all the students starting clinical training show the same professional interests and the same representations of the medical career, whatever specialty they consider for themselves?*
- *What are the students' and general practitioners' professional pathways? Which factors influenced them, from their choice of medical studies until their current professional situation?*

We concentrated on students and young general practitioners because they represent the future workforce of general practice and because generational differences can influence the way people imagine and build their professional career.

To answer those questions, we designed three studies.

The **first study** (chapter 3) aimed at exploring choices of orientation, professional interests and representations of the medical career of students of the University of Liège, at the beginning of their clinical work during the first year of Master. Before this year, they had little opportunity to know the various specialties. In a second phase, we looked for possible links between their specialty project and their professional interests and representations.

This study demonstrated that half of the students did not consider any specialty yet and that only one student over five had a precise idea of the discipline he wanted to choose. General practice was second among the most considered specialties and rejected by less than 10 % of the students. While students were sharing some common professional interests, motivation to choose one specialty and not another was based on professional interests and personal representations of the specialty. As an example, students who favored autonomy and human contacts considered general practice. It is also true for those who had the representation of the profession as demanding and focusing on patients. In this study, we also demonstrated that students considered or rejected some specialties in terms of supposed characteristics, though they do not know them yet.

Nevertheless, the final choice of specialty, the orientation choice, is a match between the person and the profession based on a preliminary examination of congruence between representation of oneself (depending of the personality characteristics) and representation of the specialty. However, soon after graduation and beginning of practice, many influences might modify this choice.

Therefore, the necessary complement of this first work was a study on graduates in general practice to improve our understanding of the factors influencing the choices

along the general practitioners' career. This work should complete the analysis on the expression and sense making of professional interests and expectations in the professional pathway.

The **second study**, developed in chapter 4, was the first part of a research on the career of graduates of the advanced master of general practice of the three Belgian French-speaking Universities (University of Liege, Catholic University of Leuven and Free University of Brussels) from 1999 to 2013. This research aimed at describing the general practitioners' activities at the time of the study. For those working in general practice, we could determine their working time, kind of activities practiced and kind of organization of their practice. This gave a full picture of the young active general practitioners, data that were inaccurate until now. We thus had reliable data on the proportion of active general practitioners and the way they organize their work. These were important data to look for links between these ways of practice and the working time and to target different profiles of general practitioners to prepare the second qualitative phase of the study.

Results determined that 21.5 % of the young graduates were not working in general practice any more. Most of them still had medical activities and a mere minority did not practice medicine at all. Concerning those who were working in general practice, they had a variety of practices in terms of activities and working time. 45.8 % were working part-time and most of them had complementary activities. This study also showed that the choice of general practice as a specialty when graduated as a medical doctor was correlated to a larger probability of retention in general practice. Describing these activities and organization of work of the young general practitioners underlined that individual trajectories were not linear.

To go further in this analysis, individual interviews of some graduates allowed to better understand the path that lead them to their current professional situation and to render the dynamics underlying these individual pathways.

This was the object of the **third and final study**, presented in chapter 5, second part of the preceding research. It aimed at describing the young general practitioners' pathways. Within the recruited group of young graduates of the second study, we conducted 59 semi-directed interviews in order to identify the factors having influenced their pathway as a student or as a professional. In connection with the objective of a better understanding of the diverse professional careers, the questionnaire of the first phase of the study allowed the distinction of three graduates' profiles: graduates who are working fulltime in general practice, those who work part-time and those who do not work anymore in general practice. We interviewed members of those three groups about their professional pathways in order to detect specificities and common features of these profiles.

We underlined that the graduates' pathways followed the principles of lifelong development and implied all person's social roles. This continuous construction of the professional pathway made the prediction of its evolution difficult. However, we objectivized factors common to all graduates. Among them, some were related to intrinsic characteristics of the profession (work content, autonomy, possible practice of various activities), while others corresponded to extrinsic features of the work (possibility to balance private and professional life, workload, remuneration, support and image of the profession). Other factors corresponded to the features of the training (position of general practice in the university, characteristics of the specialty training). Those factors could influence the professional choices by modifying the students' representations and work satisfaction of the working general practitioners. However, modifications of the pathway did not always result from a choice but could also be the consequences of some constraints.

In conclusion, with these three studies we defined factors influencing the students' and young doctors' professional choices from choice of study to choice of staying or not in general practice. Those factors could be linked to the personality features (such as the interests), to the representations of the professions or to external influences (such as the university or the persons' relatives).

If some factors were stable along the pathway, others took more or less importance depending of the evolution of individual life. Moreover, factors common to most people have a different impact on their decisions; this is due to the individual process of cognitive construction underlying this decision.

We conclude this work by suggesting some strategies to enhance attraction and retention in general practice. Among these strategies, some target the universities to prompt them to promote the students' exposure to the discipline and a university culture in favor of general practice. Others, addressed to the State, are in favor of a new definition of the general practitioners' functions within the Belgian health system. This would value the intrinsic characteristics of general practice but also limit dissatisfactions linked to the work conditions.

Samenvatting

De evolutie naar een kwalitatieve en kwantitatieve toename van de vraag en het aanbod in de zorg, als gevolg van demografische, technische en economische veranderingen, vormt het uitgangspunt van deze thesis, zoals aangegeven in het eerste hoofdstuk. De WHO beveelt een heroriëntatie aan van de gezondheidsvoorzieningen in de richting van de primaire zorgen, om ze sociaal beter in te passen en om sneller te kunnen reageren op veranderingen, en tegelijk om betere resultaten te genereren. Met dit doel voor ogen moet het gezondheidssysteem over een voldoende aantal huisartsen kunnen beschikken, die de centrale actoren zijn binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

Net als in andere landen van de OESO bestaat ook in België de vrees om geen toereikend aanbod aan huisartsen te kunnen verzekeren met het oog op de evoluerende zorgvraag. Het feit, enerzijds, dat een belangrijk deel van de actieve huisartsen met pensioen gaat, dat er een toenemende tendens bestaat om deeltijds te werken en de vaststelling van een niet te verwaarlozen aantal inactieve huisartsen, doet waarschijnlijk het risico toenemen op een verminderd zorgaanbod. Anderzijds bereikte het aantal artsen die zich specialiseren in de huisartsgeneeskunde tot voor kort niet de minimale quota die voorzien zijn in het beleidsplan. Dit gecumuleerd tekort was nog steeds aantoonbaar in 2015.

De onderliggende vraag voor deze thesis kan dus als volgt worden geformuleerd: **‘het identificeren van de factoren die de professionele keuzes van de studenten en van de jonge generatie huisartsen oriënteren, teneinde richtlijnen voor te stellen om de aantrekkelijkheid van de discipline te promoten en huisartsen in deze specialisatie te behouden.’**

Hiertoe hebben wij ervoor gekozen om de verschillende stappen die individuen leiden naar de algemene geneeskunde – namelijk de keuze van hun specialiteit, hun vestiging en het behoud van hun activiteit – binnen een holistisch perspectief te benaderen: hun professionele loopbaan. We hebben de keuze van een medische specialiteit beschouwd als een professionele oriëntatiekeuze, en het stopzetten van de activiteit en de wijzigingen van de werkorganisatie van huisartsen als evoluties in hun professionele loopbaan.

Afgaande op de talrijke factoren die in de literatuur worden beschreven, vormen de opeenvolgende oriëntaties en de uitbouw van de professionele loopbaan een complex gegeven. Het leek ons dus noodzakelijk om te refereren aan een multidisciplinair kader. Hiervoor hebben we in het tweede hoofdstuk gebruik gemaakt van theorieën uit de psychologie en de sociologie over professionele keuzes, om beter de individuele en maatschappelijke determinanten te kunnen identificeren van deze keuzes en oriëntaties. Deze theorieën hebben ons ook geholpen om de invloeden en interacties te bespreken van de factoren in verband met de beroepsoriëntatie van de studenten geneeskunde en de huisartsen, zoals die in de literatuur worden beschreven.

Het literatuuroverzicht heeft ons tot twee vaststellingen geleid, die basis vormen van de in dit werk behandelde problematiek.

Ten eerste beïnvloedt het universitaire parcours de keuze van de specialisatie, door zowel op de persoonlijkheid van de studenten in te werken, gebaseerd op hun waarden en hun interesses, als op hun voorstelling van de specialisatie. Er is evenwel weinig informatie beschikbaar over hoe de keuze voor een specialisatie tot stand komt, over de verschillen in persoonlijkheidskenmerken en over de voorstellingen van het artseneroep, vóór de studenten in contact komen met de specialiteiten tijdens stages en lessen.

Ten tweede wordt bij het bestuderen van de problematiek van de beschikbare krachten in de huisartsgeneeskunde het probleem van de aantrekkelijkheid quasi altijd los gezien van dat van het behoud binnen de beroepsgroep. Tot op heden blijkt er geen enkele studie te bestaan die de loopbaan van de huisarts in zijn geheel beschouwt.

Op basis van deze twee vaststellingen vormden twee onderzoeksvragen de opbouw van de thesis.

- *Hebben studenten aan het begin van hun klinische opleiding dezelfde professionele interesses en dezelfde voorstellingen van het artseneroep, ongeacht de specialiteit die ze voor ogen hebben?*
- *Hoe verloopt het traject van studenten en afgestudeerde artsen en welke zijn de factoren die hen beïnvloed hebben, van hun studiekeuze tot hun huidige professionele situatie?*

De keuze om ons te richten op studenten en de jonge generatie huisartsen wordt gerechtvaardigd door het feit dat zij het heden en de toekomst van de huisartsen vertegenwoordigen en dat er generatieverschillen kunnen optreden in de opvatting over de professionele loopbaan.

Om een antwoord te krijgen op deze vragen werden drie studies uitgevoerd.

De **eerste studie** (hoofdstuk 3) had als doel de oriëntatiekeuze te onderzoeken alsook de professionele interesses en de voorstellingen omtrent het artseneroep, bij de studenten van de Universiteit van Luik op het ogenblik dat zij de klinische fase van hun studie geneeskunde aanvatten, m.a.w. tijdens het eerste masterjaar; in deze periode konden ze de verschillende specialisaties nog niet met elkaar vergelijken. Bijkomend werd bekeken of er een verband bestaat tussen de specialisatiekeuze door de studenten, en hun interesses en voorstellingen van het beroep.

Deze studie toont aan dat de helft van de studenten bij de aanvang van de drie masterjaren nog geen enkele medische specialisatie overweegt en dat slechts één op vijf studenten een concreet beeld heeft van de richting waarin hij zich wil specialiseren. De huisartsgeneeskunde bekleedt de tweede plaats van de specialisaties die de studenten in overweging nemen en wordt door minder dan 10% verworpen. Terwijl studenten

sommige gemeenschappelijke beroepsinteresses vertonen, wordt de motivatie om een bepaalde specialiteit boven een andere te verkiezen ingegeven door professionele interesses alsmede door persoonlijke voorstellingen van de specialiteiten. Zo werd de huisartsgeneeskunde bijvoorbeeld het meest vooropgesteld door studenten die belang hechten aan zelfstandigheid en menselijk contact, maar ze stelden zich het huisartsenberoep ook voor als veeleisend en als een discipline waarbij de patiënt op de eerste plaats komt. Deze studie toont eveneens aan dat de studenten, hoewel ze nog niet met de praktijk in de verschillende disciplines geconfronteerd werden, een bepaalde specialiteit in overweging nemen of verwerpen in functie van door hen veronderstelde kenmerken.

Wanneer de uiteindelijke keuze van de specialisatie resulteert in een verbinding tussen individu en beroep, gebaseerd op een voorafgaand onderzoek van de overeenkomst tussen het beeld dat de studenten van zichzelf hebben (afhankelijk van hun persoonlijkheidskenmerken) en de voorstelling die ze hebben van de specialiteit, blijft deze keuze nochtans verder onderworpen aan tal van invloeden, ook nadat de studenten afgestudeerd zijn en volledig ingeburgerd in hun medische praktijk.

Voortgezet onderzoek, niet meer bij studenten maar bij reeds afgestudeerde huisartsen, bleek daarom een noodzakelijke aanvulling voor een beter begrip van de aspecten die de oriëntatiekeuze beïnvloeden gedurende de volledige professionele loopbaan van de jonge huisartsen. Dit stelde ons in staat om de analyse te vervolledigen over de wijze waarop interesses en professionele verwachtingen werden uitgedrukt en in de loop van de beroepsloopbaan zin kregen.

Bijgevolg bevat de **tweede studie** (uitgewerkt in hoofdstuk 4) de eerste fase van een onderzoek gewijd aan de professionele loopbaan van huisartsen afgestudeerd aan drie Belgische Franstalige universiteiten (Université de Liège, Université Catholique de Louvain en Université Libre de Bruxelles), tussen 1999 en 2013. Het doel van deze studie was de activiteiten van de afgestudeerden op het moment van de studie te karakteriseren. In het geval van de huisartsgeneeskunde liet dit bovendien toe om de werkduur, de uitgevoerde behandelingen en het type praktijk te beschrijven, gegevens die voor de actieve jonge huisartsen tot op heden onnauwkeurig waren. Op die manier verkregen we betrouwbare gegevens over het aantal actieve huisartsen en konden we duidelijkheid scheppen over de wijze waarop gediplomeerde huisartsen hun werk organiseren, wat ons toeliet om verbanden te zoeken tussen de werkorganisatie en de werktijd en om verschillende profielen op te stellen die tijdens de tweede fase van de studie aan een kwalitatieve bevraging konden worden onderworpen.

Uit deze tweede studie bleek dat 21.5 % van de jonge afgestudeerden in de huisartsgeneeskunde het beroep niet of niet meer uitoefenden. Het merendeel beoefende medische activiteiten, en een kleine minderheid was volledig gestopt met de medische praktijk. Zij die als huisarts aan de slag waren, hadden een gevarieerde

praktijk, zowel betreffende het soort activiteit als met betrekking tot de werkduur. Zo werkte 45.8 % deeltijds, en de meesten hadden nog een bijkomende activiteit. Deze studie heeft ook kunnen aantonen dat de keuze voor de specialisatie huisartsgeneeskunde op het moment van het behalen van het diploma, gecorreleerd is met een grotere waarschijnlijkheid om een activiteit als huisarts te behouden. Deze enquête over de activiteiten en de werkorganisatie van jonge huisartsen wees er op dat individuele trajecten niet rechtlijnig verlopen.

Voor een diepere analyse leek het ons daarom nuttig een aantal van deze afgestudeerden individueel te ondervragen, om beter de opeenvolgende stappen te begrijpen die geleid hebben tot hun huidige professionele situatie en de dynamiek weer te geven van hun individuele loopbaan.

Dat was het onderwerp van **de derde en laatste studie**, die de tweede fase van voorgaand onderzoek omvat en wordt uiteengezet in hoofdstuk 5. Ze had als doel door middel van 59 semi-directieve interviews, uitgevoerd bij een steekproef van de afgestudeerden opgenomen in de voorgaande fase, de afgelegde weg van de afgestudeerden in de huisartsgeneeskunde te beschrijven en zo de factoren te identificeren die het studietraject en de professionele loopbaan van de jonge huisartsen hebben beïnvloed. De vragenlijst die gebruikt werd tijdens de eerste fase, liet toe om drie verschillende profielen van afgestudeerden te onderscheiden, met als doel de diversiteit van de professionele carrières te begrijpen: de afgestudeerden die voltijds als huisarts aan de slag zijn, zij die deeltijds werken en zij die geen huisartsgeneeskunde meer uitoefenen. Deze drie groepen werden bevraagd over hun professionele loopbaan, wat ons in staat stelde om de specifieke kenmerken en de gemeenschappelijke elementen van deze verschillende profielen te begrijpen.

Dit liet ons toe te benadrukken dat de loopbaan van de afgestudeerden beantwoordt aan de principes van levenslange ontwikkeling en betrokken is op de sociale rol van de individuen. Die continuë opbouw bemoeilijkt het voorspellen van de evolutie van de loopbaanontwikkeling. Gemeenschappelijke factoren binnen de hele groep van gediplomeerden konden niettemin worden geobjectiveerd. Sommige van deze factoren konden in verband worden gebracht met het intrinsieke karakter van het beroep (inhoud van het werk, de zelfstandigheid en de mogelijkheid om een grote verscheidenheid aan activiteiten te ontwikkelen), andere beantwoordden aan het extrinsieke karakter van het werk (de mogelijkheid om privéleven en werk met elkaar te verzoenen, de werklast, de vergoeding, de ondersteuning en het imago van het beroep). Nog andere factoren konden niet in verband gebracht worden met de kenmerken van het beroep maar met die van de opleiding (de plaats van de huisartsgeneeskunde in de universitaire opleiding en de kenmerken van de opleiding tot specialist). Deze factoren konden de professionele keuzes beïnvloeden door de voorstellingen van de student en de arbeidsbeleving van de actieve huisartsen te modificeren. Wijzigingen in de loopbaan

van de huisarts houden echter niet altijd verband met bewuste keuzes maar kunnen het gevolg zijn van welbepaalde omstandigheden.

Tot besluit: deze drie studies hebben ons in staat gesteld om de factoren te bestuderen die de beroepsoriëntatie van de studenten en jonge artsen beïnvloeden, vanaf de studiekeuze tot het al dan niet actief blijven binnen het werkgebied van de huisartsgeneeskunde. Deze factoren konden in verband worden gebracht met de persoonlijkheidskenmerken van het individu (zoals hun interesses), met de voorstellingen van de beroepen of met bepaalde externe invloeden (zoals de universiteit of de omgeving van het individu).

Deze studies hebben ook aangetoond dat sommige van deze factoren gedurende de volledige loopbaan pertinent aanwezig blijven, andere daarentegen evolutief zijn en in meerdere of mindere mate aan belang winnen, in functie van de levensloop van het individu. Bovendien hebben deze factoren, hoewel ze bij de meeste individuen aanwezig zijn, een variabele invloed op de oriëntatiekeuzes, omwille van het individuele karakter van de cognitieve constructies waarop deze zijn gebaseerd.

Op basis van deze resultaten besluiten wij de thesis met het voorstel tot het nemen van maatregelen die de aantrekkelijkheid van en het behoud binnen het huisartsenberoep bevorderen. Enkele van deze maatregelen zouden ingang moeten vinden aan de universiteiten, teneinde de studenten te motiveren voor deze discipline en een gunstig universitair klimaat te scheppen met betrekking tot het beroep van huisarts. Andere maatregelen, op het niveau van de overheid, dienen de functie van de huisarts binnen het Belgische gezondheidssysteem te herdefiniëren, om de intrinsieke kenmerken van het huisartsenberoep te herwaarden en de ontevredenheid in verband met de werkomstandigheden te beperken.

Table des matières

Résumé	i
Summary	vii
Samenvatting	xiii
Table des matières	xix
Tableaux	xxv
Figures	xxix
Glossaire	xxxi
Introduction	1
Chapitre 1. Problématique - Besoins, demandes et offre de soins	7
1.1. Besoins, demandes et offre de soins : définitions et relations	9
1.2. Besoins et demandes en soins : évolutions	11
1.2.1. Causes de l'évolution des besoins en soins	11
1.2.2. Répercussion sur les systèmes de santé	17
1.3. Offre de soins en médecine générale	21
1.3.1. Planification de l'offre médicale	21
1.3.2. Forces de travail actuelles en médecine générale	24
1.3.3. Formation de nouveaux médecins généralistes	27
1.3.4. Sources d'inquiétude par rapport à l'offre de soins en médecine générale	28
1.3.5. Comparaison internationale	32
1.4. Conclusion	34
Chapitre 2. Cadre de référence - Choix d'orientation et parcours professionnels	35
2.1. Le choix d'orientation professionnelle	36
2.1.1. Les choix d'orientation comme expression de la personnalité	37
2.1.2. Les choix d'orientation en fonction de l'appariement des représentations	43
2.1.3. Application de ces théories au choix de la médecine générale	47
2.2. Le parcours professionnel	51
2.2.1. Evolution du concept de carrière vers celui de parcours professionnel	51
2.2.2. Le parcours professionnel vu comme un processus dynamique	54

2.2.3.	Satisfaction au travail et maintien dans l'emploi	57
2.2.4.	Application de ces théories aux médecins généralistes	59
2.3.	Conclusion.....	61
	Objectif et organisation du travail	63
	Chapitre 3. Intérêts professionnels et représentations du métier de médecin des étudiants en quatrième année de médecine à l'Université de Liège	69
3.1.	Méthode	71
3.1.1.	Construction du questionnaire	71
3.1.2.	Passation du questionnaire	72
3.1.3.	Récolte et analyse des données	72
3.2.	Résultats	73
3.2.1.	Choix des études de médecine	73
3.2.2.	Choix de spécialisation envisagé par les étudiants	75
3.2.3.	Eléments considérés comme importants pour la future vie professionnelle	89
3.2.4.	Représentations du métier de médecin	91
3.2.5.	Facteurs influençant le choix de spécialisation	93
3.3.	Discussion	108
3.3.1.	Résultats principaux et confrontation aux données issues de la littérature.....	108
3.3.2.	Forces et faiblesses de l'étude.....	115
3.4.	Conclusion.....	116
	Chapitre 4. Activités professionnelles des diplômés de médecine générale belges francophones entre 1999 et 2013	119
4.1.	Methodologie	121
4.1.1.	Construction du questionnaire	121
4.1.2.	Population étudiée	122
4.1.3.	Encodage et analyse des questionnaires.....	123
4.1.4.	Comité d'éthique	124
4.2.	Résultats	124
4.2.1.	Diplômés exerçant la médecine générale au moment de l'étude	125
4.2.2.	Diplômés n'exerçant pas la médecine générale au moment de l'étude.....	129
4.2.3.	Facteurs influençant le maintien dans la pratique de médecine générale.....	130
4.3.	Discussion	132

4.3.1.	Enseignements principaux de l'étude et confrontation aux données issues de la littérature.....	132
4.3.2.	Forces et faiblesses de l'étude.....	134
4.4.	Conclusion.....	135
Chapitre 5. Parcours professionnels d'un échantillon de diplômés de médecine générale belges francophones.....		137
5.1.	Méthodologie	139
5.1.1.	Population étudiée	139
5.1.2.	Méthode de récolte des données.....	139
5.1.3.	Analyse des entretiens.....	140
5.1.4.	Comité d'éthique	141
5.2.	Résultats	141
5.2.1.	Présentation des répondants	142
5.2.2.	Parcours des diplômés de médecine générale.....	144
5.2.3.	Suggestions émises par les diplômés afin d'améliorer l'attraction et le maintien dans la profession de médecin généraliste	165
5.3.	Discussion.....	168
5.3.1.	Enseignements principaux de l'étude et confrontation aux données issues de la littérature.....	168
5.3.2.	Forces et faiblesses de l'étude.....	178
5.4.	Conclusion.....	180
Chapitre 6. Discussion générale		183
6.1.	Les choix d'orientation des étudiants.....	185
6.1.1.	Intérêts et représentations initiales	186
6.1.2.	Facteurs influençant les représentations des étudiants	188
6.1.3.	Autres éléments influençant la décision d'orientation	189
6.1.4.	Implications pour l'attraction d'étudiants en médecine générale.....	189
6.2.	Les choix professionnels des jeunes diplômés de médecine générale	192
6.2.1.	Les débuts de pratique	192
6.2.2.	Les parcours professionnels des jeunes diplômés	193
6.2.3.	La satisfaction au travail des médecins généralistes.....	194
6.2.4.	Les activités pratiquées par les diplômés en dehors de la médecine générale	195
6.2.5.	Autres éléments influençant les choix professionnels	196

6.2.6.	Implications pour le maintien dans la profession	197
6.3.	Proposition de mesures permettant d'attirer et de maintenir les médecins généralistes dans la profession	198
6.3.1.	Mesures à destination des Universités.....	198
6.3.2.	Mesures à destination du monde politique	202
6.3.3.	Synthèse des mesures proposées	205
6.4.	Forces et faiblesses.....	208
6.5.	Perspectives de recherche pour l'avenir	209
	Bibliographie	211
	Remerciements.....	227
	Annexes	231
	Annexe 1 : Questionnaire de l'étude portant sur les intérêts professionnels et représentation du métier de médecin des étudiants en quatrième année de médecine à l'Université de Liège	233
	Annexe 2 : Tableau reprenant les spécialités envisagées avant regroupement	240
	Annexe 3 : Lien entre le choix de spécialité et les éléments auxquels l'importance est accordée dans la vie professionnelle future (intérêts) – modèles de régression logistique multiple.....	241
	Annexe 4 : Lien entre le choix de spécialité et la vision du médecin – modèles de régression logistique multiple.....	244
	Annexe 5 : Lien entre le choix de spécialité et la vision du médecin (2) – modèles de régression logistique multiple.....	246
	Annexe 6 : Analyses en composantes principales	248
	Annexe 7 : Tableau reprenant le choix de la discipline	251
	Annexe 8 : Questionnaire de l'étude portant sur le devenir des diplômés en médecine générale	252
	Annexe 9 : Guide d'entretien de l'étude portant sur les parcours professionnels des diplômés de médecine générale.....	257
	Annexe 10 : Grille d'analyse de l'étude portant sur les parcours professionnels des diplômés de médecine générale.....	259

Tableaux

Tableau 1 :	Aperçu global de la situation des contingents avec « accès à la formation » : les nombres minimaux et maximaux en vigueur pour la Belgique.....	23
Tableau 2 :	Aperçu global du contingentement des médecins généralistes pour la Belgique (nombres minimaux).....	27
Tableau 3 :	Prédiction de l'évolution des actifs en médecine générale par la Commission de planification de l'offre médicale	32
Tableau 4 :	Comparaison entre la carrière traditionnelle et la carrière nomade.....	53
Tableau 5 :	Moment du choix des études de médecine.....	73
Tableau 6 :	Raisons du choix des études de médecine.....	74
Tableau 7 :	Sources d'influence concernant le choix des études de médecine	74
Tableau 8 :	Position des étudiants concernant leurs choix de spécialisation envisagés.	75
Tableau 9 :	Spécialités envisagées et rejetées par les étudiants	76
Tableau 10 :	Raisons avancées par les étudiants concernant leur choix de spécialisation	77
Tableau 11 :	Lien entre l'intérêt pour la discipline et le choix de la médecine interne	78
Tableau 12 :	Lien entre le goût du défi intellectuel et le choix de la médecine interne ...	78
Tableau 13 :	Lien entre l'aspiration à l'autonomie et le choix de la médecine interne	78
Tableau 14 :	Lien entre l'aspiration aux contacts humains et le choix de la médecine interne.....	78
Tableau 15 :	Lien entre l'aspiration à des résultats immédiats et le choix de la médecine interne.....	79
Tableau 16 :	Lien entre l'aspiration aux contacts humains et le choix de la médecine générale	79
Tableau 17 :	Lien entre l'aspiration à l'autonomie et le choix de la médecine générale..	80
Tableau 18 :	Lien entre le choix de spécialisation par élimination et la médecine générale	80
Tableau 19 :	Lien entre l'aspiration à des résultats immédiats et le choix de la médecine générale	80
Tableau 20 :	Lien entre l'intérêt pour la discipline et le choix de la médecine générale ..	80
Tableau 21 :	Lien entre le choix par défi intellectuel et la spécialisation en médecine générale	81
Tableau 22 :	Lien entre le goût du défi intellectuel et le choix de la chirurgie.....	81
Tableau 23 :	Lien entre l'aspiration aux contacts humains et le choix de la chirurgie	81
Tableau 24 :	Lien entre l'aspiration à travailler avec des populations spécifiques et le choix de la pédiatrie.....	82
Tableau 25 :	Synthèse des corrélations statistiquement significatives entre les spécialités envisagées et les raisons de ces choix	82
Tableau 26 :	Raisons avancées par les étudiants quant aux choix de spécialités écartés.	83

Tableau 27 :	Lien entre la difficulté de conciliation avec la vie de famille et le rejet de la chirurgie	83
Tableau 28 :	Lien entre le nombre d'années de formation et le rejet de la chirurgie	84
Tableau 29 :	Lien entre le poids des responsabilités et le rejet de la chirurgie	84
Tableau 30 :	Lien entre les contacts difficiles avec les patients et le rejet de la chirurgie	84
Tableau 31 :	Lien entre la difficulté à vivre humainement et le choix de spécialité	84
Tableau 32 :	Lien entre le désintérêt pour la discipline et le rejet de la médecine interne	85
Tableau 33 :	Lien entre le manque de contacts humains et le rejet de la médecine interne	85
Tableau 34 :	Lien entre les contacts difficiles avec les patients et le rejet de la médecine interne	85
Tableau 35 :	Lien entre la difficulté de conciliation avec la vie familiale et le rejet de la médecine interne.....	86
Tableau 36 :	Lien entre le poids des responsabilités et le rejet de la médecine interne ..	86
Tableau 37 :	Lien entre le nombre d'années de formation et le rejet de la gériatrie	86
Tableau 38 :	Lien entre le désintérêt pour la discipline et le rejet de la gériatrie	87
Tableau 39 :	Lien entre le manque de contacts humains et le rejet de la gériatrie.....	87
Tableau 40 :	Lien entre les contacts difficiles avec les patients et le rejet de la pédiatrie.....	87
Tableau 41 :	Lien entre la difficulté à vivre humainement et le rejet de la pédiatrie	88
Tableau 42 :	Lien entre l'aspect routinier et le rejet de la pédiatrie.....	88
Tableau 43 :	Lien entre la difficulté de conciliation avec la vie familiale et le rejet de la pédiatrie.....	88
Tableau 44 :	Lien entre l'aspect routinier et le rejet de la médecine générale	88
Tableau 45 :	Synthèse des corrélations statistiquement significatives entre les spécialités rejetées et les raisons avancées	89
Tableau 46 :	Eléments importants dans la vie professionnelle future (intérêts)	90
Tableau 47 :	Facteurs influençant la certitude par rapport au choix de la spécialité – modèles de régression logistique multiple	95
Tableau 48 :	Echelle de certitude en fonction du choix de spécialité	97
Tableau 49 :	Eléments auxquels l'importance est accordée dans la vie professionnelle future (intérêts) en fonction du choix de spécialité envisagé.....	99
Tableau 50 :	Vision du médecin en fonction du choix de spécialité	101
Tableau 51 :	Vision du médecin (2) en fonction du choix de spécialité	103
Tableau 52 :	Profil des étudiants en fonction de leur(s) choix de spécialité (moyenne \pm écart type).....	107
Tableau 53 :	Premier choix de spécialisation des répondants (hors médecine générale)	125

Tableau 54 :	Répartition des répondants en fonction du type d'activités professionnelles pratiquées au moment de l'étude	125
Tableau 55 :	Répartition des diplômés exerçant la médecine générale en fonction du nombre d'heures de travail hebdomadaire et du pourcentage de temps de travail hebdomadaire consacré aux consultations et aux visites de médecine générale	126
Tableau 56 :	Répartition du temps de travail des diplômés exerçant la médecine générale, en fonction du sexe.....	126
Tableau 57 :	Type de pratique de la médecine générale selon l'année d'obtention du diplôme chez les répondants exerçant la médecine générale actuellement	127
Tableau 58 :	Répartition du temps de travail des diplômés exerçant la médecine générale, en fonction du type de pratique	128
Tableau 59 :	Influence du choix de spécialisation sur l'arrêt de pratique	131
Tableau 60 :	Influence du sexe sur l'arrêt de pratique de la médecine générale	131
Tableau 61 :	Caractéristiques des répondants	143
Tableau 62 :	Synthèse des mesures proposées	206
Tableau 63 :	Spécialités envisagées avant regroupement.....	240
Tableau 64 :	Lien entre le choix de spécialité et les éléments auxquels l'importance est accordée dans la vie professionnelle future (intérêts) – modèles de régression logistique multiple	241
Tableau 65 :	Lien entre le choix de spécialité et la vision du médecin – modèles de régression logistique multiple	244
Tableau 66 :	Lien entre le choix de spécialité et la vision du médecin (2) – modèles de régression logistique multiple	246
Tableau 67 :	Choix de la discipline	251

Figures

Figure 1 :	Relation entre offre, besoins et demandes – d’après Stevens et Raftery	10
Figure 2 :	Matrice représentant les facteurs favorisant la complexité – d’après Stacey.....	14
Figure 3 :	Cadre pour l'offre et la demande des médecins (d’après l’OCDE).....	22
Figure 4 :	Répartition par année d’âge des médecins généralistes (comparaison 2000-2004-2008-2012-2013)	29
Figure 5 :	Répartition des médecins généralistes par âge, sexe et communauté (2013)	30
Figure 6 :	Nombre de professionnels actifs dans le cadre INAMI pour 10 000 habitants des médecins généralistes, 2012	30
Figure 7 :	Nombre d'ETPs prestés dans le cadre INAMI pour 10.000 habitants des médecins généralistes, 2012	31
Figure 8 :	Proportion de médecins généralistes dans plusieurs pays de l’OCDE, dont la Belgique.....	33
Figure 9 :	La sélection des préférences professionnelles – d’après Huteau.....	44
Figure 10 :	Modélisation des déterminants du choix de spécialisation sur base des théories de la psychologie de l'orientation (d’après A-L Lenoir).....	48
Figure 11 :	Modèle de choix de carrière en soins primaires pour les médecins - d'après Bland et Meurer	49
Figure 12 :	Modélisation des facteurs influençant le parcours professionnel (d’après A-L Lenoir)	61
Figure 13 :	Etudes réalisées dans cette thèse	65
Figure 14 :	Représentations du métier de médecin.....	91
Figure 15 :	Positionnement des étudiants concernant les caractéristiques d'un bon médecin	93
Figure 16 :	Autres activités médicales pratiquées par les diplômés exerçant la médecine générale (en dehors des gardes).....	129
Figure 17 :	Activités professionnelles autres que médicales réalisées par les diplômés exerçant la médecine générale	129
Figure 18 :	Activités professionnelles pratiquées par les diplômés exerçant d’autres activités médicales.....	130
Figure 19 :	Exemple de représentation graphique du parcours d'un diplômé	141
Figure 20 :	Schématisation des parcours des diplômés en médecine générale	145
Figure 21 :	ACP sur les intérêts pour la vie professionnelle future (Biplot).....	248
Figure 22 :	ACP sur la vision de ce qu’est un bon médecin (Biplot).....	249
Figure 23 :	ACP sur la vision du métier de médecin (Biplot).....	250

Glossaire

ACP	Analyse en composante principale
ADG	Arbeitsamt der DG – Office de l’Emploi de la Communauté germanophone
AMI	Assurance maladie invalidité
APL	Aide personnalisée au logement
BCSS	Banque carrefour de la sécurité sociale
CCFFMG	Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale
CIN	Collège intermutualiste national
CIPMP	Centre d’information sur les professions médicales et paramédicales
DES	Diplôme d’Etudes Supérieures
EBM	Evidence based medicine
ETP	Equivalent temps plein
FAT	Fond des accidents de travail
FMP	Fonds des maladies professionnelles
FOREM	Office wallon de l’emploi et de la formation professionnelle
GLEM	Groupe local d’évaluation médicale
ICF	International classification of functioning disability and health
IMPULSEO	Ensemble de mesures destinées à encourager l’installation des médecins généralistes
INAMI	Institut national d’assurance maladie invalidité
INASTI	Institut national d’assurance sociale pour travailleurs indépendants
KCE	Centre fédéral d’expertise des soins de santé
MC	Master Complémentaire
MG	Médecine générale
MRS	Maison de repos et de soins
OCDE	Organisation de développement et de coopérations économiques

OMS	Organisation mondiale de la santé
ONE	Office national de l'enfance
ONEM	Office national de l'emploi
ONG	Organisation non gouvernementale
ONSS	Office national de sécurité sociale
ONSS-APL	Office national de sécurité sociale des administrations locales et provinciales
ORL	Oto-rhino-laryngologie
SdPSP	Service des pensions du secteur public
SPF	Service public fédéral
SSMG	Société scientifique de médecine générale
TFE	Travail de fin d'étude
UCL	Université Catholique de Louvain
ULB	Université Libre de Bruxelles
ULiège	Université de Liège
VDAB	Vlaamse dienst voor arbeidsbemiddeling en beroepsopleiding
WONCA	World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians

Introduction

Ce travail, qui s'intéresse aux choix professionnels des étudiants et des jeunes médecins généralistes, trouve son origine dans mon propre parcours. Pour cette raison, je propose, dans cette introduction, de me prêter à l'exercice auquel j'ai soumis certains de mes pairs, à savoir, retracer mon parcours professionnel afin de mieux saisir les facteurs m'ayant conduit à un choix professionnel : celui de rédiger cette thèse.

Ainsi, du plus loin que je me souviens, mon premier choix d'orientation professionnelle était de devenir avocate. A l'époque, je devais avoir huit ans, les raisons de ce choix d'orientation n'étaient pas clairement établies. Je me rappelle cependant que, lorsque l'on me demandait pourquoi je souhaitais devenir avocate, je répondais que j'aimais bien parler et que les avocats parlaient beaucoup. Voilà à quoi se résumait une de mes premières représentations professionnelles...

Par la suite, mes intérêts se sont affinés et, au milieu de mes études secondaires, ma décision de suivre des études de médecine a pris forme. Ce choix était basé sur deux représentations : il s'agissait d'un métier à orientation scientifique et où l'on pouvait avoir beaucoup de contacts humains (on retrouve alors mon envie de beaucoup parler).

Un autre élément important à prendre en considération pour la suite de mon parcours était mon besoin de remettre en question le fonctionnement de l'école, non dans un objectif de rébellion, mais afin de comprendre pourquoi certaines décisions étaient prises.

Ensuite, j'ai commencé mes études de médecine à l'Université de Namur. Si ma première année s'est déroulée sans encombre, la deuxième fut source de remises en question de mes choix. Si je creuse un peu, je dirai que ces remises en question avaient des origines scolaires (l'école secondaire ne m'avait pas suffisamment préparée), mais qu'elles étaient essentiellement liées à des éléments de ma vie privée. Ne me sentant pas capable de continuer sans avoir répondu à mes questions, j'ai pris la décision de ne pas présenter mes examens.

J'ai tout de même repris, dès la rentrée académique suivante, le chemin de la faculté de médecine et le reste de mes candidatures (l'équivalent du bac actuel) s'est déroulé sans heurt.

De cette année de remise en question, je garde le sentiment qu'elle m'a appris à réfléchir aux raisons me conduisant à prendre certaines décisions d'orientation. Elle m'a également permis de me confronter à la vision parfois étroite de certains enseignants universitaires, comme ce professeur m'ayant clairement fait savoir que les étudiants ayant raté une année étaient de mauvais étudiants. Je pense que ce fut un des déclencheurs de mon intérêt pour la défense des intérêts des étudiants, mais également pour la pédagogie.

Après l'obtention de mon diplôme de candidature, j'ai dû choisir une autre université, l'UNamur ne dispensant que les années pré-cliniques. J'ai alors comparé les différents

choix possibles et me suis orientée vers l'Université de Liège, car elle avait subi une réforme pédagogique en faveur de l'apprentissage par problèmes et proposait ce qui me semblait être un bon équilibre entre les cours et les stages.

J'ai donc commencé ma formation clinique dans une nouvelle université. A cette époque, je n'avais aucune idée de mon futur choix d'orientation.

Mon premier stage était un stage en médecine d'urgence que j'ai beaucoup aimé pour sa diversité et la sensation de faire partie d'une équipe. Toutefois, il me manquait quelque chose d'essentiel : le suivi des patients. J'étais frustrée de ne pas savoir ce que les patients devenaient.

Puis, j'ai réalisé mon premier stage de médecine générale de trois jours chez un médecin généraliste, qui m'a montré une médecine diversifiée, basée sur une réflexion scientifique et qui, cerise sur le gâteau, faisait la part belle aux contacts avec les gens. La médecine générale est donc apparue dans mes choix possibles.

Toutefois, les cours de médecine interne, dispensés lors des deux premières années de master, m'ont passionnée. J'ai alors envisagé toutes les disciplines de la médecine interne. Les stages réalisés par après m'ont cependant repoussée les uns après les autres... Je n'y trouvais pas la diversité que je recherchais et, comme j'avais été frustrée par l'absence de suivi aux urgences, il me manquait la vision globale de la personne.

Je me suis donc remémoré mon stage de médecine générale, et cette option est devenue mon premier choix. Néanmoins, la sempiternelle question « *tu es certaine, tu ne veux pas te spécialiser ?* », à laquelle je répondais à chaque fois « *mais je me spécialise : en médecine générale !* », a parfois pesé sur mon choix d'orientation. Une chose est certaine, c'est que cela m'a permis, en engendrant de nombreuses questions sur mon choix, de le confirmer et de vouloir défendre les intérêts des étudiants souhaitant s'orienter vers la médecine générale.

Je suis donc devenue déléguée des étudiants de quatrième master orientation médecine générale, puis déléguée des assistants de médecine générale lors de mes deux années de spécialisation. Cette expérience m'a permis de prendre conscience des enjeux à la fois sociétaux et pédagogiques de la formation des jeunes médecins généralistes. J'ai d'ailleurs réalisé mon travail de fin d'études sur le changement de statut des assistants en médecine générale.

Au cours de ma formation en médecine générale, un poste d'assistant s'est ouvert au département de médecine générale de l'ULiège. Etant toujours en formation, je n'étais pas dans les conditions pour y accéder, mais toujours avec cet intérêt pour la défense des jeunes médecins et pour la pédagogie, j'ai postulé et eu la chance d'être engagée à la fin de ma formation.

J'ai donc entamé le début de mon activité professionnelle en travaillant à mi-temps à l'université. Mes anciens maîtres de stage, qui étaient devenus mes collègues au sein d'une nouvelle association de santé intégrée, doutaient de la faisabilité de pratiquer la médecine générale en même temps qu'une activité académique.

Pourtant, j'ai pu rapidement développer une pratique clinique variée. L'observation de mes pairs pendant mon assistantat m'avait permis de choisir un mode d'organisation de travail permettant de concilier mes activités. Il était très important pour moi de garantir aux patients un temps d'écoute (en travaillant sur rendez-vous par plages de vingt minutes) et une certaine disponibilité (en étant présente quatre jours sur cinq au cabinet et en conservant des plages libres pour les appels urgents).

J'avais également choisi de travailler dans une association de santé intégrée, car je suis convaincue que l'interdisciplinarité améliore la qualité des soins, mais aussi parce que ce type d'association permet la mise en place de projets de promotion de la santé et de prévention. Le travail en association permettait également que mes patients puissent être vus, si nécessaire, par un de mes confrères ayant leur dossier médical.

Un seul élément venait cependant gêner ma pratique de médecine générale : la garde. La garde était pour moi un facteur de stress important, qui aurait pu provoquer une remise en question de mon activité de médecin généraliste. Ce qui m'angoissait dans la garde, c'était essentiellement le sentiment d'insécurité lié à l'obligation de me déplacer seule, la nuit, chez des inconnus. Je trouvais également dangereux, pour moi mais également pour mes patients, d'enchaîner des périodes de travail de nuit avec mes consultations de la journée, car, même si je n'étais pas appelée, le stress de ne pas entendre un appel, m'empêchait de dormir...

Etant de nature encline à tenter de modifier les choses qui ne me conviennent pas, j'ai décidé d'aller frapper à la porte du Rassemblement des Généralistes Namurois, cercle de ma région. J'ai eu la chance d'arriver dans une équipe ouverte et prête au changement. Avec des collègues, nous nous sommes donc penchés sur un projet de réforme de la garde sur Namur. Notre projet était de garantir, par l'ouverture d'un poste médical de garde pendant toutes les périodes de garde (semaine et weekend), un accès et une qualité de soins optimale aux patients, tout en garantissant des conditions de garde correctes aux médecins.

Cette expérience a été enrichissante à plus d'un titre. Tout d'abord, elle m'a permis de rencontrer les représentants des associations de médecins généralistes, des syndicats, etc., qui m'ont appris énormément sur la manière dont on pouvait (tenter) de faire bouger les choses. Ensuite, la création de ce projet m'a permis de développer mes compétences de gestion et de coordination. Enfin, elle m'a fait prendre conscience du fait que les médecins généralistes ne représentaient pas un groupe homogène car, si la plupart des médecins namurois étaient favorables au changement, certains s'y sont opposés farouchement.

Parallèlement à cela, j'ai également travaillé au département de médecine générale de l'ULiège. Comme je l'ai mentionné, mes motivations de départ étaient un attrait pour la pédagogie et l'envie de défendre les intérêts des étudiants. Les premières années, j'ai donc participé à de nombreux enseignements. J'ai également eu l'opportunité de participer à des réflexions sur les modalités d'enseignement et à des recherches. Toutes ces expériences furent extrêmement enrichissantes.

Toutefois, ne me sentant pas légitime dans mon rôle d'enseignante, en raison de mon absence de formation pédagogique, j'ai décidé de suivre le master complémentaire en pédagogie universitaire proposé par l'ULiège. Ce master complémentaire m'a ouvert de nouveaux horizons à la fois pédagogiques et de recherches.

L'ensemble de ces activités (médicales, pédagogiques, de recherche et de défense professionnelle) m'ont profondément marquée. Elles ont renforcé mon attrait pour mon métier de médecin généraliste et m'ont permis de prendre conscience des nombreux enjeux entourant l'organisation des soins. Elles m'ont également convaincue que si la médecine générale veut renforcer son assise académique, il est nécessaire que des médecins généralistes s'engagent dans des projets de thèse de doctorat.

Etant convaincue de l'intérêt de réaliser ce travail, il ne me restait plus qu'à en choisir le sujet. La décision fut rapide : quel meilleur sujet, pour moi, que celui de l'attraction et du maintien dans la profession des médecins généralistes ? En effet, ce sujet allie à la fois des intérêts médicaux (assurer une force de travail suffisante pour faire face aux besoins en soins), pédagogiques (en lien avec l'enseignement de la médecine générale, de la qualité des stages, etc.), de la recherche (fondement même de toute thèse de doctorat) et de défense professionnelle (liés aux conditions de travail des médecins généralistes).

L'approche choisie pour étudier l'attraction et le maintien dans la profession fut alors guidée par mes questionnements sur mes choix d'orientation. Si certains facteurs m'ont permis d'en arriver à ma situation professionnelle actuelle, quels sont ceux qui ont agi sur les autres jeunes médecins ? Quels éléments ont-ils pris en compte pour choisir leur orientation professionnelle ? Pourquoi ont-ils choisi un mode d'organisation de travail plutôt qu'un autre ? Pourquoi certains ont-ils quitté la profession ?

Toutes ces questions m'ont conduite à m'intéresser aux choix d'orientation professionnelle des étudiants et des jeunes médecins généralistes, constituant le point de départ de ma réflexion et mon entrée dans cette thèse.

Chapitre 1

Problématique

Besoins, demandes et offre de soins

Plusieurs pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), dont par exemple la France et la Grande Bretagne, sont confrontés à un risque de pénurie de médecins généralistes (1–3).

La Belgique est également concernée par ce risque de pénurie comme le rapporte, depuis plusieurs années, la presse grand public (4–6). Cette crainte s'est confirmée en 2016 avec l'inscription de la médecine générale sur la liste des métiers en pénurie en Wallonie du Service public wallon de l'emploi et de la formation professionnelle (dit le FOREM) (7). Selon une étude effectuée par la Région Wallonne en 2016, 123 communes étaient en déficit de médecins généralistes (dont 55 communes en pénurie et 68 en phase de pénurie¹). En Flandre, ce serait 183 communes qui manqueraient également de médecins généralistes (8). Pourtant, certains remettent en question cette pénurie et estiment que le nombre de médecins généralistes est et sera suffisant pour faire face, à l'avenir, aux besoins de la population.

La pénurie serait la conséquence de deux phénomènes : peu d'étudiants choisiraient la médecine générale comme spécialité, et de nombreux médecins quitteraient la profession prématurément.

Ce risque de pénurie inquiète le monde politique et universitaire. D'une part, les besoins changeants des populations et des systèmes de santé rendent nécessaire la mise en place des mesures visant à garantir une force de travail suffisante en médecine générale. D'autre part, la formation des médecins généralistes est longue – neuf années d'étude en Belgique – et coûteuse – le coût annuel moyen de la scolarité d'un étudiant universitaire était de 7 550 € à charge de la Fédération Wallonie-Bruxelles en 2015 (9). Par conséquent, un nombre important de départs anticipés au sein de cette profession représente une dépense d'argent public non « rentabilisée ».

La planification des forces de travail renvoie à la question de l'adéquation entre besoins, demandes et offre de soins. Pour cette raison, nous verrons dans ce chapitre la relation entre ces trois concepts. Nous nous attacherons ensuite à décrire les évolutions ayant modifié, ces dernières années, les besoins et les demandes en soins, ainsi que leurs répercussions sur les systèmes de santé. L'offre de soins sera aussi étudiée, mais seulement du point de vue des ressources humaines en médecine générale, cette dernière étant au cœur de la recherche.

Ce chapitre n'a pas pour objectif de confirmer ou de réfuter un risque de pénurie ni d'étudier en détail la question de la planification. Son but est d'exposer le contexte et les

¹ La Région Wallonne définit une commune en pénurie une « *commune qui soit compte moins de cinq médecins généralistes/10 000 habitants, soit elle héberge moins de neuf médecins généralistes/10 000 habitants mais a une densité de population inférieure à 125 habitants/km², soit elle a moins de douze praticiens par 10 000 habitants et une densité de population inférieure à 75 habitants/km²* ».

Une commune est en phase de pénurie si « *elle frôle la limite des 9 médecins généralistes par 10 000 habitants* ».

enjeux dans lesquels se situe la problématique de l'attraction et du maintien dans la profession des médecins généralistes.

1.1. Besoins, demandes et offre de soins : définitions et relations

Les besoins en santé sont définis comme l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité (10), la santé étant définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social* » (11). Quantifier les besoins de santé nécessite donc à la fois d'évaluer l'état de santé d'un individu ou d'une population dans toutes ses dimensions, mais également de fixer une référence de santé souhaitée, ce qui s'avère complexe, car la perception de la santé varie en fonction d'un ensemble de facteurs : le temps, le lieu, la culture, la religion, etc. De plus, la santé fait intervenir des acteurs extérieurs aux systèmes de santé à proprement parler, comme ceux de l'éducation, de l'environnement, etc.

En raison de cette complexité, les auteurs de travaux visant la planification de l'offre de soins font souvent référence aux besoins en soins, en services de santé ou en personnel de soins plutôt qu'aux besoins en santé (12–14). De la même manière, dans ce travail, nous étudierons exclusivement les besoins ayant des répercussions sur l'offre de soins en médecine générale.

Toutefois, la notion de besoin, quelle qu'elle soit, reste une définition normative questionnant l'existence d'une norme de santé de référence, de soins ou services adéquats. La taxonomie de Bradshaw permet de différencier quatre types de besoins (15) :

- Les besoins normatifs, définis à travers une référence déterminée par des experts et qui, comme nous l'avons vu, peut être difficile à fixer. En fonction du type d'expert (médecin, philosophe, sociologue, économiste) les normes, et donc les besoins, risquent d'être différents pour une même population ;
- Les besoins comparatifs, déterminés par rapport à un système ou à un groupe comparable. Il peut s'agir, par exemple, de comparer deux systèmes de soins en fonction de leur taux de mortalité ou de leurs résultats par rapport à un indicateur de qualité ;
- Les besoins ressentis, qui se réfèrent à la perception des individus. Ils peuvent être déterminés en demandant aux individus ce qu'ils veulent. Cela peut conduire à une exagération des besoins (attentes trop élevées) ou à une minimisation de ceux-ci (liée à l'ignorance ou au rejet de certains concepts) ;
- Les besoins exprimés, qui équivalent aux demandes en soins et représentent la partie formulée des besoins ressentis.

L'offre est, elle, définie comme l'ensemble des services et des soins mis à la disposition de la population. Elle dépend essentiellement des moyens financiers disponibles et des priorités des politiques sanitaires (14).

Concernant les ressources humaines, une offre inadéquate en professionnels de santé fait courir le risque de conséquences économiques et éthiques (16).

Une pénurie peut entraîner :

- Des limitations de l'accessibilité au système de soins de santé ;
- Une sollicitation excessive des effectifs avec, pour éventuelle conséquence, une baisse de la qualité des soins pour les patients et de la qualité de vie pour les professionnels ;
- Une hausse des coûts nécessaires pour attirer une offre alternative ;
- Des effets indésirables à long terme sur le marché international du travail pour les professionnels de la santé (par exemple une « fuite des cerveaux » de certains pays formant de nombreux professionnels de santé vers d'autres pays les rémunérant mieux).

Au contraire, un excédent peut provoquer :

- Des dépenses inutiles en formation de professionnels ;
- La dispensation de services non justifiés (consommation induite par l'offre) engendrant un surcoût ;
- Une baisse de la qualité des soins en raison d'un taux d'activité trop bas.

En 1994, Stevens et Raftery (17) ont proposé un modèle présentant les relations possibles entre offre, besoins et demandes en soins (figure 1). En nous référant à la taxonomie de Bradshaw, les demandes peuvent être comprises comme des besoins exprimés.

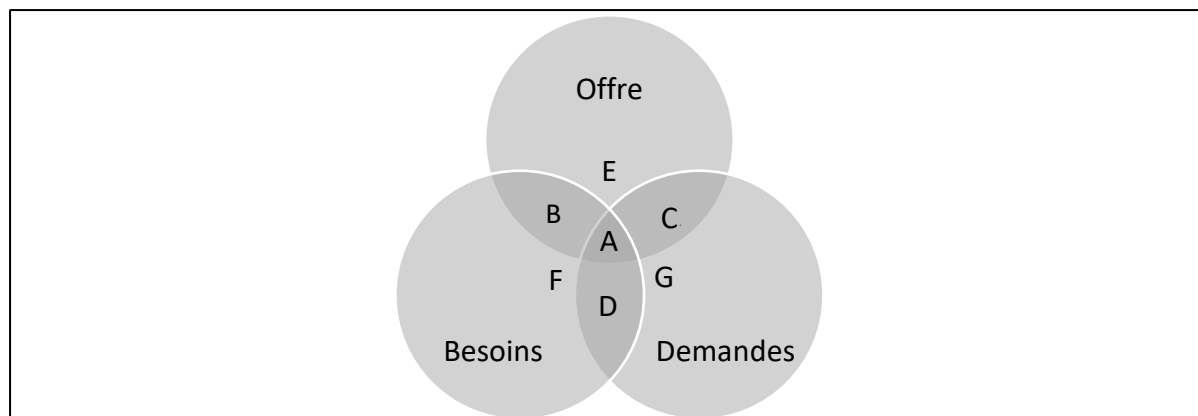


Figure 1 : Relation entre offre, besoins et demandes – d'après Stevens et Raftery (17)

La zone A représente la situation idéale, c'est-à-dire l'adéquation entre l'offre, les besoins et les demandes.

La zone B correspond à l'adéquation entre l'offre et les besoins mais sans qu'une demande ne soit faite. Cela correspond à beaucoup de situations en prévention et en promotion de la santé.

La zone C correspond à l'adéquation de l'offre et des demandes mais sans correspondance avec un besoin. C'était le cas, par exemple, des frottis cervico-vaginaux remboursés annuellement jusqu'à récemment, alors que les recommandations de bonne pratique préconisaient un dépistage du cancer du col de l'utérus tous les trois ans.

La zone D correspond à des besoins et des demandes pour lesquelles il n'existe pas d'offre de soins. Cette situation est fréquemment rencontrée dans des pays dont les systèmes de santé sont insuffisamment développés.

Les zones E, F et G montrent que, dans certaines situations, il n'existe aucune concordance entre offre, besoins et demandes en soins. Ces situations peuvent résulter d'évolutions en santé lors desquelles des besoins et/ou des demandes disparaissent (zone E) ou apparaissent (zones F et G). La planification d'un système de soins durable répondant aux besoins de la population nécessite de prendre en considération ces évolutions.

1.2. Besoins et demandes en soins : évolutions

Afin de définir une offre de soins permettant de faire face aux besoins et aux demandes de manière durable, il est nécessaire d'évaluer ces besoins non seulement en tenant compte des données actuelles, mais également de projections démographiques et économiques (18).

1.2.1. Causes de l'évolution des besoins en soins

Même si les changements démographiques (vieillessement de la population, flux migratoires) sont les principaux responsables des évolutions en besoins de soins, ils ne sont pas les seuls. Des évolutions techniques et économiques sont également à prendre en considération.

Vieillessement de la population

L'ensemble des progrès réalisés dans différents domaines tels que la santé, la technologie et l'éducation a permis d'augmenter l'espérance de vie à la naissance au niveau mondial (19). En Belgique, cette espérance de vie à la naissance est passée de 67.9 ans en 1970 à 78.1 ans en 2013 et continue à croître. L'espérance de vie à 65 ans a également augmenté, passant en Belgique de 12.2 en 1970 à 17.8 années de vie supplémentaires en 2013.

En parallèle, le taux de fécondité (c'est-à-dire le nombre d'enfants par femme) a chuté pour plusieurs raisons, telles que la contraception ou des changements environnementaux et sociétaux (19). En Belgique, ce taux de fécondité est passé de 2.25 enfants par femme en 1970 à 1.72 en 2013.

L'augmentation de l'espérance de vie (à la naissance et à 65 ans) associée à la baisse du taux de natalité ont conduit à un vieillissement de la population. Selon l'OCDE, les plus de 65 ans représentaient, à l'échelle mondiale, 9 % de la population en 1960, 15 % en 2010 et pourraient atteindre 27 % en 2050. La proportion de personnes âgées de plus de 80 ans augmente également (4 % en 2010 ; 10 % en 2050).

Au vieillissement général de la population, il faut ajouter les effets du « *baby-boom* » qui augmente de manière temporaire le pourcentage de personnes âgées dans la population. En effet, de nombreux pays industrialisés ont constaté une explosion démographique peu de temps après la Seconde Guerre mondiale. Les individus nés pendant cette période (1946-1964), et communément appelés « *baby-boomers* » arrivent maintenant à l'âge de la retraite.

La population belge ne fait pas exception. En 2010, 17 % de la population avaient plus de 65 ans et 5 % plus de 80 ans. En 2050, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans devrait atteindre 25 % et celle de plus de 80 ans 10 %.

Sur le plan biologique, le vieillissement est associé à l'accumulation de lésions qui conduisent à une réduction progressive des ressources physiologiques, à un risque accru de maladies et à une diminution générale des capacités (20). Les personnes âgées présentent donc plus de risques de contracter des maladies et de nécessiter des soins. Plus de la moitié des bénéficiaires de soins de longue durée² ont plus de 80 ans et plus de 80 % sont âgés d'au moins 65 ans (19). Au vu du vieillissement de la population, la demande en soins de longue durée risque d'augmenter.

Selon un rapport de l'OMS publié en 2014, même si le taux d'incapacité sévère (c'est-à-dire responsable d'une diminution d'au moins 50 % des capacités) baisse légèrement dans la population âgée, le taux de déficiences moins sévères semble rester stable depuis 30 ans (20).

Les effets biologiques du vieillissement sont cependant aléatoires et influencés par l'environnement et le comportement de l'individu (20). Les changements responsables de l'augmentation de l'espérance de vie pourraient également permettre d'augmenter les années sans incapacité. En Europe, un indicateur de l'« espérance de vie en bonne santé » (ou « espérance de vie sans incapacité ») est calculé régulièrement, mais,

² Selon l'OCDE, les soins de longue durée recouvrent des services aux personnes dépendant de l'aide d'un tiers pour accomplir les activités élémentaires de la vie quotidienne pendant une période prolongée. Ils incluent, entre autres, le traitement médical de base, les soins à domicile, l'assistance professionnelle et l'assistance dans les tâches quotidiennes (21).

comme cet indicateur est de conception récente, il n'est pas encore possible de savoir si l'espérance de vie en bonne santé évolue (19). Il est néanmoins certain que les systèmes de santé doivent agir en termes de prévention et de promotion de la santé afin d'augmenter ces années de vie en bonne santé (20).

Augmentation des maladies chroniques et de la multimorbidité

L'amélioration des connaissances médicales et techniques permet dorénavant aux individus de survivre à des affections aiguës et de vivre au long cours avec des maladies chroniques (définies par l'OMS comme des « *affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement* » (22)).

L'OMS considère d'ailleurs l'accroissement des maladies chroniques comme épidémique. Elles sont les premières causes de décès au niveau mondial et représentent 86 % des causes de décès en Europe (23). L'attention portée aux maladies chroniques est également en augmentation, ce qui permet de meilleures détections et suivis des patients. En Belgique, selon une étude de population parue en 2013, 28.5 % de la population âgée de plus de 15 ans déclaraient souffrir d'une maladie chronique, dont 9.6 % des jeunes de 15 à 24 ans et à peu près la moitié (48,8 %) des personnes âgées de 75 ans et plus (24).

La multimorbidité, c'est-à-dire la présence concomitante d'au moins deux maladies chroniques, est également en augmentation (25,26). En Belgique, elle s'observe chez 13.5 % de la population âgée de plus de 15 ans (24).

La multimorbidité diffère de la comorbidité (définie comme la présence d'un ou de plusieurs troubles associés à une maladie primaire) par le déplacement de l'intérêt donné à une maladie vers celui donné à un individu atteint de maladies multiples (25). Il existe plusieurs définitions opérationnelles de la multimorbidité selon le nombre de maladies co-occurentes (habituellement au minimum 2 ou 3), d'indices cumulatifs évaluant à la fois le nombre de maladies et leur gravité, ou encore en fonction de limitations cognitives et physiques qui en résultent. Ces différentes définitions opérationnelles peuvent être à l'origine des variations de prévalence de la multimorbidité entre les études.

Le taux de multimorbidité s'accroît avec l'âge – les années additionnelles de vie permettant l'apparition de nouvelles maladies et l'âge augmentant la vulnérabilité aux maladies chroniques. Une revue de littérature publiée en 2014 montrait que la multimorbidité touchait moins de 20 % des individus de moins de 40 ans et environ 75 % des plus de 70 ans (26).

Le taux de multimorbidité est inversement proportionnel au statut socio-économique (25–27) en raison de plusieurs facteurs : on peut citer une moindre conscience des comportements sains liés à un faible niveau d'éducation, un accès plus difficile aux soins ou encore une gestion insuffisante de la santé par une utilisation

limitée des services préventifs ou par une moindre conformité aux traitements médicamenteux et non médicamenteux (25).

L'augmentation des maladies chroniques et de la multimorbidité est responsable d'une augmentation du volume de soins, qui pourraient être réduits en renforçant la promotion de la santé et la prévention (20,23).

Mais la multimorbidité a également induit un changement dans la nature même des besoins en soins. Il a en effet été démontré que, chez un patient porteur de plusieurs pathologies, la prise en charge séparée de ces maladies avait des conséquences néfastes en termes d'interactions médicamenteuses et d'observance thérapeutique. De plus, en cas de multimorbidité, la sommation des marqueurs biomédicaux mesurant l'efficacité d'une prise en charge d'une maladie chronique semble inopérante, le tableau hétéroclite qui en résulte différant souvent de celui constitué par l'individu dans son contexte de vie (28).

La multimorbidité représente donc une situation complexe en accord avec la définition de Morin, sociologue et philosophe des sciences, pour qui « *est complexe ce qui ne peut se résumer en un maître mot, ce qui ne peut se ramener à une loi ni se réduire à une idée simple.* » (29). A la fin des années 1990, Stacey publiait une matrice dont les axes représentent les deux facteurs principaux favorisant la complexité : le degré de certitude par rapport aux preuves scientifiques (« *technology* ») et le niveau de consensus des décideurs (dont le patient) par rapport à l'approche (« *requirements* ») (figure 2) (30). En fonction de ces deux facteurs, quatre situations peuvent être décrites : le connu ou simple (allie des niveaux de preuves et de consensus importants) ; le compliqué (niveau de preuves où il y a plus de connu que d'inconnu et/ou consensus relativement important) ; le complexe (allie un niveau de preuves où il y a plus d'inconnu que de connu et peu de consensus) ; le chaos (très peu de preuves et de consensus).

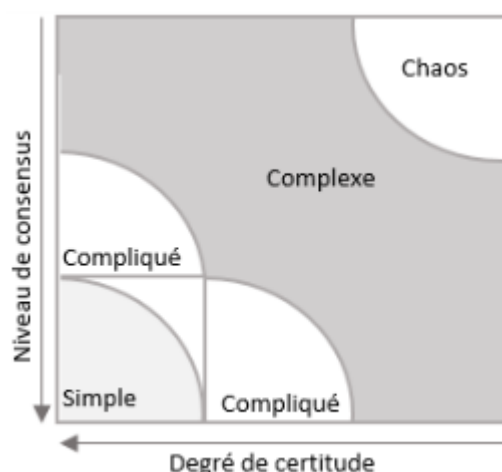


Figure 2 : Matrice représentant les facteurs favorisant la complexité – d'après Stacey (30)

Afin d'offrir des soins de qualité aux patients atteints de multimorbidité, il est nécessaire de prendre en considération cette complexité en centrant les soins sur les objectifs du

patient et non sur les pathologies elles-mêmes. Deux patients avec des pathologies identiques peuvent, en raison de capacités fonctionnelles et de contextes de vie différents, ne pas avoir les mêmes objectifs de santé. Pour ce faire, il serait utile de recourir à des critères orientés vers le patient comme la capacité fonctionnelle ou la qualité de vie plutôt qu'à des marqueurs biomédicaux, en utilisant par exemple l'ICF (International Classification of Functioning disability and health) (31).

Il est également nécessaire que les soins centrés sur les objectifs du patient soient coordonnés afin d'optimiser les différentes interventions, car les patients avec multimorbidité consultent plus de professionnels de la santé et risquent davantage une hospitalisation qui serait évitable (28).

Enfin, notons que lors de soins de longue durée, les patients font souvent appel, en plus des professionnels de santé, à de la famille, des amis ou des connaissances afin de les aider dans une variété de tâches telles que les soins personnels (toilette, habillage), la préparation des médicaments, la surveillance ou la gestion et la coordination des soins fournis par des professionnels de santé. Ces personnes sont alors appelées « aidants proches ». Les soins qu'ils fournissent sont un élément central et essentiel du système de soins de longue durée. Cependant, en raison d'évolutions de la société telles que l'intégration croissante des femmes sur le marché du travail, les nouvelles structures familiales et la diminution de la taille des ménages, la disponibilité des aidants proches risque de baisser. Afin de les soutenir, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) suggère d'améliorer leur accès aux informations et de les intégrer parmi les acteurs de soins (32).

Flux migratoires

Les influences des flux migratoires sont multiples dans le domaine qui nous occupe.

En 2013, environ 500 000 personnes ont demandé asile en Europe, ce qui correspond à une augmentation de 32 % depuis 2012 selon le Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les réfugiés (33). Ces migrants sont généralement originaires de pays touchés par la guerre, les conflits ou la crise économique, et entreprennent de longs voyages dans des conditions pénibles.

En raison de conditions de vie et d'hygiène souvent difficiles, les migrants sont plus susceptibles d'être confrontés à des maladies transmissibles (34).

La prévalence de certaines affections, comme le diabète ou l'hypertension, est élevée dans de nombreux pays à revenus faibles ou intermédiaires et l'interruption de soins (difficulté d'accès aux soins dans le pays d'origine et/ou pendant le voyage) constitue un véritable problème (34).

L'exposition à des risques associés aux mouvements de populations (troubles psychosociaux, troubles de la nutrition, etc.) renforce également leur vulnérabilité aux maladies non transmissibles (34).

Les réfugiés présentent aussi plus de risques de développer des maladies mentales en raison de traumatismes, de stress ou de manque de support social à l'origine ou pendant leur migration (33).

Les femmes sont souvent confrontées à des difficultés spécifiques, liées notamment à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, à la santé sexuelle et à la violence (34).

En 2015, la population résidant en Belgique a augmenté de 0.53 %, en majeure partie en raison du solde migratoire international (35). Au-delà des effets purement numériques des flux migratoires, il est donc nécessaire de prendre en considération la prévalence des problèmes de santé plus importants dans certains groupes de migrants (34).

Evolutions sociétales et économiques

Les soins de santé n'échappent pas aux effets de la culture de consommation. La modernisation, l'enrichissement et l'amélioration des connaissances transforment la conception de ce qu'est le bien-être et la santé, et ils créent des attentes nouvelles chez les usagers des soins de santé. Ceux-ci veulent également que les soins de santé leur soient dispensés en tant que personnes ayant des droits, et non pas en tant que simples cibles des programmes de santé (27).

Les prestataires de soins peuvent également induire une augmentation des demandes de soins. La notion de demande induite renvoie à la capacité des médecins à générer une demande pour leurs propres services (36). Grâce aux connaissances qu'ils détiennent, les médecins peuvent recommander, voire imposer, une prestation dont l'utilité se situe plus du côté de leurs objectifs de revenus que des besoins du patient. Deux éléments favorisent ce type de comportement : le mode de rémunération du prestataire (paiement à l'acte) et la couverture assurantielle des patients qui les rend moins sensibles aux coûts des soins. Notons que les médecins peuvent également créer une demande, non pas dans le but d'augmenter leurs revenus, mais par une méconnaissance des guides de bonne pratique qui prennent en compte la relation coût-bénéfice.

De plus, la culture de consommation transforme les soins de santé en un bien de consommation dans une branche d'activité où le secteur privé prend de plus en plus de place (27). Une « marchandisation des maladies » (« disease mongering ») a été décrite, au début des années 1990, par Payer, qui constatait l'apparition de campagnes d'information sur des maladies dont elle ignorait l'existence (37). Ces « nouvelles maladies » étaient présentées comme des déficiences par rapport à une condition de vie idéale nécessitant un traitement. En 2002, Moynihan redéfinissait le concept par « *l'élargissement des limites des maladies traitables dans le but d'augmenter le marché potentiel du médicament* » (38) et identifiait cinq types de marchandisation de la maladie: les processus ou affections ordinaires classés comme problèmes médicaux (ex : calvitie), des symptômes doux dépeints comme des signes de maladie grave (ex : côlon irritable), des problèmes personnels ou sociaux considérés comme médicaux (ex :

troubles déficitaires de l'attention chez les enfants et les adolescents), des facteurs de risque conceptualisés comme maladies (ex : hypercholestérolémie) et des estimations de prévalence de maladies conçues pour maximiser la taille d'un problème médical (ex : dysfonction érectile). Ce phénomène, en plus de pouvoir provoquer des maladies iatrogènes, provoque un gaspillage des ressources de santé au détriment de maladies plus graves.

La crise économique a également un rôle à jouer dans l'évolution des besoins en soins. Le taux de pauvreté (défini comme la proportion de personnes dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté) a augmenté ces dernières années, passant en Belgique d'un ratio 0.087 en 2004 à 0.1 en 2013 (39). L'intensité de la pauvreté (définie comme l'écart relatif entre le revenu moyen des personnes pauvres et le seuil de pauvreté) a également augmenté en Belgique, passant de 0.224 en 2004 à 0.251 en 2013 (40). Or, comme nous l'avons vu, un statut socioéconomique bas prédispose à la multimorbidité et donc à des besoins en soins plus importants.

1.2.2. Répercussion sur les systèmes de santé

Les changements sociétaux, démographiques, techniques et économiques que nous venons de décrire ont modifié les besoins en soins. En plus d'une augmentation de volume, la nature des besoins s'est complexifiée. Par le passé, la plupart des problèmes de santé pouvaient être décrits dans des termes biomédicaux et abordés par les soignants en utilisant les connaissances et les compétences acquises durant leurs études (27). Aujourd'hui, ils se trouvent, au contraire, régulièrement face à des patients porteurs de plusieurs maladies chroniques pour lesquelles il est nécessaire de mettre en place une prise en charge globale multidisciplinaire coordonnée et centrée sur les objectifs du patient (devenu un acteur de soins à part entière). De plus, la prévention et la promotion de la santé prennent une place de plus en plus importante dans le travail quotidien des soignants.

A cela, il faut ajouter des considérations économiques car si les besoins augmentent, les ressources restent limitées. Les années 2000 ont été caractérisées par une période de croissance des dépenses de santé supérieure à celle de l'ensemble de l'économie (19). En Belgique, les dépenses en santé sont passées de 3.8 % du PIB en 1970 à 10.5 % en 2015 (41). Ainsi, l'augmentation des coûts en santé ne peut pas s'expliquer du seul fait de l'augmentation de volume des besoins en soins, mais également par une utilisation croissante de la technologie médicale.

Devant de tels changements, l'OMS recommande que les systèmes de soins évoluent vers des systèmes intégrés, centrés sur la personne avec une vision holistique et une coordination entre les différents intervenants (27). Ils doivent être axés sur la promotion de la santé et la prévention, mais aussi sur l'équité. Pour cela, l'OMS propose quatre types de réformes :

- Une adaptation des systèmes de santé contribuant à l'équité, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, essentiellement en tendant vers l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale ;
- Une réorientation des services de santé vers les soins de santé primaires, c'est-à-dire autour des besoins et des attentes de la population, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde tout en produisant de meilleurs résultats ;
- Une action centrée sur la santé des collectivités, en combinant les actions de santé publique avec les soins de santé primaires ;
- Des réformes qui remplacent la quête disproportionnée de résultats à court terme ;
- Des systèmes de santé faisant place à la négociation et à la participation des usagers.

Ces recommandations, plaçant les soins de santé primaires au centre des systèmes de soins, ne sont pas neuves puisqu'en 1978, la déclaration d'Alma-Ata préconisait déjà que les gouvernements « *fassent une place aux soins de santé primaires dans leurs plans nationaux de développement et renforcent ce type de soins* » (42). Les soins de santé primaires sont d'ailleurs définis par l'OMS en référence « *au concept élaboré dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, qui est basé sur les principes d'équité, de participation, d'action intersectorielle, de technologie appropriée et sur le rôle central joué par les systèmes de santé* » (43). La réorientation des services de santé vers la promotion de la santé date, elle, de 1986 et est le sujet de la Charte d'Ottawa (44).

Parmi les éléments constitutifs des soins de santé primaires, les soins primaires sont « *un processus-clef dans le système de soins. Ce sont les soins de premiers contacts, accessibles, continus, globaux et coordonnés* » (43). Les soins primaires sont donc le premier niveau de soins professionnels, où les usagers présentent leurs problèmes de santé et où la majorité des besoins curatifs et préventifs de la population sont satisfaits (45). Cette définition et celle de l'OMS concordent avec les quatre dimensions (« 4C ») attribués aux soins primaires par Starfield : « *first Contact* » (accessibilité aux soins sans distinction de pathologie ou de population), « *Comprehensiveness* » (prise en charge de tous les besoins de soins, en ce compris la prévention et la promotion de la santé), « *Coordination* » (coordination des différents intervenants avec intégration de la prise en charge) et « *Continuity* » (relation de longue durée avec suivi longitudinal) (46).

La littérature montre que les pays avec des soins primaires forts ont de meilleurs résultats en santé, surtout dans le suivi des pathologies chroniques, grâce à leur accessibilité, à la coordination et au suivi longitudinal (47) qui permettent d'éviter les hospitalisations inutiles (48). Des études ont également prouvé qu'ils permettaient de diminuer les inégalités en santé par la promotion de l'accès aux ressources en santé pour tous et qu'ils réduisaient l'exclusion des individus (19,47,48). Concernant le

contrôle des coûts, les résultats de la littérature divergent (48). Certains pays avec des soins primaires forts ont montré un accroissement plus lent des dépenses de santé, alors que d'autres ont signalé des coûts plus élevés. Ces résultats sont cependant à mettre en balance avec le nombre plus important de prises en charge, qui augmentent les dépenses de santé, même si les services sont moins coûteux à la base. Dans sa revue de littérature, Kringos conclut que l'évaluation de ce paramètre est complexe et qu'il doit continuer à être étudié (48). Selon Starfield, six mécanismes (seuls ou en association) peuvent expliquer l'impact bénéfique des soins primaires : une meilleure accessibilité, une meilleure qualité des soins, plus de prévention, la prise en charge précoce des problèmes de santé, des soins centrés sur la personne, une réduction des soins spécialisés inutiles (49).

Pour l'OMS, « *Bien que l'organisation et les fonctions des soins primaires diffèrent d'un pays à l'autre, en raison du contexte historique et des différentes situations sociales, économiques et culturelles, les services fournis par les médecins généralistes constituent un élément fondamental des soins primaires. Qu'ils travaillent seuls ou en association avec d'autres généralistes, isolés ou dans le cadre d'une équipe de professionnels de santé, que la population s'adresse à eux en premier lieu ou qu'ils soient des spécialistes parmi d'autres auxquels les individus peuvent s'adresser directement, les généralistes jouent un rôle reconnu dans de nombreux pays dans des activités intégrées dans les domaines suivants : promotion de la santé, prévention des maladies, soins curatifs, réadaptation et soins de soutien. [...] La médecine générale peut donc contribuer à l'efficacité et à la bonne qualité des services de soins primaires, et à une bonne utilisation des ressources, ce qui est de nature à avoir des incidences positives sur la charge de travail du personnel de santé et sur la qualité des soins spécialisés et des soins hospitaliers* » (50).

Les professionnels de santé actifs au sein de la première ligne de soins sont nombreux : médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, etc. En Europe, les médecins concernés par ce niveau de soins sont essentiellement des médecins généralistes, considérés comme le noyau des soins primaires (19). La situation diffère aux Etats Unis, où les internistes et les pédiatres généraux sont nombreux parmi les médecins de première ligne. Leur situation est cependant différente de celle que nous connaissons, car ces praticiens sont implantés dans les communautés et donnent des soins de proximité.

Dans certains pays comme le Royaume-Uni ou les Pays-Bas, les médecins généralistes ont une fonction de *gatekeeper*, c'est-à-dire qu'ils constituent le premier contact obligatoire des patients en demande de soins médicaux. Cette fonction n'est pas d'application en Belgique où les patients peuvent consulter directement un médecin d'une autre spécialité sans être référé par un médecin généraliste.

La médecine générale est définie par l'Association mondiale des médecins de famille, mieux connue sous le nom de WONCA³, en accord avec l'OMS, comme « *une spécialité clinique orientée vers les soins primaires dont les caractéristiques sont qu'elle*

- *est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée ;*
- *utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient ;*
- *développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires ;*
- *utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée ;*
- *a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient ;*
- *base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires ;*
- *gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient ;*
- *intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide ;*
- *favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace ;*
- *a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.*
- *répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. » (51)*

Ainsi, la médecine générale, par son rôle central au sein des soins primaires, constitue une spécialité médicale à renforcer dans les réformes des systèmes de santé, telles que recommandées par l'OMS, afin de faire face aux évolutions des besoins en soins de santé (52).

³ Acronyme composé des cinq premières initiales de la *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*.

1.3. Offre de soins en médecine générale

L'offre de soins se compose à la fois des ressources humaines, des infrastructures et des équipements. Bien qu'il soit évident que les évolutions des besoins et des demandes en soins vont faire intervenir de nombreux acteurs, nous nous sommes concentrée, dans ce travail, sur les ressources humaines en médecine générale en prenant en considération à la fois l'offre existante, mais également les travaux de planification de l'offre médicale.

1.3.1. Planification de l'offre médicale

Comme d'autres pays de l'OCDE, les responsables des soins de santé belges cherchent à disposer d'un personnel de santé suffisant, compétent et bien réparti géographiquement. Pour cela, dix-huit États, dont la Belgique, ont mis en place des modèles de planification « *stock-and-flow* » des forces de travail, basés sur le principe que, pour chaque profession des soins de santé, il existe une demande et une offre (12).

Le modèle « *stock-and-flow* » appliqué aux médecins et proposé par l'OCDE (figure 3), montre que de nombreux facteurs affectent les besoins et les demandes en soins (la démographie, la morbidité et la part du produit intérieur brut allouée aux soins de santé par exemple), mais également l'offre en personnel médical (nouveaux diplômés et arrivée de médecins étrangers pour les « entrées », arrêt de pratique, émigration et retraite pour les « sorties ») (18).

Il indique également que la planification de l'offre de soins est liée à l'organisation du système de soins, car le nombre de médecins nécessaire dépend de différences structurelles notoires, comme le nombre de paramédicaux actifs en première ligne de soins, les différences dans le périmètre d'activités des médecins généralistes concernés, etc. Par exemple, la Belgique avait, selon les statistiques de l'OCDE, une densité médicale, en 2014, de 1.12 médecins généralistes habilités à exercer pour 1 000 habitants en Belgique alors que cette densité était de 0.8 aux Pays-Bas, mais ce pays dispose d'un système de soins de santé de première ligne totalement différent.

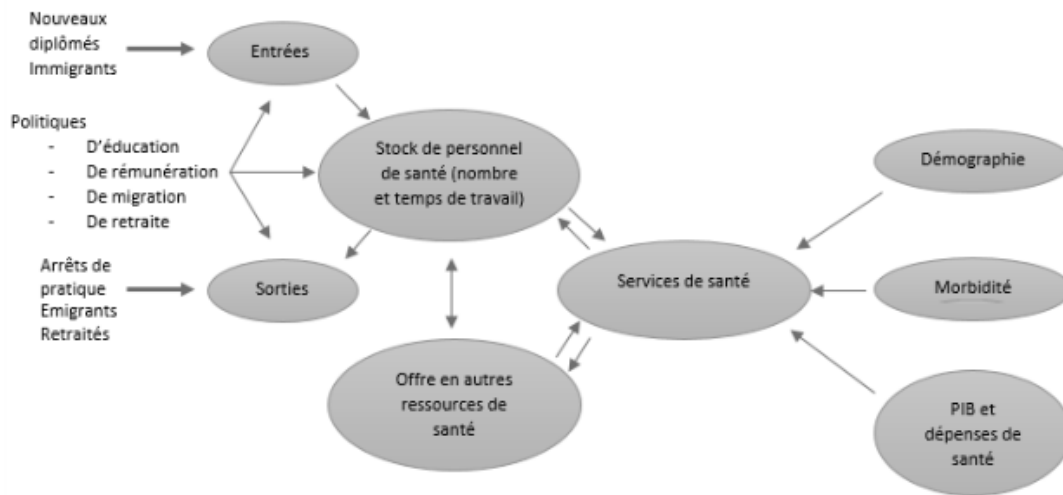


Figure 3 : Cadre pour l'offre et la demande des médecins (d'après l'OCDE) (18)

En Belgique, la planification de l'offre en personnel de soins est réalisée par la « Commission de planification - Offre médicale », créée en 1996. Celle-ci a pour mission d'évaluer les besoins en matière d'offre en médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes et logopèdes. Ces évaluations prennent en compte les tendances historiques observées afin d'établir des projections de l'évolution du nombre de professionnels de soins. A partir de ces scénarios, la Commission de planification adresse au Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales des recommandations afin de fixer les quotas pour le contingentement des médecins, dentistes et kinésithérapeutes (53).

Pour les médecins, la Commission de planification établit des scénarios d'avenir, basés sur un modèle « *stock-and-flow* », concernant 29 spécialités médicales dont la médecine générale, en prenant en compte

- le stock de médecins actifs (nombre de médecins actifs, répartition selon le secteur d'activité, taux d'activité et répartition selon le sexe et la nationalité) dont sont déduites les sorties (décès, départs en retraite) et auquel sont ajoutés les nouveaux diplômés en Belgique (nombre d'inscriptions en première année, taux de réussite, répartition des stagiaires par spécialité, pourcentage de stages terminés, pourcentage d'enregistrements auprès du SPF Santé Publique, répartition du nouveau flux de médecins selon le sexe et la nationalité), ainsi que le flux de praticiens diplômés à l'étranger ;
- l'évolution de la demande en soins estimée sur la base du nombre d'individus et de la structure de la population, en fonction de l'âge et du sexe, ainsi que de la consommation respective en soins (données de l'assurance maladie-invalidité - AMI) (54).

Afin de développer une vision d’avenir de la profession de médecin, la commission de planification a mis en place depuis 2017 un scénario alternatif qui a adapté le scénario de base en tenant compte non seulement d’évolutions comme la réduction de la durée de travail ou la modification du modèle de consommation des soins (vie plus longue en bonne santé), mais également de l’examen d’entrée mis en place à l’entrée des études dans la partie francophone du pays⁴ (55).

Ce scénario alternatif prévoit également que le contingentement soit modifié en faveur de la médecine générale dans la répartition des quotas entre spécialités.

Le contingentement des médecins a évolué au fil des décennies. Dans un premier temps, la limitation concernait l’attribution du titre de médecin sans distinction de spécialité. Par la suite, le législateur s’est attaché à réglementer plus en détail l’accès aux formations menant aux titres de médecin généraliste ou de médecin spécialiste. En 2002, un nombre minimal de candidats pour chaque spécialité a été fixé. Une proportion de 57 % de spécialistes et 43 % de généralistes était également prévue. En 2008, 19 spécialités ont vu leurs nombres minimaux supprimés. Seuls quatre ont été maintenus pour des spécialisations nouvelles ou qui requéraient une attention particulière.

Actuellement, deux types de quota coexistent : des quotas maximaux à ne pas dépasser pour l’ensemble des médecins et des quotas minimaux (seuils à atteindre) pour la médecine générale, la psychiatrie infanto-juvénile, la médecine d’urgence et médecine aiguë (ainsi que la gériatrie à partir de 2010) (tableau 1).

Tableau 1 : Aperçu global de la situation des contingents avec « accès à la formation » : les nombres minimaux et maximaux en vigueur pour la Belgique (53)

Belgique		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombres maximaux		757	757	757	757	890	975	1025	1230	1230	1230	2460	1230	1230	1230
Nombres minimaux	Médecine générale	300	300	300	300	300	300	300	360	400	400	800	400	400	400
	Psychiatrie infanto-juvénile	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20	-
	Médecine aiguë	10	10	20	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20	-
	Médecine d’urgence	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10	20	10	10	-
	Gériatrie			20	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20	-

A partir de 2015, les quotas minimaux ont été relevés pour les médecins généralistes, passant de 300 jusqu’en 2014 à 360 en 2015 et à 400 à partir de 2016⁵ (55).

⁴ Un examen d’entrée était déjà en place dans la partie néerlandophone du pays depuis 1997.

⁵ En 2018, deux cohortes arrivent en même temps au terme de leur formation de base en médecine, en raison de la réduction de la durée du parcours des études de médecine qui est entrée en vigueur en 2012

1.3.2. Forces de travail actuelles en médecine générale

En Belgique, l'identification des médecins généralistes se fait sur base de l'agrément (titre obtenu auprès du SPF Santé Publique), qui démontre que son titulaire a suivi avec succès une formation théorique et pratique en médecine générale. Ce titre est obligatoire pour pouvoir exercer la médecine générale en Belgique, dans le cadre de la sécurité sociale. Son obtention est déterminée par les conditions suivantes : être titulaire d'un diplôme de médecin, être titulaire d'un visa autorisant l'exercice de la profession, être inscrit auprès d'un ordre provincial des médecins et avoir suivi une formation spécifique en médecine générale approuvée par la commission d'agrément. De nouveaux critères de maintien de cet agrément, d'application depuis 2015, sont décrits comme suit dans le Moniteur belge : "*Le médecin généraliste agréé est tenu de maintenir et de développer ses compétences pendant toute sa carrière par une formation pratique et scientifique*" (M.B. 24.12.2015).

La banque de données fédérale des professionnels des soins de santé (« cadastre ») enregistre l'ensemble des professionnels de santé en droit d'exercer en Belgique et permet dès lors de connaître le nombre de médecins généralistes agréés. En 2012⁶, ils étaient 16 144 (53).

Cependant, ces données ne permettent pas de déterminer si ces professionnels sont effectivement actifs, d'estimer leur taux d'activité et d'identifier leur secteur d'activité. Dans cet objectif, un couplage a été réalisé entre les données issues du cadastre, d'une agrégation de données socio-économiques provenant de plusieurs institutions⁷ et des données disponibles provenant de l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) – prestations effectuées et « profil » individuel de chaque prestataire de soins.

L'INAMI considère les médecins généralistes actifs comme ceux qui ont effectué au cours de l'année étudiée au moins 500 prestations ou presté au moins 0.1 équivalent temps plein⁸ (ETP), pour les médecins salariés. Ce critère a été fixé par le groupe de travail « Médecins » de la « Commission de Planification – Offre Médicale » qui

(de 7 à 6 ans). Par conséquent, en 2018, les étudiants provenant de deux promotions différentes débiteront ensemble leur formation de spécialisation.

⁶ Date la plus récente pour lesquelles les statistiques sont disponibles.

⁷ Le Fonds des Accidents du travail (FAT), le Fonds des maladies professionnelles (FMP), le Service public fédéral Sécurité sociale, la Banque Carrefour de la sécurité sociale (BCSS), le Collège inter mutualiste national (CIN), le Service public de programmation intégration sociale, le Service des pensions du secteur public (SdPSP), l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFST), l'Office national de l'emploi (ONEM), l'Office national de sécurité sociale (ONSS), l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSS-APL), l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI), Sigedis ("Sociale Individuele Gegevens – Données Individuelles Sociales", une association sans but lucratif qui réalise des missions légales de gestion de données dans le cadre de la sécurité sociale) et les services publics pour l'emploi des différentes communautés et régions (VDAB – FOREM – Actiris – ADG).

⁸ C'est-à-dire la quantité de travail accomplie par une personne proportionnellement au volume de travail d'un emploi normal à temps plein

considère ce nombre de prestations minimal comme réaliste et reflétant un bon indicateur du fait d'être actif comme médecin généraliste.

Selon ces sources, en 2012, 76.1 % des médecins généralistes agréés étaient actifs, dont 66.5 % dans le cadre de l'assurance maladie invalidité (les autres effectuant des prestations non remboursées par l'assurance maladie invalidité belge ou auprès de patients non couverts par celle-ci).

Afin de quantifier les forces de travail en médecine générale, il convient non seulement de comptabiliser les médecins généralistes agréés actifs, mais également de prendre en considération leur volume de travail en mesurant le nombre d'équivalents temps plein (ETP) que ceux-ci consacrent à la pratique médicale, ainsi que la proportion des activités consacrées aux fonctions curatives et non curatives.

Pour les médecins indépendants travaillant à l'acte, il est cependant difficile de définir une norme de travail à temps plein. Pour résoudre ce problème, l'INAMI a choisi de se baser sur le montant médian annuel des remboursements des prestations effectuées au sein d'un groupe de référence. Cette médiane a ensuite été utilisée comme estimation de l'activité d'un équivalent temps plein (= 1 ETP). Le groupe choisi comme référence est celui des médecins actifs âgés entre 45 et 54 ans, en faisant l'hypothèse que ce groupe a atteint un niveau d'activité optimum (avant, il ne dispose pas encore d'une clientèle, après, il peut envisager de réduire son activité pour convenances personnelles). La médiane observée de la catégorie d'âge 45-54 ans en médecine générale était en 2012 de 103 107 € et ce montant annuel de remboursements des prestations a été assimilé à 1 ETP (53).

En 2012, le volume moyen d'activité presté dans le cadre de l'INAMI était de 0,72 ETP et variait selon les régions (0,90 ETP en Région flamande, 0,64 en Région wallonne, et 0,38 en Région de Bruxelles-Capitale). Selon l'INAMI, ces différences pourraient signifier qu'en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale, il existe une capacité non utilisée en termes de forces de travail en médecine générale, un phénomène de diversification des activités des médecins généralistes ou encore des différences dans la façon d'appliquer l'échelonnement.

Cette manière de déterminer et de mesurer l'activité des médecins généralistes pose cependant question, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, ces données ne concernent que les médecins agréés. Les médecins généralistes non agréés – c'est-à-dire ayant obtenu un diplôme dans cette spécialité mais sans avoir demandé ou conservé le titre les autorisant à exercer – ne sont donc pas pris en compte, ce qui peut sous-estimer le taux de médecins généralistes inactifs. A l'inverse, une surestimation des médecins généralistes inactifs est possible, car certains

médecins à la retraite conservent leur agrément (en 2012, les médecins de plus de 65 ans représentaient 9,9 % des médecins généralistes agréés) (53).

Ensuite, l'activité des médecins indépendants exerçant en dehors du système de remboursement des soins de l'INAMI échappe à l'analyse.

A l'inverse, peuvent être considérés comme actifs certains médecins agréés en médecine générale pratiquant, pour tout ou partie, des activités particulières (médecine du sport, pratique non conventionnelle, nutrition, etc.) pour lesquelles ils attestent des prestations remboursées par l'INAMI, mais qui ne sont pas en adéquation avec la définition de la médecine générale de la WONCA. Les débats autour de la modification des critères du maintien de l'agrément, qui ont eu lieu en 2015, ont montré que ces activités ne faisaient pas l'objet d'un consensus lorsqu'il s'agissait de les définir, ou non, comme des activités de médecine générale (57).

Par ailleurs, les médecins généralistes en formation de spécialisation attestent leurs prestations au nom de leur maître de stage. L'activité de ce dernier peut donc être surévaluée même si ces cas sont minoritaires.

Ensuite, les médecins travaillant sous le statut de salarié et qui, dans ce cadre, effectuent des prestations remboursées par l'INAMI, sont répertoriés deux fois : une fois sur base des données ETP de l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS), et une fois via le calcul de l'ETP sur base des prestations INAMI. Les données disponibles ne permettent pas de mesurer l'ampleur exacte de ce phénomène. La Commission de planification estime néanmoins que ces cas sont peu fréquents.

De plus, le calcul des équivalents temps plein se base sur les montants des remboursements INAMI et non pas sur le temps de travail effectif des praticiens. Or, la quantification sur base d'un groupe de référence peut conduire à des biais. En effet, si le groupe de référence exerce une faible activité, la valeur de référence de l'ETP ne correspondra probablement pas à un temps plein. Au contraire, dans le cas d'une surcharge d'activité des professionnels, la valeur de référence de l'ETP peut alors correspondre à une activité qui excède un temps plein (53). Notons également que dans le cas qui nous occupe, la valeur de référence est basée sur un groupe d'âge (45-54 ans). Or, des différences générationnelles dans la manière de concevoir le temps de travail sont possibles.

Enfin, ce calcul de l'activité basé sur les remboursements des prestations, ne tient pas compte de fonctions curatives ou non curatives qui ne font pas l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Certaines de ces fonctions, comme la coordination ou des actions de prévention et de promotion de la santé, sont pourtant nécessaires pour répondre, comme nous l'avons vu, aux évolutions des besoins en santé. D'ailleurs, la Commission de Planification de l'Offre Médicale indique que : « *la valeur de l'ETP reprise*

dans les rapports ne doit pas être utilisée de manière normative. Elle sert uniquement à nous informer sur l'ordre de grandeur relatif des prestations fournies, par rapport à l'ETP de référence, défini précédemment (53) ».

En définitive, les informations disponibles concernant les forces de travail actuelles en médecine générale montrent l'inactivité, dans le cadre de l'assurance maladie invalidité, de nombreux médecins généralistes agréés, ainsi que la part non négligeable de médecins généralistes actifs exerçant à temps partiel. Elles soulignent également le flou entourant les activités professionnelles de ces médecins. En effet, nous ne savons pas si les médecins inactifs exercent ou non des activités dans le domaine médical, ni si le travail à temps partiel de certains médecins généralistes correspond à une limitation de leur temps de travail total ou au partage de leur temps professionnel entre la médecine générale et d'autres activités professionnelles non comptabilisées par l'INAMI.

1.3.3. Formation de nouveaux médecins généralistes

Comme nous l'avons vu, la planification de l'offre médicale demande de tenir compte des forces de travail actuelles (*stock*) mais également de l'arrivée de nouveaux médecins généralistes (*inflow*) représentés essentiellement par les nouveaux diplômés.

Entre 1998 et 2008, le nombre absolu de médecins généralistes en formation n'a cessé de diminuer, essentiellement en raison de l'attraction particulière des autres spécialités au détriment de la médecine générale, la proportion de médecins nouvellement diplômés s'engageant dans la formation en médecine générale baissant également (58).

De 2008 à 2010, le nombre de médecins généralistes a progressivement augmenté, mais sans atteindre les quotas minimaux fixés. En 2010, le déficit cumulé était de 507 unités (tableau 2) (59).

A partir de 2011, les quotas minimaux ont été atteints (avec un nombre croissant de médecins généralistes en formation). Le déficit cumulé a diminué et tend à se résorber progressivement même si, en 2015, il était toujours de 198 unités.

Tableau 2 : Aperçu global du contingentement des médecins généralistes pour la Belgique (nombres minimaux)

N = contingent normé – O = contingent observé (plans de stage introduits et approuvés) - Δ = différence (O-N) – Le solde 2004-2007 était de (-346) (59)

	2008	2004 - 2008	2009	2004 - 2009	2010	2004 - 2010	2011	2004 - 2011	2012	2004 - 2012	2013	2004 - 2013	2014	2004 - 2014	2015	2004 - 2015
N	300		300		300		300		300		300		300		360	
O	227		238		274		317		333		344		411		464	
Δ	-73	-419	-62	-481	-26	-507	+17	-490	+33	-457	+44	-413	+111	-302	+104	-198

1.3.4. Sources d'inquiétude par rapport à l'offre de soins en médecine générale

Plusieurs phénomènes inquiètent les responsables politiques et les syndicats médicaux quant à l'avenir de l'offre médicale en médecine générale en Belgique.

Un taux d'inactivité et de départs prématurés important

Comme nous l'avons vu, tous les médecins généralistes agréés ne sont pas actifs : un tiers des médecins généralistes agréés ne travaillaient pas dans le cadre de l'assurance maladie invalidité en 2012 (53).

En 2008, une étude du KCE, basée sur le cadastre et les données de l'INAMI, montrait qu'entre 1995 et 2005, le pourcentage d'inactivité dans le secteur curatif avait augmenté de 4.3 % à 12.2 % (60). Cet accroissement était plus important dans la tranche d'âge des 30 - 49 ans. Ces résultats étaient cohérents avec une analyse de cohorte menée par le Centre d'Information sur les professions médicales et paramédicales (CIPMP), qui montrait que la part des médecins généralistes inactifs dans le secteur curatif 4 à 6 ans après l'obtention de leur diplôme de médecin généraliste avait augmenté de 12.7 % à 19.2 % entre 1994 et 2005, avec un taux d'inactivité plus important chez les femmes.

Ces résultats concernaient des médecins ayant obtenu (et conservé) un agrément en médecine générale. Ils ne prenaient pas en considération les médecins détenteurs d'un diplôme en médecine générale non agréés (c'est-à-dire non reconnus comme médecins généralistes auprès du SPF Santé publique). Il est donc fort probable qu'un certain nombre de diplômés médecins généralistes ne soit pas pris en compte dans ces études, et que le nombre de médecins généralistes inactifs parmi le *stock* de recrutement disponible de diplômés de médecine générale soit plus élevé.

Peu de données sont disponibles quant à ce que sont devenus ces médecins généralistes inactifs. Une étude menée en 2014 par la Cellule de planification de l'offre médicale a montré que sur un échantillon de 15 674 médecins en cours de spécialisation ou agréés médecins généralistes, 1 424 (soit 9 %) avaient décidé de réorienter leur carrière vers une autre spécialité médicale en introduisant un nouveau plan de stage. Cette réorientation pouvait avoir eu lieu à tous les stades de leur carrière, mais était plus fréquente autour des trente-cinq ans. Les spécialités les plus populaires étaient la médecine d'assurance et expertise médicale (surtout choisie par un public masculin plus âgé) et la médecine du travail (plus populaire chez les femmes jeunes). Il apparaissait également que les femmes se réorientaient à un âge moins avancé. Notons que cette étude ne tenait compte que des réorientations vers d'autres spécialités nécessitant une formation spécifique (et introduction d'un plan de stage auprès du SPF Santé publique). Elle ne prenait pas en considération les réorientations vers des activités particulières – telles que le travail en planning familial ou en médecine scolaire – qui peuvent être pratiquées avec un agrément en médecine générale.

Une augmentation des pratiques réduites

L'étude du KCE menée en 2008 montrait également une augmentation des pratiques réduites – définies comme 1 à 1249 actes par an – surtout chez les plus jeunes.

Cette réduction des pratiques a des conséquences sur l'offre de soins en médecine générale. La Cellule de planification de l'offre médicale prévoit une perte de 1759 ETP (927 ETP en Communauté française et 832 ETP en Communauté flamande) en médecine générale entre 2012 et 2022, perte liée à la réduction du temps de travail (54).

Le départ à la retraite d'un nombre important de médecins généralistes actifs

En 2012, les statistiques publiées par l'INAMI montraient une répartition par âge préoccupante : 9,9 % des actifs généralistes étaient âgés de plus de 65 ans, 62,0 % avaient entre 45 et 64 ans, et seulement 28,1% des effectifs moins de 45 ans (53).

Les courbes superposées des années 2000, 2004, 2009, 2012 et 2013 des médecins, en équivalent temps plein, montrent une cohorte, représentant une part importante des médecins généralistes actifs, atteignant l'âge de la retraite (figure 4) (61).

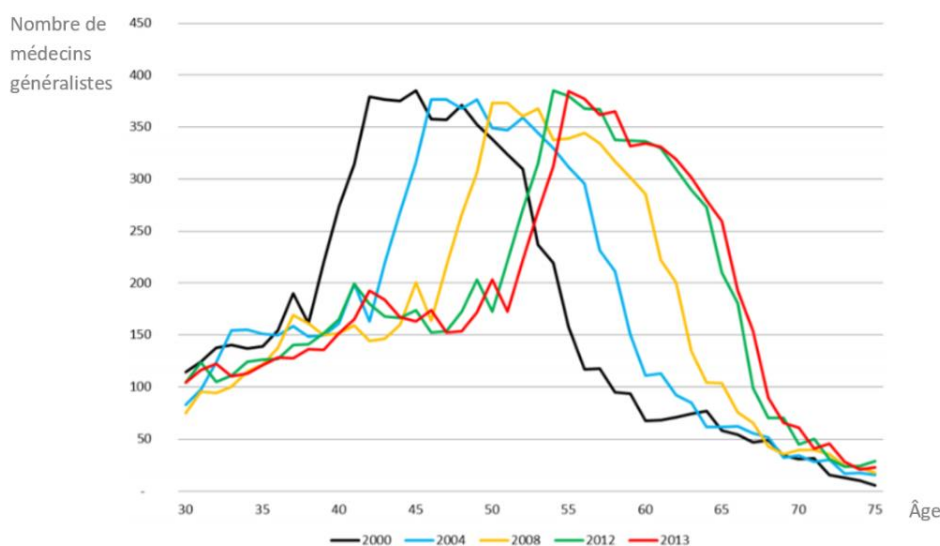


Figure 4 : Répartition par année d'âge des médecins généralistes (comparaison 2000-2004-2008-2012-2013) (61)

Cette cohorte est essentiellement masculine et est remplacée par une cohorte mixte, majoritairement féminine, comme le montre la Figure 5 (61). Ainsi, en 2013, la grande majorité des médecins généralistes de plus de 50 ans étaient des hommes (en traits pointillés) alors que parmi les plus jeunes, les femmes (en traits pleins) devenaient légèrement majoritaires. Cette situation est identique en communauté flamande (en vert) et en communauté française (en rouge).

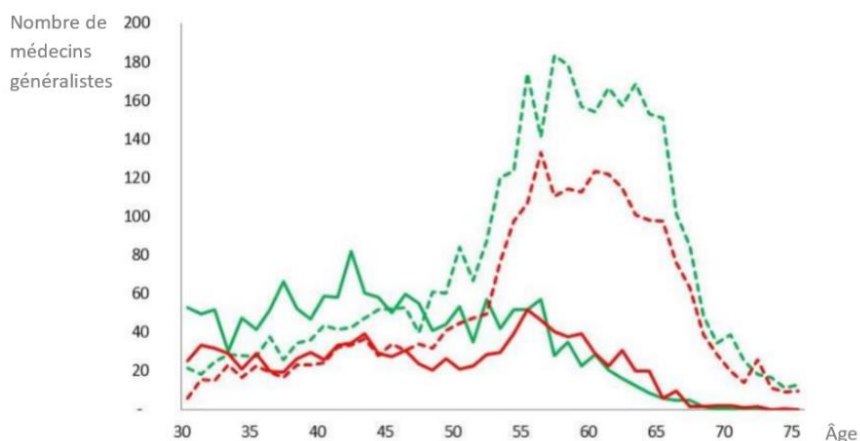


Figure 5 : Répartition des médecins généralistes par âge, sexe et communauté (2013)
(trait plein = femmes, pointillés = hommes)
(vert = communauté flamande, rouge = communauté française) (58)

Ainsi, selon d'autres statistiques de l'INAMI, en 2012, 36,0% des médecins généralistes belges étaient des femmes – elles représentaient 30,4% des médecins généralistes âgés de 45 à 65 ans et 64,5% des moins de 45 ans (53).

Des disparités géographiques

La répartition des médecins généralistes sur le territoire est une question également fréquemment débattue. Alors que, selon l'OCDE, la densité médicale pour l'ensemble de la Belgique était en 2012 de 1.11 pour 10 000 habitants, nous pouvons voir sur les cartes fournies par l'INAMI (figure 6 et 7) que la répartition des médecins généralistes n'est pas homogène (53). Notons que les statistiques de l'INAMI sont basées sur le domicile des médecins ce qui pourrait expliquer, selon eux, la faible densité de médecins généralistes à Bruxelles par exemple, les médecins qui y travaillent vivant fréquemment hors agglomération.

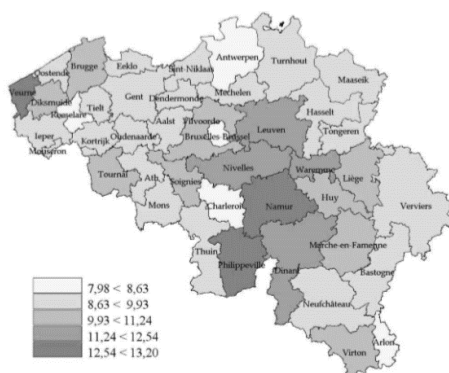


Figure 6 : Nombre de professionnels actifs dans le cadre INAMI pour 10 000 habitants des médecins généralistes, 2012 (53)

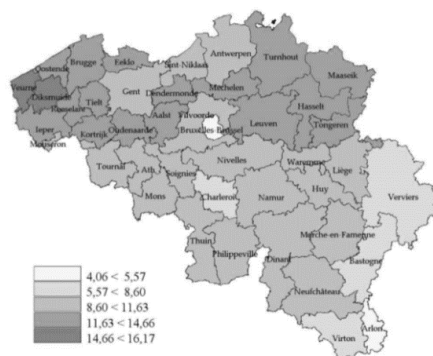


Figure 7 : Nombre d'ETPs prestés dans le cadre INAMI pour 10.000 habitants des médecins généralistes, 2012 (53)

Un déficit cumulé en médecins généralistes en formation toujours pas résorbé

Comme nous l'avons vu, bien que depuis 2011, les quotas minimaux de médecins généralistes en formation soient atteints, le déficit cumulé, lui, n'est toujours pas résorbé.

Dans une étude sur les choix de spécialité des étudiants français en 2005, Faure indiquait que la médecine générale ne repoussait pas plus les étudiants que les autres spécialités, mais que pour remplir idéalement ses contingents, elle devrait attirer cinq fois plus qu'une autre spécialité vu le nombre de poste à pourvoir (62).

Depuis plusieurs années, des mesures ont été prises au niveau politique afin d'améliorer l'attractivité de la médecine générale, comme par exemple une revalorisation des honoraires, des primes accordées aux médecins généralistes comme aide à l'installation ou pour un soutien administratif (IMPULSE I et II/III), un nouveau statut pour les médecins généralistes en formation, des actions menées pour réduire la lourdeur de la continuité des soins et le service de garde en médecine générale, etc. (63) Les universités ont également mis en place des activités pédagogiques afin d'améliorer la visibilité de la médecine générale au sein du cursus universitaire, par la création de stages obligatoires, par exemple. Bien que cela n'ait pas été mesuré, tous ces efforts ont probablement un lien avec l'augmentation du nombre d'étudiants choisissant la médecine générale depuis 2011.

Inquiétudes concernant l'avenir de l'offre de soins en médecine générale

Ainsi, malgré le nombre croissant de médecins généralistes en formation, des craintes subsistent concernant l'offre de soins en médecine générale. Le départ à la retraite d'une cohorte représentant une part importante des médecins généralistes actifs, ainsi que le nombre croissant de médecins exerçant à temps partiel, risquent de ne pas être compensés par l'arrivée de nouveaux diplômés (surtout dans certaines régions). Ce risque est d'autant plus important que les besoins en soins augmentent.

Ainsi, comme le montre le tableau 3, la Commission de planification de l'offre médicale prévoit, entre 2012 et 2032, une diminution de la densité d'ETP en médecine générale

de 0.94 en Communauté flamande et de 4.17 en Communauté française. Cette diminution de la densité est encore plus importante si on considère l'évolution des besoins en soins de la population et diminuera, pour la même période de 3.83 en Communauté flamande et de 4.69 en Communauté française (54).

Tableau 3 : Prédiction de l'évolution des actifs en médecine générale par la Commission de planification de l'offre médicale (Δ = différence entre deux années)

			2012	2012 - 2022	2022	2012 - 2032	2032
Total actifs (nombre)	C. flamande	N	6921		7842		7774
		Δ		+921		+853	
	C. française	N	5932		6288		5435
		Δ		+356		-497	
Total actifs (densité)	C. flamande	N	10,58		11,46		11,05
		Δ		+0,88		+0,47	
	C. française	N	13,21		13,26		11,04
		Δ		+0,05		-2,17	
Total actifs (densité pondérée par l'évolution des besoins en soins)	C. flamande	N	10,58		10,92		9,93
		Δ		+0,34		-0,99	
	C. française	N	13,21		12,96		10,24
		Δ		-0,25		-2,72	
ETP (nombre)	C. flamande	N	8807		7975		7542
		Δ		-832		-1265	
	C. française	N	5099		4172		3535
		Δ		-927		-637	
ETP (densité)	C. flamande	N	13,46		11,66		10,72
		Δ		-1,80		-0,94	
	C. française	N	11,35		8,80		7,18
		Δ		-2,55		-4,17	
ETP (densité pondérée par l'évolution des besoins en soins)	C. flamande	N	13,46		11,11		9,63
		Δ		-2,35		-3,83	
	C. française	N	11,35		8,60		6,66
		Δ		-2,75		-4,69	

1.3.5. Comparaison internationale

D'autres pays de l'OCDE sont également préoccupés par la capacité de maintenir, sinon d'augmenter le nombre et la part des médecins généralistes, dans ce contexte de besoins changeants des populations et des systèmes de santé. Selon les statistiques de l'OCDE, bien que le nombre de médecins n'ait jamais été aussi élevé, la proportion de

médecins généralistes a tendance à baisser (Figure 8) (18). En moyenne, dans les pays de l'OCDE, les médecins généralistes représentent le tiers des médecins.

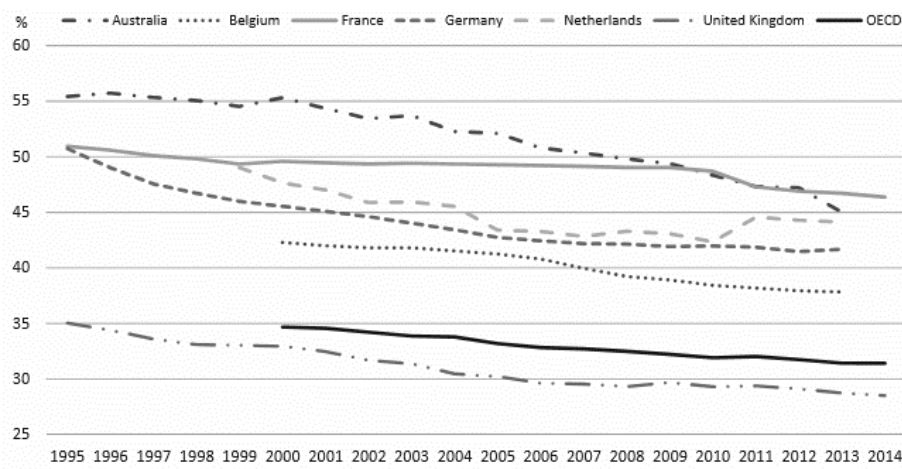


Figure 8 : Proportion de médecins généralistes dans plusieurs pays de l'OCDE, dont la Belgique (18)

Une étude publiée en 2015 sur les soins primaires, et menée dans 31 pays européens, apporte des renseignements sur la disponibilité de l'offre de soins en médecine générale en Europe. Elle montre que le vieillissement des médecins généralistes risque de devenir un problème dans de nombreux pays (1). La plupart des médecins généralistes se situent dans la tranche d'âge 45 - 55 ans. Dans des pays comme Chypre, la République tchèque, l'Italie, la Norvège, l'Espagne et la Suède, environ la moitié de la main-d'œuvre générale avait plus de 55 ans. Dans certains pays tels que la Grèce, la Lituanie, la Pologne ou la Slovénie, le nombre de médecins généralistes a fortement augmenté ces dernières années tandis que dans d'autres, les chiffres diminuent régulièrement : par exemple en Allemagne et en Slovaquie. Le temps de travail des médecins généralistes en Europe (hors temps de garde) variait de 35 heures par semaine en Hongrie à 100 heures en Autriche rurale – la moyenne étant de 44 heures par semaine. Ce temps de travail comprenait à la fois des soins directs aux patients et d'autres activités. Dans certains pays, le temps de travail est soumis à une réglementation obligatoire, qui s'applique également aux médecins généralistes qui travaillent à leur compte et travaillent dans leur propre pratique.

Des difficultés de recrutement en médecine générale sont également rapportées dans d'autres pays, par exemple :

- En France où une étude menée auprès des étudiants de dernière année de médecine, en 2009, montrait que seuls 20 % choisissaient la médecine générale comme spécialité (64) ;
- En Grèce, où une étude publiée en 2007, montrait un taux encore plus bas : seulement 4.3 % des étudiants de dernière année envisageaient la médecine générale (65) ;

- Ou encore en Allemagne où, début 2009, 2030 postes de médecine générale étaient vacants (66).

1.4. Conclusion

Suite à des changements démographiques, techniques et économiques, les besoins et les demandes en soins évoluent vers une augmentation en volume et en complexité. Ainsi, l'augmentation des maladies chroniques et de la multimorbidité demande une prise en charge globale des patients qui tienne compte de leurs capacités fonctionnelles et de leur contexte de vie. Elle nécessite également la coordination des professionnels de soins autour du patient et le soutien des intervenants non médicaux (tels que les aidants proches). Afin d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé, il est aussi nécessaire d'encourager la promotion de la santé et la prévention.

Pour cela, l'OMS recommande une réorientation des services de santé vers les soins primaires, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements, tout en produisant de meilleurs résultats. Dans cet objectif, les systèmes de santé doivent, entre autres, posséder des ressources suffisantes en médecins généralistes, acteurs centraux des soins primaires.

Or, en Belgique, comme dans d'autres pays de l'OCDE, des craintes existent quant à la possibilité d'assurer une offre en médecine générale suffisante pour faire face aux évolutions des besoins en soins. En effet, d'une part, le départ à la retraite d'une cohorte importante de médecins généralistes actifs, ainsi que l'accroissement du travail à temps partiel et la part non négligeable de médecins généralistes inactifs, risquent vraisemblablement de diminuer l'offre de soins. D'autre part, jusqu'il y a peu, le nombre de médecins se spécialisant en médecine générale n'atteignait pas les quotas minimaux prévus par le contingentement, un déficit cumulé important existant toujours en 2015. Cet état des lieux a ainsi nourri notre réflexion quant aux actions et pistes de solution concrètes qu'il serait possible de mettre en œuvre afin de répondre aux défis de la médecine générale aujourd'hui et demain.

Chapitre 2

Cadre de référence

Choix d'orientation et parcours professionnels

Afin de mettre en place des mesures permettant d'attirer et de maintenir les médecins généralistes dans la profession, des recherches ont été consacrées aux déterminants des choix de spécialisation des étudiants en médecine. D'autres ont exploré les facteurs influençant la satisfaction au travail et les intentions de quitter la profession des médecins généralistes. Toutefois, peu d'études ont considéré à la fois les deux problématiques.

Dans cette thèse, nous avons choisi d'envisager les différentes étapes menant les individus à la pratique de la médecine générale – à savoir leur choix de spécialité, leur installation et leur maintien dans la pratique – dans une perspective holistique : leur parcours professionnel. Nous considérons le choix d'une spécialité médicale comme un choix d'orientation professionnelle et les arrêts et les modifications d'organisation du travail des médecins généralistes comme des évolutions de leur parcours professionnel.

La construction des choix d'orientation et des parcours professionnels semble complexe au vu des nombreux facteurs mis en évidence dans la littérature. Afin d'adopter une approche scientifique, il nous semblait nécessaire d'inscrire notre réflexion dans un cadre multidisciplinaire. Pour cela, nous nous aiderons des théories de l'orientation professionnelle issues de la psychologie et de la sociologie, afin de mieux saisir les déterminants individuels et sociétaux des choix d'orientation. Ainsi, dans ce deuxième chapitre, nous discuterons les actions et les interactions des facteurs liés aux choix d'orientation professionnelle des étudiants en médecine et des médecins généralistes, tels qu'ils ont été mis en évidence dans la littérature. Nous nous appuierons sur des concepts qui ont été sélectionnés en fonction de leur objet (à savoir les choix d'orientation professionnelle), mais également de la population à laquelle elles s'appliquaient (les théories s'intéressant uniquement aux enfants et aux jeunes adolescents ont été exclues) et de leur pertinence dans la société actuelle (les théories réfutées ou obsolètes ont également été exclues).

2.1. Le choix d'orientation professionnelle

Les déterminants du choix de spécialisation des étudiants en médecine, mis en évidence dans la littérature, sont liés aux caractéristiques des étudiants (sociodémographiques et en lien avec la personnalité), à leur environnement (familial et scolaire) et aux caractéristiques de la spécialité (67–69). Afin de mieux saisir les actions et les interactions de ces facteurs, nous aborderons, dans cette section, des théories d'appariement de la psychologie de l'orientation, qui considèrent les choix d'orientation comme l'expression de la personnalité des individus, mais aussi l'approche cognitive des conduites d'orientation, qui envisage les choix d'orientation comme un examen de la congruence entre les représentations que l'individu a de lui-même et celles qu'il a des professions. Puis, nous discuterons, au regard de ces théories, les déterminants du choix de spécialisation identifiés par la littérature.

2.1.1. Les choix d'orientation comme expression de la personnalité

En psychologie de l'orientation, il est communément admis que, lorsqu'ils ne sont pas contraints, les choix professionnels sont souvent l'expression de caractéristiques personnelles (70). Un grand nombre de théories de l'orientation professionnelle, nommées « théories d'appariement », sont basées sur le postulat que la congruence entre les caractéristiques individuelles et celles des professions mène au choix d'orientation, à la réussite (comprise à la fois dans une perspective personnelle et de performance) et à la satisfaction, avec pour conséquence, le maintien dans l'emploi. Généralement, les caractéristiques des individus sont rassemblées dans la littérature vocationnelle sous le terme « personnalité », qui est étudiée, en fonction des auteurs, selon différents points de vue correspondant aux caractéristiques la structurant : aptitudes, intérêts, valeurs, etc. Alors que certaines théories se concentrent sur une seule caractéristique (par exemple les valeurs pour Brown (71)), d'autres en prennent plusieurs en considération (telles que les capacités et les valeurs pour Dawis et Lofquist (72)).

Parmi les caractéristiques de la personnalité, nous allons étudier, dans cette section, celles qui ont été le plus abordées dans les études consacrées aux choix d'orientation professionnelles des étudiants en médecine et des médecins généralistes, à savoir les intérêts et les valeurs. En raison des nombreux débats entourant la féminisation et les différences générationnelles en médecine générale, nous verrons également l'influence du genre et de la génération sur les valeurs et les intérêts des individus. Nous avons également choisi d'examiner l'effet de l'origine sociale sur ces caractéristiques, car la littérature consacrée aux déterminants du choix de spécialisation des étudiants a mis en évidence une influence de leur entourage.

Les intérêts

Les « intérêts » peuvent, à la fois, désigner les objectifs recherchés (afin de satisfaire certains besoins), les objets qui intéressent (intérêt pour ...) ou l'état psychologique suscité par ces objets (être intéressé par...). Ils se développent tout au long de la vie et sont composés d'une série d'intérêts particuliers, dont ceux d'ordre professionnel (70).

Selon Holland, les conduites d'orientation sont fonction de la congruence entre la personnalité des individus, représentée dans sa théorie par le profil des intérêts professionnels, et les environnements de travail (ou types d'emploi), le choix d'une profession étant l'expression de la personnalité de l'individu. Cette congruence est source de satisfaction, d'efficacité et de stabilité (73). Si l'hypothèse selon laquelle les individus ont tendance à se trouver dans des filières d'études et des professions qui correspondent à leurs intérêts fut validée par des études empiriques, celle concernant la congruence comme source de satisfaction et de réussite reste controversée : la théorie de Holland n'aurait qu'une validité modeste pour la prévision de la satisfaction et aucune pour celle de la réussite (70,74).

De plus, bien que Holland ait suggéré que ce sont les expériences vécues par l'individu qui déterminent les intérêts, cette théorie apporte peu d'informations concernant le développement des intérêts. Parmi les auteurs ayant étudié la genèse des intérêts dans la suite des travaux d'Holland, Smart montrait que les variables prédictives des intérêts étaient : le sexe, l'environnement familial (statut et nature de la profession exercée par les parents), le choix professionnel initial, la sélectivité de l'établissement d'enseignement supérieur fréquenté et la nature des études effectuées (75).

Les valeurs

Les valeurs, autres caractéristiques de la personnalité, désignent, en psychologie et en sociologie, des manières d'être ou de se comporter, ainsi que des finalités de l'action qui sont jugées supérieures à d'autres (70). Elles sont normatives et désignent ce que l'individu ou un groupe d'individus juge bien ou mal. L'importance donnée à une valeur en particulier varie selon les cultures et évolue en même temps que la société. Les valeurs constituent des éléments centraux des représentations sociales, qu'elles structurent, et contribuent à l'orientation et à la régulation des conduites.

Plusieurs théories, considérant que les valeurs sont des principes directeurs de vie, indiquent que l'individu cherche à faire des choix professionnels en lien avec ses valeurs et que la satisfaction au travail dépend de l'accord entre ces valeurs et les valeurs que l'emploi permet de mettre en œuvre (76). Toutefois, la littérature ne fournit pas de consensus concernant des catégories de valeurs liées au domaine du travail (70). Étant générales et abstraites, elles sont difficilement mesurables par des méthodes empiriques fiables (77).

Pour Super, les valeurs sont des traits primordiaux de la personnalité des individus et sont plus fondamentales que les intérêts, car elles indiquent des qualités ou des objectifs souhaités, alors que les intérêts désignent des activités ou des objets dans lesquels les valeurs sont recherchées (78). Ainsi, les intérêts peuvent être la manifestation des valeurs dans le sens où les préférences pour des activités sont des moyens d'atteindre des objectifs plus généraux.

Des études empiriques ont montré que la relation valeurs-profession est moins directe que la relation intérêts-profession dans la mesure où des intérêts différents peuvent permettre la satisfaction d'une même valeur (par exemple, un individu avec des valeurs altruistes peut soigner des malades ou s'occuper de la comptabilité d'une ONG) (70). De plus, lors des choix d'orientation, les individus peuvent considérer des valeurs et des intérêts que ne correspondent pas comme, par exemple, des valeurs altruistes et un intérêt pour la sécurité d'emploi.

Il a tout de même été démontré que des individus avec un système de valeurs affirmé seront généralement moins indécis par rapport à leur avenir professionnel et s'engageront plus fortement dans la construction de leur identité professionnelle. Des études empiriques ont également démontré les liens entre congruence valeur-

profession et satisfaction (70). Cependant, Brown met en garde contre des relations linéaires simples car, si les choix professionnels se font vers une meilleure adéquation avec les valeurs, la pression de la réalité peut également conduire les individus à modifier leurs valeurs. L'étude de Brown a également révélé que, pour que les valeurs aient réellement un impact, il est nécessaire que les individus affirment des valeurs fortes dans un modèle culturel individualiste, que des perspectives d'emploi correspondent à ces valeurs et que l'individu ait les ressources et les soutiens pour se lancer dans le projet (71).

L'influence du sexe sur la personnalité de l'individu

Les études relatives aux intérêts et aux valeurs étudiant les différences entre les sexes montrent que les filles manifestent, plus fréquemment que les garçons, des intérêts littéraires, sociaux, éducatifs, pour les soins, etc., tandis que les garçons expriment des intérêts scientifiques, sportifs, techniques, etc. Concernant les valeurs, les différences sont plus ténues, même si les femmes accordent plus de valeur au religieux et à la famille, contrairement aux hommes qui octroient de la valeur à la politique et au travail (70).

Gottfredson a écrit que les orientations vers des univers professionnels « masculins » ou « féminins » se structuraient entre 6 et 8 ans. A partir de 5 ou 6 ans, les enfants prennent conscience des rôles sociaux de genre à partir d'indices tels que les activités et les vêtements. Ils catégorisent alors les professions en fonction du genre et vont exprimer des préférences traduisant le souci de se conformer à ces stéréotypes de genre. Cette construction renvoie aux représentations sociales de la place des hommes et des femmes dans la société (76). Ainsi, les expériences de socialisation précoce sont, pour plusieurs auteurs, responsables des choix différents que font les hommes et les femmes (79). Pour Fitzgerald & Weitzman « *le développement de carrière des femmes, bien que n'étant pas fondamentalement différent de celui des hommes, est manifestement plus complexe en raison d'un processus de socialisation qui a mis l'accent sur la dichotomie du travail et de la famille depuis au moins la révolution industrielle du XIX^{ème} siècle* » (80).

L'engagement envers les responsabilités familiales plus fort chez les femmes les rend, selon Schultheiss, plus susceptibles que les hommes de renoncer à différentes possibilités de travail (81). Pour Fitzgerald et Harmon, le fait que les femmes soient encore souvent les principales fournisseuses de soins aux enfants, mais également de plus en plus aux personnes âgées, est « *une des conditions les plus intransigeantes affectant le développement de carrière des femmes [...] elle devraient maintenant faire face simultanément à deux emplois à plein temps* » (82).

Ainsi, le développement du parcours professionnel des femmes s'inscrit dans la perspective globale de leur vie, et ressemble davantage à un réseau interconnecté d'expériences de la vie que celui des hommes (79). De plus, certains auteurs ont

également montré l'importance de la dimension relationnelle dans le développement identitaire des femmes. En effet, elles organisent les différentes sphères de leur vie en fonction des personnes qui leurs sont chères (83).

Toutefois, une étude menée par Hallett et Gilbert, concernant des femmes diplômées de l'université, a montré que ces femmes ne considéraient pas devoir choisir entre carrière et famille. Ces auteurs proposèrent deux modèles distincts : un modèle conventionnel, dans lequel la femme assume la responsabilité principale de la maison et des enfants, et un modèle de partage de rôle où les deux conjoints poursuivent activement leur carrière et se partagent les tâches ménagères et parentales (84).

Des études sur les cadres français ont indiqué que la féminisation a contribué à la diversification des fonctions et des modèles de carrière. L'évolution a mené à plus de souplesse dans le mode d'engagement par rapport à l'activité et au temps de travail (85). Pour Cohen, Duberley et Mallon, si la majorité des femmes « *continuaient à décrire un attachement fondamental au travail et à une progression verticale dans leur carrière [...] elles ont créé la voie vers un travail autonome en tant que désir d'indépendance, d'autonomie, de croissance personnelle, d'apprentissage et d'équilibre* » (86).

Enfin, des entretiens menés avec des hommes par Spain suggéraient que ceux-ci étaient actuellement confrontés à la fois au désir et à la difficulté de concilier travail et famille (79). D'autres travaux font état d'une indifférenciation croissante entre les sexes dans les manières d'envisager la vie familiale et professionnelle, mais ils n'ont pas encore reçu de confirmations empiriques solides (85).

L'influence de la génération sur la personnalité de l'individu

La notion de génération repose sur le principe que le partage des mêmes expériences (guerre, crise économique, etc.) à des moments spécifiques du développement engendrerait des caractéristiques de personnalité partagées de manière homogène par les membres d'une même génération (87).

Parmi les générations actuellement sur le marché du travail se trouvent : les baby-boomers (nés entre 1946 et 1966)⁹, la génération X (née entre 1965 et 1980)⁹ et la génération Y (née entre 1979 et 1999)⁹.

Les « *baby-boomers* » sont décrits comme adoptant des valeurs telles que l'optimisme, l'esprit d'équipe, la recherche de la gratification personnelle, la santé et le bien-être, la croissance personnelle, la jeunesse, le travail et l'engagement. Ils sont souvent considérés comme des bourreaux de travail et l'avancement dans la carrière est une de leurs priorités. Cette génération étant fortement représentée sur le marché du travail, ils se démarquent par la compétition. Ils semblent préférer la stabilité d'emploi afin de se construire une réputation. Ils ont connu plus de difficultés que les générations suivantes pour équilibrer vie professionnelle et vie familiale. Ils sont parfois dépeints comme

⁹ La littérature diverge concernant les années de naissance de ces générations.

égocentriques et réfractaires à ceux qui voient les choses différemment, comme les plus jeunes (88).

La « génération X » aurait des besoins d'indépendance, d'autonomie et de contrôle du temps. Elle manifeste une pensée plus ouverte et une aisance plus grande avec la technologie. Elle recherche de l'amusement, une absence de formalisme et le pragmatisme. Le travail est considéré comme un moyen de gagner de l'argent (afin d'atteindre une certaine liberté) et non comme une fin en soi. Ayant été témoin des pertes d'emplois massives de la génération précédente, elle ne compte pas sur les institutions pour une sécurité d'emploi. Elle souhaite voir son travail reconnu mais apprécie tout autant le temps libre, la flexibilité dans les horaires de travail et les loisirs. L'équilibre travail-famille est très important à ses yeux et est un facteur important dans ses choix professionnels. Elle recherche à la fois le plaisir, un sens dans son travail et une atmosphère agréable de travail (88).

La « génération Y » s'est vu attribuer des valeurs telles que l'optimisme, le devoir civique, la confiance, le besoin d'accomplissement, la sociabilité, la débrouillardise, la moralité et l'acceptation de la diversité. Elle se veut indépendante et autonome. Les membres de cette génération cherchent à maîtriser plusieurs habiletés distinctes afin de pouvoir occuper plusieurs fonctions. Ils peuvent réorienter leur carrière de cinq à huit fois et se forment régulièrement afin d'augmenter leurs connaissances. L'innovation est pour eux un facteur de motivation. Ils ont besoin de partager leurs idées, de collaborer et jugent les autres uniquement en fonction de leur contribution. Le changement est pour eux quelque chose de normal. Ils aiment le changement, l'imprévu et explorent de nouvelles façons de travailler (88).

A la question de savoir si ces différentes générations possèdent des valeurs et des attentes différentes face au travail, la littérature diverge (87–89).

Une étude menée en Belgique, en 2008, auprès d'ouvriers, d'employés, d'étudiants et de chômeurs a montré que les différences intergénérationnelles étaient moins prononcées que ce qui était supposé (89). Les trois générations partagent des attentes par rapport au sens du travail, à l'accomplissement, à la garantie d'emploi et à l'intégration vie privée – vie professionnelle, ce dernier point étant central pour toutes les générations. Par contre, la « génération Y » se distingue par son besoin de changer régulièrement d'environnement professionnel, même si sa tendance au nomadisme reste modérée et surtout orientée vers une combinaison de mobilité psychologique et de mobilité physique intra-organisationnelle. Cette génération exprime également plus de préoccupations par rapport au développement de ses compétences, aux valeurs que devrait poursuivre l'entreprise et à la crainte de ne pas trouver un emploi qui leur plaise (89).

Une étude conduite au Canada, entre 2003 et 2006, dans trois secteurs d'activités (commerce de détail, télécommunications et administration publique) avait, quant à

elle, confirmé d'une part des attentes communes entre les générations par rapport à la stabilité d'emploi, à l'autonomie et à la reconnaissance et d'autre part des différences concernant l'équilibre vie privée – vie professionnelle, la « génération Y » y accordant cependant plus d'importance (88).

Toutefois, les auteurs attirent l'attention sur un certain nombre de précautions. Premièrement, des recherches ont montré des besoins différents entre les employés en début, milieu et fin de carrière, ce qui peut laisser penser que les besoins varieraient en fonction du cycle de carrière. Ensuite, admettre qu'une génération entière présente les mêmes attentes va à l'encontre des modèles actuels prônant l'individualisation des parcours professionnels. Enfin, la « génération Y » ayant un niveau de scolarisation plus élevé, il existe une probabilité plus grande d'y trouver les signes d'une nouvelle conception du travail (88,89).

L'influence de l'origine sociale sur la personnalité

L'origine sociale peut également avoir un impact sur les choix d'orientation. Les classes sociales aisées sont surreprésentées dans les *cursus* les plus élevés, aussi bien d'un point de vue vertical (c'est-à-dire selon le niveau d'études) que d'un point de vue horizontal (c'est-à-dire à un niveau donné, dans les filières les plus sélectives et les plus valorisées) (90). Les interruptions d'études sont également plus fréquentes parmi les étudiants d'origine sociale populaire (70).

Bourdieu explique les différences d'orientation entre les individus de classes sociales distinctes par ce qu'il a appelé l'« habitus social ». L'habitus est un système de dispositions – c'est-à-dire d'attitudes, de représentations et de croyances – durables, mais non immuables – communes à toutes les personnes d'un même groupe social. Il fonctionne comme des principes inconscients guidant les actions et les choix des individus. Les dispositions composant l'habitus sont acquises au cours d'un processus de socialisation et se forment en fonction des expériences de l'individu dans le contexte social où il vit (76).

La théorie de la reproduction des inégalités, développée par Bourdieu, décrit une « hiérarchisation transgénérationnelle des métiers et des statuts ». Selon cette théorie, les parents d'origine sociale aisée encourageraient le choix de filières valorisées par la classe sociale dominante, alors que les familles peu aisées se reporteraient sur des métiers dévalorisés et conserveraient ainsi un statut social inférieur. Cependant, cette théorie ne permet pas d'expliquer la réussite d'individus issus des classes populaires. Par contre, l'approche plus récente de la théorie de la dominance sociale, qui part du principe que les sociétés complexes s'organisent selon une structure hiérarchique composée de groupes dominants et de groupes dominés, prend, elle, en considération la volonté de certains groupes d'améliorer leur position dans la hiérarchie sociale (91).

D'autres facteurs influencent la surreprésentation des classes sociales aisées dans les *cursus* les plus élevés. En premier lieu, les conditions d'apprentissage sont généralement

moins favorables dans les familles de milieu populaire ce qui entraîne des répercussions négatives sur la réussite scolaire. En second lieu, au sein des établissements scolaires, les étudiants sont souvent regroupés en fonction de leur origine sociale (conséquence géographique ou stratégie parentale) avec, pour conséquence, des environnements éducatifs inégaux. Certains travaux ont, par exemple, signalé que les enseignants d'établissements scolarisant un public plutôt défavorisé étaient moins optimistes concernant la possibilité de réussite des étudiants, ce qui laisse supposer qu'ils ont moins tendance à les inviter à s'engager dans des études longues, sélectives ou élitistes (70,90).

Conclusion

Selon ces théories, les conduites d'orientation sont sous l'influence de la personnalité, déterminées essentiellement par les intérêts et les valeurs. Si les valeurs sont plus fondamentales, elles sont également plus abstraites, plus difficilement mesurables empiriquement et ont un lien moins direct avec les choix d'orientation que les intérêts. Cependant, elles peuvent se manifester au travers des intérêts et ont montré plus d'effet sur la satisfaction au travail.

Néanmoins, si certaines de nos conduites, sous l'influence de notre personnalité, peuvent être cohérentes, stables et individualisées, elles ne le sont pas toutes. Nos conduites sont aussi largement déterminées par les circonstances et les événements de vie qui peuvent aboutir à des changements de personnalité.

Le développement de la personnalité est soumis à une série d'influences liées aux caractéristiques sociodémographiques des individus et à leur environnement familial et scolaire. Ainsi, les femmes montrent plus d'intérêts sociaux et mettent plus de valeur à l'engagement familial que les hommes, ce qui les rend plus susceptibles d'adapter leurs choix d'orientation professionnelle afin de garantir un meilleur équilibre vie privée – vie professionnelle, même si une indifférenciation croissante à ce sujet est observée et pourrait être liée à un effet générationnel. Il a également été démontré qu'à un niveau d'études donné, les étudiants d'origine sociale aisée étaient surreprésentés dans les filières les plus sélectives et les plus valorisées.

2.1.2. Les choix d'orientation en fonction de l'appariement des représentations

L'approche cognitive des conduites d'orientation considère que l'individu qui doit faire un choix professionnel, est face à un problème qu'il doit résoudre en traitant des informations lui permettant de construire la représentation qu'il a de lui-même et celle qu'il a de la profession qu'il envisage de choisir (70,76).

On retrouve, parmi ces théories, le modèle de l'élaboration des préférences professionnelles de Huteau qui considère que le niveau de congruence entre la représentation que l'individu a de lui-même, et celle qu'il a de la profession envisagée, va déterminer son choix (figure 9). Si le niveau de congruence est élevé, l'individu sélectionnera la profession, alors que s'il est faible, il la rejettera. Les situations

intermédiaires conduiront à un réexamen des données sur lesquelles il avait basé la construction de ses représentations. L'analyse de la congruence entre les représentations professionnelles et les représentations de soi va permettre à l'individu de valider, d'éliminer ou de faire émerger plusieurs représentations possibles (« exploration ») pour finalement n'en retenir qu'une (« décision »). Ce modèle permet d'aborder la manière dont les individus construisent leurs représentations du problème d'orientation. Avec la construction des représentations apparaissent les diverses influences de l'école, de la société ou de l'entourage.

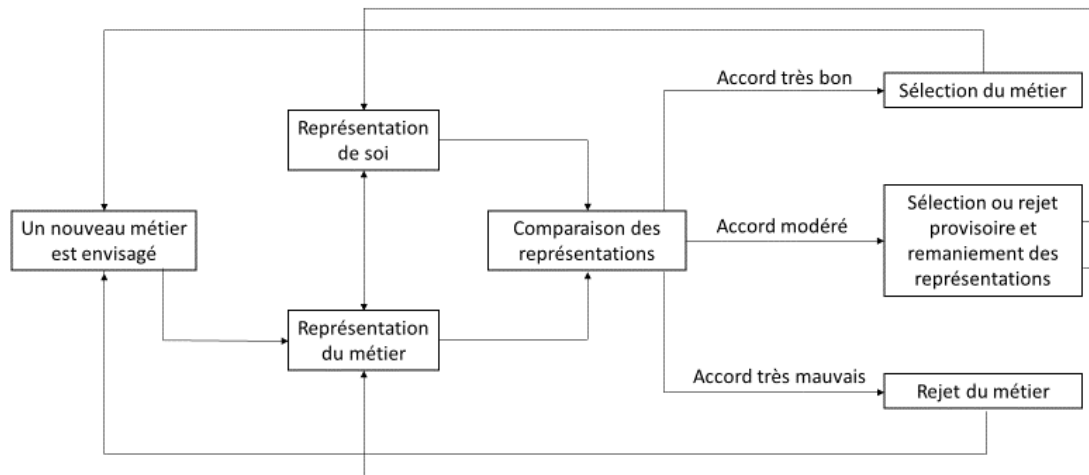


Figure 9 : La sélection des préférences professionnelles – d'après Huteau (92)

La phase exploratoire

La phase exploratoire permet à l'individu de valider, d'éliminer ou de faire émerger plusieurs représentations possibles de lui-même et des professions.

La représentation de soi est comprise comme la représentation mentale que l'individu a de sa personnalité ou, plus généralement, comme l'ensemble des éléments qui le définissent. Le « soi » peut être divisé en une composante cognitive (« concept de soi ») et une composante affective (« estime de soi »).

Le « concept de soi » peut être formalisé en le réduisant à une série de caractéristiques. Toutefois, dans la plupart des situations, l'individu n'est capable d'activer qu'une partie seulement de son répertoire de représentations de soi : celle qui est la plus pertinente dans la situation où il se trouve. Parmi les éléments qu'il va privilégier pour se décrire, l'individu va favoriser ceux correspondant à ses expériences les plus fréquentes ou les plus marquantes, à de forts intérêts ou de fortes valeurs. Ces éléments rendent le concept de soi particulièrement stable. Toutefois, le concept de soi est également malléable car, situé dans une perspective temporelle, il est construit et reconstruit. Certaines références sont actuelles alors que d'autres se réfèrent au passé ou à l'avenir (on parle alors de « sois possibles »). Cette dimension temporelle est centrale dans la

problématique de l'orientation professionnelle où les conduites sont orientées vers le futur (76).

Le soi a également une composante affective. En effet, la représentation que l'individu a de lui-même est rarement neutre et souvent accompagnée de sentiments et d'émotions. Le niveau d'« estime de soi » est généralement stable et, afin de le maintenir, l'individu développe des stratégies variées (contrôle des informations, évitement de certaines situations, etc.). Ceci peut engendrer des conduites parfois satisfaisantes dans l'immédiat, mais peu adaptées à moyen ou long terme. Les origines du soi sont multiples : déductions suite à des actions, identifications à d'autres individus, interactions sociales, etc. Son développement se fait vers plus de richesse, de différenciation, d'organisation et de flexibilité. Mais il sera également ponctué de crises en raison de la part affective de la représentation de soi et de circonstances externes. A certains moments de sa vie, l'individu s'interroge sur l'image qu'il a de lui-même et ceci le mène parfois à une révision de ses motivations, de ses valeurs et de son style de vie.

Dans cette approche cognitive des conduites d'orientation, l'individu va traiter les informations concernant les professions comme une information sur les personnes – les professionnels – et il y sera d'autant plus sensible qu'elles seront compatibles avec la représentation qu'il a de lui-même et de ses « sois possibles » (76). Les représentations sont des constructions subjectives qui peuvent différer des caractéristiques objectives déterminées par des experts. Ces représentations peuvent généralement être appréhendées en analysant le discours des individus, mais également, de manière beaucoup moins fréquente, à partir des conduites. Par commodité, elles sont souvent formalisées en demandant aux individus un listage de leurs traits afin de faciliter la description du contenu et de la structure de l'objet.

Les représentations évoluent notamment avec l'âge et le développement cognitif, mais également avec les expériences vécues par l'individu. La représentation d'une profession peut être modifiée par la découverte de certaines de ses caractéristiques concrètes. Toutefois, pour qu'une représentation soit modifiée, il est nécessaire que les nouvelles informations soient crédibles, adaptées à la représentation initiale et que l'individu y soit exposé suffisamment longtemps. En cas d'informations dissonantes ou contradictoires, des stratégies peuvent être mises en place par l'individu afin de préserver la représentation initiale, car les représentations – bien qu'elles manifestent un état d'équilibre et soient une manifestation de l'identité – sont résistantes au changement.

L'une des particularités des représentations professionnelles est que les données disponibles pour leur construction, sont souvent abondantes, ambiguës, hétérogènes et interdépendantes (76). Dans ces conditions, l'individu est incapable de mobiliser et de synthétiser l'ensemble de ces informations. Il adopte alors un schéma de pensée dans

lequel ce n'est pas la pensée qui s'accommode de la réalité, mais la réalité qui est modifiée en fonction de la pensée, ce qui peut souvent se conclure par une représentation biaisée et stéréotypée. De plus, le problème du choix d'orientation professionnelle a aussi une connotation affective importante, car il met en jeu les valeurs de l'individu et engage sa personnalité. Par ce biais, une importance plus grande est donnée, dans la construction de la représentation, aux éléments correspondant à ce que l'on souhaite ou à l'expérience de l'individu. L'individu peut également développer des stratégies de contrôle de l'information (perception ou oubli sélectif, recherche orientée d'informations) afin de conserver une bonne cohérence de ses constructions et de son système de croyances.

La prise de décision

Quel que soit le niveau de congruence auquel a abouti la phase exploratoire, devant un choix, les conduites de décision des individus vont varier. Certains vont se baser sur l'application d'une règle unique comme l'obéissance aux parents, sur l'application d'une règle morale unique ou sur des opportunités issues des circonstances du moment. D'autres, au contraire, vont mettre en place des stratégies plus complexes. Ils peuvent soit comparer les différentes options deux par deux selon leurs attributs, et retenir celles qui dépassent un certain seuil sur plusieurs attributs, soit considérer un ensemble d'options et procéder par éliminations, après avoir hiérarchisé les attributs et fixé des seuils, soit encore évaluer une à une les options pour retenir la première qui leur paraît acceptable. Des biais existent dans les conduites de décision, qui peuvent être liés au fonctionnement de la mémoire (perception sélective des informations), à la disponibilité des informations (ne pas tenir compte du caractère partiel des informations disponibles), ou à un phénomène de rétroaction (le futur étant réduit à une projection du passé) (70).

Les individus se différencient également selon leurs styles de décision en fonction des stratégies qu'ils vont mobiliser. Harren définit trois styles de décision : intuitive (décision prise rapidement, peu justifiée et fortement sous la dépendance des émotions), rationnelle (décision réfléchie, fondée sur une information étendue, avec un examen des conséquences à long terme) ou dépendante (décision influencée par l'avis d'autrui et conforme aux règles sociales dominantes) (76).

Pour bon nombre d'individus, la prise de décision est malaisée. L'origine de l'indécision professionnelle est multiple : elle peut trouver son origine dans une connaissance insuffisante des opportunités d'orientation mais, le plus souvent, elle est en lien avec une représentation peu différenciée et peu stabilisée que l'individu a de lui-même (ce qui empêche le processus d'exploration d'aboutir) ou avec de l'anxiété (évitement d'une situation de décision impliquant un engagement dans l'incertitude). Notons enfin que, au fur et à mesure que l'on se rapproche de la décision, le sujet planifie son avenir et,

lorsque c'est possible, envisage également des solutions de repli à côté de la solution retenue (76).

Conclusion

L'approche cognitive des conduites d'orientation, qui repose comme les théories précédentes sur le principe de l'appariement entre individu et profession, apporte en plus la notion de subjectivité. En effet, elle souligne que les individus ne sont capables de mobiliser que certaines caractéristiques d'eux-mêmes et des professions : les plus pertinentes, les plus fréquentes, et/ou les plus marquantes.

Elle indique également que les représentations sont malléables et évolutives. Elles peuvent changer en fonction de crises ou d'événements de vie et sont soumises à de nombreuses influences sociétales, familiales et/ou scolaires. En outre, les représentations des professions peuvent être modifiées par la découverte de caractéristiques concrètes de la profession à la condition que les sources d'informations soient crédibles, que les individus y soient exposés suffisamment longtemps et que les nouvelles caractéristiques soient compatibles avec leur représentation initiale. Notons également qu'ils peuvent accommoder les représentations en fonction des résultats qu'ils souhaitent obtenir.

Un autre apport de cette approche est lié aux conduites et aux styles de décision. Elle montre que les décisions ne sont pas toujours prises suite à des processus réflexifs importants et que toutes les options ne sont pas toujours prises en considération par les individus. De plus, la prise de décision est d'autant plus difficile que les connaissances que l'individu a de lui-même et des professions sont insuffisantes et/ou peu différenciées.

2.1.3. Application de ces théories au choix de la médecine générale

Si l'on se réfère aux théories de l'orientation que nous venons d'exposer, le choix de spécialisation des étudiants en médecine, en tant que choix d'orientation, résulte de la congruence entre la représentation qu'ils ont d'eux-mêmes (construite en fonction de leurs intérêts et de leurs valeurs) et la représentation qu'ils ont des spécialités. Ces représentations sont des constructions malléables, fondées sur les caractéristiques des individus et des professions, et modifiées en fonction de l'environnement des étudiants et de leurs expériences.

Afin de structurer la présentation des facteurs d'influences des choix de spécialisation des étudiants en médecine, issue d'une revue de la littérature, nous proposons une modélisation des influences du choix de spécialisation à la figure 10, inspirée de l'approche cognitive des choix d'orientation.

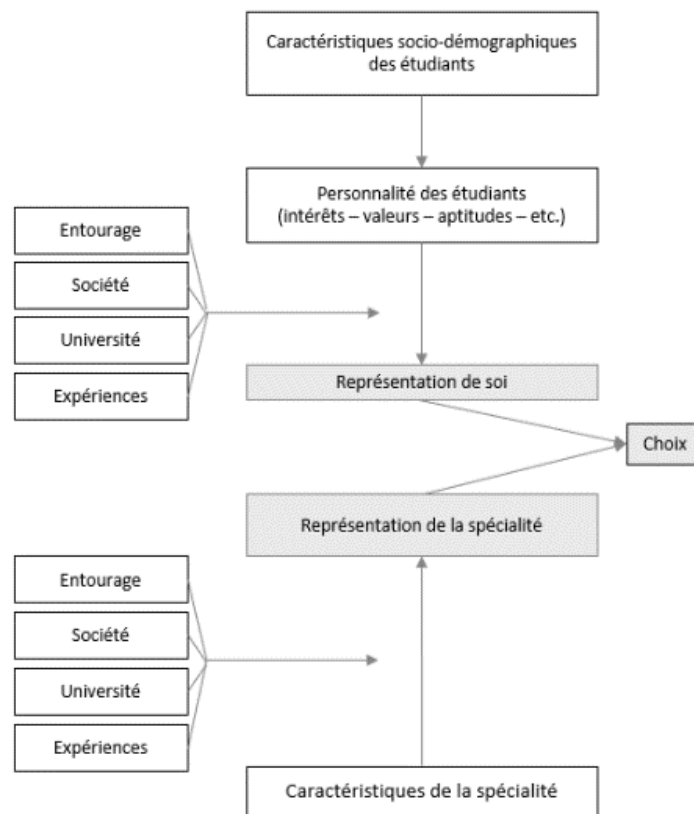


Figure 10 : Modélisation des déterminants du choix de spécialisation sur base des théories de la psychologie de l'orientation (d'après A-L Lenoir)

La représentation de soi est construite par l'individu en fonction de sa personnalité, de ses expériences et de l'influence de son environnement (entourage, société, université).

Ces traits de personnalité sont eux-mêmes sous l'influence de facteurs sociodémographiques. Les recherches, essentiellement menées dans des pays anglo-saxons (Etats-Unis, Canada, Australie et Royaume-Unis), ont montré que les femmes, les étudiants plus âgés, en couple (avec enfants), d'origine sociale populaire et/ou d'origine rurale se spécialisaient plus fréquemment en médecine générale que les autres (60,68). L'effet de certains facteurs sociodémographiques au travers des valeurs et des intérêts de personnalité a été démontré (93,94). Maiorova, par exemple, montrait dans une étude sur les déterminants du choix de spécialisation d'étudiants néerlandais, que l'effet du genre disparaissait lorsque l'on ajoutait des variables d'intérêts, comme le style de vie (93). Plusieurs études remettent par ailleurs en cause l'influence du genre sur le choix de spécialisation au profit d'un effet de génération donnant plus d'importance à l'intérêt pour le style de vie (95,96). En définitive, si les caractéristiques sociodémographiques prédisposent au développement de certains intérêts associés aux choix de la médecine générale, ce sont ces intérêts et non les caractéristiques sociodémographiques elles-mêmes qui sont corrélées au choix de la discipline.

Plusieurs sources d'influences peuvent agir sur la personnalité des étudiants comme leur entourage, la société et l'université. Ainsi, Nicholson suggérait que certaines aspirations

des étudiants en médecine, en lien avec la carrière, étaient façonnées par l'environnement familial (97). De leur côté, Bland et Meurer soulignaient, dans leur modèle publié en 1995, issu d'une revue de la littérature, l'influence de l'université sur les valeurs des étudiants, que ce soit au travers de la sélection des étudiants (il est alors question des valeurs de l'ensemble des étudiants et non des valeurs individuelles) ou de la culture institutionnelle et du programme de cours via la promotion, par exemple, des valeurs de prestige ou d'altruisme (Figure 11) (98). Par ailleurs, ce modèle est en accord avec les théories d'appariement de la psychologie de l'orientation car il indique que le choix de spécialisation dépend de la congruence entre les représentations des spécialités et les besoins à satisfaire des étudiants (autrement dit leurs intérêts).

Les expériences des étudiants peuvent également influencer leur personnalité. Des études ont montré un lien entre le choix de la médecine générale et l'expérience de la maladie (personnelle ou celle d'un proche) ou la participation à des activités en lien avec la santé (60,99).

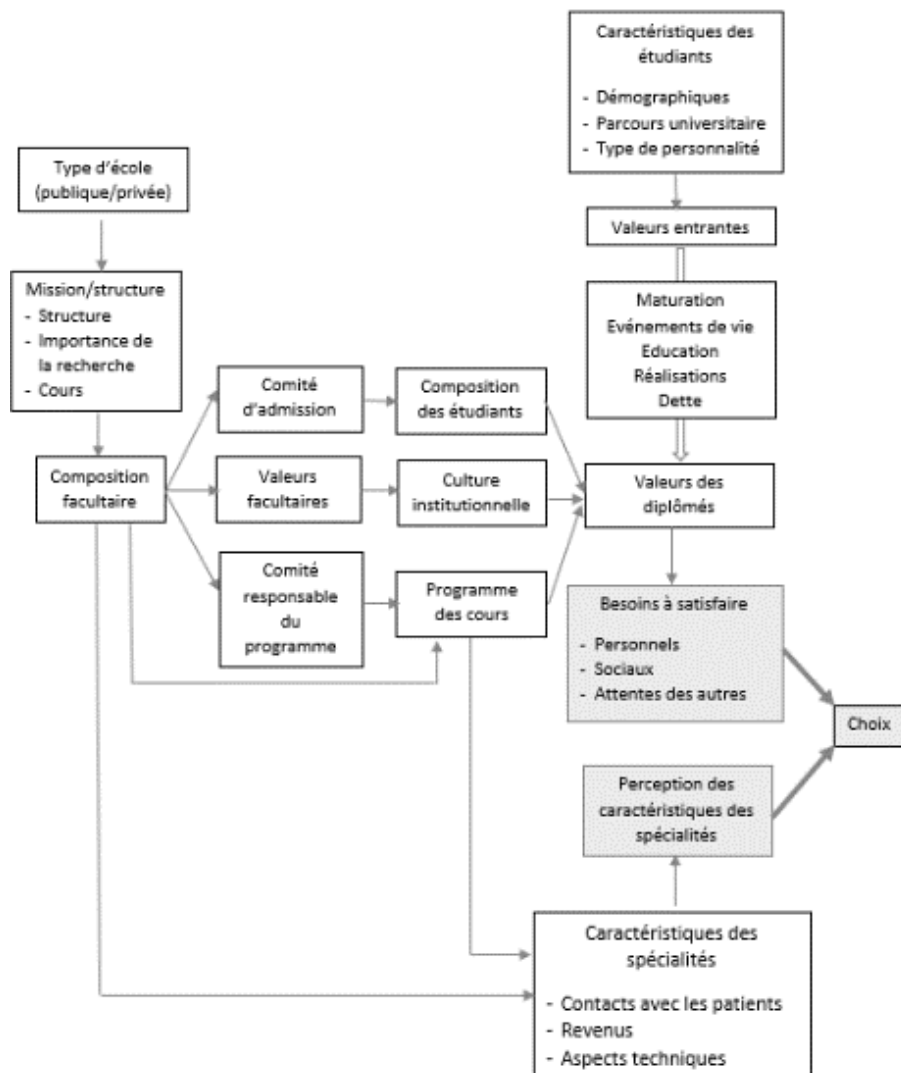


Figure 11 : Modèle de choix de carrière en soins primaires pour les médecins - d'après Bland et Meurer (98)

Concernant la représentation de la spécialité, les étudiants perçoivent la médecine générale comme prenant en charge des problèmes variés dans une perspective holistique, à long terme et en étant proche des patients (100). Ces caractéristiques, associées à l'autonomie, la flexibilité du travail et des horaires et à un environnement de travail perçu comme convivial, sont des déterminants positifs du choix d'orientation en médecine générale (60). En revanche, la médecine générale est également perçue comme une discipline apportant moins de défis intellectuels et techniques, plus de monotonie, d'aspects administratifs et moins de prestige (60,100). Elle est également souvent considérée comme liée à une lourde charge de travail et à un travail sous pression (60). La représentation de la balance vie privée-vie professionnelle diffère dans la littérature. Certaines recherches indiquent que la médecine générale est associée à un bon équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle alors que d'autres soulignent la difficulté d'accorder la pratique de cette discipline à la vie familiale (60,101,102).

Comme le souligne l'approche cognitive des conduites d'orientation, les représentations professionnelles sont construites sur une partie seulement des caractéristiques de la profession et sont influencées par la société, la famille et l'environnement scolaire. Ces différentes influences ont été démontrées dans la littérature consacrée au choix de la spécialisation en médecine générale. En fonction de l'image (positive ou négative) de la discipline au sein de la société, transmise entre autres par les médias, les étudiants vont être plus ou moins enclins à se spécialiser en médecine générale (60,100). L'entourage des étudiants influence également leur représentation du métier. Des études démontrent que la présence d'un médecin généraliste jouant le rôle de modèle peut influencer la représentation de la discipline auprès des étudiants (100,103,104).

L'université joue également un rôle majeur dans la construction de la représentation de la médecine générale, comme le montre le modèle de Bland et Meurer (98). Selon ce modèle, la composition facultaire dépend des missions que l'université se donne. Ainsi, un engagement académique envers la médecine générale va, entre autres, permettre de créer un programme de cours exposant les étudiants à cette discipline. En donnant l'opportunité aux étudiants de découvrir ou de redécouvrir les caractéristiques de la médecine générale, les cours et les stages vont influencer la représentation qu'ils ont de cette spécialité, ce qui peut avoir un effet positif sur le choix de la médecine générale (60,100,105). Toutefois, en accord avec les principes de la psychologie cognitive, pour modifier les représentations des étudiants, l'apport de nouvelles informations concernant la discipline doit répondre à trois critères.

Tout d'abord, ces informations doivent venir de sources fiables, c'est-à-dire de modèles positifs auxquels les étudiants peuvent s'identifier (60,97,100). Ensuite, elles doivent être compatibles avec leur représentation initiale. Pour cela, l'exposition à la discipline doit venir suffisamment tôt dans le cursus pour que leur représentation de la discipline soit construite sur base de leur expérience (106,107). Enfin, les étudiants doivent y être exposés suffisamment longtemps, c'est-à-dire grâce à des stages assez longs, pour que

les étudiants puissent s’intégrer dans leur lieu de stage et pratiquer la discipline, mais également grâce à un programme comportant des activités répétées en lien avec la médecine générale (100,107–109). Plusieurs études ont également montré une influence de la culture institutionnelle sur la représentation de la médecine générale. Cette discipline est régulièrement dénigrée par des médecins, enseignants ou maîtres de stage d’autres spécialités, ce qui peut agir sur la représentation des étudiants et les inciter à choisir une autre spécialisation (97,101,110,111).

En définitive, les nombreux déterminants du choix de spécialisation agissent de manière directe ou indirecte sur les représentations que les étudiants en médecine ont d’eux-mêmes et de la discipline. Si ces représentations atteignent un niveau de congruence suffisant, les étudiants envisageront de se spécialiser en médecine générale, alors que dans le cas contraire, ils choisiront une autre discipline.

2.2. Le parcours professionnel

Comme déjà mentionné, nous avons choisi, dans cette thèse, de considérer les arrêts et les modifications d’organisation du travail des médecins généralistes comme des évolutions de leur parcours professionnel. Afin de mieux saisir la manière dont agissent les déterminants de la satisfaction au travail et des arrêts de pratique des médecins généralistes, nous proposons d’examiner l’évolution du concept de carrière à celui de parcours professionnel, ainsi que les théories consacrées au développement de ce parcours et à la satisfaction au travail. Puis, nous discuterons, au regard de ces théories, les facteurs influençant le parcours professionnel des médecins généralistes mis en évidence par la littérature.

2.2.1. Evolution du concept de carrière vers celui de parcours professionnel

Le concept de « carrière » a été défini, en 1959, par Shartle comme « *la suite des postes, des emplois ou des professions dans lesquels une personne s’engage au cours de sa vie professionnelle* » (112). Les premières définitions du concept de carrière mettaient, pour la plupart, l’accent sur la carrière dite « professionnelle », la définissant en termes de relation d’un individu (point de référence exclusif) à une organisation, et tenaient peu compte des différents contextes dans lesquels l’individu évolue. Ces définitions s’inscrivaient dans des contextes de progrès social et d’expansion économique, où les individus pouvaient progresser graduellement en matière de pouvoir, de sécurité et de statut. La relation à l’employeur était caractérisée par un échange de loyauté de l’employé envers l’organisation contre la promesse implicite d’une sécurité d’emploi. Les normes sociales qui sous-tendaient ces modèles de carrière étaient caractérisées par une structure familiale dans laquelle l’homme était généralement le soutien de famille (113,114).

Ces modèles traditionnels furent bouleversés par différents changements tels que la montée de la globalisation, les avancées technologiques rapides, l’utilisation croissante

de l'externalisation du temps partiel, des emplois temporaires, etc., ce qui altéra le contexte de travail et modifia la façon dont les individus considéraient leur carrière. En parallèle, des facteurs liés à la vie personnelle des individus sont également venus modifier ces concepts de carrières, comme les changements de structure familiale, incluant l'augmentation du nombre de couples travaillant à deux et de parents célibataires, la plus grande mobilité géographique ou la place occupée par la vie privée. Les modèles de carrière intégrèrent alors l'influence de nombreux facteurs contextuels, comme la société, l'économie ou l'environnement politique, mais également des facteurs personnels. Comme le signalent Guichard et Huteau, les carrières professionnelles actuelles forment plus rarement une continuité que par le passé (76).

Dans les années 1990, Hall proposa de considérer dorénavant la carrière comme « *une série d'expériences relatives au travail et d'apprentissages personnels se déroulant sur toute la vie* » (115). Il développa, avec d'autres auteurs, le concept de « carrière protéiforme » (en référence au dieu grec Protée qui pouvait changer de forme selon sa volonté) dans laquelle l'individu est capable de reconditionner ses connaissances, ses compétences et ses habiletés pour changer d'environnement de travail dans le but de rester « employable¹⁰ ». Dans ce concept, l'individu est flexible, donne de la valeur à la liberté, croit en l'apprentissage continu et recherche des récompenses intrinsèques dans le travail. De plus, il construit et gère sa carrière qui est, par conséquent, unique, car constituée des expériences et des choix de l'individu dont les différents rôles (travail, famille, etc.) ne sont plus séparés (113,117).

Un autre concept, apparu à la même époque, est celui de « *boundaryless career* », traduit par « carrière sans frontière » ou « carrière nomade ». Defillippi et Arthur la définissent comme « *une séquence d'opportunités de postes qui vont au-delà des frontières d'un cadre unique d'emploi* » (118). Ce concept rend compte de la grande mobilité des carrières, composées d'une succession variée – en termes de nature et de durée – de postes avec prédominance des déplacements horizontaux à l'intérieur de plusieurs organisations. Les différences entre la carrière nomade et le modèle traditionnel sont reprises dans le tableau 4.

¹⁰ L'employabilité peut se définir comme « *la capacité individuelle à se maintenir en état de trouver un autre emploi que le sien, dans ou hors métier actuellement exercé* » (Thierry, 1995) (116).

Tableau 4 : Comparaison entre la carrière traditionnelle et la carrière nomade (117)

	<i>Carrière traditionnelle</i>	<i>Carrière nomade</i>
<i>Relation avec l’employeur</i>	Sécurité de l’emploi et loyauté	Employabilité et flexibilité
<i>Frontières</i>	1 ou 2 organisations	Plusieurs organisations
<i>Compétences</i>	Spécifiques à l’organisation	Transférables
<i>Réussite professionnelle mesurée par</i>	Salaire, promotion, statut	Individuel
<i>Responsabilité de la gestion de carrière</i>	Organisation	Individu
<i>Formation</i>	Programmes classiques	Fonction du travail
<i>Evolution</i>	Liée à l’âge	Liée à l’apprentissage

Dans cette évolution du concept de carrière vers des modèles prenant en compte des scénarios individuels, Gysbers, Heppner et Johnston proposèrent, en 2000, celui de « développement de carrière tout au long de la vie », traduisant le fait que « *ce parcours s’accompagne d’un processus continu d’interaction et d’intégration des rôles, des cadres et des événements de la vie d’un individu, ceux-ci étant eux-mêmes influencés par les variables de sexe, d’origine ethnique, de religion, et de statut économique* » (119). Cette approche tient compte des moments de ruptures professionnelles et/ou personnelles, vécus par les individus, qui impliquent des changements synonymes de crises identitaires que ceux-ci cherchent à surpasser. Elle renvoie à la direction que l’individu veut donner à sa vie, et est donc en accord avec les travaux de Young, Valach et Collin qui défendaient, en 1996, qu’« *une carrière est constituée de buts, de plans et de projets qui n’ont aucune signification si on les isole de leur contexte* » (71).

Dès lors, le concept de carrière a évolué aux cours des dernières décennies. Dans la conclusion de son article « *La carrière, un concept en évolution* », Gingras indique que la carrière ne se limite plus à une trajectoire professionnelle linéaire et progressive, mais que, désormais, elle fait référence au sens que l’individu donne à ses choix professionnels successifs. En outre, elle rappelle également que celui-ci construit son identité par son engagement social dans plusieurs sphères de sa vie (113).

Le terme « carrière » fut remis en question de nombreuses fois. Pour certains, il concerne principalement la classe moyenne occidentale et est peu applicable dans d’autres cultures. L’évolution du concept d’une « séquence linéaire verticale d’emplois » à un « ensemble d’emplois évoluant au fil du temps » conduisit certains auteurs à recommander d’utiliser, dorénavant, le terme d’« histoire de travail » (79). Les membres du Groupe international de recherche sur la construction de sa vie, auteurs de l’article « *Construire sa vie (life designing) : un paradigme pour l’orientation au 21^e siècle* », ont, quant à eux, traduit le terme anglais « career » par « parcours professionnel ». Ils justifient ce choix, car « *dans l’organisation actuelle du travail, les salariés ont de moins*

en moins souvent une carrière, entendue au sens « d'un métier, d'une profession qui présente des étapes, une progression » (Le Robert). L'expression « parcours professionnel » semblait par conséquent mieux adaptée pour rendre compte du caractère aléatoire des vies professionnelles de chacun. Ceci dit, tant en anglais qu'en français, career ou carrière désigne au sens premier la voie où l'on s'engage » (120).

En définitive, les évolutions sociétales, affectant tant la vie professionnelle que privée des individus, ont modifié le concept de carrière qui correspond moins qu'auparavant à une progression verticale en termes de pouvoir, de sécurité et de statut. Le terme de parcours professionnel, que nous adopterons dans cette thèse, semble dès lors plus approprié pour décrire les trajectoires professionnelles individuelles marquées par la mobilité dans l'emploi et la flexibilité des individus.

2.2.2. Le parcours professionnel vu comme un processus dynamique

Les choix professionnels sont de plus en plus vus comme faisant partie d'un processus dynamique ayant lieu tout au long de la vie d'un individu plutôt que comme une décision unique (79).

Les premières théories centrées sur le développement de carrière considéraient surtout le passé comme élément majeur à prendre en considération pour comprendre les choix professionnels. Par la suite, la construction des parcours professionnels fut décrite comme se déroulant tout au long de la vie, mais, dans un premier temps, selon un ordre immuable. Ainsi, dans sa théorie « la carrière au cours de l'espace et le cours de la vie », Super décrit un maxi-cycle de développement vocationnel se faisant suivant cinq grands stades correspondant aux âges de la vie et ayant chacun un objectif différent :

- La croissance (de 4 à 13 ans) : l'individu s'interroge sur son avenir, apprend à diriger sa vie, se convainc de l'importance de la réussite scolaire et professionnelle, et acquiert de bonnes attitudes et habitudes de travail ;
- L'exploration (de 14 à 24 ans) : l'individu se met à projeter certains « sois-possibles » qu'il pourrait construire et qui vont se cristalliser en une identité vocationnelle qui va de pair avec des préférences pour un groupe de professions. L'exploration de ces professions aboutit à un choix professionnel ;
- L'établissement (de 24 à 44 ans) : l'individu se stabilise dans une position professionnelle, il consolide cette position et y progresse ;
- Le maintien (de 44 à 65 ans) : l'individu s'interroge sur son envie de continuer sa profession. Il peut alors choisir d'en changer ou de s'y maintenir. Dans ce cas, il met à jour ses habiletés et ses compétences, découvre de nouvelles manières d'effectuer ses tâches routinières ou définit de nouveaux défis ;

- Le désengagement (après 65 ans) : l'individu décélère, planifie sa retraite et définit de nouvelles activités.

De plus, pour Super, la carrière, loin de se résumer à l'emploi d'une personne, est la suite de l'ensemble des rôles sociaux que l'individu exerce au cours de sa vie, de sorte que la carrière professionnelle ne constitue qu'un élément de la carrière personnelle des individus (70,113). C'est pourquoi son modèle intègre l'articulation des rôles sociaux de l'individu (enfant, étudiant, homme ou femme pendant les loisirs, travailleur, citoyen et père ou mère de famille) qui interagissent en se renforçant, en s'opposant ou en restant neutres les uns par rapport aux autres. Chaque âge se caractérise par un poids plus ou moins grand accordé à chacun des rôles sociaux – bien que ceux-ci ne soient pas spécifiques à un âge. Pour un individu donné, à chaque moment de sa vie, certains rôles sont centraux alors que d'autres sont périphériques. L'activité professionnelle constitue généralement un élément central dans la vie d'un adulte, mais ce n'est pas toujours le cas. Pour certains, d'autres rôles, comme ceux relatifs à la famille, peuvent être centraux. La centralité d'un rôle dépend des traditions sociales, de la structure de l'offre à un moment donné, des préférences de l'individu, ainsi que de ses capacités et du système de valeurs qui lui a été inculqué. Ce modèle intègre également des influences situationnelles (famille, école, société, etc.) et personnelles (besoins, valeurs, intérêts, etc.).

L'une des critiques les plus importantes faites à la théorie de Super est son aspect daté et culturellement marqué, correspondant à ce que l'on attendait d'une vie au milieu du XX^{ème} siècle. A l'origine, cette théorie fut développée pour les adolescents et décrivait ce que Super nomma la « maturité vocationnelle », c'est-à-dire la capacité de faire des choix professionnels appropriés par rapport à son âge, et elle est représentée par l'acquisition progressive des tâches de développement de carrière et le franchissement d'étapes. Par après, il constata que chez les adultes le processus développemental était plus de l'ordre de l'adaptation que de la maturation. Avec Savickas, qui reprit et développa cette partie de la théorie, ils ont alors proposé le concept d'« *adaptabilité de carrière* », qui représente la capacité d'un individu à s'adapter en fonction de situations nouvelles ou changeantes, et qui s'exprime via des mini-cycles (121). Ainsi, certaines étapes développementales caractérisant le « maxi-cycle » (c'est-à-dire les phases de désengagement, de croissance, d'exploration et d'établissement) peuvent être à l'œuvre de manière accélérée lorsque l'individu est confronté à une période de transition, d'instabilité ou de remise en question (d'origine professionnelle comme la perte d'un emploi, ou privée comme un divorce).

Ce concept d'adaptabilité de carrière, en tant que théorie de l'adaptation en période de transition professionnelle, est l'un de ces éléments les plus pertinents dans le contexte actuel qui engendre un nombre accru de périodes d'instabilité et donc de situations où l'adaptabilité des individus est grandement sollicitée (121). Pour certains auteurs,

comme Guillaume, la complexité actuelle n'est pas nécessairement liée à un accroissement du risque de rupture de la trajectoire, mais au fait que « *l'orientation prise par le cours de la vie semble relever de la responsabilité individuelle de celui qui doit devenir l'auteur ou, mieux encore, le sujet de « sa » vie* » (122).

Selon Savickas, le concept d'adaptabilité de carrière fait référence à « *la capacité d'un individu à mobiliser les ressources nécessaires pour faire face à des tâches d'orientation qui se présentent à lui, à des transitions professionnelles et à des traumatismes personnels* » (72). Il souligne également que les stratégies d'adaptation dépendent de facteurs historiques et culturels, qu'elles dépendent des situations locales et qu'elles sont liées aux rôles sociaux.

Dans la société actuelle, les préoccupations professionnelles doivent être considérées comme des éléments d'un ensemble beaucoup plus vaste d'interrogations relatives à la manière de vivre sa vie. La question de l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale, par exemple, devient un élément important des réflexions concernant les choix professionnels. Les parcours professionnels ne sont qu'un élément parmi d'autres – bien que importants – des parcours de vie (120). De plus, les caractéristiques individuelles, telles que les intérêts sont beaucoup moins stables que ne le supposaient les théories de la personnalité.

Les théories reposant sur un développement selon un ordre immuable ont donc été remises en question au profit de « *l'orientation tout au long de la vie* » (76). Un groupe de recherche international s'est créé fin des années 2000 afin de développer le concept du « *life designing* » ou « *construire sa vie* » dans lequel le parcours professionnel est conçu comme une construction de l'individu dépendante de facteurs sociaux, culturels et contextuels. Le modèle qu'ils ont construit est « *fondé sur l'épistémologie du constructionnisme social, qui reconnaît notamment que : le savoir et l'identité d'un individu sont le produit de processus sociaux et cognitifs qui se déroulent dans un contexte d'interactions et de négociations entre individus et groupes, et que le sens qu'un individu donne à la réalité est co-construit dans un contexte social, historique et culturel par la médiation des discours et des dialogues par lesquels nous nous relions à autrui* ». De plus, il met en œuvre les théories de la construction de soi et de la construction de son parcours professionnel – constructions cognitives – qui décrivent les conduites d'orientation professionnelle et leurs développements. Ce modèle est applicable tout au long de la vie, holistique (c'est-à-dire qu'il prend en considération l'ensemble des rôles des individus) et contextuel (120).

En résumé, le développement du parcours professionnel est dorénavant placé sous le signe de l'adaptabilité nécessaire aux individus afin de faire face aux changements survenant dans leur vie, tant privée que professionnelle. Ainsi, le développement du parcours professionnel est vu comme un processus ayant cours tout au long de la vie, et

intégrant les différents rôles sociaux des individus car, bien que l'activité professionnelle constitue un élément central dans la vie des individus, d'autres rôles, comme ceux relatifs à la famille, sont également pour la plupart essentiels.

2.2.3. Satisfaction au travail et maintien dans l'emploi

Comme déjà évoqué, de nombreuses théories reposent sur le postulat que l'adéquation entre profession et individu mène à la réussite (comprise à la fois dans une perspective personnelle et de performance) et à la satisfaction, avec entre autres conséquences, le maintien dans l'emploi.

Un lien entre satisfaction au travail et maintien dans l'emploi fut validé par la littérature mais sans que la force de cette relation ne puisse être mesurée (123)¹¹.

L'une des raisons est que l'intention de quitter un emploi ou une profession est multifactorielle et ne comprend pas seulement des facteurs liés au travail, mais également des facteurs personnels, tels que l'état de santé, la vie familiale, les trajets, les ressources financières, etc. Parmi ces facteurs personnels, notons que la conciliation travail-famille fut souvent étudiée et que plus les conflits travail-famille sont élevés, plus l'intention de quitter son emploi est présente (123).

De plus, la satisfaction est une construction essentiellement individuelle. Elle ne dépend pas uniquement de l'environnement objectif de l'individu, mais elle comprend des facteurs subjectifs tels que l'état psychologique de l'individu, ses aspirations et sa volonté d'exprimer son mécontentement (125).

La satisfaction est d'ailleurs définie par Locke comme « *un état émotionnel résultant de la relation perçue entre ce que l'on attend de son travail et ce qu'il nous procure* » (126). C'est « *l'état émotionnel agréable résultant de l'évaluation de son travail comme accompli ou facilitant l'accomplissement des valeurs de son travail. L'insatisfaction au travail est l'état émotionnel désagréable résultant de l'évaluation de son travail comme frustrant ou empêchant l'accomplissement des valeurs de son travail ou entraînant des dévalués. La satisfaction et l'insatisfaction au travail sont fonction de la relation perçue entre ce dont une personne a besoin dans son travail et ce qu'elle perçoit de lui comme offrant ou comportant* » (127).

Igalens ajoute une fonction dynamique au concept : la satisfaction au travail est « *une réponse émotionnelle positive résultant de l'évaluation du travail ou des expériences de travail. La satisfaction est un concept dynamique. C'est une perception instable qui évolue en fonction des expériences, mais aussi en fonction des attentes du salarié qui peuvent se modifier tout au long de sa vie* » (128).

¹¹ Un lien entre satisfaction et performance a également été recherché, mais les résultats sont extrêmement variables (124).

Les déterminants de la satisfaction au travail peuvent être classés en deux grandes catégories : les facteurs liés au travail et à l'environnement de travail, et les facteurs propres à l'individu (129).

Parmi les facteurs liés au travail et à l'environnement de travail, on retrouve (130)

- les caractéristiques du travail c'est-à-dire la variété des compétences, l'identité de la tâche, le sens de la tâche, l'autonomie et le *feedback* sur le travail (c'est-à-dire les cinq caractéristiques du travail de Hackman et Oldham (131)) auxquelles on peut ajouter le soutien social au travail ;
- les contraintes organisationnelles, c'est-à-dire l'information relative au travail, les outils et l'équipement, les appuis budgétaires, les services et l'aide des autres, la préparation à la tâche (formation, formation continue, expérience, etc.), le temps à disposition et l'environnement physique (correspondant aux huit groupes de contraintes organisationnelles de Peters et O'Connor (132)). Ces contraintes amoindrissent la satisfaction au travail lorsque les employés les ressentent ;
- la justice organisationnelle correspondant à la perception d'équité peut être examinée à travers trois dimensions : la justice distributive (équité dans la distribution des ressources), la justice procédurale (processus par lesquels les décisions sont prises) et la justice interactionnelle (traitement interpersonnel des décideurs, respect et explication des décisions) ;
- les rôles où la satisfaction générale au travail est corrélée négativement avec l'ambiguïté de fonction (connaissance par l'individu de ses tâches et de ses responsabilités) et le conflit de mission (lorsque l'individu est confronté à des demandes incompatibles par rapport à ses attributions et ses responsabilités) ;
- d'autres déterminants comme les horaires, le revenu, l'avancement, la responsabilité, la quantité de travail, la participation à la prise de décision, la sécurité de l'emploi ou encore la complexité de la tâche.

Les facteurs personnels sont, quant à eux, soit liés aux attributs de l'individu (sexe, âge, ethnie, etc.) soit à sa personnalité. Des résultats contradictoires furent trouvés concernant des différences liées aux attributs de l'individu. En ce qui concerne les facteurs liés à la personnalité, de nombreuses études exposèrent une stabilité de la satisfaction dans le temps, et conclurent que la satisfaction générale au travail est liée à des dispositions de la personne. (130).

Dans les années 1960, Herzberg fit la distinction entre la satisfaction intrinsèque et la satisfaction extrinsèque, montrant ainsi que les facteurs sources de satisfaction sont différents de ceux d'insatisfaction. Selon lui, certains facteurs sont capables d'engendrer de l'insatisfaction s'ils ne sont pas pris en considération, mais ne peuvent pas apporter de satisfaction. Ces facteurs dits d'hygiène correspondent, par exemple, aux conditions

de travail, aux relations avec les collègues, au prestige, à la sécurité d'emploi ou à la rémunération. Par contre, d'autres facteurs n'engendrent pas d'insatisfaction s'ils ne sont pas pris en compte, mais donnent de la satisfaction si on agit sur eux. Il s'agit des facteurs dits moteurs tels que l'accomplissement, la reconnaissance des accomplissements, l'objet du travail, la responsabilité, la possibilité de développement. Ainsi, Herzberg différencie les facteurs influençant la satisfaction et l'insatisfaction au travail en termes de facteurs extrinsèques qui renvoient au contexte du travail (le salaire, les conditions matérielles, etc.) et de facteurs intrinsèques qui renvoient au contenu du travail (autonomie, variété, intérêt de la tâche, etc.) (70,125,130).

La théorie de Herzberg fit l'objet de nombreuses critiques. Le rôle des facteurs extrinsèques fut revu dans le sens où ils contribuent également à la satisfaction, toutefois dans une moindre mesure par rapport aux facteurs intrinsèques (70). Des études indiquèrent, par exemple, qu'une hausse de salaire peut augmenter la satisfaction des individus. Néanmoins, certains auteurs suggèrent que la satisfaction dépend aussi du caractère équitable de la rémunération vis-à-vis de sa contribution, mais également en comparant avec celle des autres (125).

Notons encore que la satisfaction est parfois confondue avec la motivation qui, selon Roussel, est « *un processus qui implique la volonté de faire des efforts, d'orienter et de soutenir durablement l'énergie vers la réalisation des objectifs et de la charge de travail, et de concrétiser cette intention en comportement effectif au mieux des capacités personnelles* » (133). Ces deux notions vont de pair : la motivation précède la satisfaction et il ne peut y avoir de satisfaction sans motivation. Cependant, les corrélations entre motivation et satisfaction sont faibles car un individu peut très bien être motivé et non satisfait pour autant. La satisfaction tend, selon un processus d'autorégulation, à maintenir et renforcer la motivation (70).

2.2.4. Application de ces théories aux médecins généralistes

Les études consacrées aux changements d'activité professionnelle des médecins généralistes ont montré que ces changements pouvaient faire suite à des périodes de remise en question ou à des événements d'ordre professionnel et privé (134,135).

Ainsi, bien que le travail soit un élément central de la vie des individus, certains privilégient d'autres rôles sociaux comme ceux en lien avec la famille. La conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle est un élément souvent identifié comme essentiel dans le maintien dans la profession des médecins généralistes (60,105). Ceux travaillant à temps plein et/ou ayant des difficultés à concilier ces deux sphères de leur vie seraient plus enclins à quitter la profession que ceux travaillant à temps partiel et ayant un rôle familial important (60).

Parmi les déterminants professionnels de l'intention de quitter la profession de médecin généraliste identifiés dans la littérature, la plupart sont en lien avec la satisfaction au travail. Néanmoins, certaines études soulignent que les médecins généralistes peuvent aussi se réorienter par attrait pour une autre profession sans que la satisfaction liée au travail de médecin généraliste ne soit forcément en cause (134,135).

Les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction des médecins généralistes peuvent, en accord avec les théories de la satisfaction au travail, être en lien avec le travail et l'environnement de travail, mais également avec l'individu. Ainsi, des études ont mis en évidence que les médecins plus âgés et les femmes seraient plus satisfaits au travail (60).

De plus, rappelons que la satisfaction au travail est une construction individuelle subjective et dynamique dépendant de l'état émotionnel des individus, de leurs aspirations et de leur volonté d'exprimer leur mécontentement. Les déterminants en lien avec la satisfaction identifiés par la littérature peuvent donc ne pas avoir les mêmes impacts chez tous les médecins généralistes (136).

Parmi les déterminants de la satisfaction en lien avec le travail et l'environnement de travail, nous retrouvons, tout d'abord, les caractéristiques du travail, c'est-à-dire la variété des tâches, l'autonomie, le sentiment de faire un travail important et d'être un bon médecin, ainsi que la reconnaissance du travail accompli (60,105,136). Cependant, la difficulté de maintenir des soins de qualité et le manque de reconnaissance du travail peuvent diminuer la satisfaction (60,105). Ensuite, les contraintes en lien avec l'organisation du travail, comme la charge de travail, les horaires, le sentiment de travailler sous pression, le manque de soutien au sein de l'équipe de travail (ou l'isolement pour les médecins généralistes travaillant seuls) sont des facteurs d'insatisfaction (60,105). En revanche, la possibilité d'accorder son travail aux autres rôles sociaux de la vie, de pouvoir continuer à se former, à développer de nouvelles compétences ou à pouvoir pratiquer d'autres activités, sont des facteurs de satisfaction (60,105,136). De plus, des facteurs en lien avec la justice organisationnelle (c'est-à-dire la perception d'équité) peuvent être source d'insatisfaction comme la moindre rémunération par rapport aux médecins d'autres spécialités ou les contraintes administratives auxquelles sont particulièrement soumis les médecins généralistes de la part de l'Etat (105). Enfin, les médecins généralistes peuvent être confrontés à des conflits de rôles, sources d'insatisfaction, soit en raison des contraintes administratives mettant en compétition leurs temps clinique et administratif, soit en raison des demandes et des attentes des patients, jugées parfois irréalistes et/ou sortant de leur domaine de compétences (60,105,137).

En définitive, les changements d'activité des médecins généralistes s'inscrivent dans leur parcours professionnel intégrant les différents rôles de leur vie et dépendant des caractéristiques et des événements de vie. Parmi les facteurs influençant ces

changements d’activité se trouvent les déterminants de la satisfaction au travail liés aux caractéristiques du travail mais également à l’environnement de travail, à la justice organisationnelle et aux rôles professionnels. Ces déterminants sont perçus différemment par les médecins généralistes en fonction des individus et de l’étape de leur parcours, la satisfaction au travail étant une construction individuelle pouvant évoluer en fonction du temps et des événements.

2.3. Conclusion

Selon l’approche cognitive des conduites d’orientation, les choix professionnels, tels que celui de se spécialiser en médecine générale, sont le résultat de la congruence entre la représentation que les individus ont d’eux-mêmes et celle qu’ils ont de la profession. Ces représentations sont construites sur base des caractéristiques des individus (c’est-à-dire de leur personnalité, déterminée essentiellement par les intérêts et les valeurs) et de la profession. Ensuite, ces caractéristiques vont continuer à influencer les individus tout au long de leur parcours puisque les valeurs, par exemple, ont montré un effet sur la satisfaction professionnelle. D’autres facteurs, en lien avec l’environnement social, familial et scolaire, influencent également les représentations et la satisfaction au travail des individus.

Nous proposons dès lors de modéliser le parcours professionnel des médecins généralistes en soulignant les différentes influences que nous avons identifiées dans la littérature (figure 12).

D’ailleurs, le parcours professionnel est maintenant compris comme un élément du parcours de vie, et est beaucoup plus marqué que dans le passé par des ruptures et des transitions affectant l’ensemble des sphères de la vie. Les changements d’activité des médecins généralistes s’inscrivent donc dans un parcours intégrant leurs différents rôles sociaux et soumis à des événements de vie professionnelle et privée.

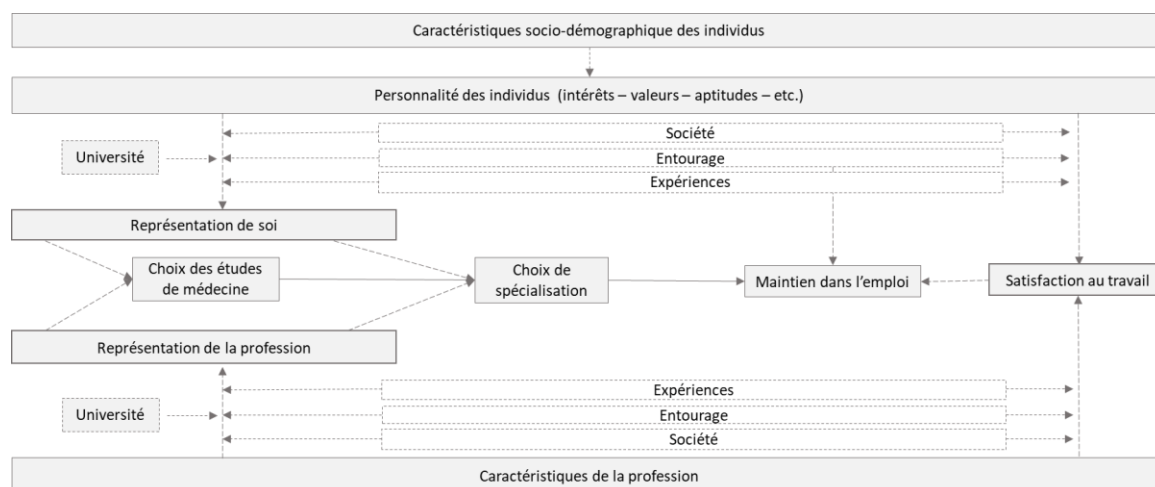


Figure 12 : Modélisation des facteurs influençant le parcours professionnel (d’après A-L Lenoir)

Dans l'objectif global de cette thèse, qui est de proposer des mesures afin d'améliorer l'attractivité de la profession de médecin généraliste et le maintien dans cette profession de ceux qui la pratiquent, nous prendrons donc en considération le fait que les déterminants des choix de spécialisation et de maintien dans la profession, mis en évidence dans la littérature, n'ont pas toujours une action directe sur les choix professionnels et qu'ils interagissent et modifient les constructions subjectives que sont les représentations et la satisfaction au travail.

Objectif et organisation du travail

L'évolution des besoins en soins nécessite de posséder des ressources suffisantes en médecins généralistes. Or, ces ressources dépendent essentiellement de l'arrivée de nouveaux diplômés, et du maintien dans la discipline des médecins généralistes exerçant la profession.

Pour cette raison, l'objectif général, sous-jacent à cette thèse, est d'**identifier les facteurs orientant les choix professionnels des étudiants et de la jeune génération de diplômés de médecine générale, afin de proposer des pistes de solution pour promouvoir l'attractivité de cette discipline et pour maintenir les médecins généralistes dans la profession**. Notre étude de la littérature nous a permis d'identifier plusieurs facteurs intervenant soit dans le choix de spécialisation des étudiants en médecine, soit sur la satisfaction au travail et les intentions de quitter la profession des médecins généralistes.

Cependant, au vu de ces données, nous faisons deux constats.

Premièrement, comme le souligne le modèle de Bland et Meurer, le parcours universitaire influence le choix de spécialisation, en agissant à la fois sur la personnalité des étudiants, basée sur leurs valeurs et leurs intérêts, et sur leurs représentations des spécialités. Or, nous possédons très peu d'informations sur les choix de spécialisation, les différences de personnalités et de représentations du métier de médecin avant l'exposition aux spécialités, lors des stages et des cours.

Deuxièmement, la problématique des forces de travail en médecine générale est quasi exclusivement étudiée en séparant le problème de l'attraction de celui du maintien dans la profession. Nous n'avons trouvé aucune étude prenant en considération l'ensemble du parcours des médecins généralistes.

Dès lors, il nous a semblé nécessaire, pour contribuer à combler ces manques, de nous intéresser à ces deux aspects, en nous penchant sur deux grandes questions de recherche qui guideront ce travail de thèse :

- Les étudiants de médecine, débutant la phase clinique de leur formation, ont-ils les mêmes intérêts professionnels et les mêmes représentations du métier de médecin quelle que soit la spécialité qu'ils envisagent ?
- A quoi ressemblent les parcours étudiants et professionnels des diplômés en médecine générale, et quels sont les facteurs les ayant influencés, du choix de leurs études de médecine à leur situation professionnelle actuelle ?

Pour répondre à ces questions, le travail de thèse s'est articulé autour de trois études, présentées à la Figure 13.

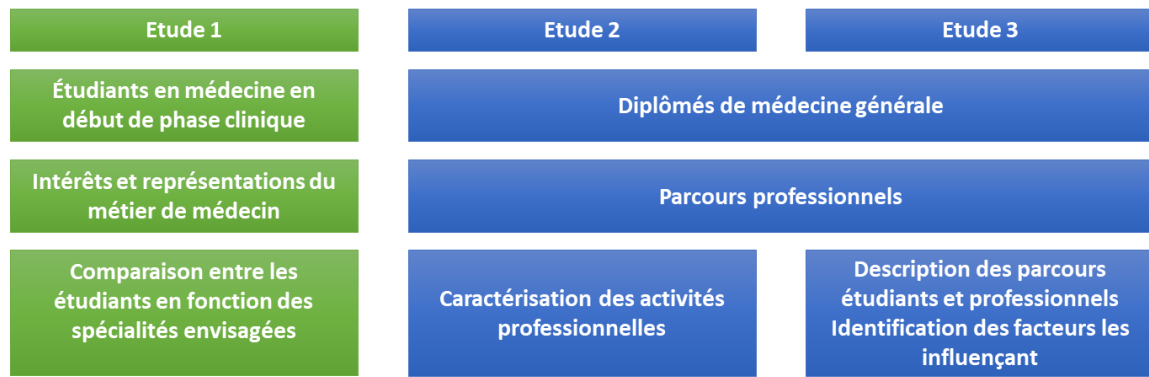


Figure 13 : Etudes réalisées dans cette thèse

Etude 1 : Intérêts professionnels et représentations du métier de médecin des étudiants en quatrième année de médecine de l'Université de Liège

Cette première étude explore les intérêts professionnels et les représentations du métier de médecin des étudiants en quatrième année de médecine (master 1) de l'Université de Liège, lors de l'année académique 2016 – 2017. Cette population a été choisie, car ces étudiants sont au début de la phase clinique de leurs études de médecine et ont été peu confrontés aux différentes spécialités. Il s'agit ici d'une étude quantitative.

Les objectifs de cette étude sont

- d'examiner les intérêts professionnels et les représentations du métier de médecin des étudiants en médecine ;
- d'étudier les spécialités que les étudiants envisagent de faire ou rejettent, ainsi que les raisons de ces choix ;
- de voir si un lien existe entre le choix de spécialisation et les caractéristiques socio-démographiques des étudiants, les intérêts professionnels et les représentations du métier de médecin.

Etude 2 : Activités professionnelles des diplômés de médecine générale des universités francophones belges entre 1999 et 2013

Si le choix final de spécialisation, en tant que choix d'orientation, résulte en un appariement individu-profession basé sur un examen préalable de la congruence entre les représentations que les étudiants ont d'eux-mêmes (dépendant de leurs caractéristiques de personnalités) et celles qu'ils ont des spécialités, il n'en reste pas moins que ce choix va être soumis à de nombreuses influences, une fois les étudiants diplômés et pleinement inscrits dans leur pratique médicale.

De ce fait, procéder à des recherches, non plus sur les étudiants, mais sur les diplômés de médecine générale, apparaissait comme le complément nécessaire, afin d'approfondir notre compréhension des facteurs influençant les choix d'orientation tout

au long du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Cela permettait de compléter l'analyse sur la manière dont les intérêts et les attentes professionnels trouvaient à s'exprimer et prenaient sens dans la suite du parcours professionnel.

Pour cela, la deuxième étude de cette thèse constitue la première phase d'une recherche consacrée aux parcours professionnels des diplômés en médecine générale entre 1999 et 2013, issus des trois universités francophones belges (Université de Liège, Université Catholique de Louvain et Université Libre de Bruxelles).

Le choix de nous concentrer sur les jeunes générations de médecins généralistes est justifié par le fait qu'elles représentent le présent et l'avenir de la force de travail en médecine générale, et que des différences générationnelles peuvent intervenir dans la conception du parcours professionnel.

L'objectif de cette étude est de caractériser les activités des diplômés exerçant, au moment de l'étude, la médecine générale en termes de temps de travail, d'activités pratiquées et de types de pratique afin de

- fournir des données fiables sur la proportion de généralistes actifs ;
- mettre en évidence les modes d'organisation du travail des diplômés exerçant la médecine générale afin de rechercher des liens entre ces modes d'organisation et le temps de travail ;
- cibler des profils différents à interroger de manière qualitative, lors de la deuxième phase de l'étude.

Etude 3 : Parcours professionnels des diplômés de médecine générale des universités francophones belges entre 1999 et 2013

Afin d'approfondir l'analyse des parcours et des choix professionnels des diplômés de médecine générale, il nous semblait utile d'en interroger individuellement une partie, pour mieux saisir le cheminement les ayant menés à leur situation professionnelle actuelle, et restituer la dynamique régissant les parcours individuels, entrevue dans la problématique et la littérature.

Cette dernière étude représente la seconde phase de la recherche précédente. Il s'agit d'une démarche qualitative centrée sur un échantillon des diplômés recrutés lors de la première phase.

Son objectif est, grâce à des entretiens semi-directifs, de

- décrire les parcours des diplômés de médecine générale
- identifier les facteurs ayant influencé le parcours étudiant et professionnel de jeunes médecins généralistes.

À l'issue d'une présentation de chaque étude tour à tour, la discussion générale nous permettra de revenir sur les grands enseignements qu'il nous semble possible de retirer de la conjugaison de ces études à différents moments du parcours des étudiants et diplômés de médecine générale. Cette vue d'ensemble nous autorisera alors à discuter des modalités d'actions possibles à mettre en œuvre afin de favoriser l'attractivité et la rétention dans la profession de médecin généraliste.

Chapitre 3

Intérêts professionnels et représentations du métier de
médecin des étudiants en quatrième année de médecine à
l'Université de Liège

Comme exposé au chapitre deux, le choix de spécialisation, en tant que choix d'orientation, résulte, selon l'approche cognitive des conduites d'orientation, de la congruence entre les représentations que les étudiants ont d'eux-mêmes, dépendantes de leurs intérêts et de leurs valeurs, et celles qu'ils ont des spécialités médicales. Suivant la logique d'appariement individu-profession, les étudiants ne choisissant pas les mêmes spécialités devraient donc posséder des caractéristiques de personnalité différentes.

D'ailleurs, Bennett et Philipps soulignaient, suite à une revue de la littérature sur les déterminants du choix de spécialisation, réalisée en 2010, que les étudiants en médecine ne constituaient pas un groupe homogène et que des différences de personnalité existaient entre les étudiants ne présentant pas les mêmes attitudes envers les soins primaires (138).

Afin de mieux comprendre les choix d'orientation des étudiants, il nous semblait dès lors opportun d'étudier les intérêts professionnels (qui ont une action plus directe sur les choix d'orientation professionnelle et sont plus facilement mesurables que les valeurs), mais également les représentations du métier de médecin (choix d'orientation commun à l'ensemble des étudiants), afin de rechercher, dans un second temps, des différences entre les étudiants en fonction de leur choix de spécialisation.

Cependant, les théories de l'orientation professionnelle indiquent que les caractéristiques de personnalité peuvent être influencées par les expériences vécues par les individus (76). Le modèle de Bland et Meurer est d'ailleurs en accord avec ces théories, car il souligne l'influence de l'université sur les valeurs des étudiants (98).

D'autres auteurs mettent également en évidence une influence des expériences universitaires sur les choix d'orientation des étudiants, sans pour autant montrer l'influence de ces expériences sur les caractéristiques de personnalité des étudiants. C'est le cas, par exemple, du rapport du KCE, publié en 2008 et portant sur l'attraction et le maintien dans la profession de médecin généraliste, qui soulignait que le choix de spécialité des étudiants était influencé par des événements vécus durant les études (60). Ce rapport soulignait des différences de représentations des étudiants en fonction de leur exposition à la discipline. Ainsi, les étudiants n'étudiant pas la médecine générale la jugeaient, par exemple, routinière et associée à peu de défi intellectuel. Ceux qui l'étudiaient pensaient le contraire.

En raison de cette influence des expériences universitaires sur le choix d'orientation des étudiants, nous avons choisi de nous intéresser aux étudiants avant leur exposition aux spécialités, lors des stages et des cours.

Par conséquent, l'étude présentée dans ce chapitre a pour objectif d'explorer les choix possibles d'orientation, ainsi que les intérêts professionnels et les représentations du métier de médecin des étudiants au début de la phase clinique de leurs études de

médecine, c'est-à-dire, pour la Belgique, lors de leur quatrième année d'étude nommée « Master 1 ».

Cette analyse, à ce stade des études de médecine, permettra de discuter de l'intérêt de mettre en place des mesures, plus ou moins tôt dans le cursus, afin de promouvoir les valeurs et les intérêts associés préférentiellement à la médecine générale, mais également de promouvoir une représentation réaliste de la médecine générale.

Ainsi, l'étude présentée dans ce chapitre aura trois objectifs. Le premier est d'étudier les spécialités que les étudiants en début de quatrième année de médecine (master 1) envisageaient ou rejetaient, ainsi que les raisons de ces décisions. Le deuxième est d'explorer leurs intérêts professionnels et leurs représentations du métier de médecin. Enfin, le troisième et dernier objectif est de voir si un lien existe entre le projet de spécialisation des étudiants et les intérêts et représentations professionnels.

3.1. Méthode

3.1.1. Construction du questionnaire

Le questionnaire, présenté dans sa version complète à l'annexe 1, comprenait quatre catégories de questions.

Le premier groupe concernait le choix des études de médecine. Les étudiants étaient interrogés sur leurs motivations à suivre des études de médecine et les sources d'influence qu'ils avaient subies (questions 1, 2 et 4 – questions fermées à choix multiples avec la possibilité d'indiquer une réponse « autre »).

Le deuxième groupe concernait les futurs choix de spécialités médicales envisagés par les étudiants (ou leur absence). S'y ajoutaient aussi des questions concernant les spécialités vers lesquelles les étudiants étaient sûrs de ne pas vouloir s'orienter, ainsi que les raisons de ces décisions (questions 17 à 18b – questions ouvertes). Les étudiants devaient tout d'abord indiquer s'ils envisageaient, à ce stade de leurs études, un ou plusieurs choix de spécialisation. Ensuite, il leur était demandé, par questions ouvertes, les spécialités qu'ils envisageaient ou rejetaient ainsi que les raisons de ces décisions.

Le troisième groupe de questions concernait les intérêts professionnels (question 13) et les représentations du métier de médecin (question 20 et 21). Pour ces questions, ils étaient invités à indiquer l'importance qu'ils accordaient à seize intérêts professionnels (sur une échelle de Likert en trois modalités : « pas du tout », « un peu », et « beaucoup ») et à donner leur avis sur vingt-six affirmations relatives au métier de médecin et aux qualités d'un bon médecin (sur une échelle de Likert en quatre modalités : « pas du tout d'accord », « pas d'accord », « d'accord » et « tout à fait d'accord »). La liste des intérêts et des affirmations concernant la représentation du métier de médecin a été établie en se référant à une étude portant sur la question de la désaffection des études scientifiques en France et sur le rapport du KCE relatif à l'attraction et à la rétention dans la profession de médecin généraliste (60,139).

Le dernier groupe de questions se rapportait aux données socio-démographiques des répondants : sexe et année de naissance (questions 23 et 24).

3.1.2. Passation du questionnaire

La population étudiée comprenait l'ensemble des étudiants inscrits en quatrième année de médecine (master 1) à l'Université de Liège.

Le questionnaire leur a été soumis lors d'une séance de débriefing, organisée en octobre 2016, à l'issue d'un court stage en médecine générale ayant eu lieu dans les trois mois précédents.

3.1.3. Récolte et analyse des données

Les données ont été récoltées de manière anonyme, par voie informatique, sur le site Survey Monkey®.

Pour les questions ouvertes portant sur les spécialités médicales et les raisons pour lesquelles les étudiants les envisageaient ou les rejetaient, le codage s'est fait *a posteriori* sur base des réponses obtenues. Afin de faciliter l'analyse, les spécialités de médecine interne ont été regroupées¹². En conséquence, la médecine interne recouvrait la pneumologie, la neurologie, la néphrologie, la gastro-entérologie, l'infectiologie, l'hématologie, l'endocrino-diabétologie, la cardiologie et la rhumatologie. Quant à la chirurgie, elle regroupait les spécialités chirurgicales et l'urologie. Lorsque le même répondant indiquait plusieurs réponses correspondant à la médecine interne ou à la chirurgie, celles-ci ont été comptabilisées comme une seule réponse afin de faciliter l'analyse.

L'analyse a été scindée en trois parties.

La première consistait en une description des données à l'aide de tris à plat¹³ afin de prendre connaissance des variables se rapportant au choix des études de médecine, des projets de spécialisation (ainsi que des raisons les justifiant), des intérêts professionnels, des représentations du métier de médecin et des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.

Le deuxième niveau d'analyse avait pour but, grâce à des tris croisés¹⁴, de procéder à une analyse de corrélation concernant les raisons d'envisager ou de rejeter une spécialité médicale en particulier.

Le troisième niveau d'analyse consistait en une analyse multivariée, composée de régressions logistiques, afin de pouvoir comparer l'incidence du choix de spécialité sur

¹² Le tableau reprenant les spécialités envisagées avant regroupement se trouve en annexe 2.

¹³ Un tri à plat représente la distribution des différentes modalités de réponses obtenues concernant une variable.

¹⁴ Un tri croisé présente la distribution d'une population en tenant compte simultanément des modalités de deux variables différentes. Il constitue un premier niveau d'analyse de corrélations entre variables, par le calcul du χ^2 .

les intérêts professionnels et les représentations du métier de médecin. Au vu des résultats et des différences mises en exergue, des analyses en composantes principales ont été menées afin de mieux « contraster » les choix de spécialités et tenter ainsi de mieux cerner les profils d'étudiants qu'il semblait possible de déduire des résultats. Pour cette analyse, nous avons bénéficié du soutien du Professeur Adelin Albert et de Madame Nathalie Maes, biostatisticiens.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS. Un seuil de signification de 5% a été retenu pour l'ensemble des opérations statistiques réalisées.

3.2. Résultats

Au total, 267 étudiants sur les 277 recensés ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 96.4 %.

Les femmes étaient majoritaires dans cet échantillon (56.2 %). Les répondants avaient entre 21 et 34 ans, avec une moyenne de 23.4 ans (sd \pm 2.20).

3.2.1. Choix des études de médecine

Si plus d'un quart (26.2 %) des étudiants souhaitaient faire des études de médecine depuis leur enfance, la majorité (68.8 %) ont choisi ces études pendant leurs études secondaires : soit au cours de leurs études secondaires (35 %) soit plus précisément lors de la dernière année de ces études (33.8 %) (Tableau 5).

Tableau 5 : Moment du choix des études de médecine

	%	Effectifs ¹⁵
Dans l'enfance	26.2	69
Au cours des études secondaires	35.0	92
Lors de la dernière année des études secondaires	33.8	89
Pendant des études supérieures dans une autre discipline	4.9	13
Total	100	263

¹⁵ Les non-réponses ont été exclues, ce qui explique les différences d'effectifs en fonction des questions.

Parmi les raisons d'avoir choisi de suivre des études de médecine¹⁶, plus de la moitié des étudiants ont évoqué la volonté de venir en aide (54.3 %) (Tableau 6). Les deux autres raisons le plus fréquemment évoquées étaient l'attrait pour les matières scientifiques (47.2 %) et le fait d'apprécier le contact humain (40.1 %).

Tableau 6 : Raisons du choix des études de médecine

	%	Effectifs
Parce que j'apprécie de venir en aide aux autres	54.3	145
Parce que les matières scientifiques me plaisaient plus que les autres	47.2	126
Parce que j'apprécie le contact humain	40.1	107
Parce que j'aime le défi intellectuel	29.6	79
Parce que je souhaite exercer un métier scientifique	20.6	55
Parce qu'elles offrent une large gamme de débouchés professionnels	20.2	54
Parce que mes parents m'y ont poussé(e)/je voulais leur faire plaisir	3.0	8
Parce que les études de médecine réunissent les meilleurs élèves	1.9	5
Autre	5.6	15

29.7 % des répondants ont déclaré ne pas avoir été influencés dans leur choix de faire des études de médecine. Parmi ceux ayant été influencés, cette influence provenait surtout des membres de leur famille – soit directement soit du fait d'une maladie qu'ils avaient subie – et des médecins avec qui ils avaient été en contact (Tableau 7).

Tableau 7 : Sources d'influence concernant le choix des études de médecine

	%	Effectifs
Personne	29.7	105
Un membre de ma famille	24.4	86
Une expérience de la maladie dans ma famille/mes amis	10.2	36
Votre médecin (généraliste ou spécialiste)	9.1	32
Une série télévisée/un film/un livre	6.8	24
Des amis	6.5	23
Des enseignants (du primaire ou du secondaire)	5.9	21
Une expérience personnelle de la maladie	5.4	19
Autre	2.0	7

¹⁶ Plusieurs réponses étaient possibles par répondant.

3.2.2. Choix de spécialisation envisagé par les étudiants

Parmi les répondants, la moitié (50.8 %) ne savait pas vers quelle spécialité ils voulaient s'orienter au moment de l'étude. Ils attendaient les stages ou leurs résultats d'examens avant de se décider. Pour ceux ayant une idée de spécialisation, seuls 21.4% savaient précisément vers quelle spécialité ils souhaitaient s'orienter (Tableau 8).

Tableau 8 : Position des étudiants concernant leurs choix de spécialisation envisagés

	%	Effectifs
Envisagent une seule spécialité	21.4	56
Hésitent entre plusieurs spécialités	27.8	73
Ne savent pas vers quelle spécialité s'orienter	50.8	133
Total	100	262

En outre, qu'ils aient ou non une idée de spécialisation au moment de l'étude, 8.5 % des étudiants rejetaient une ou plusieurs spécialités de leurs choix possibles.

Spécialités envisagées et rejetées par les étudiants

Les étudiants avaient la possibilité d'indiquer, en question ouverte, les spécialités qu'ils envisageaient et celles qu'ils étaient sûrs de ne pas vouloir suivre. Une grande diversité a été observée entre les spécialités évoquées (Tableau 9).

Parmi les quatre spécialités le plus fréquemment envisagées, trois étaient également rejetées par de nombreux autres étudiants. Ainsi, la médecine interne était envisagée par 16.9 % des étudiants et rejetée simultanément par 19.9 % d'autres étudiants de notre population. La chirurgie était envisagée par 16.5 % des étudiants et rejetée par 30.0 % d'entre eux (ce qui en faisait la spécialité le plus fréquemment rejetée par les étudiants). La pédiatrie était envisagée par 10.1 % des étudiants et rejetée par 13.5 %.

La médecine générale, quant à elle, était envisagée par 16.5 % des étudiants et rejetée par 8.6 %, ce qui la place respectivement à la deuxième place des spécialités les plus envisagées et à la neuvième place des spécialités les plus rejetées par les étudiants.

Notons également que certaines disciplines étaient évoquées dans une des catégories sans l'être dans l'autre. C'était le cas de la médecine physique, de la génétique et de la médecine du sport qui étaient envisagées par certains étudiants mais n'étaient spontanément rejetées par aucun. Il en va de même pour la médecine du travail, la biologie clinique, la radiothérapie, la fonction de médecin conseil et la médecine nucléaire qui étaient spontanément rejetées par certains étudiants mais n'étaient envisagées par aucun.

Tableau 9 : Spécialités envisagées et rejetées par les étudiants

	Spécialités envisagées		Spécialités rejetées	
	%	Effectifs	%	Effectifs
Médecine interne	16.9	45	19.9	53
Médecine générale	16.5	44	8.6	23
Chirurgie	10.9	29	30.0	80
Pédiatrie	10.1	27	13.5	36
Gynécologie-obstétrique	6.7	18	12.4	33
Anesthésie-réanimation	6.4	17	1.9	5
Urgences	5.6	15	3.4	9
Psychiatrie	4.5	12	12.7	34
Oncologie	4.1	11	4.9	13
Médecine physique	1.5	4	0.0	0
Recherche	1.5	4	2.2	6
Génétique	1.5	4	0.0	0
Oto-rhino-laryngologie	1.1	3	3.4	9
Imagerie médicale	1.1	3	7.5	20
Gériatrie	0.7	2	14.6	39
Ophtalmologie	0.7	2	4.5	12
Médecine légale	0.7	2	4.5	12
Médecine du sport	0.7	2	0.0	0
Dermatologie	0.4	1	11.6	31
Anatomo-pathologie	0.4	1	11.6	31
Médecine du travail	0	0	5.6	15
Biologie clinique	0	0	3.0	8
Radiothérapie	0	0	1.5	4
Médecin conseil	0	0	1.1	3
Médecine nucléaire	0	0	1.1	3

Déterminant du choix des spécialités

Il était également demandé aux étudiants envisageant au moins une spécialité au moment de l'étude (n=129) d'indiquer les raisons pour lesquelles ils envisageaient ces spécialités. Les réponses à cette question ouverte ont été codées *a posteriori*.

Les principales raisons déterminant le choix de spécialisation des répondants¹⁷, étaient l'intérêt pour un domaine particulier (48.1 %), la diversité des domaines abordés (28.7 %), le contact humain (25.6%), et le défi intellectuel (24.8%) (Tableau 10).

Tableau 10 : Raisons avancées par les étudiants concernant leur choix de spécialisation

	%	Effectifs
Intérêt pour le domaine	48.1	62
Diversité des domaines	28.7	37
Contacts humains privilégiés	25.6	33
Défi intellectuel	24.8	32
Autonomie	11.6	15
Travailler avec des populations spécifiques	10.8	14
Avoir une action efficace/des résultats immédiats	10.1	13
Expérience biographique particulière	6.2	8
Statut social	3.4	5
Par élimination	3.4	5

Des corrélations statistiquement significatives ont été recherchées par le test du χ^2 entre les raisons avancées quant au choix de spécialisation et les quatre spécialités le plus fréquemment envisagées.

Tout d'abord, les étudiants envisageant la médecine interne étaient proportionnellement plus représentés parmi ceux ayant exprimé un intérêt particulier pour la discipline (71.1 % de ceux ayant choisi la médecine interne évoquaient cette raison, contre 39.0 % parmi ceux envisageant une autre discipline – $p < 0.001$ – Tableau 11) et s'orientant par goût du défi intellectuel (37.8 % contre 19.5 % parmi ceux envisageant une autre discipline – $p < 0.05$ – Tableau 12).

En revanche, ils étaient moins représentés parmi ceux privilégiant l'autonomie (2.2 % contre 18.2 % parmi ceux envisageant une autre discipline – $p < 0.010$ – Tableau 13). Ensuite, bien que non significatif au seuil 5%, ces étudiants évoquant une orientation en médecine interne étaient également moins représentés parmi ceux évoquant une orientation par attrait pour le contact humain (17.8 % contre 32.5 % parmi les étudiants envisageant une autre discipline – $p < 0.100$ – Tableau 14) et ceux souhaitant voir les

¹⁷ Nous n'avons conservé ici que les étudiants ayant déjà une idée de leur futur choix de spécialité soit 129 étudiants.

résultats de leurs actions/l'efficacité de leur intervention (4.4 % contre 14.3 % parmi ceux envisageant une autre discipline – $p < 0.100$ – Tableau 15).

Tableau 11 : Lien entre l'intérêt pour la discipline et le choix de la médecine interne

		Intérêt pour la discipline			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine interne	Oui	71.1	28.9	100	45
	Non	39.0	61.0	100	77
	Total	50.8	49.2	100	122

Tableau 12 : Lien entre le goût du défi intellectuel et le choix de la médecine interne

		Par défi intellectuel			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine interne	Oui	37.8	62.2	100	45
	Non	19.5	80.5	100	77
	Total	26.2	73.7	100	122

Tableau 13 : Lien entre l'aspiration à l'autonomie et le choix de la médecine interne

		Pour l'autonomie			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine interne	Oui	2.2	97.8	100	45
	Non	18.2	81.8	100	77
	Total	12.3	87.7	100	122

Tableau 14 : Lien entre l'aspiration aux contacts humains et le choix de la médecine interne

		Pour les contacts humains			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine interne	Oui	17.8	82.2	100	45
	Non	32.5	67.5	100	77
	Total	27.1	72.9	100	122

Tableau 15 : Lien entre l'aspiration à des résultats immédiats et le choix de la médecine interne

		Pour avoir une action efficace			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine interne	Oui	4.4	95.6	100	45
	Non	14.3	85.7	100	77
	Total	10.7	89.3	100	122

Concernant ensuite les étudiants envisageant la médecine générale, ces derniers justifiaient plus fréquemment que les autres étudiants ayant une idée de leur spécialité future choisir cette spécialité pour le contact humain (65.1 % contre 6.4 % parmi ceux envisageant une autre discipline – $p < 0.0001$ – Tableau 16) ou l'autonomie (20.9 % contre 6.4 % parmi ceux envisageant une autre discipline – $p < 0.050$ – Tableau 17). Egalement, bien que de manière non significative au seuil retenu, ils évoquaient une potentielle orientation par élimination/défaut (7.0 % contre 1.3 % parmi ceux envisageant une autre discipline – $p < 0.100$ – Tableau 18).

A l'inverse, aucun de ces étudiants envisageant la médecine générale n'a évoqué une orientation pour voir l'efficacité de son action (0 % contre 16.7 % parmi ceux envisageant une autre discipline – $p < 0.010$ – Tableau 19). Ils étaient sous-représentés également concernant la justification ayant trait à l'intérêt pour la discipline (34.9 % contre 59 % parmi ceux envisageant une autre discipline – $p < 0.050$ – Tableau 20), ou au goût du défi intellectuel (13.9 % contre 32.0 % parmi ceux envisageant une autre discipline – $p < 0.050$ – Tableau 21).

Tableau 16 : Lien entre l'aspiration aux contacts humains et le choix de la médecine générale

		Pour les contacts humains			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine générale	Oui	65.1	34.9	100	43
	Non	6.4	93.6	100	78
	Total	27.3	72.7	100	121

Tableau 17 : Lien entre l'aspiration à l'autonomie et le choix de la médecine générale

		Pour l'autonomie			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine générale	Oui	20.9	79.1	100	43
	Non	6.4	93.6	100	78
	Total	11.6	88.4	100	121

Tableau 18 : Lien entre le choix de spécialisation par élimination et la médecine générale

		Par élimination			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine générale	Oui	7.0	93.0	100	43
	Non	1.3	98.7	100	78
	Total	3.3	96.7	100	121

Tableau 19 : Lien entre l'aspiration à des résultats immédiats et le choix de la médecine générale

		Pour avoir une action efficace			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine générale	Oui	0.0	100.0	100	43
	Non	16.7	83.3	100	78
	Total	10.7	89.3	100	121

Tableau 20 : Lien entre l'intérêt pour la discipline et le choix de la médecine générale

		Intérêt pour la discipline			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine générale	Oui	34.9	65.1	100	43
	Non	59.0	41.0	100	78
	Total	50.4	49.6	100	121

Tableau 21 : Lien entre le choix par défi intellectuel et la spécialisation en médecine générale

		Par défi intellectuel			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine générale	Oui	13.9	86.1	100	43
	Non	32.0	68.0	100	78
	Total	25.6	74.4	100	121

Quant aux étudiants envisageant la chirurgie, ils étaient proportionnellement plus représentés parmi ceux justifiant ce choix par défi intellectuel (28.6 % contre 5.3 % parmi ceux envisageant une autre discipline – $p < 0.001$ – Tableau 22) et moins parmi ceux privilégiant les contacts humains (7.1 % contre 33.0 % parmi ceux envisageant une autre discipline – $p < 0.01$ – Tableau 23).

Tableau 22 : Lien entre le goût du défi intellectuel et le choix de la chirurgie

		Par défi intellectuel			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Chirurgie	Oui	28.6	71.4	100	28
	Non	5.3	94.7	100	94
	Total	10.7	89.3	100	122

Tableau 23 : Lien entre l'aspiration aux contacts humains et le choix de la chirurgie

		Pour les contacts humains			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Chirurgie	Oui	7.1	92.9	100	28
	Non	33.0	67.0	100	94
	Total	27.1	72.9	100	122

Enfin, les étudiants envisageant la pédiatrie composaient la totalité des répondants ayant justifié leur choix par souhait de travailler avec des populations spécifiques ($p < 0.01$ – Tableau 24).

Tableau 24 : Lien entre l'aspiration à travailler avec des populations spécifiques et le choix de la pédiatrie

		Pour travailler avec des populations spécifiques			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Pédiatrie	Oui	51.8	48.2	100	27
	Non	0.0	100.0	100	95
	Total	11.5	88.5	100	122

Le tableau 25 synthétise les corrélations statistiquement significatives entre les spécialités envisagées et les déterminants de ces choix.

Tableau 25 : Synthèse des corrélations statistiquement significatives entre les spécialités envisagées et les raisons de ces choix

Spécialités	Justifications plus fréquemment avancées	Justifications moins souvent évoquées
Médecine interne	Intérêt particulier pour la spécialité ($p < 0.001$) Par défi intellectuel ($p < 0.05$)	Pour l'autonomie ($p < 0.01$)
Médecine générale	Pour les contacts humains ($p < 0.0001$) Pour l'autonomie ($p < 0.05$)	Intérêt particulier pour la spécialité ($p < 0.01$) Par défi intellectuel ($p < 0.05$) Pour voir l'efficacité de son action ($p < 0.01$)
Chirurgie	Par défi intellectuel ($p < 0.001$)	Pour les contacts humains ($p < 0.01$)
Pédiatrie	Travailler avec des populations spécifiques ($p < 0.01$)	

Déterminants du rejet des spécialités

Les raisons évoquées concernant le refus d'envisager des spécialités sont présentées dans le tableau 26.

Tableau 26 : Raisons avancées par les étudiants quant aux choix de spécialités écartés

	%	Effectifs
Désintérêt pour le domaine	49.5	103
Trop peu de contacts humains	26.4	55
Trop routinier	23.1	48
Contact difficile avec les patients	16.8	35
Difficile à vivre humainement	16.8	35
Difficile à concilier avec une vie de famille	10.1	21
Longueur de la formation	9.6	20
Poids des responsabilités	7.7	16

Des corrélations ont été recherchées entre ces raisons avancées et les quatre spécialités le plus fréquemment rejetées par les étudiants. Davantage d'étudiants rejetaient une ou plusieurs spécialités en comparaison de ceux qui avaient déjà une idée, plus ou moins précise, de la spécialité vers laquelle s'orienter (ici, N = 207).

Ainsi, les étudiants rejetant la chirurgie étaient proportionnellement plus représentés parmi ceux excluant une spécialité en raison de la conciliation difficile avec la vie familiale (23.1 % contre 2.3 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.0001$ – Tableau 27), de la longueur de la formation (16.7 % contre 9.7 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.01$ – Tableau 28) et des responsabilités qui lui sont associées (15.4 % contre 3.1 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.01$ – Tableau 29). A contrario, ils étaient moins représentés parmi les étudiants rejetant une spécialité en raison de contacts difficiles avec les patients (7.7 % contre 22.5 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.01$ – Tableau 30) et de la difficulté à la vivre humainement (10.3 % contre 20.9 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.05$ – Tableau 31).

Tableau 27 : Lien entre la difficulté de conciliation avec la vie de famille et le rejet de la chirurgie

		Conciliation difficile avec une vie de famille			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Chirurgie	Oui	23.1	76.9	100	78
	Non	2.3	97.7	100	129
	Total	10.1	89.9	100	207

Tableau 28 : Lien entre le nombre d'années de formation et le rejet de la chirurgie

		Longueur de la formation			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Chirurgie	Oui	16.7	83.3	100	78
	Non	54	94.6	100	129
	Total	9.7	90.3	100	207

Tableau 29 : Lien entre le poids des responsabilités et le rejet de la chirurgie

		Poids des responsabilités			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Chirurgie	Oui	15.4	84.6	100	78
	Non	3.1	96.9	100	129
	Total	7.7	92.3	100	207

Tableau 30 : Lien entre les contacts difficiles avec les patients et le rejet de la chirurgie

		Contact difficile avec les patients			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Chirurgie	Oui	7.7	92.3	100	78
	Non	22.5	77.5	100	129
	Total	16.9	83.1	100	207

Tableau 31 : Lien entre la difficulté à vivre humainement et le choix de spécialité

		Difficile à vivre humainement			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Chirurgie	Oui	10.3	89.7	100	78
	Non	20.9	79.1	100	129
	Total	16.9	83.1	100	207

Ensuite, les étudiants rejetant la médecine interne étaient plus représentés parmi ceux excluant une spécialité par désintérêt pour le domaine (67.9 % contre 43.5 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.01$ – Tableau 32). En revanche, ils étaient moins représentés parmi les étudiants rejetant une spécialité en raison du manque de contacts

humains (15.1 % contre 30.5 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.05$ – Tableau 33), du contact difficile avec les patients (3.8 % contre 21.4 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.01$ – Tableau 34). En outre, de manière non significative, ces étudiants évoquaient plus fréquemment la conciliation difficile avec une vie de famille (3.8 % contre 12.3 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.10$ – Tableau 35) et le poids des responsabilités (1.9 % contre 9.7 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.10$ – Tableau 36).

Tableau 32 : Lien entre le désintérêt pour la discipline et le rejet de la médecine interne

		Désintérêt pour la discipline			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine interne	Oui	67.9	32.1	100	53
	Non	43.5	56.5	100	154
	Total	49.8	50.2	100	207

Tableau 33 : Lien entre le manque de contacts humains et le rejet de la médecine interne

		Trop technique ou trop peu de contacts humains			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine interne	Oui	15.1	84.9	100	53
	Non	30.5	69.5	100	154
	Total	26.6	73.4	100	207

Tableau 34 : Lien entre les contacts difficiles avec les patients et le rejet de la médecine interne

		Contact difficile avec les patients			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine interne	Oui	3.8	96.2	100	53
	Non	21.4	78.6	100	154
	Total	16.9	83.1	100	207

Tableau 35 : Lien entre la difficulté de conciliation avec la vie familiale et le rejet de la médecine interne

		Conciliation difficile avec une vie de famille			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine interne	Oui	3.8	96.2	100	53
	Non	12.3	87.7	100	154
	Total	10.1	89.9	100	207

Tableau 36 : Lien entre le poids des responsabilités et le rejet de la médecine interne

		Poids des responsabilités			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine interne	Oui	1.9	98.1	100	53
	Non	9.7	90.3	100	154
	Total	7.7	92.3	100	207

Concernant les étudiants rejetant la gériatrie, ils étaient plus représentés parmi ceux excluant la discipline en raison de la longueur de la formation (32.4 % contre 13.5 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.01$ – Tableau 37). De manière non significative, une plus forte proportion évoquait aussi le désintérêt pour le domaine (62.2 % contre 47.1 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.10$ – Tableau 38). En revanche, ils étaient moins représentés parmi les étudiants justifiant le rejet d'une spécialité par manque de contact avec les patients (13.5 % contre 29.4 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.05$ – Tableau 39).

Tableau 37 : Lien entre le nombre d'années de formation et le rejet de la gériatrie

		Longueur de la formation			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Gériatrie	Oui	32.4	67.6	100	37
	Non	13.5	86.5	100	170
	Total	16.9	83.1	100	207

Tableau 38 : Lien entre le désintérêt pour la discipline et le rejet de la gériatrie

		Désintérêt pour la discipline			
		Oui	Non	Total	
Gériatrie	Oui	62.2	37.8	100	37
	Non	47.1	52.9	100	170
	Total	49.8	50.2	100	207

Tableau 39 : Lien entre le manque de contacts humains et le rejet de la gériatrie

		Trop technique ou trop peu de contacts humains			
		Oui	Non	Total	
Gériatrie	Oui	13.5	86.5	100	37
	Non	29.4	70.6	100	170
	Total	26.6	73.4	100	207

Les étudiants rejetant la pédiatrie étaient plus représentés parmi ceux justifiant l'exclusion d'une discipline en raison du contact difficile avec les patients (47.1 % contre 11.0 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.0001$ – Tableau 40) et de la difficulté à vivre humainement cette spécialité (35.3 % contre 13.3 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.01$ – Tableau 41). En revanche, ils étaient sous-représentés parmi les étudiants rejetant une discipline car trop routinière (5.9 % des étudiants souhaitant s'orienter vers la pédiatrie l'évoquaient, contre 23.1 % parmi ceux ayant choisi une autre discipline - $p < 0.05$ – Tableau 42), ainsi que, même si non significatif, d'une conciliation difficile avec une vie de famille (0.0 % contre 12.1 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.10$ – Tableau 43).

Tableau 40 : Lien entre les contacts difficiles avec les patients et le rejet de la pédiatrie

		Contact difficile avec les patients			
		Oui	Non	Total	
Pédiatrie	Oui	47.1	52.9	100	34
	Non	11.0	89.0	100	173
	Total	16.9	83.1	100	207

Tableau 41 : Lien entre la difficulté à vivre humainement et le rejet de la pédiatrie

		Difficile à vivre humainement			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Pédiatrie	Oui	35.3	64.7	100	34
	Non	13.3	86.7	100	173
	Total	16.9	83.1	100	207

Tableau 42 : Lien entre l'aspect routinier et le rejet de la pédiatrie

		Trop routinier			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Pédiatrie	Oui	5.9	94.1	100	34
	Non	23.1	76.9	100	173
	Total	20.3	79.7	100	207

Tableau 43 : Lien entre la difficulté de conciliation avec la vie familiale et le rejet de la pédiatrie

		Conciliation difficile avec une vie de famille			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Pédiatrie	Oui	0.0	100.0	100	34
	Non	12.1	87.9	100	173
	Total	10.1	89.9	100	207

Enfin, les étudiants rejetant la médecine générale étaient plus représentés parmi ceux excluant la discipline car trop routinière (36.4 % contre 18.4 % parmi ceux rejetant une autre discipline - $p < 0.05$ – Tableau 44).

Tableau 44 : Lien entre l'aspect routinier et le rejet de la médecine générale

		Trop routinier			
		Oui	Non	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Médecine générale	Oui	36.4	63.6	100	22
	Non	18.4	81.6	100	185
	Total	20.3	79.7	100	207

Tableau 45 : Synthèse des corrélations statistiquement significatives entre les spécialités rejetées et les raisons avancées

Le tableau 45 synthétise les corrélations statistiquement significatives entre les spécialités rejetées et les déterminants de ces décisions.

Spécialités	Justifications plus fréquemment évoquées quant au rejet	Raisons significativement moins présentes
Chirurgie	Conciliation difficile avec la vie familiale (p<0.0001)	Contacts difficiles avec les patients (p<0.01)
	Longueur de la formation (p<0.01)	Difficile à vivre humainement (p<0.05)
Médecine interne	Désintérêt pour le domaine (p<0.01)	Manque de contacts humains (p<0.05)
		Contacts difficiles avec les patients (p<0.01)
Gériatrie	Longueur de la formation (p<0.01)	Manque de contacts humains (p<0.05)
Pédiatrie	Contacts difficiles avec les patients (p<0.0001)	Routine (p<0.05)
	Difficile à vivre humainement (p<0.01)	
Médecine générale	Routine (p<0.05)	

3.2.3. Éléments considérés comme importants pour la future vie professionnelle

Une série d'items était soumise aux étudiants concernant leur vie professionnelle future. Les réponses fournies à l'échelle ordinale utilisée dans le questionnaire (pas du tout / un peu / beaucoup) sont ici présentées (tableau 46) en ne conservant que la fréquence de la modalité « beaucoup » par item, afin de simplifier la présentation des résultats.

Tableau 46 : Éléments importants dans la vie professionnelle future (intérêts)

Éléments importants dans la vie professionnelle future (intérêts)	N	Réponse « beaucoup » Nombre (%)
Le plaisir	261	239 (92.6)
Venir en aide aux autres	261	234 (89.7)
Ses aptitudes	262	225 (85.9)
Ses projets	262	213 (81.3)
Son intérêt	258	187 (72.5)
L'autonomie dans le travail	262	187 (71.4)
Les possibilités de carrière	259	180 (69.5)
Le style de vie	260	179 (68.9)
La sécurité d'emploi	261	177 (67.8)
Passer du temps en famille	262	173 (66.0)
La culture	262	149 (56.9)
Le revenu	262	108 (41.2)
Travailler en équipe	262	105 (40.1)
Un temps de travail flexible	262	92 (35.1)
Des vacances et des jours de congés réguliers	250	65 (26.0)
Le prestige	262	65 (24.8)

Concernant leur future vie professionnelle, les étudiants accordaient de l'importance à la plupart des intérêts proposés, les plus importants étant, avec plus de 80 % des étudiants y accordant beaucoup d'importance : le plaisir, le fait de venir en aide aux autres, leurs aptitudes et leurs projets.

Les intérêts ayant le moins d'importance pour les étudiants, avec moins de 50 % des étudiants y accordant beaucoup d'importance étaient : le prestige, les vacances et jours de congé réguliers, le temps de travail flexible, le travail en équipe et le revenu.

3.2.4. Représentations du métier de médecin

Concernant les représentations du métier de médecin, l'échelle de Likert en quatre modalités a été réencodée ici en variable binaire¹⁸.

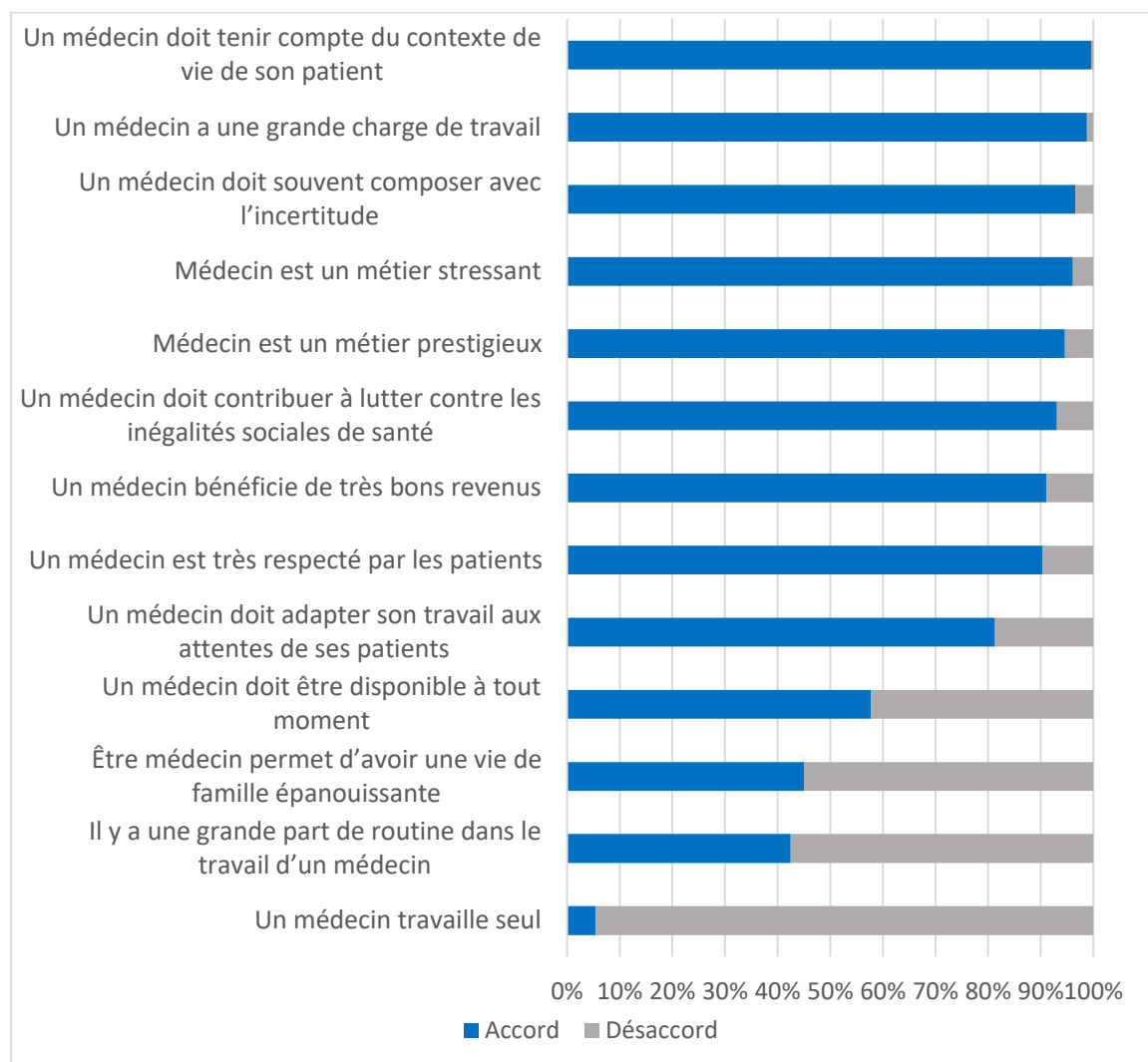


Figure 14 : Représentations du métier de médecin

De hauts degrés d'accords, relatifs à la représentation du métier de médecin (sans précision quant à sa spécialité) par les étudiants, ont été observés concernant la prise en considération du contexte de vie du patient (99.6 % d'accords), la charge de travail du médecin (98.8 % d'accords), la nécessité de composer fréquemment avec l'incertitude (96.6 % d'accords), le stress lié au métier (96.1 % d'accords), le prestige associé à la profession (94.6 % d'accords), la lutte contre les inégalités sociales en santé (93.1 % d'accords), les revenus élevés (91.1 % d'accords), le respect des patients (90.3 % d'accords) et l'adaptation du travail aux attentes des patients (81.3 % d'accords) (Figure 14).

¹⁸ « pas du tout d'accord »/ « plutôt pas d'accord » vs « plutôt d'accord »/ « tout à fait d'accord ».

La majorité des étudiants estimaient qu'un médecin devait être disponible à tout moment. Toutefois, cette affirmation recevait un degré d'accord moindre avec 57,7 % d'accords.

En revanche, la majorité des étudiants rejetaient les affirmations concernant le fait que les médecins travaillent seuls (5,4 % d'accords), l'aspect routinier du métier (42,5 % d'accords) et la possibilité d'avoir une vie de famille épanouissante (45,0 % d'accords).

Par ailleurs, d'autres variables du questionnaire s'intéressaient à leur représentation de ce qu'ils considéraient être un « bon médecin ». Ici également, les réponses sont exprimées de manière binaire, en accord/désaccord.

Ici, les étudiants estimaient qu'un bon médecin doit savoir observer (100 % d'accords), savoir écouter (99.6 % d'accords), développer régulièrement ses connaissances (98.5 % d'accords), avoir l'esprit d'organisation (97.7 % d'accords), travailler dur (95.7 % d'accords), être sûr(e) de soi (92.0 % d'accords), avoir eu de bons professeurs (91.9 % d'accords) et de bons maîtres de stage (91.1 % d'accords), être capable d'affronter les autres (88 % d'accords) et aimer travailler en équipe (84.9 % d'accords) (Figure 15).

Par contre, les résultats étaient plus mitigés concernant le fait qu'un bon médecin doit être une personne sensible, avec seulement 65.2 % des étudiants étant d'accord avec cette affirmation.

A fortiori, consacrer sa vie à son travail et oublier son propre corps n'étaient pas, selon les étudiants, des caractéristiques associées au fait d'être un bon médecin (avec seulement 36.6 % et 8.4 % d'accords).

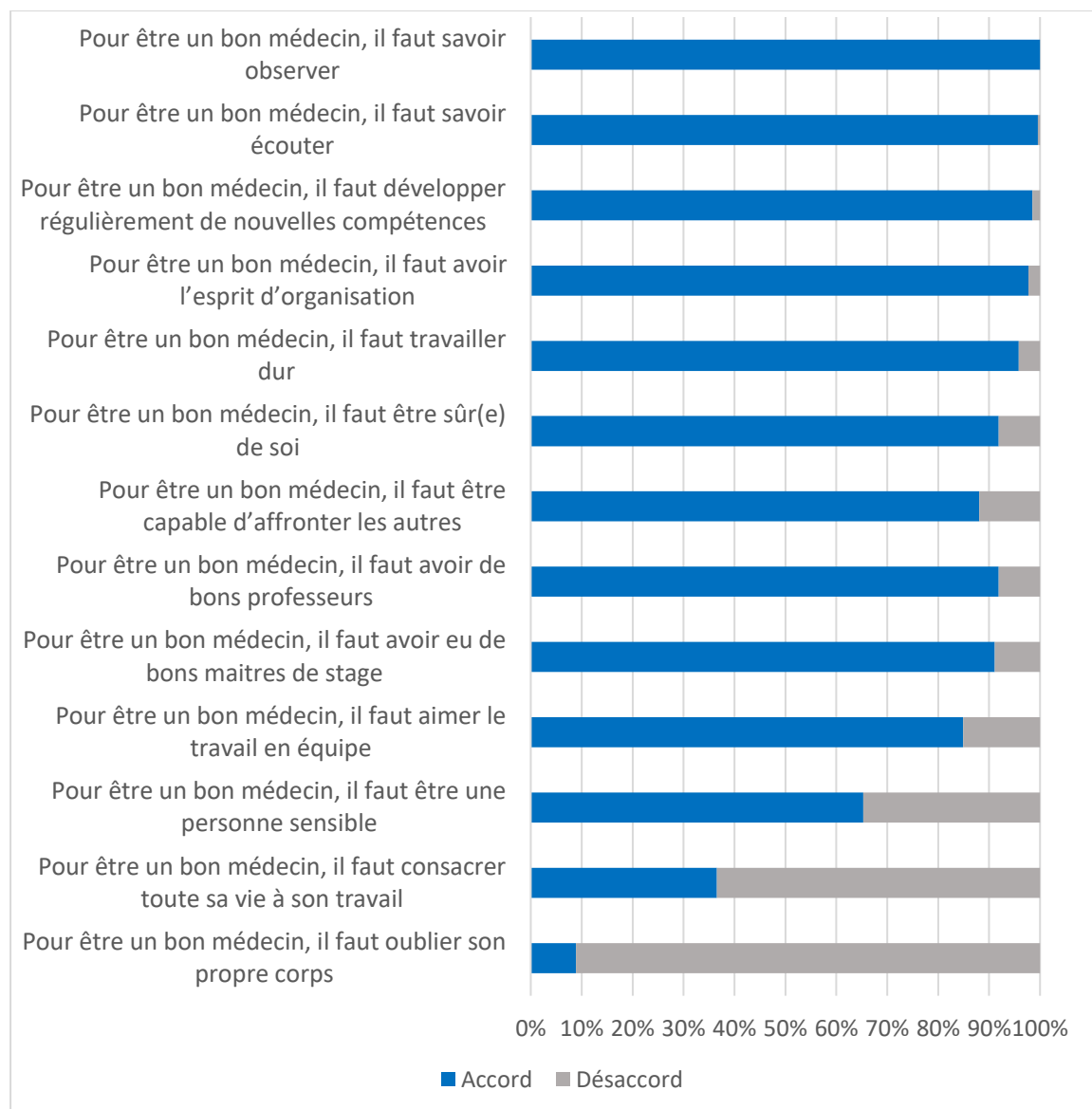


Figure 15 : Positionnement des étudiants concernant les caractéristiques d'un bon médecin

3.2.5. Facteurs influençant le choix de spécialisation

Dans un deuxième temps de l'analyse, des corrélations ont été recherchées entre le choix de spécialité cité par les répondants et les intérêts et représentations professionnels des étudiants. Nous présentons ici les résultats de l'analyse multivariée.

Au vu de la diversité des spécialités évoquées par les étudiants, il a été nécessaire de procéder à des regroupements. De ce fait, outre le regroupement des spécialités de médecine interne en une seule entité générique, seules les spécialités comprenant les effectifs les plus importants ont pu être conservées pour la suite de l'analyse. Il s'agissait de la médecine générale, de la chirurgie et de la pédiatrie. Les faibles effectifs associés aux autres spécialités, ainsi que la forte disparité entre ces spécialités, nous ont contraints à devoir toutes les regrouper sous la mention « autres ». En outre, afin de procéder à des régressions logistiques multiples sur l'ensemble de la population des

répondants, les individus n'ayant pas fait de choix de spécialité ont aussi été intégrés. Dans cette mesure, pour chaque spécialité, deux modalités mutuellement exclusives étaient possibles : soit le répondant l'avait indiqué comme choix possible de spécialité (modalité « oui »), soit il ne l'avait pas indiqué, modalité « non » regroupant à la fois ceux qui avaient fait un autre choix de spécialité, ainsi que ceux n'ayant pas encore évoqué de choix de spécialité.

Certitude par rapport au choix de spécialité

Modèles de régression logistique multiples

Les premiers modèles de régression logistique multiple s'intéressaient aux facteurs influençant la certitude par rapport au choix de spécialité (tableau 47). La régression logistique a ainsi été paramétrée de façon à considérer l'hypothèse que la certitude est « oui ». Cette modalité « oui » correspond aux individus sûrs de leur choix de spécialité (quelle que soit la spécialité en question) ou qui ont dit hésiter mais en n'indiquant qu'une seule spécialité potentielle. Cette modalité « oui » représente ainsi 56 étudiants (21.4 %). En conséquence, la modalité « non » concernant la certitude comprend à la fois les étudiants n'ayant pas encore opéré de choix, ainsi que ceux hésitant encore entre plusieurs spécialités.

Il ressort de ces régressions logistiques que la certitude quant au choix de spécialité est influencée par différents éléments. En premier lieu, la certitude augmente avec l'âge ($p < 0.0001$).

De plus, les étudiants ayant choisi les études de médecine parce qu'ils souhaitent exercer un métier scientifique ont 3 fois plus de certitude que les autres ($p = 0.0010$) quant au choix de la spécialité, de même que ceux qui ont opté pour les études de médecine suite à une expérience de la maladie dans la famille ou les amis ($p = 0.0017$).

Les étudiants qui accordent particulièrement de l'importance à passer du temps en famille dans leur vie professionnelle future ont moins de certitude que les autres quant au choix de la spécialité ($p = 0.045$).

Les répondants qui envisagent de s'orienter vers la médecine générale ont davantage de certitude que les autres quant à leur choix de spécialité ($p = 0.014$), ceux qui pourraient s'orienter vers la pédiatrie en ont moins ($p = 0.019$).

Tableau 47 : Facteurs influençant la certitude par rapport au choix de la spécialité – modèles de régression logistique multiple

Variable	Covariable	Coeff ± SE	OR (IC95%)	p-valeur
Certitude (1=Oui) (N=259)	Intercept	-7.5 ± 1.6	-	-
	Sexe (1=Homme)	0.22 ± 0.16	1.5 (0.83 – 2.9)	0.17
	Age (années)	0.26 ± 0.065	1.3 (1.1 – 1.5)	<0.0001
Certitude (1=Oui) (N=259)	Intercept	-8.1 ± 1.6	-	-
	Age (années)	0.30 ± 0.069	1.4 (1.2 – 1.6)	<0.0001
	<u>Raisons principales du choix des études de médecine</u>			
	lovesc ^(a)	-0.083 ± 0.17	0.85 (0.44 – 1.7)	0.63
	exersc ^(a)	0.60 ± 0.18	3.3 (1.6 – 6.8)	0.0010
	largpro ^(a)	0.079 ± 0.20	1.2 (0.54 – 2.6)	0.69
	aidaut ^(a)	-0.20 ± 0.17	0.67 (0.34 – 1.3)	0.24
	conthum ^(a)	0.060 ± 0.17	1.1 (0.58 – 2.2)	0.72
defint ^(a)	-0.17 ± 0.19	0.71 (0.34 – 1.5)	0.37	
Certitude (1=Oui) (N=259)	Intercept	-7.3 ± 1.7	-	-
	Age (années)	0.30 ± 0.069	1.2 (1.1 – 1.5)	<0.0001
	<u>Qui a influencé le choix des études de médecine</u>			
	decper ^(b)	0.33 ± 0.27	1.7 (0.37 – 7.6)	0.23
	decfam ^(b)	0.019 ± 0.23	1.3 (0.38 – 4.1)	0.93
	decami ^(b)	0.18 ± 0.32	3.2 (0.71 – 14.5)	0.57
	decmed ^(b)	0.43 ± 0.24	2.4 (0.71 – 8.2)	0.077
	decens ^(b)	-0.30 ± 0.36	0.48 (0.05 – 4.5)	0.46
	decstv ^(b)	0.46 ± 0.28	1.3 (0.24 – 6.8)	0.099
	decexp ^(b)	0.044 ± 0.32	0.74 (0.13 – 4.3)	0.89
decexf ^(b)	0.60 ± 0.25	3.6 (0.97 – 13.3)	0.0017	
Certitude (1=Oui) (N=240)	Intercept	-8.8 ± 1.9	-	-
	Age (années)	0.31 ± 0.076	1.4 (1.2 – 1.6)	<0.0001
	<u>Éléments importants pour la vie future (intérêts)</u>			
	Culture (1=Oui)	0.31 ± 0.19	1.9 (0.89 – 3.9)	0.099
	Possibilité de carrière (1=Oui)	0.051 ± 0.20	1.1 (0.51 – 2.4)	0.80
Temps en famille (1=Oui)	-0.40 ± 0.20	0.45 (0.21 – 0.98)	0.045	

Tableau 47 (suite) : Facteurs influençant la certitude par rapport au choix de la spécialité – modèles de régression logistique multiple

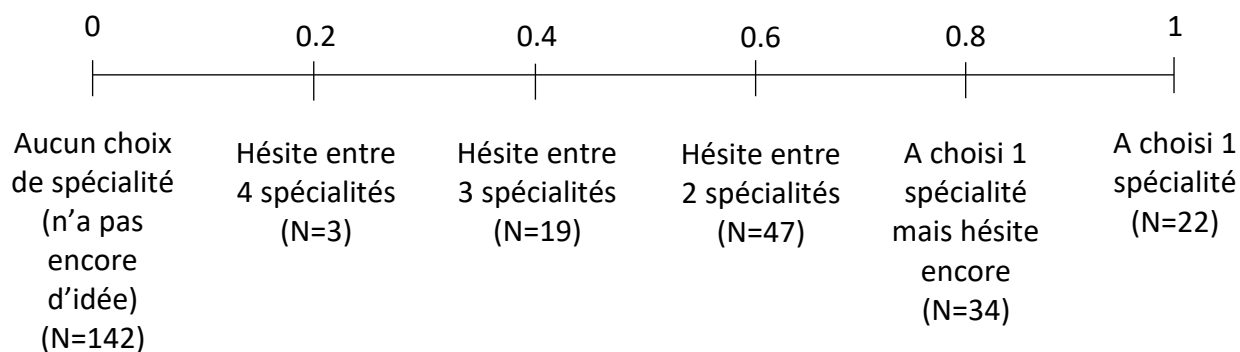
	Revenu (1=Oui)	-0.22 ± 0.21	0.64 (0.28 – 1.5)	0.29
	Style de vie (1=Oui)	0.13 ± 0.22	1.3 (0.56 – 3.0)	0.55
	Autonomie dans le travail (1=Oui)	0.38 ± 0.23	2.1 (0.88 – 5.2)	0.094
	Prestige (1=Oui)	-0.18 ± 0.24	0.70 (0.28 – 1.8)	0.45
	Son intérêt (1=Oui)	0.25 ± 0.21	1.6 (0.72 – 3.7)	0.24
	Ses aptitudes (1=Oui)	-0.10 ± 0.28	0.82 (0.28 – 2.4)	0.71
	Ses projets (1=Oui)	-0.093 ± 0.25	0.83 (0.32 – 2.2)	0.71
	Sécurité d'emploi (1=Oui)	-0.041 ± 0.20	0.92 (0.42 – 2.0)	0.84
	Vacances et congés réguliers (1=Oui)	-0.11 ± 0.24	0.80 (0.31 – 2.1)	0.64
	Aider les autres (1=Oui)	-0.39 ± 0.27	0.46 (0.16 – 1.3)	0.15
	Temps de travail flexible (1=Oui)	0.15 ± 0.22	1.4 (0.58 – 3.2)	0.49
	Travail en équipe (1=Oui)	0.017 ± 0.19	1.0 (0.49 – 2.2)	0.93
Certitude (1=Oui) (N=259)	Intercept	-8.0 ± 1.7	-	-
	Age (années)	0.26 ± 0.068	1.3 (1.1 – 1.5)	0.0001
	<u>Choix :</u>			
	Médecine générale (1=Oui)	0.53 ± 0.21	2.9 (1.2 – 6.6)	0.014
	Médecine interne (1=Oui)	0.030 ± 0.21	1.1 (0.46 – 2.5)	0.89
	Chirurgie (1=Oui)	0.35 ± 0.25	2.0 (0.74 – 5.4)	0.17
	Pédiatrie (1=Oui)	-1.2 ± 0.53	0.084 (0.010 – 0.67)	0.019
	Autre (1=Oui)	0.10 ± 0.19	1.2 (0.58 – 2.6)	0.60

(a) *Lovesc=parce que les matières scientifiques me plaisent plus que les autres, exersc=parce que je souhaite exercer un métier scientifique, largpro=parce qu'elles offrent une large gamme de débouchés professionnels, aidaut=parce que j'apprécie de venir en aide aux autres, conthum =parce que j'apprécie le contact humain, defint=parce que j'aime le défi intellectuel, parent=parce que mes parents m'y ont poussé. Rem : bestel=parce que les études de médecine réunissent les meilleurs élèves n'a pas su être intégrée au modèle pour des raisons de singularité mathématique (pas assez de '1=oui').*

(b) *Decper=personne, decfam=un membre de la famille, decami=des amis, decmed=médecin, decens=enseignants, decstv=série télévisée/film/livre, decexp=expérience personnelle de maladie, decexf=expérience de la maladie dans famille/amis.*

Score de certitude

Le degré de certitude des étudiants quant à leur choix de spécialité a été exploré d'une autre manière. Il s'agissait ici d'attribuer un score à chaque répondant en fonction des réponses données quant au fait d'avoir choisi sa spécialité et les spécialités indiquées. Ce score, compris entre 0 et 1, se répartissait comme suit :



Selon cette définition, la certitude varie pour chaque étudiant entre 0 (aucune certitude) et 1 (certitude complète).

Sur base de ces scores attribués à chaque étudiant, il était ensuite possible de calculer le score moyen (et l'écart-type) des étudiants en fonction des choix possibles de spécialité, fournissant ainsi le score moyen de certitude pour chaque spécialité (tableau 48).

Tableau 48 : Echelle de certitude en fonction du choix de spécialité

	Médecine générale	Médecine interne	Chirurgie	Pédiatrie	Autre
Certitude	0.64 ± 0.25	0.59 ± 0.20	0.58 ± 0.20	0.51 ± 0.15	0.61 ± 0.19

Comme déjà montré avec la régression logistique, les étudiants qui envisageaient de s'orienter vers la médecine générale ont plus de certitude quant à leur choix de spécialité – avec un score moyen de 0.64 –, comparativement aux étudiants ayant opté pour une autre spécialité.

Les étudiants envisageant une spécialité « autre » que la médecine générale, la médecine interne, la chirurgie et la pédiatrie, ont également un degré de certitude important quant à leur choix. Toutefois, la diversité des spécialités qui y sont regroupées ne permet pas de faire d'analyse plus poussée.

Quant à la pédiatrie, elle apparaît comme la spécialité admettant le plus faible score moyen de certitude.

Lien entre choix de la spécialité et intérêts pour la vie professionnelle future

Au même titre que concernant la certitude du choix, pour cette section, nous avons procédé à des régressions logistiques multiples quant aux intérêts professionnels, selon les choix de spécialité par les étudiants – ce compris ceux n’ayant pas encore fait leur choix. Ici, les différents intérêts professionnels ont été réencodés de manière binaire : « beaucoup » correspond à la modalité « oui » dans les modèles de régression ; « pas du tout » et « un peu » correspondent à la modalité « non ».

Les modalités de régressions logistiques multiples se trouvent placées en annexe 3 (ainsi que les odds ratio correspondants). Le tableau 49 constitue une vue synoptique reprenant les conclusions des régressions logistiques, avec les différents intérêts (sous la modalité « oui ») en ligne et les spécialités en colonnes. Les résultats significatifs dans les régressions se trouvent soulignés par les codes couleurs différents. Aucun ne concerne les étudiants intéressés par la médecine générale.

Les étudiants attirés par le choix de la médecine interne accordent plus d’importance que les autres étudiants aux possibilités de carrière ($p=0.011$), au revenu ($p=0.048$), et au style de vie ($p=0.0041$) pour leur vie professionnelle future (Tableau 49).

Ceux qui sont attirés par la pédiatrie accordent tous de l’importance à venir en aide aux autres. Ils accordent moins d’importance à la sécurité d’emploi que les autres ($p=0.012$). Ils ont légèrement tendance à accorder moins d’importance à leur propre intérêt ($p=0.058$), au revenu ($p=0.076$), au temps de travail flexible ($p=0.11$), aux vacances et congés ($p=0.063$) et au prestige ($p=0.093$).

Les étudiants attirés par la chirurgie accordent légèrement moins d’intérêt à la culture que les autres dans leur vie professionnelle future ($p=0.070$).

Les étudiants attirés par les spécialités que nous avons regroupées sous le vocable « autres » accordent moins d’importance au plaisir ($p=0.046$) au style de vie ($p=0.025$).

Tableau 49 : Éléments auxquels l'importance est accordée dans la vie professionnelle future (intérêts) en fonction du choix de spécialité envisagée

	Tous	Médecine Générale	Médecine interne	Chirurgie	Pédiatrie	Autre
Le plaisir	239/261 (92.6)	39/44 (88.6)	42/45 (93.3)	27/29 (93.1)	23/27 (85.2)	<u>62/73 (84.9)</u>
Venir en aide aux autres	234/261 (89.7)	41/44 (93.2)	39/44 (88.6)	27/28 (96.4)	<u>27/27 (100.0)</u>	63/72 (87.5)
Ses aptitudes	225/262 (85.9)	38/44 (86.4)	42/45 (93.3)	25/29 (86.2)	22/27 (81.5)	63/73 (86.3)
Ses projets	213/262 (81.3)	34/44 (77.3)	40/45 (88.9)	26/29 (89.7)	24/27 (88.9)	61/73 (83.6)
Son intérêt	187/258 (72.5)	31/44 (70.5)	31/44 (70.5)	22/29 (75.9)	15/27 (55.6)	51/73 (69.9)
L'autonomie dans le travail	187/262 (71.4)	34/44 (77.3)	35/45 (77.8)	24/29 (82.8)	19/27 (70.4)	57/73 (78.1)
Les possibilités de carrière	180/259 (69.5)	27/44 (61.4)	<u>38/44 (86.4)</u>	24/29 (82.8)	19/26 (73.1)	51/71 (71.8)
Le style de vie	179/260 (68.9)	26/44 (59.1)	<u>37/44 (84.1)</u>	20/29 (69.0)	12/26 (46.2)	40/71 (56.3)
La sécurité d'emploi	177/261 (67.8)	25/44 (56.8)	25/44 (56.8)	21/28 (75.0)	12/27 (44.4)	46/72 (63.9)
Passer du temps en famille	173/262 (66.0)	28/44 (63.6)	32/45 (71.1)	19/29 (65.5)	21/27 (77.8)	46/73 (63.0)
La culture	149/262 (56.9)	25/44 (56.8)	25/45 (55.6)	13/29 (44.8)	14/27 (51.9)	<u>46/73 (63.0)</u>
Le revenu	108/262 (41.2)	14/44 (31.8)	<u>24/45 (53.3)</u>	13/29 (44.8)	7/27 (25.9)	31/73 (42.5)
Travailler en équipe	105/262 (40.1)	15/44 (34.1)	18/45 (40.0)	14/29 (48.3)	11/27 (40.7)	29/73 (39.7)
Un temps de travail flexible	92/262 (35.1)	16/44 (36.4)	17/45 (37.8)	8/29 (27.6)	6/27 (22.2)	27/73 (37.0)
Des vacances et des jours de congés réguliers	65/250 (26.0)	8/39 (20.5)	8/44 (18.2)	6/27 (22.2)	2/24 (8.3)	16/67 (23.9)
Le prestige	65/262 (24.8)	9/44 (20.5)	12/45 (26.7)	7/29 (24.1)	3/27 (11.1)	18/73 (27.9)

Orange souligné : 100% des étudiants marquent cet intérêt

Rouge souligné : significativement moins élevé - **Rouge** : plutôt moins élevé, mais non statistiquement significatif

Vert souligné : significativement plus élevé - **Vert** : plutôt plus élevé, mais non statistiquement significatif

Lien entre choix de la spécialité et la vision du métier de médecin

La même démarche que précédemment a été adoptée concernant la vision des répondants de ce qu'est un « bon médecin ». Ici aussi, le tableau reprenant les modèles de régression logistique multiple (et le calcul des odds ratio) se trouvent placés en annexe 4. Le tableau 50 correspond à la reprise exhaustive des résultats obtenus.

Tous les étudiants interrogés pensent qu'il faut savoir observer pour être un bon médecin. Plus de 95% des étudiants pensent que pour être un bon médecin il faut savoir écouter, développer régulièrement de nouvelles compétences, avoir l'esprit d'organisation, et travailler dur (Tableau 50).

Les étudiants attirés par le choix de la médecine générale ont tendance à penser plus que les autres que pour être un bon médecin il faut consacrer toute sa vie à son travail ($p=0.083$) (Tableau 50).

Les étudiants attirés par les autres spécialités (hors médecine générale, médecine interne, chirurgie et pédiatrie) pensent moins que les autres que pour être un bon médecin il faut être une personne sensible ($p=0.028$). Ils ont tendance à penser plus que les autres qu'il faut être capable d'affronter les autres ($p=0.064$).

Tableau 50 : Vision du médecin en fonction du choix de spécialité

	Tous	Médecine Générale	Médecine interne	Chirurgie	Pédiatrie	Autre
Savoir observer	260/260 (100.0)	<u>44/44 (100.0)</u>	<u>45/45 (100.0)</u>	<u>29/29 (100.0)</u>	<u>27/27 (100.0)</u>	<u>73/73 (100.0)</u>
Savoir écouter	259/260 (99.6)	43/44 (97.7)	44/45 (97.8)	<u>29/29 (100.0)</u>	<u>27/27 (100.0)</u>	<u>73/73 (100.0)</u>
Développer régulièrement de nouvelles compétences	255/260 (98.5)	<u>44/44 (100.0)</u>	<u>45/45 (100.0)</u>	<u>29/29 (100.0)</u>	<u>27/27 (100.0)</u>	72/73 (98.6)
Avoir l'esprit d'organisation	254/260 (97.7)	<u>44/44 (100.0)</u>	43/45 (95.6)	28/29 (96.6)	<u>27/27 (100.0)</u>	70/73 (95.9)
Travailler dur	249/260 (95.8)	43/44 (97.7)	43/45 (95.6)	<u>29/29 (100.0)</u>	<u>27/27 (100.0)</u>	71/73 (97.3)
Avoir des bons professeurs	239/260 (91.9)	40/44 (90.9)	43/45 (95.6)	27/29 (93.1)	<u>27/27 (100.0)</u>	65/73 (89.0)
Etre sûr(e) de soi	239/260 (91.9)	39/44 (88.6)	42/45 (93.3)	27/29 (93.1)	24/27 (88.9)	68/73 (93.2)
Avoir eu des bons maîtres de stage	224/260 (91.1)	37/41 (90.2)	37/41 (90.2)	22/26 (84.6)	24/25 (96.0)	60/69 (87.0)
Etre capable d'affronter les autres	228/260 (88.0)	39/44 (88.6)	39/45 (86.7)	27/29 (93.1)	25/27 (92.6)	69/73 (94.5)
Aimer le travail en équipe	219/260 (84.9)	37/43 (86.1)	37/44 (84.1)	26/29 (89.7)	23/27 (85.2)	61/72 (84.7)
Etre une personne sensible	169/260 (65.2)	31/43 (72.1)	25/44 (56.8)	14/29 (48.3)	20/27 (74.1)	40/73 (54.8)
Consacrer toute sa vie à son travail	95/260 (36.5)	22/44 (50.0)	15/45 (33.3)	12/29 (41.4)	8/27 (29.6)	30/73 (41.1)
Oublier son propre corps	23/260 (8.9)	4/44 (9.1)	6/45 (13.3)	4/29 (13.8)	1/27 (3.7)	10/73 (13.7)

Orange souligné : 100% des étudiants marquent cet intérêt

Rouge souligné : significativement moins élevé - **Rouge** : plutôt moins élevé, mais non statistiquement significatif

Vert souligné : significativement plus élevé - **Vert** : plutôt plus élevé, mais non statistiquement significatif

De même, concernant la vision du métier de médecin, les modèles de régression logistique (voir annexe 5) nous permettent d'aboutir aux conclusions présentées au tableau 51.

Plus de 95% des étudiants interrogés pensent que le médecin doit tenir compte du contexte de vie de son patient, qu'il a une grande charge de travail, que le médecin doit souvent composer avec l'incertitude et que le métier de médecin est stressant (Tableau 51).

Les étudiants attirés par la médecine générale pensent moins que les autres qu'être médecin permet d'avoir une vie de famille épanouissante ($p=0.044$). Ils pensent tous qu'un médecin doit contribuer à lutter contre les inégalités sociales de santé (Tableau 51).

A l'inverse, les étudiants attirés par la pédiatrie pensent plus que les autres qu'être médecin permet d'avoir une vie de famille épanouissante ($p=0.041$). Ces étudiants sont moins d'accord que les autres que le métier de médecin est un métier prestigieux ($p=0.042$), même si 85% d'entre eux sont d'accord avec cette proposition (ce pourcentage est supérieur à 90% pour les autres choix de spécialités).

Les étudiants attirés par les autres spécialités (hors médecine générale, médecine interne, chirurgie et pédiatrie) sont moins d'accord que les autres par rapport aux propositions suivantes : « un médecin doit adapter son travail aux attentes de ses patients » ($p=0.025$), « un médecin est très respecté de ses patients » ($p=0.0028$), « un médecin bénéficie de très bons revenus » ($p=0.022$), et « un médecin doit contribuer à lutter contre les inégalités sociales de santé » ($p=0.013$). Ils ont tendance à penser plus que les autres qu'un médecin travaille seul ($p=0.062$) et qu'il y a une grande part de routine dans le travail d'un médecin ($p=0.062$).

Tableau 51 : Vision du médecin (2) en fonction du choix de spécialité

	Tous	Médecine Générale	Médecine interne	Chirurgie	Pédiatrie	Autre
Un médecin doit tenir compte du contexte de vie de son patient	259/260 (99.6)	<u>44/44 (100.0)</u>	44/45 (97.8)	<u>29/29 (100.0)</u>	<u>27/27 (100.0)</u>	72/73 (98.6)
Un médecin a une grande charge de travail	255/260 (98.8)	42/44 (95.5)	<u>45/45 (100.0)</u>	<u>27/27 (100.0)</u>	<u>26/26 (100.0)</u>	70/71 (98.6)
Un médecin doit souvent composer avec l'incertitude	251/260 (96.5)	42/44 (95.5)	<u>45/45 (100.0)</u>	28/29 (96.6)	26/27 (96.3)	71/73 (97.3)
Médecin est un métier stressant	249/260 (96.1)	40/44 (90.9)	44/45 (97.8)	27/28 (96.4)	<u>27/27 (100.0)</u>	72/73 (98.6)
Médecin est un métier prestigieux	246/260 (94.6)	41/44 (93.2)	42/45 (93.3)	28/29 (96.6)	<u>23/27 (85.2)</u>	66/73 (90.4)
Un médecin doit contribuer à lutter contre les inégalités sociales de santé	241/260 (93.0)	<u>44/44 (100.0)</u>	40/45 (88.89)	24/29 (82.8)	24/27 (88.9)	<u>62/73 (84.9)</u>
Un médecin bénéficie de très bons revenus	236/260 (91.1)	42/43 (97.7)	42/45 (93.3)	25/29 (86.2)	25/27 (92.6)	<u>62/73 (84.9)</u>
Un médecin est très respecté par les patients	234/260 (90.4)	39/43 (90.7)	38/45 (84.4)	26/29 (89.7)	24/27 (88.9)	<u>59/73 (80.8)</u>
Un médecin doit adapter son travail aux attentes de ses patients	209/260 (81.3)	37/43 (86.1)	34/45 (75.6)	23/27 (85.2)	23/27 (85.2)	<u>53/71 (74.7)</u>
Un médecin doit être disponible à tout moment	150/260 (57.7)	26/44 (59.1)	21/45 (46.7)	16/29 (55.2)	14/27 (51.9)	40/73 (54.8)
Permet d'avoir une vie de famille épanouissante	117/260 (45.0)	<u>13/44 (29.6)</u>	17/45 (37.8)	17/29 (58.6)	<u>16/27 (59.3)</u>	30/73 (41.1)
Il y a une grande part de routine dans le travail d'un médecin	110/260 (42.5)	20/44 (45.5)	22/45 (48.9)	9/29 (31.0)	10/27 (37.0)	<u>34/72 (47.2)</u>
Un médecin travaille seul	14/260 (5.4)	3/44 (6.8)	2/45 (4.4)	2/29 (6.9)	1/27 (3.7)	<u>7/72 (9.7)</u>

Orange souligné : 100% des étudiants marquent cet intérêt

Rouge souligné : significativement moins élevé - Rouge : plutôt moins élevé, mais non statistiquement significatif

Vert souligné : significativement plus élevé - Vert : plutôt plus élevé, mais non statistiquement significatif

Profil des étudiants en fonction de leur(s) choix de spécialité(s)

Les différents modèles de régression logistique multiple présentés *supra* ont permis de souligner les différences statistiquement significatives des intérêts et des représentations du métier qui apparaissent lorsque l'on discrimine les étudiants en fonction de leur possible choix de spécialité. Dès lors, il semblait intéressant, afin d'approfondir l'analyse, de procéder à des analyses en composantes principales (ACP), reprenant tour à tour les trois blocs de variables utilisés pour les régressions logistiques. Effectivement, l'attrait de cet outil statistique était de pouvoir transformer des variables liées entre elles en composantes, permettant de réduire le nombre de variables (en associant celles qui sont proches les unes des autres sur les composantes de l'ACP, et en soulignant également les oppositions potentielles entre groupes de variables). Il apparaissait alors plus simple, dans un second temps, de pouvoir confronter ces ACP aux spécialités privilégiées par les étudiants et, partant, de mieux faire ressortir les profils par spécialité.

ACP quant aux intérêts pour la vie professionnelle future

Pour la première ACP, les 16 variables décrivant les intérêts des étudiants ont été reprises sous forme catégorielle, variant de 1 (pas du tout important) à 3 (très important). Les items des ACP ont été retenus lorsque le coefficient était supérieur en valeur absolue à 0.30 – seuil fixé arbitrairement afin d'interpréter les axes.

La première composante principale, qui explique 19% de la variance des données, fournissait les coefficients suivants :

$$\begin{aligned} \text{CPinterêts1} = & 0.16 \text{ Plaisir} + 0.23 \text{ Carrière} + 0.17 \text{ Famille} + 0.36 \text{ Revenu} + 0.37 \text{ Style de vie} \\ & + 0.23 \text{ Autonomie} + 0.31 \text{ Prestige} + 0.17 \text{ Son intérêt} + 0.24 \text{ Ses aptitudes} \\ & + 0.25 \text{ Ses projets} + 0.30 \text{ Sécurité d'emploi} + 0.36 \text{ Congés} + 0.31 \text{ Flexibilité} \\ & \text{du temps de travail} - 0.022 \text{ Culture} - 0.11 \text{ Aider les autres} - 0.019 \\ & \text{Travailler en équipe} \end{aligned}$$

Cette composante principale correspond, si l'on observe les variables ayant les coefficients les plus élevés (>0.30, en vert, et qui sont donc proches les unes des autres) aux caractéristiques extrinsèques de la profession, telles que nous avons pu les définir au chapitre deux.

Quant à la seconde composante principale (qui explique 10% de la variance des données), elle admet les coefficients suivants pour chaque variable considérée :

$$\begin{aligned} \text{CPinterêts2} = & 0.16 \text{ Plaisir} + 0.52 \text{ Famille} + 0.044 \text{ Son intérêt} + 0.15 \text{ Ses projets} + 0.10 \\ & \text{Sécurité d'emploi} + 0.29 \text{ Congés} + 0.38 \text{ Flexibilité du temps de travail} + \\ & 0.17 \text{ Travailler en équipe} - 0.17 \text{ Culture} - 0.15 \text{ Carrière} - 0.29 \text{ Revenu} - \\ & 0.039 \text{ Style de vie} - 0.33 \text{ Autonomie} - 0.41 \text{ Prestige} - 0.12 \text{ Ses aptitudes} \\ & - 0.11 \text{ Aider les autres} \end{aligned}$$

Cette seconde composante oppose le fait de passer du temps en famille et la flexibilité du temps de travail (variables logiquement proches l'une de l'autre, et qui

correspondent donc à la question de la conciliation avec la vie privée, en vert) à un groupe de deux autres variables, correspondant à des attentes en termes d'autonomie et de prestige (en rouge).

La méthode du Biplot a également été utilisée pour obtenir une représentation graphique des résultats de cette ACP, en reprenant les deux premières composantes principales. La figure se trouve placée en annexe 6 (Figure 21).

ACP concernant la vision du « bon médecin »

Cette ACP a été réalisée en tenant compte des 13 variables soumises à l'appréciation des répondants quant à ce qui fait un bon médecin selon eux. Les modalités de réponse ont été recodées sous une forme catégorielle allant de 1 (« pas du tout d'accord ») à 4 (« tout à fait d'accord »). Le même seuil de 0.30 a été retenu pour discriminer les variables entre elles quant à leur coefficient.

Dans cette mesure, la première composante principale, expliquant 19% de la variance des données, comportait les coefficients suivants :

CPVision(1)1 = 0.33 Travailler dur + 0.23 Consacrer toute sa vie à son travail + 0.21 Bons professeurs + 0.28 Sûr de soi + 0.35 Esprit d'organisation + 0.31 Capable affronter les autres + 0.12 Oublier son propre corps + 0.21 Travail en équipe + 0.32 Savoir observer + 0.35 Savoir écouter + 0.15 Sensible + 0.37 Développer nouvelles compétences + 0.25 Bons maîtres de stages

Dans cette première composante, les variables aux coefficients les plus élevés (>0.30, en vert) représentent un ensemble de caractéristiques concernant les qualités personnelles à avoir pour être un bon médecin (travailler dur, avoir l'esprit d'organisation, une capacité à affronter les autres, à savoir observer et écouter ou encore à développer de nouvelles compétences).

Quant à la seconde composante principale, qui explique 12% de la variance des données, elle fournit les résultats suivants :

CPVision(1)2 = 0.050 Travailler dur + 0.20 Consacrer toute sa vie à son travail + 0.37 Oublier son propre corps + 0.14 Travail en équipe + 0.34 Savoir observer + 0.32 Savoir écouter + 0.001 Sensible - 0.56 Bons professeurs - 0.11 Sûr de soi - 0.097 Esprit d'organisation - 0.075 Capable affronter les autres - 0.093 Développer nouvelles compétences - 0.48 Bons maîtres de stages

Ici, une opposition se matérialise entre les variables ayant un coefficient positif, en vert, et qui correspondent plus ou moins à des aptitudes du médecin quant à son savoir-être, et les variables avec un coefficient négatif, en rouge, et qui renvoient à la qualité de l'enseignement lors du cursus universitaire.

La méthode du Biplot a également été utilisée pour obtenir une représentation graphique des deux premières composantes principales. La figure se trouve placée en annexe 6 (Figure 22).

ACP concernant la vision du métier de médecin

Comme pour l'ACP précédente, les 13 variables caractérisant le métier de médecin ont été recodées sous une forme catégorielle variant de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord). Le seuil conservé est également le même.

La première composante principale, qui permet d'expliquer 14% de la variance des données, fournit les résultats suivants :

CPVision(2)1 = 0.16 Doit composer avec l'incertitude + 0.44 Grande charge de travail + 0.052 Très respecté par ses patients + 0.22 Doit être disponible à tout moment + 0.19 Grande part de routine + 0.16 Bons revenus + 0.42 Métier stressant + 0.12 Métier prestigieux + 0.43 Doit tenir compte contexte de vie des patients + 0.39 Lutter contre inégalités sociales de santé + 0.31 Adapter son travail aux attentes des patients – 0.17 Permet une vie de famille – 0.14 Travaille seul

Cette première composante principale combine, en tenant compte des variables admettant les coefficients les plus élevés différentes exigences du métier de médecin.

Quant à la seconde composante principale, explicative de 13% de la variance, elle fournit les coefficients suivants pour les 13 variables :

CPVision(2)2 = 0.24 Travaille seul + 0.28 Grande charge de travail + 0.17 Très respecté par ses patients + 0.015 être disponible à tout moment + 0.14 Grande part de routine + 0.29 Bons revenus + 0.34 Métier stressant + 0.48 Métier prestigieux – 0.11 Permet une vie de famille – 0.13 Doit composer avec l'incertitude – 0.28 Doit tenir compte contexte de vie des patients – 0.38 Lutter contre inégalités sociales de santé – 0.36 Adapter son travail aux attentes des patients

Cette seconde composante principale révèle une opposition entre les variables ayant trait à des caractéristiques du métier (son côté stressant ou prestigieux) et celles renvoyant au bénéficiaire des soins (adapter son travail au patient et lutter contre les inégalités sociales de santé).

La représentation graphique des résultats de cette ACP se trouve placée en annexe 6 (Figure 23).

Confrontation des composantes principales au choix de spécialité des étudiants – profils

Les six composantes principales obtenues (réduction des différentes variables considérées) ont ainsi pu être utilisées afin de déterminer le profil des étudiants en fonction de leur choix de spécialité (exprimé en moyenne et écart-type), et les situer par rapport à ces composantes principales (tableau 52).

Tableau 52 : Profil des étudiants en fonction de leur(s) choix de spécialité (moyenne \pm écart type)

Composante principale	Dénomination composante principale	Médecine générale	Médecine interne	Chirurgie	Pédiatrie	Autre
CPIntérêts1	Caractéristiques extrinsèques	-0.37 ± 1.8	0.44 ± 1.4	0.36 ± 1.5	-0.67 ± 1.7	-0.040 ± 1.9
CPIntérêts2	Vie privée vs autonomie et prestige	0.031 ± 1.0	-0.21 ± 1.5	0.035 ± 1.4	0.35 ± 0.97	-0.27 ± 1.4
CPVision (1)1	Qualités personnelles	0.090 ± 1.4	0.13 ± 1.6	0.14 ± 1.3	0.30 ± 1.3	0.057 ± 1.6
CPVision (1)2	savoir être vs qualité enseignement	0.073 ± 1.2	-0.029 ± 1.0	0.22 ± 1.2	-0.17 ± 0.97	0.14 ± 0.41
CPVision (2)1	Exigences du métier	0.25 ± 1.2	-0.17 ± 1.4	0.91 ± 0.23	0.25 ± 1.4	-0.11 ± 1.4
CPVision (2)2	Caractéristiques métier vs bénéficiaire	-0.20 ± 1.1	0.11 ± 1.5	-0.15 ± 1.3	-0.17 ± 1.4	0.094 ± 1.6

Les étudiants attirés par la médecine générale accordent peu d'importance aux caractéristiques extrinsèques du métier (-0.37 sur une composante principale CPIntérêts1, avec des coefficients positifs). Ils ont une vision du métier de médecin exigeant (CPVision(2)1) et qui privilégie le bénéficiaire (moyenne de -0.20, qui se rapproche donc des coefficients négatifs qu'étaient le fait de lutter contre les inégalités sociales de santé ou d'adapter son travail aux attentes du patient sur CPVision(2)2).

Les étudiants attirés par la médecine interne accordent beaucoup d'importance aux caractéristiques extrinsèques de la profession, définies dans la composante principale CPIntérêts1. Ils ont une vision du métier de médecin à travers les caractéristiques du métier (et donc s'éloignant simultanément du bénéficiaire CPVision(2)2) et relativement peu exigeant (CPVision(2)1). De plus, pour eux, un bon médecin possède des qualités personnelles nécessaires à l'exercice (CPVision(1)1).

Les étudiants attirés par la chirurgie accordent également de l'importance aux caractéristiques extrinsèques du métier (CPIntérêts1). Ils ont une vision du métier de médecin très exigeant (CPVision(2)1) et qui privilégie le bénéficiaire plutôt que les caractéristiques du métier (CPVision(2)2). Pour eux, un bon médecin se définit par ses

qualités personnelles (CPVision(1)1) et son savoir être plutôt que par le fait d'avoir eu de bons enseignants (savoir observer et écouter, oublier son propre corps) – CPVision(1)2.

Enfin, les étudiants attirés par la pédiatrie accordent peu d'importance aux caractéristiques du métier et souhaitent réussir à le concilier avec la vie privée (CPIntérêts2). Ils ont une vision du métier de médecin exigeant (CPVision(2)2) et qui privilégie le bénéficiaire (CPVision(2)2). Pour eux, un bon médecin possède des qualités personnelles de travail (CPVision(1)1), mais également des acquis permis par la formation (bons professeurs et bons maîtres de stages) – CPVision(1)2.

3.3. Discussion

3.3.1. Résultats principaux et confrontation aux données issues de la littérature

Choix des études de médecine

Nos résultats montrent que les études de médecine étaient pour de nombreux étudiants un choix personnel de longue date. D'ailleurs, plus d'un étudiant sur quatre souhaitait suivre cette voie depuis l'enfance et près d'un tiers d'entre eux estimaient ne pas avoir été influencés dans ce choix. Toutefois, les personnes ayant eu le plus d'influence sur ce choix étaient issues de l'entourage des étudiants (familles, amis ou leur médecin).

Les raisons les ayant conduits à ce choix étaient principalement liées à deux composantes : des intérêts altruistes comme la volonté de venir en aide aux autres et le contact humain, et l'intérêt pour les sciences et le défi intellectuel.

En comparaison, une étude qualitative menée par le KCE en 2008 montrait que les étudiants en médecine avaient choisi le métier de médecin dans un but d'aider et avaient été influencés dans leur choix par leur entourage (famille, professeurs de l'école secondaire, médecin généraliste) et leur profil (dont leurs intérêts et une expérience de la maladie) (60).

Choix de spécialisation

Cette étude souligne également que, au début de leur quatrième année de médecine, seule une minorité des étudiants possèdent une idée précise de la spécialité vers laquelle ils souhaitent s'orienter. Si d'autres hésitent entre plusieurs choix possibles, il n'en reste pas moins que, globalement, un étudiant sur deux n'a pas encore d'idée de la spécialité vers laquelle s'orienter. En revanche, 83,5 % des étudiants ont restreint l'éventail de spécialités possibles, en rejetant certaines disciplines.

Le nombre important d'étudiants en quatrième année de médecine indécis quant à leur futur choix de spécialisation semble indiquer que, pour une grande partie des étudiants, le choix d'orientation se construit lors de la phase clinique des études de médecine. Cette hypothèse est en accord avec les résultats de l'étude menée par le KCE, en 2008, auprès d'étudiants belges en dernière année de médecine, qui indiquait que la majorité des étudiants avaient choisi leur spécialisation lors des stages (60).

L'approche cognitive des conduites d'orientation permet d'expliquer ce phénomène : pour que les étudiants établissent un choix d'orientation, ils doivent comparer la représentation qu'ils ont d'eux-mêmes et celle qu'ils ont de la spécialité qu'ils envisagent (76). Or, au début de la phase clinique des études, les étudiants n'ont qu'une vision restreinte des caractéristiques des spécialités. Les stages et les cours de spécialités organisés lors de la phase clinique des études offrent aux étudiants la possibilité de construire leurs représentations et de les confronter à la réalité de la pratique, ce qui leur permet d'établir, de confirmer ou d'infirmer leurs choix en procédant à des examens de congruence tels que décrits par Huteau dans son modèle (92). Ainsi, la phase clinique des études de médecine représente une période importante dans l'établissement des choix d'orientation. Par conséquent, dans l'objectif d'augmenter l'attractivité de la médecine générale, des mesures de promotion de la discipline devraient être appliquées pendant cette période.

La médecine interne, la médecine générale, la chirurgie et la pédiatrie étaient les quatre disciplines le plus fréquemment envisagées par les étudiants. Toutefois, hormis la médecine générale, ces spécialités faisaient également partie des spécialités le plus souvent rejetées par les étudiants.

Les aspirations de spécialisation des étudiants suggèrent que la visibilité de certaines spécialités pourrait favoriser leur prise en considération comme choix d'orientation. D'ailleurs, les spécialités auxquelles les étudiants sont moins exposés, comme la radiothérapie ou la médecine nucléaire, étaient également les moins citées par les étudiants. Des études portant sur la médecine générale avaient montré que lorsque les étudiants ne sont pas exposés à la discipline, par des stages ou par des cours par exemple, ils choisissent moins la spécialité (93,140). Exposer les étudiants à une discipline leur permet de construire leurs représentations à partir des caractéristiques de la discipline et de leur propre expérience, et non sur base d'*a priori* (106). D'ailleurs, en 2008, le KCE recommandait déjà une exposition des étudiants à la médecine générale afin de favoriser l'attractivité de la discipline. Des stages obligatoires ont par la suite été instaurés par la plupart des universités francophones belges, sans que leur effet sur le choix final de spécialisation n'ait été pleinement mesuré.

Dans notre étude, la médecine générale se plaçait en deuxième position des disciplines le plus souvent envisagées par les étudiants et en neuvième position de celles les plus rejetées, avec moins d'un étudiant sur dix l'éliminant d'emblée de ses choix possibles. Elle était aussi la spécialité choisie avec un plus haut degré de certitude.

Une étude canadienne menée par Scott a montré une certaine stabilité des choix d'orientation au cours des études, avec près de la moitié des étudiants conservant le choix de spécialisation indiqué au début de leurs études (et près des trois quarts optant pour une des trois spécialisations envisagées). Ces résultats suggèrent que la plupart des étudiants envisageant une ou plusieurs spécialités au début de leurs études de

médecine conserveront leur choix à la fin. Toutefois, Scott a également mis en évidence que cette stabilité diffère selon les disciplines. Ainsi, la proportion d'étudiants souhaitant s'orienter en médecine générale augmentait au cours du cursus alors que celle choisissant la pédiatrie diminuait (141).

Selon nos constatations, même si la médecine générale était une des spécialités le plus fréquemment envisagées et avec un taux de certitude élevé, dans l'hypothèse où tous les étudiants conserveraient leur choix à la fin de leurs études, moins de la moitié des postes de généralistes imposés par les quotas fédéraux actuels seraient remplis. Ainsi, sur une promotion de 277 étudiants, selon les quotas 111 devraient se spécialiser en médecine générale alors que, dans notre étude, seuls 44 étudiants de premier master exprimaient le choix de cette discipline (dont seulement dix en choix unique). Bien sûr, il faut garder à l'esprit que la moitié des étudiants ayant répondu n'avaient pas encore d'idée de leur futur choix de spécialité, mais force est de constater que la suite des études doit encore convaincre un grand nombre d'étudiants de s'orienter vers la médecine générale. En comparaison, la gériatrie qui n'était envisagée que par deux étudiants et se plaçait au deuxième rang des spécialités le plus fréquemment rejetées, devrait recruter deux étudiants supplémentaires pour remplir ses quotas minimaux si les étudiants maintenaient leur choix à la fin de leurs études. Ainsi, la problématique de l'attraction des étudiants dans la spécialité de médecine générale n'est pas liée au rejet de la discipline mais au nombre important de postes à pourvoir. Dans une étude sur les choix de spécialité des étudiants français en 2005, Faure arrivait à des conclusions semblables, indiquant que la médecine générale devait attirer plus qu'une autre spécialité, vu le nombre de postes à pourvoir (62).

Ces résultats suggèrent, par conséquent, que les mesures permettant l'exposition des étudiants à la médecine générale (par les cours et par les stages), déjà appliquées par les universités, doivent être renforcées. En effet, si nous avons montré que la discipline n'était pas une spécialité dénigrée par les étudiants, il est fondamental afin d'atteindre les quotas imposés (nécessaires pour répondre aux évolutions des besoins en soins) de promouvoir mieux et plus encore la discipline.

Raison du choix et du rejet des spécialités

De manière générale, les raisons menant les étudiants à envisager une spécialité plutôt qu'une autre, étaient en lien avec l'intérêt pour un domaine particulier, mais aussi avec l'aspiration à la diversité, au contact humain et au défi intellectuel. Ces trois derniers déterminants du choix d'orientation étaient également des facteurs explicatifs du choix des études de médecine, ce qui suggère une certaine stabilité dans les intérêts professionnels des étudiants. D'ailleurs, l'aspiration à venir en aide aux autres, à laquelle 89.7 % des étudiants accordaient beaucoup d'importance, était le premier facteur explicatif du choix des études de médecine.

Ces raisons étaient généralement exprimées en fonction des caractéristiques de la profession lorsqu'il s'agissait d'envisager une discipline. En revanche, le rejet d'autres options était souvent exprimé en intégrant des facteurs extrinsèques.

Ce phénomène n'est pas sans rappeler la théorie d'Herzberg sur les déterminants de la satisfaction au travail indiquant que celle-ci étaient essentiellement influencée par les facteurs intrinsèques de la profession (142). Dans cette théorie, les facteurs extrinsèques avaient, quant à eux, peu d'influence sur la satisfaction mais pouvaient provoquer de l'insatisfaction. Une analogie pourrait donc exister entre les déterminants de la satisfaction au travail et ceux du choix d'orientation.

Nos résultats soulignent également que les déterminants du choix ou du rejet varient selon les spécialités. En particulier, le choix de la médecine générale était plus fréquemment justifié par l'aspiration au contact humain et à l'autonomie, et moins par intérêt pour la discipline, par défi intellectuel ou pour avoir un résultat immédiat de leur action. Pour ce qui est de l'explication de son rejet, ce dernier était plus souvent lié à un aspect jugé routinier. En revanche, la chirurgie, par exemple, était plus souvent choisie par les étudiants privilégiant le défi intellectuel et rejeté par ceux l'estimant inconciliable avec une vie de famille ou associée à une formation trop longue.

Toutefois, des interrogations persistent quant à l'interprétation des raisons fournies par les étudiants concernant le choix ou le rejet de la médecine générale.

Tout d'abord, alors que le choix de la médecine générale était plus fréquemment justifié par l'aspiration à l'autonomie, aucune différence statistiquement significative n'avait été mise en évidence entre les étudiants concernant l'intérêt pour l'autonomie. Des éléments relatifs à l'autonomie sont pourtant fréquemment identifiés dans la littérature comme favorables au choix de la discipline (60). Une étude menée par Borges en 2010 auprès d'étudiants américains montrait d'ailleurs un accroissement de l'intérêt pour l'autonomie au cours des études (143). Néanmoins, à l'heure où la médecine générale se pratique de plus en plus souvent en groupe, comprendre ce que l'autonomie signifie pour les étudiants (que ce soit en termes de liberté thérapeutique ou d'organisation du travail), nous permettrait de mieux saisir leurs décisions d'orientation.

De même, si certains actes de prévention ou d'éducation à la santé ne donnent des résultats qu'à long terme, de nombreuses interventions des médecins généralistes ont des répercussions rapides sur la santé des patients. Une meilleure connaissance des attentes des étudiants quant à l'effet de leur action en termes de durée ou de type d'effet (sur la qualité de vie ou l'espérance de vie par exemple) permettrait également de mieux comprendre leurs choix.

Ensuite, nos résultats ont montré que si de nombreux étudiants envisageaient la médecine générale, ils le faisaient pour d'autres raisons qu'un intérêt pour le domaine. Cela pose la question de l'identification des rôles et des compétences des médecins

généralistes. Des études ont montré que des cours permettaient d'améliorer la connaissance de ces rôles et de ces fonctions par les étudiants mais également d'améliorer leur attitude envers la discipline (144,145).

De plus, comme nous l'avons vu, l'augmentation de la multimorbidité a complexifié les demandes de soins. La prise en charge des patients dans une perspective holistique, caractérisant la pratique de la médecine générale, demande donc au médecin un niveau de réflexion important. Or, les étudiants privilégiant le défi intellectuel s'orientent moins fréquemment en médecine générale et plus souvent en médecine interne et en chirurgie. Cela suggère que, pour les étudiants, la notion de défi s'applique plus à des tâches demandant un haut niveau d'expertise dans un domaine précis, qu'à des activités dans un domaine où le niveau de preuve et de consensus est limité (comme dans les soins primaires). Par ailleurs, l'étude du KCE, publiée en 2008, soulignait que les étudiants s'orientant vers la médecine générale semblent mieux faire face à l'incertitude (60).

Enfin, la médecine générale était plus souvent rejetée en raison d'un aspect jugé routinier par certains étudiants. Ce résultat est interpellant en raison des données issues de nombreuses études qui ont montré que les étudiants choisissaient la médecine générale en raison de la diversité liée aux patients et aux problèmes rencontrés (138). Nous ne pouvons donc que nous interroger sur ce que les étudiants entendent comme « routinier », et sur les sources d'influence de cette représentation.

En conséquence, nos résultats suggèrent qu'afin de mieux saisir les choix d'orientation des étudiants, il serait nécessaire de comprendre le sens qu'ils donnent à des intérêts comme l'autonomie, le défi intellectuel ou la routine. Il serait également nécessaire de permettre aux étudiants de se construire une représentation réaliste des spécialités en promotionnant des stages dans des pratiques variées. Ainsi, des stages en dehors des hôpitaux universitaires permettraient de contrebalancer l'image hyperspécialisée de la médecine à laquelle les étudiants sont confrontés. De cette manière, des mesures d'accompagnement pourraient être mises en place afin de permettre aux étudiants de trouver le meilleur appariement individu-profession.

Intérêts des étudiants

Concernant les intérêts professionnels des étudiants, il apparaît que ceux liés au développement personnel se voyaient accorder plus d'importance que ceux en lien avec la conciliation avec la vie privée et les autres facteurs extrinsèques au travail. Ces résultats pourraient en partie s'expliquer par un phénomène de génération. En effet, comme souligné par Pichault, la « génération Y » exprime également plus de préoccupations par rapport au développement de ses compétences et à la crainte de ne pas exercer une profession qui lui plaise (89).

Toutefois, cette génération est également connue pour accorder plus d'importance à l'équilibre vie privée – vie professionnelle (88).

Dans notre étude, si les intérêts en lien avec la conciliation avec la vie privée n'étaient pas ceux ayant le plus d'importance pour les étudiants, nos résultats soulignent quand même que les étudiants estimaient que le métier de médecin ne demande pas une disponibilité permanente et que l'intérêt porté au temps hors travail est associé à l'idée de passer du temps en famille.

Notons également que Maiorova a montré un accroissement de l'intérêt pour la conciliation avec la vie privée au cours des études (93).

De plus, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence concernant les intérêts liés à la conciliation avec la vie privée entre les étudiants souhaitant s'orienter vers la médecine générale et les autres. Ces résultats diffèrent de ceux issus de la littérature où la flexibilité et la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle sont des éléments souvent décrits comme des déterminants du choix de la médecine générale (60).

Par contre, notre étude a mis en évidence que les étudiants envisageant la médecine générale estimaient moins fréquemment que le métier de médecin était compatible avec une vie de famille épanouissante. Cela nous conduit à nous interroger sur la nature de ce lien : les étudiants envisageant la médecine générale choisissent-ils cette spécialité malgré le fait que la médecine, et la médecine générale en particulier, est un métier difficilement conciliable avec une vie de famille ou parce qu'ils estiment qu'au sein du métier de médecin, la médecine générale leur permettra, plus qu'une autre discipline, de trouver un équilibre ?

Ensuite, venir en aide aux autres était un intérêt partagé par la quasi-totalité des étudiants, quels que soient leurs choix d'orientation. Cet intérêt était également le déterminant du choix des études de médecine le plus fréquemment cité par les étudiants, ce qui concorde avec l'étude menée par le KCE en 2008 qui identifiait cet intérêt comme favorable au choix des études de médecine (60).

Concernant les caractéristiques extrinsèques du travail comme les revenus, le style de vie ou le prestige, nos résultats soulignent que les étudiants envisageant la médecine générale et la pédiatrie y portent moins d'intérêt que ceux souhaitant se spécialiser en médecine interne et en chirurgie. Ces différences suggèrent que des mesures visant à limiter les disparités en termes de revenus, de style de vie et de prestige, permettraient de limiter le rejet des spécialités associées aux caractéristiques extrinsèques les moins favorables.

Enfin, l'intérêt auquel l'ensemble des étudiants accordaient le moins d'importance était le prestige, ce qui est en contradiction avec l'étude de Borges (143). D'ailleurs, si d'autres études montraient un moindre intérêt accordé au prestige par les étudiants envisageant la médecine générale comme spécialisation, cela n'a pas été confirmé par notre recherche (60,138).

Représentations professionnelles des étudiants

Nos résultats ont montré que tous les étudiants pensaient qu'un bon médecin devait savoir observer et écouter. Ils étaient aussi presque unanimes pour dire qu'un bon médecin doit pouvoir développer de nouvelles compétences et avoir l'esprit d'organisation.

La majorité des étudiants estimait également qu'un bon médecin ne devait pas consacrer toute sa vie à son travail. Ces résultats remettent en question l'éthos de la disponibilité permanente au profit de celui lié aux compétences et à la formation régulière.

Concernant l'empathie et la compassion, alors que des études soulignent leur importance (146–148), les étudiants de notre étude ont montré un avis mitigé concernant la nécessité d'être une personne sensible. Nous devons évidemment nous poser la question du sens exact donné au terme « sensible », le contexte de nos travaux n'ayant pas permis d'approfondir ce sujet.

Quant au métier en lui-même, les étudiants pensaient que le médecin doit tenir compte du contexte de vie de son patient, qu'il a une grande charge de travail, que le médecin doit souvent composer avec l'incertitude et que le métier de médecin est stressant.

Si des recherches ont porté sur les caractéristiques et les aptitudes d'un bon médecin, à notre connaissance, une seule étude a exploré les représentations du métier de médecin en tant que tel. Cette étude sud-africaine menée par Draper en 2007 montrait que la majorité des étudiants en médecine se représentaient la profession comme étant importante au sein de la société alors que les aspects plus difficiles (liés à la charge de travail, au stress aux choix difficile et au dévouement nécessaire pour exercer cette profession) semblaient mineurs par rapport aux éléments positifs (dont le statut, le prestige et l'estime associés à la profession) (146). Toutefois, si certains de ces résultats sont comparables aux nôtres, il est nécessaire de les considérer avec prudence en raison des nombreuses différences existant entre ces deux pays.

Si un éthos professionnel commun était généralement partagé par l'ensemble des étudiants, des différences plus marquées ont été identifiées concernant leurs représentations du métier de médecin, et qui semblaient renvoyer à des différences en termes de choix de spécialité.

Ainsi, pour les étudiants envisageant de se spécialiser en médecine générale, le métier de médecin est exigeant et doit privilégier les patients. Ils estimaient plus fréquemment que les autres que le métier de médecin demande de lutter contre les inégalités sociales de santé. Dans le même ordre d'idée, Bennet et Philipps ont montré un intérêt pour les aspects psycho-sociaux plus important chez les étudiants envisageant les soins primaires (138).

3.3.2. Forces et faiblesses de l'étude

L'intérêt principal de cette recherche est d'avoir étudié les choix potentiels de spécialisation, conjointement aux intérêts professionnels et aux représentations du métier de médecin, chez les étudiants en début de phase clinique des études de médecine.

La plupart des études portant sur les choix de spécialité et leurs déterminants ont été menées à la fin des études de médecine. Elles ont donc examiné ces éléments de manière rétrospective, avec le risque de rationalisation *a posteriori* lié à ce type de recueil de données. En revanche, cette recherche étudiait les intérêts professionnels et les représentations du métier avant qu'un choix d'orientation n'ait été posé, éliminant le risque de rationalisation. La confrontation de nos résultats avec les données de la littérature suggère que, si certains intérêts professionnels sont stables tout au long du parcours, d'autres évoluent avec le temps, que ce soit du fait de la confrontation avec la réalité de la pratique ou de l'évolution plus générale des individus au cours de leur vie. Une étude par cohorte mesurant l'évolution de ces intérêts au cours des études et dans les débuts du parcours professionnel pourrait confirmer ou infirmer cette hypothèse.

D'un point de vue méthodologique, la passation du questionnaire lors d'une séance de débriefing d'un court stage en médecine générale ayant eu lieu dans les trois mois précédents, a permis d'obtenir un très bon taux de réponse (96.4 %). Toutefois, le choix de la médecine générale par de nombreux étudiants pourrait avoir été influencé par ce stage. Des études ont en effet mis en évidence le fait que les stages augmentaient l'intérêt des étudiants pour la discipline. Néanmoins, ces études ont également montré qu'ils n'avaient pas un effet certain sur l'attraction dans la profession (149,150). De plus, cet effet positif pourrait disparaître avec le temps, en partie, suite à l'exposition à d'autres spécialités (109,151). Ainsi, des modifications à la fois de choix de spécialisation, d'intérêts et de représentations du métier pourraient apparaître entre le moment de l'étude et celui de leur choix définitif. Pour cette raison, des auteurs recommandent une exposition à la médecine générale tout au long du cursus afin de maintenir l'intérêt pour la discipline (109,152).

En outre, l'analyse comparant les choix de spécialités entre elles ne doit pas occulter le fait que ces spécialités n'étaient pas mutuellement exclusives, un même étudiant pouvant choisir, par exemple, la médecine générale et la médecine interne. En conséquence, la valeur statistique a pu en être impactée, diminuant le contraste entre les profils des répondants. Pour compléter cette analyse, les choix simultanés des étudiants concernant plusieurs spécialités sont présentés en annexe 7.

De plus, en l'absence de méthode validée pour mesurer les intérêts professionnels chez les étudiants en médecine, la liste des intérêts et des représentations du métier de médecin a été dressée sur base de deux études : la première visait à garder une vision générale des intérêts professionnels et la seconde apportait des indications concrètes

concernant la représentation de la médecine générale auprès d'étudiants en médecine. Cette liste a également été construite sur base d'indicateurs concrets permettant de mesurer les intérêts et les représentations mais également de comparer les étudiants. Le choix d'une liste courte d'intérêts et de représentations était, quant à lui, justifié par le temps nécessaire au remplissage du questionnaire. De plus, une description fine des intérêts et des représentations professionnels nécessiterait une analyse qualitative dans laquelle la comparaison entre les étudiants envisageant différentes orientations demanderait un nombre important d'entretiens.

Enfin, la généralisation des résultats de cette étude reste incertaine, car elle ne porte que sur un petit échantillon d'étudiants appartenant à la même cohorte d'étudiants d'une seule université. Des différences pourraient donc apparaître, si on diversifiait les générations interrogées, les universités d'origine, le moment dans le parcours, etc.

3.4. Conclusion

Cette étude souligne que la moitié des étudiants en début de phase clinique des études de médecine n'envisagent encore aucune spécialité médicale, et que seul un étudiant sur cinq a une idée précise de la discipline vers laquelle il souhaite s'orienter.

Si les étudiants partagent certains intérêts professionnels communs comme la volonté de venir en aide aux autres, la motivation à choisir une spécialité plutôt qu'une autre repose à la fois sur des intérêts professionnels et sur des représentations personnelles des spécialités. Ainsi, cette étude a permis de mettre en évidence des différences entre les intérêts professionnels des étudiants en fonction des spécialités qu'ils envisageaient. Elle a également montré que, bien qu'ils n'aient pas encore été confrontés à la pratique des différentes disciplines, les étudiants envisageaient ou rejetaient des spécialités en fonction de certaines de leurs caractéristiques.

Les expériences vécues par les étudiants lors de la phase clinique de leurs études devraient leur offrir la possibilité de confronter leurs représentations à la réalité de la pratique afin de leur permettre de concevoir, de confirmer ou d'infirmer leur choix de spécialisation.

Concernant la médecine générale et l'attraction de cette discipline, nos travaux montrent que les étudiants qui entament leur formation clinique constituent un public encore majoritairement indéterminé quant à son avenir professionnel et peu informé des réalités d'une discipline qui rencontre pourtant un *a priori* favorable. Une plus grande exposition des étudiants à la médecine générale, dans la seconde partie de leur cursus, est certainement souhaitable afin d'améliorer leur connaissance de la discipline et leur attitude envers elle.

Néanmoins, si le choix final de spécialisation, en tant que choix d'orientation, résulte en un appariement individu-profession basé sur un examen préalable de la congruence entre les représentations que les étudiants ont d'eux-mêmes (dépendant de leurs

caractéristiques de personnalité) et celles qu'ils ont des spécialités, il n'en reste pas moins que ce choix va être soumis à de nombreuses influences, une fois les étudiants diplômés et pleinement inscrits dans leur pratique médicale.

De ce fait, procéder à des recherches, non plus sur les étudiants, mais sur les diplômés de médecine générale, apparaissait comme le complément nécessaire, afin d'approfondir notre compréhension des facteurs influençant les choix d'orientation tout au long du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Cela permettait de compléter l'analyse sur la manière dont les intérêts et les attentes professionnels trouvaient à s'exprimer et prenaient sens dans la suite du parcours professionnel des diplômés. C'est là l'objet des chapitres suivants de ce travail.

Chapitre 4

Activités professionnelles des diplômés de médecine générale belges francophones entre 1999 et 2013¹⁹

¹⁹ L'essentiel de ce chapitre a fait l'objet d'une publication dont la référence est : Lenoir A-L, Richelle L, Ketterer F, Fraipont B, Cayn M, Duchesnes C, et al. Young general practitioners' professional activities: a survey in the French-speaking part of Belgium. *Acta Clin Belg.* 2017 Mar 20;1–6.

Afin de comprendre les raisons menant les médecins généralistes à ne plus pratiquer cette profession ou à l'exercer à temps partiel ou à temps plein, nous avons choisi de nous intéresser aux parcours et aux facteurs influençant les choix professionnels des jeunes générations de diplômés de médecine générale. Cet intérêt porté aux jeunes générations de médecins est justifié par le fait qu'ils représentent le présent et l'avenir des forces de travail en médecine générale.

Cependant, l'étude de leurs parcours exige comme préalable de procéder à un état des lieux de leurs activités professionnelles. En effet, malgré les efforts fournis par l'INAMI et la Cellule de planification de l'offre de soins, force est de constater que nous ne possédons pas de vision précise des activités professionnelles des diplômés de médecine générale. Ainsi, à l'exception des médecins s'étant réorientés vers une activité médicale demandant un droit d'exercer particulier, nous ne possédons aucune information sur les types d'activités pratiquées par les diplômés inactifs en médecine générale. De même, nous ne savons pas non plus si les médecins généralistes exerçant à temps partiel pratiquent d'autres activités médicales ou s'ils consacrent le temps hors cabinet à leur vie privée.

Par conséquent, l'étude présentée dans ce chapitre, réalisée en 2015, constitue la première phase d'une recherche portant sur les parcours professionnels de jeunes médecins généralistes. Son objectif est de caractériser les activités professionnelles des diplômés de médecine générale (DES – Diplôme d'Etudes Spécialisées – ou MC – Master Complémentaire) entre 1999 et 2013 des trois universités francophones belges (UCL, ULB, ULiège).

Cette caractérisation des activités professionnelles des jeunes diplômés de médecine générale, qui correspondait davantage à un recensement de l'activité qu'à une recherche fondée sur une analyse statistique fine des corrélations, avait pour but, outre le fait de fournir des données fiables sur la proportion de généralistes actifs, de cibler des profils différents à interroger de manière qualitative, lors de la deuxième phase de l'étude, qui sera développée dans le chapitre 5.

Elle permettait également de mettre en évidence les modes d'organisation du travail des diplômés exerçant la médecine générale afin de rechercher des liens entre ces modes d'organisation et le temps de travail.

Ce recensement a été établi sur base des déclarations des diplômés. Cette méthode d'investigation est justifiée par l'absence d'informations concernant les types d'activités et le temps de travail des jeunes médecins généralistes, qui ne permettait pas de fixer les indicateurs nécessaires à une étude observationnelle. De plus, en raison de l'absence de consensus sur ce que sont, ou non, des activités de médecine générale, nous avons choisi de ne pas partir d'une définition *a priori* de ces activités. Quant au choix de débiter le ciblage des diplômés en 1999, il se justifie par le fait que cette année

correspond, en Belgique, à l'année d'introduction du DES en médecine générale (qui deviendra par la suite le Master Complémentaire en médecine générale).

Pour cette étude, nous avons choisi une approche par questionnaire afin d'obtenir un recensement autodéclaré des activités des diplômés de médecine générale. L'utilisation d'un questionnaire pouvant être autoadministré facilitait également la récolte des données et nous permettait d'atteindre un grand nombre de diplômés.

4.1. Méthodologie

4.1.1. Construction du questionnaire

Le questionnaire, présenté en annexe 8, comprenait deux parties. La première reprenait les données permettant de caractériser les participants : nom et prénom, sexe, année de diplôme du DES/Master complémentaire en médecine générale, université ayant décerné le diplôme et 1^{er} choix de spécialisation. La seconde partie de ce questionnaire s'intéressait à leurs activités professionnelles médicales et non médicales.

En raison de l'absence de consensus sur ce qui peut être, ou non, considéré comme des activités de médecine générale, nous avons listé une série d'activités médicales pouvant être pratiquées par les médecins généralistes. L'une des principales caractéristiques de la pratique de la médecine générale en Belgique est l'association de consultations et de visites à domicile. Par conséquent, dans cette étude, les participants déclarant au moins une heure hebdomadaire consacrée aux consultations et aux visites à domicile ont été considérés comme médecins généralistes. Le choix de ce critère d'activité est justifié par l'objectif de recensement des activités professionnelles des diplômés ne reposant pas sur une définition *a priori* de ce qu'est une activité de médecine générale. Le seuil d'une heure hebdomadaire permettait ainsi l'inclusion la plus large possible d'activités de médecine générale. Une évaluation hebdomadaire a été privilégiée pour toutes les activités, en raison d'une plus grande facilité (supposée) à les évaluer sur cet étalon de temps de travail.

Les participants déclarant exercer une activité médicale en contact avec des patients – premier branchement conditionnel permettant de distinguer les répondants en fonction de leur activité professionnelle actuelle (travailler comme médecin ou non, puis, pour ceux exerçant comme médecin, la pratique ou non de la médecine générale, qui constituait un autre branchement conditionnel, ainsi que les autres activités professionnelles demandées pour tous les répondants) – étaient également interrogés sur les caractéristiques de leur pratique professionnelle : nombre d'heures consacrées à l'activité médicale, type d'activités pratiquées et nombre d'heures correspondantes.

De plus, ceux qui indiquaient pratiquer des consultations et des visites de médecine générale étaient de plus interrogés sur leur type de pratique, sur leur mode de rémunération, et sur le rapport entre le nombre de consultations et de visites effectuées.

Ces informations avaient pour but de discriminer les répondants selon différents critères qui pouvaient potentiellement constituer des facteurs explicatifs des parcours professionnels. Ces différents critères servaient ainsi, lors de la deuxième phase de l'étude, à mieux cibler les répondants à interroger en diversifiant autant que possible les caractéristiques des diplômés. L'ensemble de ces éléments sera plus particulièrement évoqué dans le chapitre 5.

Pour les participants ne déclarant pas d'activités médicales en contact avec des patients, c'est-à-dire exerçant une activité professionnelle non clinique (en lien ou non avec les soins de santé), il leur était demandé s'ils avaient déjà exercé la médecine générale. Le cas échéant, ils étaient interrogés sur le nombre d'années durant lesquelles ils avaient pratiqué la médecine générale, l'année de l'arrêt (permettant d'avoir une idée du nombre d'années de pratique médicale), et les activités professionnelles exercées depuis l'arrêt.

Du fait de la diversité possible des profils professionnels des diplômés – et toujours dans ce souci de ne pas avoir de définition normative de ce qu'est une pratique médicale –, la majorité des questions étaient à choix multiples. Seules quelques questions étaient formulées en questions à réponse ouverte courtes et sollicitaient des précisions, plus particulièrement concernant un nombre d'heures ou le nom d'une activité si celle-ci ne figurait pas dans la liste proposée (réponse « autre activité »), afin d'affiner les profils professionnels investigués.

Six médecins généralistes ont préalablement testé le questionnaire pour sa compréhension. Aucun ajustement ne fut nécessaire.

Le questionnaire n'était pas anonyme. Le nom complet était demandé afin de savoir précisément quels étaient les diplômés de la liste qui avaient déjà répondu au questionnaire et ceux pour lesquels une relance s'avérait nécessaire. Les participants étaient informés lors du recrutement que l'accès aux données serait restreint à l'équipe de recherche et que ces données seraient rendues anonymes dans le traitement des questionnaires.

4.1.2. Population étudiée

La population étudiée comprenait l'ensemble des médecins ayant obtenu un diplôme d'enseignement spécialisé (DES) ou un master complémentaire (MC) en médecine générale, dans l'une des trois universités belges francophones, entre 1999 et 2013. DES et MC ne constituent que deux dénominations différentes de la même formation universitaire, nécessaire à la spécialisation en médecine générale

Les diplômés ont été contactés personnellement par téléphone ou par mail, par un chercheur issu de la même université qu'eux (censé faciliter l'obtention de l'accord du participant potentiel), afin de recueillir leur accord de participation. Ceux acceptant de participer à l'étude se voyaient proposer deux moyens pour remplir le questionnaire : par passation directe (via un questionnaire en ligne) ou par passation indirecte (un

entretien téléphonique avec le chercheur de la même université que le répondant, qui remplissait le questionnaire en ligne).

Lorsque les listes de diplômés, obtenues auprès des trois universités, ne comprenaient pas de moyens de contact, une recherche plus poussée devait alors être menée afin d'obtenir le meilleur taux de réponse possible à l'enquête, permettant un recensement fiable des activités professionnelles des diplômés, et évitant, autant que possible, de sous-estimer une partie des répondants, notamment ceux qui ne pratiqueraient plus d'activité médicale. Cette recherche s'est faite sur internet via un moteur de recherche à partir du nom du diplômé. En cas d'insuccès, il était demandé à des personnes diplômées la même année, lors de leur recrutement téléphonique, si elles savaient ce qu'étaient devenus ces médecins.

La récolte des données a été réalisée entre novembre 2014 et juin 2015.

4.1.3. Encodage et analyse des questionnaires

L'encodage et l'analyse des résultats ont été effectués par l'auteure de cette thèse de doctorat. Ils ont aussi été contrôlés par un second membre de l'équipe de recherche.

Un plan de codage a été réalisé pour constituer la base de données. Pour les questions ouvertes – et notamment pour les activités professionnelles autres que celles proposées (questions 8, 16 et 20 du questionnaire) -, le codage s'est fait *a posteriori*, sur la base des réponses obtenues (153).

L'analyse a été scindée en deux parties. La première consistait en une description des données, à l'aide de tris à plat sur l'ensemble des variables de la base de données, ceci afin de prendre connaissance des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de participants et des caractéristiques de leurs activités professionnelles. Le deuxième niveau d'analyse avait pour but, grâce à des tris croisés, de procéder à une brève analyse de corrélations concernant des facteurs ayant une incidence possible sur le parcours professionnel des médecins généralistes.

Au cours de l'analyse, pour les répondants ayant indiqué pratiquer des consultations et visites de médecine générale, nous les avons catégorisés en fonction de leur temps de travail en médecine générale, afin de pouvoir différencier ceux exerçant la discipline à temps plein de ceux pratiquant à temps partiel. En raison de l'absence de critères formels définissant le temps plein des travailleurs indépendants (ce qui est le cas de nombreux médecins généralistes), nous avons défini deux critères d'inclusion déterminant la pratique à temps plein en médecine générale : un temps de travail hebdomadaire supérieur à 38 heures et un pourcentage du temps de travail consacré à la médecine générale de plus de 75 %. Ces critères ont été définis sur base des réponses des diplômés. Le premier critère correspond, en Belgique, à un emploi à temps plein d'un salarié mais était largement dépassé par de nombreux diplômés, raison pour laquelle nous avons considéré le temps plein comme supérieur à 38 heures de travail

hebdomadaire. Le second critère, concernant le pourcentage de temps de travail, a été ajouté car nous avons constaté que certains participants avaient déclaré, en plus des consultations et des visites à domicile, des tâches administratives alors que d'autres n'avaient indiqué que des consultations et des visites à domicile, y incluant implicitement le travail administratif. Les modalités exclues correspondaient donc à la pratique de la médecine générale à temps partiel.

L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel SAS. Un seuil de signification de 5% a été retenu pour l'ensemble des opérations statistiques réalisées.

4.1.4. Comité d'éthique

Le questionnaire et la méthodologie de recherche globale ont reçu l'approbation des comités d'éthique des trois universités engagées dans la recherche (UCL : 2014/517, ULB : 2014/437, ULiège : B707201422436).

4.2. Résultats

1 721 médecins ont obtenu un diplôme de spécialisation en médecine générale entre 1999 et 2013 dans les trois universités francophones belges. Parmi eux, 1 240 diplômés ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 72.0 %. Ce taux de réponse variait entre 61.2 et 83.5 % selon l'année de diplôme. Les femmes étaient prédominantes dans notre étude (64,7%), ce qui concorde avec leur ratio dans la liste des diplômés.

Sur 1 237 participants²⁰, la majorité (86.1 %) avait, au moment du diplôme de médecine, la médecine générale comme premier choix de spécialisation. Parmi les répondants dont le premier choix n'était pas la médecine générale, les premiers choix de spécialisation sont repris au tableau 53.

²⁰ Pour cette figure, comme pour les figures et tableaux suivants, les diplômés n'ayant pas répondu à la question ont été exclus, ce qui explique les différences d'effectifs par rapport à la population totale de l'étude.

Tableau 53 : Premier choix de spécialisation des répondants (hors médecine générale)

	%	Effectifs
<i>Médecine interne et apparenté</i>	18.0	31
<i>Dermato-ORL-ophtalmologie</i>	18.0	31
<i>Chirurgie</i>	13.9	24
<i>Pédiatrie</i>	10.5	18
<i>Anesthésie-réanimation</i>	8.1	14
<i>Psychiatrie</i>	8.1	14
<i>Gynécologie</i>	7.0	12
<i>Urgences</i>	7.0	12
<i>Spécialité technique</i>	3.5	6
<i>Recherche</i>	1.2	2
<i>Gériatrie</i>	1.2	2
<i>Médecine du travail</i>	0.6	1
<i>Autre</i>	2.9	5
Total	100	172

78.5 % des répondants exerçaient la médecine générale au moment de l'enquête (quel que soit leur temps de travail) et seule une minorité (2.9%) ne pratiquait plus d'activité médicale (Tableau 54). Pour ceux exerçant une autre activité médicale, il s'agit ici des répondants n'ayant pas indiqué de consultations et visites de médecine générale dans leurs réponses – autrement dit, ceux n'exerçant pas la médecine générale.

Tableau 54 : Répartition des répondants en fonction du type d'activités professionnelles pratiquées au moment de l'étude

	%	Effectifs
<i>Consultations et visites de médecine générale</i>	78.5	972
<i>Autre(s) activité(s) médicale(s) (sans médecine générale)</i>	18.6	230
<i>Activité(s) non médicale(s)</i>	2.9	36
Total	100	1238

4.2.1 Diplômés exerçant la médecine générale au moment de l'étude

La pratique des 972 diplômés exerçant la médecine générale était extrêmement variée. Certains avaient un temps de travail élevé mais ne consacraient qu'un petit pourcentage de celui-ci à la médecine générale (1.9 %). D'autres, au contraire, prestaient principalement des consultations et des visites de médecine générale mais travaillaient seulement quelques heures par semaine (30.9 %) (Tableau 55).

Le temps de travail moyen était de 45.8 heures (écart type de 14.2 heures) dont 39.8 heures (écart type de 12.9 heures) étaient consacrées aux consultations et visites de médecine générale – le reste étant dédié à d'autres activités professionnelles, médicales

ou non médicales. La majorité effectuait plus de 80 % de consultations par rapport aux visites à domicile (59.2 %). Seuls 8.9 % effectuaient majoritairement des visites à domicile.

Selon nos critères, 54.2 % des diplômés ayant déclaré faire des consultations et visites de médecine générale exerçaient à temps plein, tandis que 45.8 % pratiquaient à temps partiel (Tableau 55).

Tableau 55 : Répartition des diplômés exerçant la médecine générale en fonction du nombre d'heures de travail hebdomadaire et du pourcentage de temps de travail hebdomadaire consacré aux consultations et aux visites de médecine générale

		<i>Temps de travail hebdomadaire consacré aux consultations et aux visites de médecine générale</i>		
		<i>≤38h</i>	<i>>38h</i>	<i>Total</i>
Pourcentage du temps consacré à la médecine générale	<i>≤75%</i>	13.0	1.9	14.9
	<i>>75%</i>	30.9	54.2	85.1
	Total	43.9	56.1	100%
				915

Le test du χ^2 a mis en évidence une corrélation statistiquement significative ($p < 0.0001$) entre le temps de travail et le sexe (Tableau 56). Proportionnellement, les femmes travaillaient plus souvent à temps partiel (53.3 %) que les hommes (32.4 %).

Tableau 56 : Répartition du temps de travail des diplômés exerçant la médecine générale, en fonction du sexe

		Temps de travail			
		Temps plein	Temps partiel	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Sexe	Femmes	46.7	53.3	100	585
	Hommes	67.6	32.4	100	330
	Total	54.2	45.8	100	915

En ce qui concerne le type de pratique, 67 % des médecins généralistes travaillaient dans des associations mono- ou multidisciplinaires. Les pratiques en solo ont tendance à être de plus en plus délaissées au fur et à mesure des cohortes de diplômés (48.9 % des diplômés entre 1999 et 2002 ont choisi ce type de pratique, contre seulement 18.1 % des diplômés depuis 2010). A l'inverse, les pratiques en association pluridisciplinaire tendent de plus en plus à se développer (elles concernent 40.3 % des médecins généralistes diplômés après 2010 et seulement 16 % de ceux qui ont été diplômés avant 2002). La pratique en association mono-disciplinaire se distingue par une certaine stabilité quant aux proportions de diplômés qui la choisissent. Ces résultats sont d'autant plus notables que le test du χ^2 confirme l'existence d'une corrélation entre les deux variables, signifiant donc une évolution du type de pratique privilégié par les diplômés au cours du temps (Tableau 57).

Tableau 57 : Type de pratique de la médecine générale selon l'année d'obtention du diplôme chez les répondants exerçant la médecine générale actuellement

		Type de pratique				Total Effectifs
		Pratique solo	Association mono- disciplinaire	Association pluridisciplinaire	% (ligne)	
Année de diplôme	1999- 2002	48.9	35.1	16.0	100	219
	2003- 2005	45.9	27.9	26.2	100	183
	2006- 2009	27.2	39.2	33.6	100	250
	2010- 2013	18.1	41.6	40.3	100	293
	Total	33,0	36.8	30.2	100	945

Le test du χ^2 a mis en évidence une association significative entre le type de pratique et le temps de travail ($p < 0.0001$) (Tableau 58). Les médecins généralistes exerçant en associations multidisciplinaires étaient plus susceptibles de travailler à temps partiel, contrairement aux médecins pratiquant en solo ou en associations mono-disciplinaires qui travaillaient souvent à temps plein.

Tableau 58 : Répartition du temps de travail des diplômés exerçant la médecine générale, en fonction du type de pratique

	Temps de travail			
	Temps plein	Temps partiel	Total	
			% (ligne)	Effectifs
Solo	72.6	27.4	100	292
Association mono- disciplinaire	60.7	39.3	100	328
Association multidisciplinaire	26.6	73.4	100	271
Total	54.2	45.8	100	891

La rémunération à l'acte était majoritaire parmi les participants exerçant la médecine générale (73.1 %). Le statut d'indépendant payé au forfait représentait 13.9 % des participants et le salariat 11.2 %.

En plus des consultations et des visites à domicile, les participants exerçant la médecine générale pratiquaient diverses autres activités. 91.5 % d'entre eux exerçaient au moins une autre activité médicale en plus des consultations et des visites à domicile de médecine générale (dont la garde) et 56.7 % avaient au moins deux autres activités.

83.4 % des médecins généralistes actuels²¹ effectuaient des gardes de médecine générale.

Les activités complémentaires les plus pratiquées étaient, par ordre de fréquence, les consultations pour l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), les consultations dans les centres de planning familial, la coordination de maison de repos et de soins (MRS), la médecine scolaire, les activités hospitalières, les prélèvements en laboratoire, les consultations de nutrition, la médecine sportive, le travail en centre d'addictologie et la médecine du travail. La catégorie « autre » reprend diverses activités médicales plus rares²² (Figure 16).

²¹ En excluant les médecins pratiquant à l'étranger

²² Activités médicales plus rares pratiquées par les médecins généralistes actuels :

- Activités de prévention ou de dépistage (ex : dépistage des IST, promotion de la santé, etc.)
- Activités de contrôle ou d'expertise (ex : expertise médicale, contrôle absentéisme, etc.)
- Activités dans des contextes spécifiques (ex : médecine carcérale, médecins militaires, etc.)
- Activités dans le cadre de la prise en charge du handicap (ex : centre AWIPH, service résidentiel, etc.)
- Activités liées à la petite enfance en dehors de l'ONE (ex : SOS enfant, conseil en lactation, etc.)

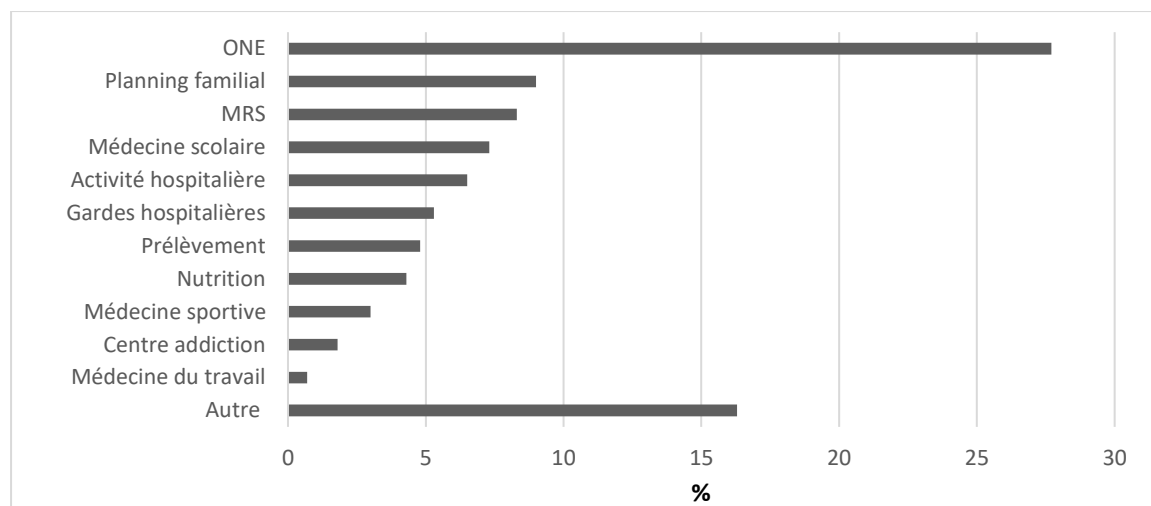


Figure 16 : Autres activités médicales pratiquées par les diplômés exerçant la médecine générale (en dehors des gardes)

8.7 % des répondants exerçant la médecine générale pratiquaient également des activités non médicales, telles que des activités de politique et d'administration médicale, d'enseignement, de recherche, d'organisation de la formation médicale continue ou des études (Figure 17).

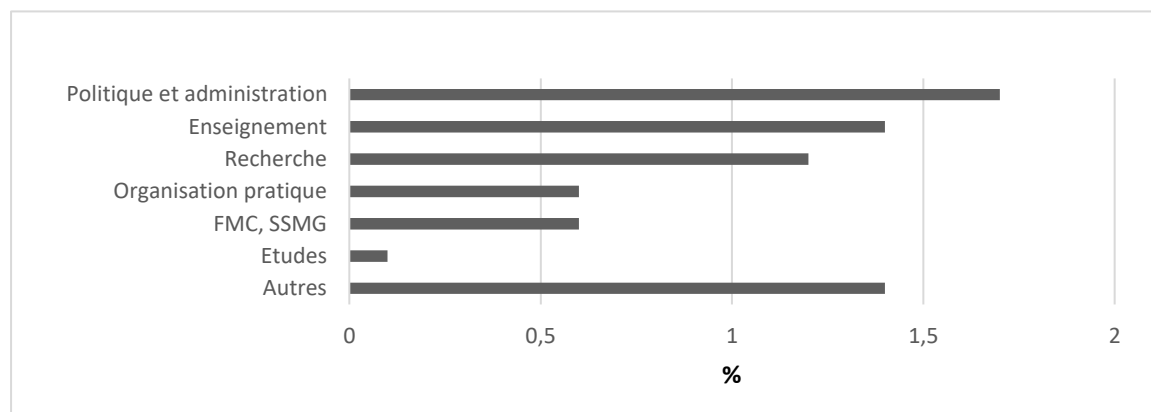


Figure 17 : Activités professionnelles autres que médicales réalisées par les diplômés exerçant la médecine générale

4.2.2. Diplômés n'exerçant pas la médecine générale au moment de l'étude

Parmi les 266 diplômés (soit 21.5 % de l'ensemble des répondants au questionnaire) qui n'exerçaient pas la médecine générale au moment de l'étude (qui regroupe ceux qui exercent malgré tout toujours une activité médicale et ceux qui ne pratiquent plus aucune activité médicale), 86.5 % (soit 18.6 % de la population totale des diplômés) exerçaient d'autres activités médicales. Comme le montre la figure 18, les activités hospitalières étaient les plus fréquentes (58.7 %). La deuxième activité la plus pratiquée

• Activités spécifiques (ex : soins palliatifs, médecine non conventionnelle, etc.)

était la médecine du travail (11.7 %). A l'exception de la médecine scolaire, pratiquée seule ou en association avec d'autres activités médicales, les autres activités étaient majoritairement exercées en association. La catégorie « autre » reprend diverses activités médicales plus rares²³.

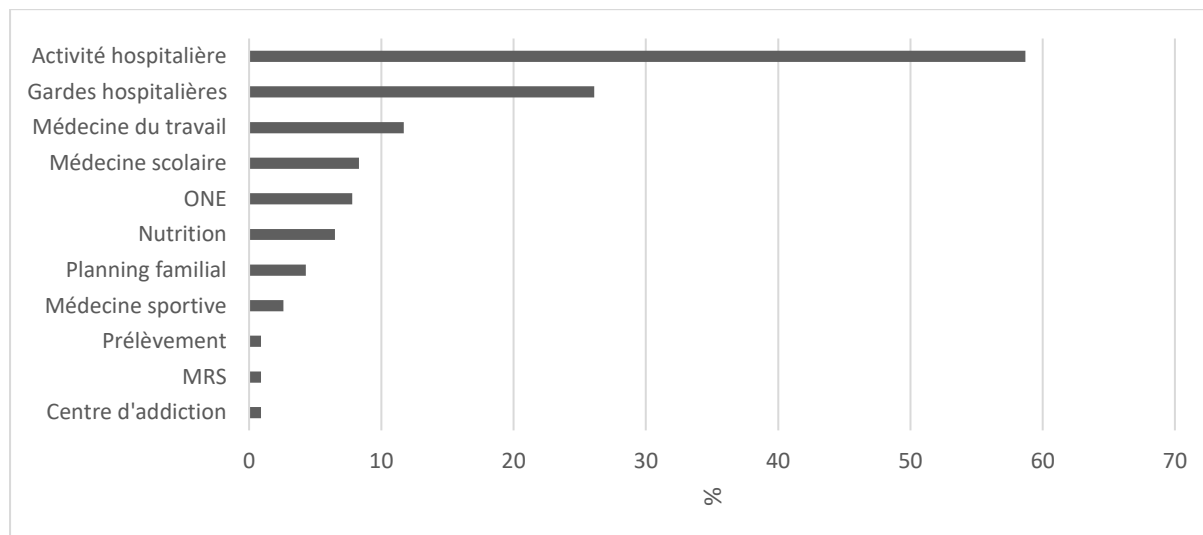


Figure 18 : Activités professionnelles pratiquées par les diplômés exerçant d'autres activités médicales

13.5% des répondants (c'est-à-dire 30 individus et 2.9% de la population totale des diplômés) ne pratiquaient pas d'activités médicales en contact avec des patients au moment de l'étude²⁴.

Parmi eux, six n'ont jamais pratiqué la médecine générale après l'obtention de leur diplôme et la majorité de ceux ayant pratiqué la médecine générale (16 répondants) a arrêté ses activités médicales au cours des cinq premières années de pratique. La plupart de ces répondants ont pratiqué, après avoir arrêté la médecine générale, une autre activité professionnelle, médicale ou non médicale (ex : activités dans les domaines de la santé publique, de l'enseignement, de la coordination et de l'administration).

4.2.3. Facteurs influençant le maintien dans la pratique de médecine générale

Considérer la médecine générale comme son premier choix de spécialisation, au moment de l'obtention du diplôme en médecine a une incidence positive sur le fait de rester médecin généraliste, comme l'atteste le test du χ^2 ($p < 0.0001$) (Tableau 59).

²³ Activités médicales plus rares, sont également pratiquées :

- Activités de contrôle ou d'expertise (ex : expertise médicale, contrôle absentéisme, etc.)
- Activités spécifiques (ex : soins palliatifs, médecine non conventionnelle, etc.)
- Activités dans des contextes spécifiques (ex : médecine carcérale, médecins militaires, etc.)
- Activités de prévention ou de dépistage (ex : dépistage des IST, promotion de la santé, etc.)

²⁴ En raison du faible effectif, les résultats liés à cette sous-population sont présentés en effectifs et non en pourcents.

Tableau 59 : Influence du choix de spécialisation sur l'arrêt de pratique

		Arrêt de la médecine générale			
		Non	Oui	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Premier choix médecine générale	Oui	82.6 %	17.4 %	100	1 065
	Non	52.9 %	47.1 %	100	172
	Total	78.5 %	21.5 %	100	1 237

En effet, parmi les diplômés déclarant que la médecine générale était leur premier choix de spécialisation, 82.6 % pratiquaient toujours la médecine générale au moment de l'étude, alors qu'ils n'étaient que 52.9 % parmi ceux pour qui la médecine générale n'était pas un premier choix.

La durée de la pratique a également une influence sur le maintien dans la profession. En effet, proportionnellement, plus d'anciens diplômés avaient arrêté la médecine générale au moment de l'étude (χ^2 significatif, $p < 0.0001$). 31.8 % des répondants diplômés entre 1999 et 2005 avaient arrêté la médecine générale contre seulement 7.9 % de ceux diplômés entre 2010 et 2013 (et 15.7 % pour la période intermédiaire).

Le test du χ^2 montre une corrélation entre le sexe et l'arrêt de la médecine générale ($p = 0.0231$) (Tableau 60). Un pourcentage plus important d'hommes exerçait la médecine générale au moment de l'étude (82.1 % des hommes contre 76.6 % des femmes).

Tableau 60 : Influence du sexe sur l'arrêt de pratique de la médecine générale

		Arrêt de la médecine générale			
		Non	Oui	Total	
				% (ligne)	Effectifs
Sexe	Femmes	76.6%	23.4%	100	802
	Hommes	82.1%	17.9%	100	436
	Total	78.5%	21.5%	100	1 238

4.3. Discussion

4.3.1. Enseignements principaux de l'étude et confrontation aux données issues de la littérature

A l'issue des résultats, il apparaît que 78.5 % des diplômés exerçaient la médecine générale au moment de l'étude alors que 21.5 % avaient cessé de la pratiquer pour exercer d'autres activités professionnelles, médicales ou non.

En comparaison, les statistiques de l'INAMI montrent qu'en 2012, parmi les moins de 45 ans, le taux de médecins généralistes inactifs était de 18.1 % pour l'ensemble du territoire belge et de 24.3 % pour Bruxelles et la Wallonie, soit des taux assez proches de ceux trouvés dans notre propre enquête (53). En 2003, une étude belge menée par Van Baelen montrait que 29.1 % des médecins généralistes avaient quitté la profession dans les cinq ans suivant l'obtention du diplôme. Parmi eux, seule une minorité (2.7 %) ne pratiquait aucune activité médicale (154). Dans cette étude, Van Baelen avait d'ailleurs également fait ressortir l'influence du choix de se spécialiser en médecine générale au moment de l'obtention du diplôme de médecin sur le maintien dans la profession. Une autre étude belge, menée en 2007 par Lorant, montrait, quant à elle, que seulement 1.5 % de l'ensemble des médecins généralistes avaient quitté le domaine médical, ce qui est cohérent avec les résultats de notre étude (67).

Les différences de taux d'inactivité des médecins généralistes existant entre les études peuvent, en partie, s'expliquer par la manière de déterminer l'activité de ces médecins. Par exemple, dans notre étude, les médecins généralistes sont les diplômés ayant déclaré au moins une heure de travail hebdomadaire dédiée aux consultations et aux visites à domicile. L'INAMI, pour sa part, considère comme actifs les médecins généralistes qui effectuent au minimum 500 prestations par an ou 0.1 ETP pour les médecins salariés (53). Le nombre de médecins actifs pourrait donc être plus élevé dans notre étude. Cependant, certains médecins généralistes déclarent des prestations avec des codes de nomenclature de médecine générale, dans le cadre, par exemple, de consultations en médecine du sport ou en nutrition. Ainsi, ces activités seront comptabilisées comme des actes de médecine générale par l'INAMI, contrairement à notre étude. Par conséquent, ceci pourrait augmenter le nombre de médecins actifs enregistrés par l'INAMI.

Notre étude a également mis en évidence un lien entre le choix de se spécialiser en médecine générale et le maintien dans la profession. Les médecins qui ont été amenés à se spécialiser en médecine générale alors que ce n'était pas leur premier choix de spécialisation sont proportionnellement plus nombreux à avoir quitté la profession, à peine plus de 50 % d'entre eux restant actifs en médecine générale.

Cette étude a également permis d'obtenir des informations sur l'organisation du travail des jeunes médecins généralistes exerçant la profession. Ainsi, elle a souligné l'hétérogénéité de leurs activités professionnelles tant en termes de types d'activités

pratiquées que de temps de travail. Selon les critères que nous avons définis, 45.8 % des médecins généralistes travaillaient à temps partiel, et seule une minorité d'entre eux exerçait exclusivement des consultations et des visites à domicile.

Nos critères d'inclusion définissant le travail à temps plein différaient de ceux utilisés dans l'analyse de l'INAMI. Dans notre étude, nous avons fixé le critère de 38 heures hebdomadaires dédiées à la médecine générale comme valeur limite pour déterminer le travail à temps plein. Cependant, cette valeur pourrait sembler insuffisante à certains, car il est courant de voir des médecins généralistes travailler plus de 60 heures par semaine. L'INAMI a, quant à lui, considéré le travail à temps plein en se servant, comme référence, des médecins généralistes âgés de 45 à 54 ans, c'est-à-dire le groupe d'âge pour lequel l'INAMI considère que l'activité professionnelle est la plus importante. La décision de l'INAMI de sélectionner comme référence une population au sommet de son activité est intéressante. Cependant, cette population comprend principalement des hommes pratiquant en solo, ce qui ne correspond pas aux générations suivantes.

En effet, la jeune génération de médecins généralistes est principalement composée de femmes. Les résultats de notre étude montrent un ratio de 64.7 % de femmes médecins généralistes. Ceci concorde avec les statistiques de la Sécurité sociale belge qui indiquent que les femmes représentent 64.5 % des médecins généralistes de moins de 45 ans et 30.4 % des médecins généralistes âgés entre 45 et 65 ans. La féminisation de la médecine est une tendance mondiale. En 2013, en moyenne dans les pays de l'OCDE, 45 % des médecins étaient des femmes contre 38 % en 2000 et 29 % en 1990 (19).

Or, notre étude montre que les médecins généralistes travaillant à temps partiel étaient plus fréquemment des femmes et des médecins généralistes exerçant en association, ce qui est cohérent avec les résultats obtenus par Schoenmakers, qui a montré, en 2014, qu'en Flandre, un emploi à temps plein est plus souvent pratiqué par les hommes et les médecins généralistes en solo (155).

Une revue de littérature ayant pour objectif d'examiner l'impact de la féminisation sur les forces de travail en soins primaires, réalisée en 2014 par Hedden, montrait que, par rapport à leurs confrères masculins, les femmes ont tendance à travailler moins d'heures par semaine, à voir moins de patients et à offrir moins de services, mais elles passent plus de temps et traitent plus de problèmes lors des consultations (156). Les femmes ont également des clientèles différentes avec plus de femmes et moins de patients gériatriques, et elles font moins de visites à domicile.

Concernant les pratiques multidisciplinaires, notre étude indique qu'elles avaient tendance à se développer – ce que confirme Drielsma, indiquant qu'en 2009, 20 % des médecins généralistes de moins de trente ans travaillaient en association multidisciplinaire (157) – et que, dans ce type de pratique, le travail à temps partiel était plus fréquent.

Dès lors, face à ces changements d'organisation du travail, nous pouvons supposer que le travail à temps partiel tendra à se développer encore davantage.

Enfin, en ce qui concerne l'organisation des activités professionnelles, nos résultats ont montré que la majorité des jeunes médecins généralistes avait des activités professionnelles variées. En 2014, en Flandre, Schoenmakers a constaté que 60 % des médecins avaient au moins une seconde activité (155). La pratique d'activités complémentaires résulte généralement chez les jeunes médecins soit d'un désir de diversification des activités, soit d'une volonté d'accroître son expertise ou encore d'explorer d'autres activités pour personnaliser leur organisation travail (158–160).

4.3.2. Forces et faiblesses de l'étude

D'un point de vue méthodologique, le recours à un questionnaire court, centré sur les pratiques actuelles et avec une sensibilisation préalable des répondants potentiels, nous a permis d'avoir un très bon taux de réponses (72 %) et de proposer, *ipso facto*, un tableau assez réaliste de ce qu'est la situation professionnelle des diplômés de médecine générale francophones depuis l'instauration du DES de médecine générale en 1999.

Cette étude a également permis une caractérisation plus fine des activités professionnelles des diplômés de médecine générale que ne le permettent des études observationnelles basées sur le remboursement des prestations médicales.

La situation professionnelle des diplômés n'ayant pas répondu au questionnaire pose question. En effet, si certains ont refusé explicitement de répondre au questionnaire ou d'autres ont bien été contactés mais sans jamais remplir le questionnaire, il n'en reste pas moins qu'une partie non négligeable de ces diplômés n'a pas été retrouvée. Cela pose question quant à notre évaluation du taux d'arrêt et de réorientation totale en dehors du monde médical. Effectivement, la stratégie développée lors de la récolte des données consistait à utiliser internet et ses moteurs de recherche en dernier recours pour tenter de trouver les coordonnées des diplômés pour lesquels aucun autre moyen ne semblait fonctionner. Dès lors, l'absence d'informations ou de « traces » sur Internet peut être interprétée comme le signe que ces diplômés n'exercent plus en tant que médecins.

Si cela ne reste qu'une hypothèse, contestable, toujours est-il qu'il convient d'interpréter les chiffres avec précaution, même si la comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la littérature belge sur le même sujet nous laisse à penser que les résultats obtenus sont assez fidèles à la réalité de la pratique de médecine générale en Belgique francophone.

En outre, cette étude avait explicitement pour but de décrire les activités professionnelles des diplômés de médecine générale comme un préalable à l'identification de critères de recrutement des répondants quant aux parcours professionnels que nous approfondirons dans le chapitre suivant.

Pour favoriser un fort taux de réponses, il nous a semblé préférable de faire un questionnaire court, rapide à remplir (y compris par téléphone) tout en ciblant les différentes possibilités de pratique professionnelle actuelle. De ce fait, le questionnaire n'a pas été élaboré dans le but d'une analyse statistique « poussée ». Ceci aurait supposé, d'une part, de faire des questions communes quel que soit le statut professionnel actuel et, d'autre part, d'avoir davantage de questions, afin de balayer de nombreuses variables ou d'aspects de l'existence biographique (comme la structure familiale, l'état de santé, les ressources financières, etc.), rallongeant d'autant le questionnaire avec le risque de diminuer le taux de réponse.

Par ailleurs, procéder à une analyse statistique « poussée » sur la question du parcours professionnel de diplômés est contestable d'un point de vue épistémologique, dans la mesure où la notion de « parcours » induit l'idée d'une dynamique, de quelque chose en mouvement qui évolue ou peut évoluer. Or, la passation d'un questionnaire revient à figer une situation, à prendre une photo à un instant T, qui ne correspond qu'imparfaitement à la réalité prise dans sa dimension temporelle évolutive – à titre d'exemple, une femme diplômée, médecin généraliste, mais en congé maternité, a-t-elle répondu au questionnaire selon sa situation exacte au moment de remplir le questionnaire (soit donc un médecin généraliste inactif) ou selon sa situation professionnelle indépendamment de cet intermède (qui peut néanmoins aussi l'amener à modifier son temps de travail dans les mois à venir afin de satisfaire à sa nouvelle situation familiale) ?

4.4. Conclusion

Cette étude a montré que 21.5 % des jeunes diplômés de médecine générale ne pratiquaient pas la discipline. Ils exerçaient pour la plupart des activités médicales et seule une minorité avait totalement arrêté une pratique médicale.

Quant à ceux exerçant cette discipline, ils pratiquaient des activités variées, tant en termes de type d'activités que de temps de travail. Le travail à temps partiel était, selon les résultats de cette étude, en augmentation. Cette tendance pourrait d'ailleurs s'accroître en raison de l'augmentation des pratiques multidisciplinaires et de la féminisation.

Cette étude a également pu mettre en évidence qu'un choix positif pour la spécialisation en médecine générale au moment de l'obtention du diplôme de médecine était corrélé à une plus grande probabilité de maintien dans la pratique de médecine générale.

Ce recensement des activités et des organisations de travail des jeunes diplômés de médecine générale démontre que les chemins individuels ne sont pas linéaires. Dès lors, afin d'approfondir l'analyse, il nous semblait utile d'interroger individuellement une partie de ces diplômés, pour mieux saisir le cheminement les ayant menés à leur situation professionnelle actuelle et pour restituer la dynamique régissant les parcours individuels, entrevue dans la problématique et la littérature.

Les résultats du recensement nous permettaient notamment de pouvoir identifier des paramètres d'influence des parcours, afin de constituer l'échantillon de population de la seconde phase de l'étude. Les paramètres retenus étaient : le sexe, l'année d'obtention du diplôme, le type d'activité professionnelle pratiquée, et, pour les médecins généralistes en exercice, le type de pratique. C'est là l'objectif du chapitre qui suit, qui constitue le deuxième volet de cette étude sur les parcours professionnels des diplômés de médecine générale.

Chapitre 5

Parcours professionnels d'un échantillon de diplômés de
médecine générale belges francophones

L'hétérogénéité des activités professionnelles des diplômés de médecine générale des trois universités francophones belges, entre 1999 et 2013, souligne que les parcours professionnels de ces jeunes générations de diplômés ne constituent pas des trajectoires homogènes, mais sont singuliers. Ainsi, bien qu'ayant le même diplôme, ces médecins pratiquaient des activités professionnelles différentes, et ceux qui ont choisi d'exercer en tant que médecins généralistes avaient des modes variés d'organisation du travail.

De ce fait, au-delà de l'étude des statuts professionnels atteints par les diplômés au moment de l'enquête, se pose la question du cheminement et des choix professionnels les ayant menés à pratiquer, ou non, la médecine générale. A travers ce cheminement, il nous semblait ainsi possible d'identifier des moments ou des caractéristiques du parcours sur lesquels il serait possible d'agir afin de favoriser le maintien dans la profession, objectif général de ce travail de thèse.

La littérature scientifique semble manquer d'analyses globales des facteurs ayant contribué aux choix d'orientation professionnelle des diplômés en médecine générale sur l'ensemble de leurs parcours. Certaines études se sont concentrées sur la recherche de corrélations entre le choix de spécialisation et les caractéristiques des étudiants (leurs valeurs, leurs besoins à satisfaire, leurs perceptions des spécialités ou encore les caractéristiques des facultés de médecine) (161). D'autres études se sont focalisées sur les médecins généralistes en exercice afin d'étudier, par exemple, les facteurs agissant sur leur satisfaction au travail ou sur leur intention de quitter la profession (136,162).

En outre, pour Gringas, la « carrière » fait référence au sens que l'individu donne à ses choix professionnels successifs (113). Or, la plupart des études s'intéressant à l'attraction et au maintien dans la profession de médecin généraliste sont des enquêtes quantitatives qui ne permettent pas de comprendre les processus d'orientation. Les études qualitatives, permettant de mieux saisir la manière dont les individus eux-mêmes appréhendent leur parcours, sont, quant à elles, peu nombreuses.

L'étude présentée dans ce chapitre, réalisée entre 2015 et 2016, a pour objectif de combler ce manque en décrivant, tout d'abord, les parcours d'un échantillon de diplômés de médecine générale des trois universités francophones belges entre 1999 et 2013, puis en identifiant les facteurs ayant influencé leurs choix professionnels. L'identification de ces facteurs permettra, éventuellement, dans un deuxième temps, de déterminer ceux qui pourraient améliorer l'attraction et le maintien dans la profession de médecin généraliste.

5.1. Méthodologie

5.1.1. Population étudiée

Le recrutement des personnes interrogées fut réalisé sur base du questionnaire de l'étude portant sur les activités professionnelles des diplômés en médecine générale des trois universités francophones entre 1999 et 2013 (chapitre 4).

Le premier facteur conditionnant le recrutement renvoyait à l'acceptation préalable, lors de la passation du questionnaire de cette précédente étude, d'être recontacté pour un entretien.

Ensuite, le recrutement fut réalisé en distinguant trois groupes-cibles sur lesquels des informations ont été récoltées et sont décrites en détail dans le chapitre précédent, en lien avec l'objectif de mieux appréhender la diversité des parcours professionnels : les diplômés exerçant la médecine générale à temps plein²⁵, ceux l'exerçant à temps partiel et ceux ne pratiquant plus la médecine générale. Ces trois groupes ont pu être constitués sur la base des réponses au questionnaire, qui était nominatif.

L'échantillon a été constitué de manière telle qu'il permette d'étudier les paramètres d'influence sur les parcours tels qu'identifiés dans le chapitre ci-dessus : le sexe, l'année d'obtention du diplôme, le type d'activité professionnelle pratiquée, et, pour les médecins généralistes en exercice, le type de pratique. Une attention complémentaire fut apportée pour diversifier les répondants selon leur université d'origine et, pour ceux exerçant la médecine générale, leur lieu de pratique.

5.1.2. Méthode de récolte des données

La technique des entretiens semi-dirigés fut choisie, car elle permettait de mieux saisir le sens que les individus attribuent à leurs choix, à leur vécu et à leurs activités, mais également de mieux faire ressortir les liens et la logique qu'ils établissent à partir de leur parcours professionnel, fût-ce *a posteriori* (163).

Le guide d'entretien, en annexe 9, a été construit de façon à considérer le parcours des diplômés de manière chronologique, en reprenant les grandes étapes du parcours des diplômés de médecine générale, à savoir : les études de médecine, la formation spécifique en médecine générale et l'évolution de la situation professionnelle, jusqu'à la situation coïncidant avec le moment de l'étude.

Les entretiens ont été réalisés par six membres de l'équipe de recherche, dont l'auteure de cette thèse. Les chercheurs ont interrogé des diplômés de l'université à laquelle ils étaient affiliés. Vingt entretiens devaient être réalisés par université.

²⁵ Tel que défini dans la précédente étude, à savoir un minimum de 38 heures de travail hebdomadaire et 75 % du temps de travail consacré à la médecine générale (c'est-à-dire aux consultations et aux visites).

Ces entretiens, d'une durée comprise entre vingt-deux et septante minutes (avec une moyenne de quarante-trois minutes), ont été enregistrés après obtention de l'accord du participant, puis intégralement retranscrits.

5.1.3. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a été réalisée en deux phases.

La première phase a consisté en une analyse thématique des entretiens. Elle a été réalisée à l'aide d'une grille structurée reprenant la chronologie du parcours professionnel, dans le but d'identifier les facteurs d'influence des parcours des diplômés de médecine générale. (Annexe 10) Les résultats ont été analysés par deux chercheurs, dont l'auteur de cette thèse qui a analysé les deux tiers des entretiens puis procédé à l'interprétation de l'entièreté des résultats. Afin de réduire les biais liés à l'interprétation des propos, les *verbatim* ont été contrôlés par un chercheur de formation différente (un sociologue).

Quant à la seconde phase, elle consistait en une analyse biographique, se rapprochant des récits de vie. Elle a été réalisée afin de retracer la trajectoire singulière des individus. Pour cela, une représentation graphique des parcours fut effectuée. Celle-ci avait pour objectif de représenter les parcours en les séquençant selon les grandes étapes décrites au point 5.1.2. et, en indiquant les choix professionnels des diplômés à la fin de ces étapes. Ensuite, les facteurs ayant influencé les choix des diplômés étaient ajoutés. Ces facteurs étaient identifiés grâce aux questions de relance permettant au chercheur, lors des entretiens, de demander aux diplômés d'exposer les raisons les ayant conduits à poser un choix professionnel. Ils étaient indiqués sur la représentation graphique en leur attribuant l'intitulé défini par l'analyse thématique. Notons qu'une distinction a été faite entre les facteurs influençant le parcours professionnel et ceux influençant les choix des diplômés, car certaines modifications du parcours peuvent être liées, non pas à des choix, mais à des contraintes. Ensuite, l'application d'un séquençage commun des parcours individuels et l'utilisation des mêmes intitulés concernant les facteurs d'influence, ont permis une comparaison afin de mettre à jour des similitudes entre les parcours des diplômés. Un exemple de représentation graphique d'un parcours est présenté à la figure 19.

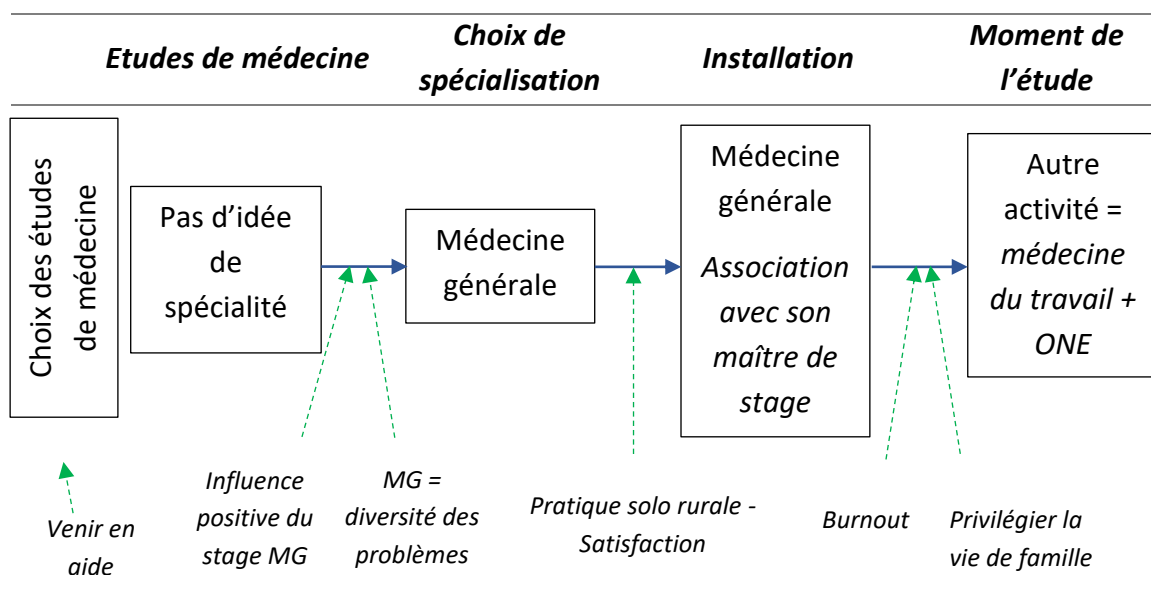


Figure 19 : Exemple de représentation graphique du parcours d'un diplômé

5.1.4. Comité d'éthique

La méthodologie de recherche globale a reçu l'approbation des comités d'éthique des trois universités engagées dans la recherche (UCL : 2014/517, ULB : 2014/437, ULiège : B707201422436).

5.2. Résultats

Afin d'en faciliter la lecture, les résultats seront présentés selon quatre grandes périodes aboutissant chacune à une décision d'orientation professionnelle (à l'exception de la dernière période s'achevant au moment de l'enquête) :

- la période précédant les études de médecine s'achevant avec la décision d'entamer ces études ;
- les études de médecine se terminant avec la décision de se spécialiser en médecine générale ;
- la formation spécifique en médecine générale aboutissant à la décision de s'installer en tant que médecin généraliste ;
- le parcours professionnel suivant l'obtention du diplôme de médecin généraliste. En fonction de l'année à laquelle ils avaient été diplômés, cette dernière période pouvait être plus ou moins longue (allant de 2 ans, pour les diplômés de 2013, à 16 ans pour les diplômés de 1999) et avoir connu plus ou moins de modifications d'activités ou d'organisation professionnelle.

Chaque section sera composée de la présentation des différents types de parcours, mis en évidence grâce à l'analyse biographique individuelle des entretiens, ainsi que des facteurs ayant conduit aux décisions professionnelles effectuées par les diplômés à la fin de ces périodes, objectivés par l'analyse thématique.

Les suggestions apportées par les diplômés afin d'améliorer l'attraction et le maintien dans la profession des médecins généralistes seront exposées à la fin de cette section.

5.2.1. Présentation des répondants

Cinquante-neuf diplômés, sélectionnés parmi les trois groupes-cibles, ont accepté d'être interrogés. Comme mentionné, nous avons prévu, à l'origine, de recruter une proportion équivalente de diplômés issus de chaque catégorie.

Cependant, lors des entretiens, il est apparu que certains diplômés avaient changé leur organisation de travail ou leurs activités professionnelles entre le moment où ils avaient répondu au questionnaire et celui où ils avaient été interrogés, la plupart au sein du groupe des diplômés travaillant à temps partiel. Les données en notre possession, issues de la phase précédente de l'étude et ayant servi au recrutement, n'étaient donc plus d'actualité et ont dû être corrigées. De plus, un diplômé, ayant indiqué pratiquer à temps partiel la médecine générale, exerçait, dans les faits, exclusivement une médecine alternative (homéopathie). Par conséquent, ce diplômé a donc été requalifié en tant que « n'exerçant pas la médecine générale au moment de l'étude ».

Le corpus d'entretiens de cette phase deux est composé de :

- vingt-deux diplômés exerçant la médecine générale à temps plein,
- quinze l'exerçant à temps partiel,
- vingt-deux ne pratiquant pas (ou plus) cette spécialité au moment de l'étude.

Au sein de ces trois groupes, les diplômés possédaient des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles variées (en termes de types d'activités pratiquées, de lieu de travail, etc.).

Les caractéristiques complètes des répondants se trouvent dans le tableau 61. Ces caractéristiques ont été contrôlées entre les deux phases de l'étude.

Tableau 61 : Caractéristiques des répondants

<i>Participant</i>	<i>Sexe</i>	<i>Année de diplôme</i>	<i>Université d'origine</i>	<i>Type d'activité</i>	<i>Province</i>	<i>Type de pratique</i>
D1	H	2006	UCL	Temps plein	Brabant Wallon	Solo
D2	F	2000	UCL	Temps partiel	Brabant Wallon	Solo
D3	F	2010	UCL	Temps plein	Brabant Wallon	Multi
D4	H	2011	UCL	Temps plein	Hainaut	Mono
D5	H	2002	UCL	Temps plein	Brabant Wallon	Mono
D6	H	1999	UCL	Temps plein	Bruxelles	Multi
D7	F	2004	UCL	Temps plein	Hainaut	Mono
D8	F	2013	UCL	Temps partiel	Luxembourg	Solo
D9	H	2006	UCL	Temps plein	Luxembourg	Solo
D10	F	1999	UCL	Plus de MG	/	/
D11	H	2001	UCL	Plus de MG	/	/
D12	F	2003	UCL	Plus de MG	/	/
D13	H	2003	UCL	Temps partiel	Namur	Multi
D14	H	2006	UCL	Plus de MG	/	/
D15	F	2012	UCL	Temps partiel	Brabant Wallon	Multi
D16	F	2006	UCL	Plus de MG	/	/
D17	F	2011	UCL	Plus de MG	/	/
D18	F	2000	UCL	Plus de MG	/	/
D19	F	2000	UCL	Plus de MG	/	/
D20	F	2013	ULB	Temps plein	Bruxelles	Multi
D21	H	2000	ULB	Temps plein	Hainaut	Solo
D22	H	2008	ULB	Plus de MG	/	/
D23	F	2012	ULB	Temps partiel	Luxembourg	Multi
D24	H	2012	ULB	Temps plein	Hainaut	Mono
D25	H	2006	ULB	Plus de MG	/	/
D26	F	1999	ULB	Temps plein	Hainaut	Solo
D27	H	2011	ULB	Plus de MG	/	/
D28	F	2009	ULB	Plus de MG	/	/
D29	F	2004	ULB	Plus de MG	/	/
D30	F	2011	ULB	Temps plein	Bruxelles	Mono
D31	F	2013	ULB	Temps partiel	Bruxelles	Mono
D32	F	2010	ULB	Temps plein	Hainaut	Polyclinique
D33	F	2010	ULB	Temps partiel	Bruxelles	Mono
D34	F	2004	ULB	Plus de MG	/	/

Tableau 61 (suite) : Caractéristiques des répondants

D35	F	2006	ULB	Temps partiel	Bruxelles	Mono
D36	F	2001	ULB	Plus de MG	/	/
D37	F	2003	ULB	Plus de MG	/	/
D38	H	2012	ULB	Temps partiel	Bruxelles	Mono
D39	F	2005	ULB	Plus de MG	Bruxelles	/
D40	H	2010	ULB	Temps partiel	Bruxelles	Multi
D41	H	2002	ULB	Temps plein	Hainaut	Mono
D42	H	2011	ULiège	Temps plein	Liège	Solo
D43	F	2008	ULiège	Temps partiel	Liège	Multi
D44	F	2011	ULiège	Plus de MG	/	/
D45	F	2006	ULiège	Temps partiel	/	/
D46	H	2005	ULiège	Temps plein	Liège	Mono
D47	F	2006	ULiège	Plus de MG	/	/
D48	F	1999	ULiège	Temps partiel	Liège	Mono
D49	F	2011	ULiège	Temps partiel	Liège	Multi
D50	F	2002	ULiège	Plus de MG	Bruxelles	/
D51	F	2003	ULiège	Temps plein	Liège	Mono
D52	F	2001	ULiège	Plus de MG	/	/
D53	H	2001	ULiège	Plus de MG	/	/
D54	H	2009	ULiège	Temps plein	Liège	Multi
D55	F	2011	ULiège	Temps plein	Liège	Solo
D56	F	2009	ULiège	Temps plein	Liège	Mono
D57	F	2003	ULiège	Temps plein	Liège	Mono
D58	H	2010	ULiège	Temps plein	Liège	Solo
D59	F	2004	ULiège	Temps partiel	Liège	Multi

5.2.2. Parcours des diplômés de médecine générale

L'analyse biographique individuelle des entretiens a permis d'objectiver l'existence de plusieurs types de parcours, caractérisés par le maintien ou le changement, à différentes étapes, des choix professionnels.

La figure 20 représente les trajectoires que les diplômés de médecine générale ont pu suivre, du choix de leurs études de médecine au moment de l'enquête.

Les diplômés se différençaient, au début de leurs études de médecine, en fonction du choix de spécialisation qu'ils envisageaient. Puis, à la fin de leurs études, ils se répartissaient entre ceux souhaitant s'orienter vers la médecine générale et ceux y étant contraints.

L'analyse biographique individuelle a montré que, parmi les diplômés interrogés, ceux qui avaient été contraints de suivre la formation spécifique en médecine générale

avaient tous arrêté la pratique de la médecine générale directement après l'obtention de leur diplôme.

Quant à ceux souhaitant se spécialiser en médecine générale, la plupart s'étaient installés à la fin de leur formation spécifique et avaient exercé cette discipline jusqu'au moment de l'étude (avec parfois des modifications de leur cadre de travail au cours de leur parcours). Par contre, d'autres avaient choisi d'arrêter la pratique de la médecine générale, soit directement au terme de leur formation spécifique, soit après avoir pratiqué quelques années. Les raisons de ces réorientations étaient variées et seront présentées dans les sections suivantes.

L'analyse biographique des entretiens a également montré que les facteurs mis en cause par les diplômés dans les réorientations professionnelles ont également été cités par ceux pratiquant la médecine générale au moment de l'étude comme des facteurs ayant conduit à des modifications d'organisation, de lieu ou de type d'exercice.

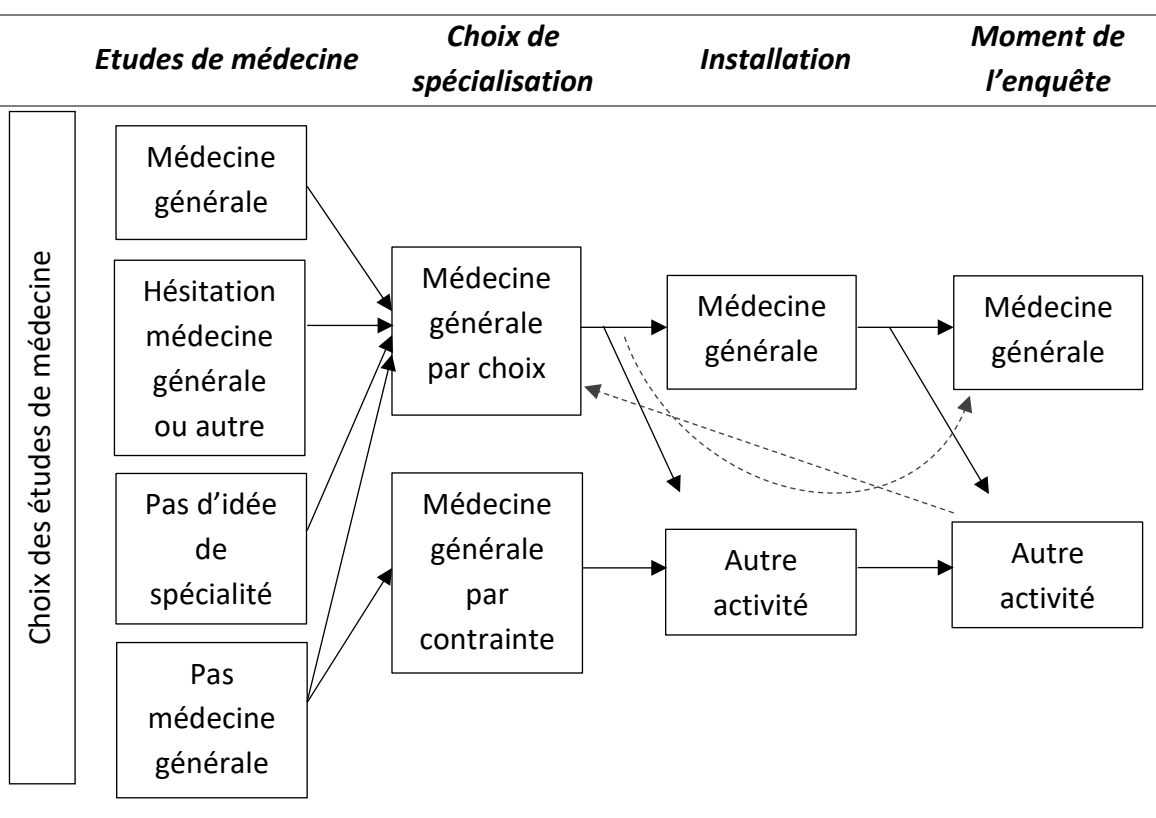


Figure 20 : Schématisation des parcours des diplômés en médecine générale (en pointillés, les parcours suivis uniquement par un diplômé)

Ces parcours vont maintenant être présentés, en les divisant en quatre grandes périodes reprenant chacune l'analyse des parcours des diplômés pendant cette période (analyse biographique) ainsi que celle des facteurs ayant conduit aux décisions professionnelles (analyse thématique).

Première période : avant le choix des études de médecine

Analyse des parcours des diplômés pendant la période précédant le choix des études de médecine

Le cheminement ayant mené les diplômés à la décision d'entamer des études de médecine variait d'un individu à l'autre. Certains souhaitaient être médecin depuis leur petite enfance, alors que d'autres ont pris leur décision pendant leurs études secondaires, voire à la fin de leur dernière année de secondaire, au moment où ils devaient s'inscrire dans une filière d'études supérieures. Parmi ceux pour qui les études de médecine n'étaient pas une évidence, certains hésitaient entre plusieurs filières d'études, ce qui les a conduits à comparer études, débouchés et caractéristiques du métier. En outre, quelques diplômés avaient suivi une autre formation universitaire avant d'entamer des études de médecine.

« J'ai toujours voulu faire la médecine, depuis que je suis tout petit. » (D1)

« J'ai hésité entre la médecine et l'histoire en dernière année de secondaire. J'hésitais parce que les deux m'intéressaient. L'une plus pour le fait d'aider les gens dans un truc un peu abstrait. Et l'autre, parce que l'histoire me passionnait. Donc je me suis dit : pourquoi pas faire médecine et puis lire de l'histoire si je veux à côté. » (D27)

Facteurs influençant le choix des études de médecine

L'analyse thématique des entretiens a permis d'identifier quatre groupes de facteurs ayant influencé le choix des études de médecine chez les diplômés interrogés : des caractéristiques des études, des caractéristiques de la profession, des expériences personnelles marquantes et l'entourage des diplômés.

Parmi les caractéristiques des études, le facteur de choix le plus fréquemment cité par les diplômés était le caractère scientifique des études. Le large panel de débouchés offert par le diplôme (pratique clinique, recherche, etc.) était également valorisé. Par contre, la longueur et la difficulté des études avaient fait hésiter certains diplômés.

La plupart des diplômés indiquaient également avoir choisi ces études en fonction des caractéristiques de la profession de médecin, c'est-à-dire une profession d'aide et de soins, au contact direct des personnes. Ont également été évoqués comme facteurs de choix des études de médecine : l'autonomie (dans la pratique de la médecine, mais également dans la manière d'organiser sa vie professionnelle par rapport à sa vie privée) et le statut social.

« La médecine me plaisait pour son côté scientifique et aussi son contact avec les êtres humains, l'aide qu'on peut apporter à la société de façon générale. En tout cas, c'est ce qui m'a incité à faire la médecine. » (D38)

Des événements personnels marquants ont pu influencer les diplômés dans leur volonté d'aider et de soigner. Certains ont été confrontés à la maladie pendant leur enfance ou

leur adolescence, que ce soit en ayant eux-mêmes été malades ou en ayant été témoins de la maladie d'un proche. D'autres se souviennent avoir été marqués par des reportages télévisés montrant la souffrance de populations faisant face à la famine ou à des épidémies.

« Ça m'a marquée. Enfin j'avais sept ans, un jour on a amené mon frère – c'est un souvenir d'enfant –, mais j'ai souvenir qu'il était tout bleu dans la voiture quand on l'a amené à l'hôpital. [...] Ça a été un événement super marquant dans le cercle familial, ça c'est sûr. C'est sûr que cela, oui, ça a eu une influence pour m'amener vers la médecine. » (D44)

Pour terminer, l'entourage des diplômés a pu jouer un rôle important dans leur décision d'entamer des études de médecine soit de façon directe (pour faire plaisir à leurs parents, par exemple), soit de manière indirecte en raison d'une sorte de « culture familiale », dans des familles où un ou plusieurs membres étaient médecins ou avaient une profession en lien avec la médecine. Des personnes extérieures à la famille comme des enseignants ou des médecins de l'entourage ont pu également les encourager dans cette voie.

« Je baignais déjà un peu dans ce milieu. Mon père était psychiatre et il y a d'autres médecins dans la famille. [...] Je ne sais pas si c'était un réel choix mais voilà, cela m'intéressait aussi. » (D19)

Deuxième période : les études de médecine

Parcours des diplômés au cours des études de médecine

Au début des études de médecine, les diplômés pouvaient : souhaiter se spécialiser en médecine générale, hésiter entre la médecine générale et une autre spécialité, ne pas avoir d'idée de spécialisation ou désirer opter pour une autre spécialisation que la médecine générale. A partir de ces situations, les aspirations des diplômés ont pu évoluer, jusqu'à la fin des études de médecine où ils ont dû énoncer un choix définitif. Si la plupart des diplômés interrogés souhaitaient se spécialiser en médecine générale, d'autres y ont été contraints. Ces contraintes pouvaient être liées à l'échec au concours d'une autre spécialité, au besoin de suivre une formation de spécialisation afin de pouvoir, par après, accéder à une formation complémentaire pour laquelle il n'existait pas d'agrément spécifique²⁶, ou encore à des obligations familiales les forçant à choisir une formation courte.

De l'analyse biographique des entretiens, cinq types de parcours ont pu être mis en évidence entre le début et la fin des études de médecine.

²⁶ C'était le cas par exemple du brevet de médecine aiguë qui était accessible uniquement aux médecins détenteurs d'un diplôme de médecine générale, de médecine interne ou d'anesthésie. Des répondants souhaitant s'orienter vers ce brevet ont choisi la médecine générale en raison la durée de formation plus courte que les autres. Ce brevet n'existe plus.

Tout d'abord, une partie des diplômés avait désigné la médecine générale comme unique choix de spécialisation au début de leurs études et ont confirmé ce choix à la fin du cursus. Si certains ont hésité, à un moment de leur formation universitaire, avec d'autres spécialisations, ces hésitations n'ont pas mené à une réelle remise en question de la médecine générale.

« J'ai toujours été intéressée par la médecine générale, déjà depuis le départ. En cours d'études, j'ai bien pensé à une chose ou l'autre, mais mon choix est toujours revenu vers la médecine générale et voilà, je me suis lancée... »
(D51)

Ensuite, certains diplômés ont hésité entre la médecine générale et une, ou plusieurs autres spécialités. La décision finale fut souvent prise en considérant à la fois les caractéristiques des spécialités et celles de la formation (comme sa longueur ou l'obligation de présenter un concours). Généralement, ces différents éléments sont apparus aux diplômés lors des stages ou par la fréquentation de médecins de l'entourage. Les caractéristiques des spécialités étaient souvent présentées en miroir vis-à-vis de la médecine générale : la diversité de la pratique en médecine générale *versus* le cantonnement à un domaine spécialisé, l'indépendance en médecine générale *versus* la hiérarchie du milieu hospitalier, etc. Certains diplômés, hésitant entre deux spécialités, ont choisi la médecine générale dans l'idée de poursuivre par la suite une activité complémentaire en lien avec l'autre spécialité envisagée comme, par exemple, les consultations en centre de planning familial pour la gynécologie ou la médecine du sport pour la physiothérapie. Notons également que pour quelques diplômés, la décision finale de se spécialiser en médecine générale s'est faite quelque peu malgré eux, soit parce que leurs résultats universitaires les ont dissuadés de présenter un autre concours, soit en raison d'événements dans leur vie privée qui les ont empêchés de présenter ledit concours.

« Les stages qui m'ont marqué, ce sont les stages de pédiatrie, parce que j'aimais beaucoup ça. J'ai longtemps hésité entre la pédiatrie et la médecine générale. [...] Ça s'est vraiment décidé au tout dernier moment. Là aussi c'était plus la qualité de vie par la suite. Entre la médecine générale et la pédiatrie. Je ne me voyais pas au bout de mes sept ans, recommencer cinq ans d'assistantat²⁷ en pédiatrie. J'ai vu un petit peu la vie des assistants en pédiatrie et franchement, je n'avais pas envie de ça, j'en avais un peu ras-le-bol. » (D5)

Par ailleurs, une partie des diplômés n'avaient pas d'idée précise de la spécialisation qu'ils allaient choisir. Ils indiquaient avoir souhaité rester ouverts à toutes les spécialités, profitant des stages pour voir s'ils déclenchaient chez eux un intérêt particulier ou, au

²⁷ Nom usuel de la formation de spécialisation. Les médecins en formation de spécialisation sont quant à eux usuellement nommés « assistants ».

contraire, une aversion. Ces diplômés ont pu avoir de réels « coups de cœur » pour une spécialité – ou pour un mode de pratique en particulier –, et certains exprimaient avoir eu l'impression de « *trouver leur place* » dans cette spécialité. D'autres, au contraire, ont pu choisir leur spécialisation par l'élimination successive des spécialités qu'ils découvraient. De la même manière que pour le type précédent, un échec aux concours ou un événement de vie a pu limiter leur choix.

« Je me rappelle que pendant les doctorats, je me disais : « ne te ferme pas non plus une porte » parce que peut-être que quelqu'un va te donner une passion pour telle ou telle spécialité. [...] C'était souvent des choix d'exclusion : « ça je sais que je ne veux pas faire, mais pour le reste je me laisse la possibilité de me laisser convaincre » ». (D20)

Quant aux diplômés qui n'envisageaient pas la médecine générale comme choix de spécialisation, ils avaient commencé leurs études de médecine avec une idée bien précise de la spécialité qu'ils souhaitaient exercer plus tard, ou n'étaient pas décidés mais excluaient la médecine générale des choix possibles.

Parmi eux, certains ont vu leur choix évoluer en fonction des différentes expériences vécues au cours de leurs études et ont finalement décidé de s'orienter en médecine générale.

« Je voulais faire la pédiatrie jusqu'à ce que je passe en médecine générale où je me suis dit « C'est cool, on voit des enfants, on fait de tout, et puis voilà ». Mais c'est vraiment resté flou super longtemps jusqu'au moment où j'ai fait des stages en médecine générale. » (D55)

Au contraire, d'autres ont confirmé, à la fin de leurs études de médecine, ne pas souhaiter exercer la médecine générale. Ils ont tout de même été contraints de suivre cette formation spécifique en raison d'un échec au concours de la spécialité désirée, de raisons privées ou afin d'accéder par après à une formation ouverte uniquement à des médecins agréés comme, par exemple, le brevet de médecine aiguë.

« Je m'étais mis en tête l'idée de faire médecine interne mais en fait, mes cotes étaient ce qu'elles étaient et qu'il n'y avait que 15 places en médecine interne, je n'ai pas été pris. Là, je me suis réorienté vers la médecine générale mais c'était clairement un second choix. » (D6)

Au sein de notre échantillon, une diplômée a suivi un parcours différent. A la fin de ses études de médecine, elle s'était spécialisée dans un autre domaine. Puis, quelques années après l'obtention de son diplôme de spécialisation, elle avait choisi de se réorienter et a suivi la formation en médecine générale.

Facteurs influençant le choix de spécialisation en médecine générale

Quel que soit le parcours des diplômés, les facteurs influençant le choix de spécialisation pouvaient être en lien avec les caractéristiques de la profession, les conditions de travail et leur impact sur la vie privée, l'université, l'entourage des diplômés, le format de la formation spécifique en médecine générale (c'est-à-dire essentiellement la durée de la formation et ses conditions d'accès) et des facteurs privés (tels que la conciliation avec le travail du conjoint et la vie familiale, par exemple). L'influence de l'université et des médecins de l'entourage s'opérait essentiellement en modifiant les représentations que les diplômés avaient initialement des spécialités médicales.

Tout d'abord, de nombreux diplômés ont choisi la médecine générale pour ce qu'ils considéraient comme étant ses caractéristiques intrinsèques, à savoir : la diversité (tant en termes de patients que de problèmes rencontrés), l'approche globale du patient et le suivi longitudinal des patients, ainsi que l'autonomie dans l'organisation de travail. La médecine générale permettait également, pour certains de pratiquer des activités complémentaires comme les consultations en planning familial ou en médecine du sport. Cependant, ces éléments, bien que souvent recherchés, étaient, pour certains, sources d'inquiétudes car ils considéraient, par exemple, que la diversité entraîne l'incertitude et que l'autonomie engendre l'isolement. Quelques répondants avaient également peur d'une certaine routine dans la pratique de la médecine générale.

« Il y a, dans la médecine générale, une approche et un contact avec le patient qu'on peut rarement trouver ailleurs. [...] Ce n'est pas du tout la même approche en médecine générale. C'est beaucoup plus global. On peut prendre du temps avec un patient si on a envie de prendre du temps. On peut envisager une manière de bosser très différente que celle de l'hôpital. » (D33)

« Et quand on aime la perfection du détail, la gestion de l'incertitude, c'est terriblement angoissant. [...] La gestion de l'incertitude ; il y a, je pense, des gens qui aiment savoir une chose limitée mais très, très, très bien et des gens qui aiment savoir un peu de tout de façon moins approfondie. [...] Et dans la culture actuelle de mise en valeur de l'expertise pointue, c'est forcément socialement pas très bien vu de connaître tout un petit peu même si on le connaît suffisamment pour bien aider les gens. » (D50)

De plus, les conditions de travail et leur impact sur la vie privée étaient également des éléments pris en considération par les diplômés dans leur choix de spécialisation. La médecine générale était souvent, pour les diplômés, synonyme de charge de travail élevée et d'horaires difficilement conciliables avec la vie familiale. Néanmoins, même si cela en effrayait certains, la majorité estimait pouvoir modifier ce modèle afin d'équilibrer vie privée et vie professionnelle.

« La médecine générale a cette réputation d'être complètement incompatible avec une vie de famille. [...] Je pense qu'on nous présente un modèle de la médecine générale qui est un modèle figé, alors que la médecine générale est, en réalité, quelque chose qui est beaucoup plus ouvert et beaucoup plus vaste, avec des organisations beaucoup plus possibles que ce qu'on nous donne comme image. » (D45)

Ensuite, l'université a eu une influence considérable sur le choix de spécialisation de nombreux diplômés, essentiellement à travers les cours et les stages qui leur ont permis de se confronter aux différentes spécialités. Les stages pouvaient aussi bien générer un intérêt qu'entraîner une aversion pour une spécialité. Cela était dû à la fois aux caractéristiques de la spécialité elle-même, mais également à l'ambiance du service et à l'encadrement, certains maîtres de stage ayant été des figures marquantes pour les diplômés.

« Les stages en troisième doctorat m'ont bien permis de m'orienter. C'est là que je me suis rendu compte que la chirurgie, ça ne serait pas pour moi. (Rires.) » (D35)

Pour de nombreux diplômés, les cours et les stages hospitaliers ont généré de l'aversion pour les spécialités hospitalières. Parmi eux, certains regrettaient l'hyperspécialisation et le cloisonnement des disciplines, alors que d'autres n'appréciaient pas le climat de travail en milieu hospitalier qu'ils trouvaient basé sur la hiérarchie et la compétition, ou estimaient que les conditions de travail à l'hôpital ne permettaient pas de développer des relations privilégiées avec les patients.

« Je me sentais mal dans le système hospitalier. Et je crois que maintenant avec le recul, c'était le fait que cet objectif commun à tout le monde, aux infirmiers, aux médecins, aux spécialistes, qui est l'aide aux personnes, était tellement dilué dans tout le reste, dans la hiérarchie, dans les conflits, dans les malaises, ... » (D27)

Au contraire, les stages de médecine générale ont généralement influencé positivement la décision de se spécialiser en médecine générale, en donnant aux diplômés l'occasion de découvrir cette spécialité, parfois pour la première fois. Les diplômés ayant obtenu leur diplôme de plus longue date n'ont cependant pas tous effectué de stage en médecine générale. Ces stages étant jusqu'il y a peu optionnels, de nombreux diplômés ont dû attendre d'avoir fait leur choix de spécialité avant d'être en contact avec la médecine générale. Plusieurs le regrettaient, car ils estimaient qu'être confrontés à la médecine générale plus tôt dans le cursus les aurait aidés dans leur choix de spécialisation en leur permettant d'avoir une représentation plus claire de la discipline. Par contre, certains diplômés ont été déçus de leurs stages, soit parce que le type de pratique ne leur plaisait pas, soit parce que le maître de stage transmettait une image du métier ne correspondant pas à leurs attentes.

« Premier stage de médecine générale au mois de septembre où j'ai adoré. Je me suis dit : « c'est vraiment ça que j'aime, finalement ». » (D56)

« J'ai fait un stage de médecine générale, le tout premier, qui franchement m'a dégoûté de la médecine générale. Donc c'était un mec, il travaillait tout seul dans un petit village. Il faisait des horaires de fou, il n'était pas spécialement sympa... Et donc voilà. Et puis après j'ai fait un stage de médecine générale en dernière année je pense, si je ne me trompe pas. Et ça c'était vraiment très très bien. » (D28)

« On n'a pas eu à l'époque un stage de médecine générale. C'était dommage, cela aurait été intéressant pour choisir en connaissance de cause. » (D12)

De nombreux diplômés ont aussi rapporté un dénigrement de la médecine générale par des enseignants et des maîtres de stage d'autres spécialités. Pour certains, cela a rendu leur choix difficile à assumer.

« La médecine générale est très dénigrée par les spécialistes et ceux qui nous donnent cours durant les sept années. Et donc du coup, si on ne la connaît pas un peu de soi-même ou de l'extérieur, on ne va pas aller vers la médecine générale. Et ça je trouve ça très dommage. » (D35)

En outre, leur entourage a également pu influencer les diplômés. Quelques-uns indiquaient que le dénigrement de la médecine générale avait aussi cours dans la population générale et que leur famille ou leurs amis les incitaient à choisir une autre spécialisation. Au contraire, leur propre médecin généraliste ou un proche exerçant cette profession ont pu les encourager à se spécialiser en médecine générale.

« Dans mon tout jeune âge, j'habitais un village où nous avons un médecin traitant qui était assez sympathique, assez accessible et avec lequel mes parents s'entendaient bien. J'étais déjà un peu influencé. » (D4)

Par ailleurs, la spécialisation en médecine générale a, de par son format, attiré de nombreux diplômés. Etant plus courte que les autres, elle a séduit les individus cherchant à être rapidement indépendants. D'autres, n'ayant pas apprécié leur expérience lors des stages hospitaliers, souhaitaient une formation extrahospitalière. Enfin, la facilité d'accès à la spécialité fut également un facteur de choix pour une partie des diplômés et une solution de repli pour d'autres, qui avaient échoué au concours d'une autre spécialité.

« Il y a aussi l'aspect plus rampant dans les études de devoir se distinguer pour pouvoir avoir sa place dans une spécialité, cela ça ne m'intéressait pas. » (D51)

Enfin, des facteurs en lien avec la vie privée des diplômés ont pu intervenir à différents niveaux dans leur choix de spécialisation. Plusieurs diplômés ont, par exemple, indiqué avoir choisi la médecine générale, car cette spécialité leur semblait plus compatible avec la vie familiale, une installation en zone rurale ou avec des possibilités d'emploi à l'étranger. Un événement de la vie privée, tel que le décès d'un proche au moment du choix de spécialisation, a également pu orienter la décision, comme ce fut le cas pour une répondante.

« Je ne me suis pas spécialement orientée vers la médecine générale. Disons qu'il n'y avait pas d'autre alternative. Je ne voulais pas faire une spécialisation, car j'étais déjà en couple avec mon mari qui est aussi médecin, et lui voulait faire une spécialisation. Je me voyais mal faire, à deux, une spécialisation. Je n'avais pas spécialement envie de vouloir retarder d'avoir des enfants, sachant que nous étions ensemble depuis assez longtemps. » (D10)

« J'avais retenu deux options dont la médecine générale. [...] Et il se fait que mon frère s'est suicidé la veille du concours de l'autre spécialité, que je n'ai jamais présenté donc du coup, et je me suis dit que c'était le destin, entre guillemets. » (D44)

Troisième période : la formation spécifique en médecine générale et l'installation

Parcours des diplômés au cours de la formation spécifique en médecine générale

Trois parcours furent identifiés au cours de la formation spécifique en médecine générale.

Premièrement, la plupart des diplômés interrogés qui avaient choisi de se spécialiser en médecine générale et se sont installés en tant que médecins généralistes à la fin de leur formation. L'installation des diplômés a parfois été retardée en raison d'un voyage ou de la participation à un programme humanitaire, par exemple. Certains ont choisi de s'installer en conservant une pratique identique à celle adoptée durant leur assistantat (parfois en s'associant avec leur ancien maître de stage) ; d'autres, au contraire, ont décidé de changer de type de pratique et de lieu d'exercice. Quelques répondants ont d'ailleurs changé de lieu de formation en réaction à des difficultés par rapport à la pratique de la médecine générale.

« J'ai demandé à mon maître de stage si je pouvais rester et on s'est associés. C'est son cabinet mais on est considérés comme une association de médecins avec dossiers partagés, etc. [...] C'était une suite logique. [...] Par rapport à la pratique médicale, je n'ai pas senti de gap entre l'assistantat et la pratique indépendante... » (D31)

« Pendant mon assistantat, je me suis énormément posé de questions. C'était super chouette mais cela ne me correspondait pas du tout. J'ai un

tempérament à travailler en groupe et pas toute seule. Travailler à deux, cela ne m'allait pas du tout. [...] L'assistantat, cela a été des années difficiles, car je n'étais de nouveau pas sûre de moi, tous les 6 mois, je me disais cela ne me correspond pas, ce n'est pas ça ce que je veux faire et peut-être pas du tout la médecine. » (D15)

Deuxièmement, une partie des diplômés qui avaient choisi de se spécialiser en médecine générale ne se sont pas installés comme médecins généralistes après leur formation. Parmi eux, se trouvaient des diplômés ayant remis leur choix en question en réaction à la pratique de la médecine générale. Cette remise en question de leur choix initial a pu être difficile à vivre. D'autres ont décidé de se réorienter après avoir eu l'opportunité d'exercer une activité qu'ils ont préférée à la médecine générale, que ce soit pour le travail en lui-même ou pour les bénéfices secondaires qu'elle leur apportait.

« Après 6 mois, je ne me plaisais pas dans ce que je faisais, je devais voir les choses en face, cela ne me plaît pas, je ne prends aucun plaisir à faire ça. J'avais pris une semaine de congé, et la veille de reprendre, je pleurais, je ne voulais pas recommencer ce boulot. Je n'en avais vraiment plus envie. [...] C'était le drame évidemment. J'avais trimé pendant plus de 7 ans pour avoir ce diplôme, et puis tout s'écroule... [...] Non pas que du stress, je ne saurais jamais expliquer toutes les raisons, bon il y a les horaires, les gardes, les week-ends, les gardes de soir. [...] Je ne les ai pas toutes comprises, je ne sais pas pourquoi j'ai eu un tel dégoût pour ce métier. Je pense que je suis quelqu'un de très perfectionniste, donc c'est très compliqué de bien tout gérer. Il y a toujours des choses que l'on ne maîtrise pas. C'est tellement vaste. » (D17)

« Une fois que j'ai commencé les six mois en stage hospitalier et que je suis tombée sur la gériatrie, là j'ai adoré. [...] J'ai continué là-dedans et je ne me suis plus posé la question de reprendre un cabinet. » (D36)

Troisièmement, dans notre échantillon, aucun des diplômés ayant été contraints de suivre la formation spécifique en médecine générale, ne s'est installé en tant que médecin généraliste. Parmi eux, certains avaient apprécié la pratique de la médecine générale, mais n'ont pas souhaité continuer à pratiquer cette discipline car ils préféraient une autre activité professionnelle, alors que pour d'autres, la formation en médecine générale les a confortés dans leur choix de suivre une autre orientation.

« Clairement, à la fin de mon cursus, c'était vraiment la médecine d'urgence qui m'intéressait. Et donc à l'époque, il n'y avait pas encore de spécialité en médecine d'urgence. Il fallait avoir une compétence en médecine d'urgence qui se rajoutait à un cursus soit en médecine interne, soit en chirurgie, soit en pédiatrie, soit en anesthésie. [...] Mais voilà. Et là je me suis rendu compte que la médecine générale, ce travail tout seul, ce n'était pas

quelque chose qui me convenait. [...] J'ai continué aux Urgences où je suis depuis quinze ans maintenant. [...] Mais je pense que dans l'absolu, si ça s'était mieux passé au niveau humain, peut-être que j'aurais pu continuer parce que je pense que la médecine d'urgence et la médecine générale, il y a quand même beaucoup de points communs. » (D34)

Facteurs influençant la décision de s'installer en tant que médecin généraliste au terme de la formation spécifique

Six groupes de facteurs, influençant la décision de s'installer en tant que médecin généraliste au terme de la formation spécifique, ont pu être identifiés : les caractéristiques de la profession, le sentiment d'être prêt à exercer la médecine générale, l'encadrement par le maître de stage, les conditions de travail, des opportunités professionnelles et des facteurs en lien avec la vie privée.

Premièrement, lors de la formation spécifique en médecine générale, les diplômés ont pu confronter leurs attentes vis-à-vis de la profession, à la réalité de la pratique. Pour certains, l'exercice de la médecine générale a été source de satisfaction en raison de la diversité des patients et des problèmes de santé rencontrés, de la pratique d'activités complémentaires (y compris de santé communautaire) et des relations établies avec les patients. D'autres, au contraire, ont ressenti de l'anxiété par rapport à la complexité des problèmes rencontrés – liée, selon eux, à la large variété des domaines et à la prise en charge globale des patients – ou par rapport aux urgences vitales. Ils ont également pu se sentir psychologiquement épuisés par les difficultés psycho-sociales et les demandes de certains patients. Ainsi, une partie de ces diplômés ont remis en question leur choix d'exercer la médecine générale, même si tous n'ont pas quitté la profession pour autant.

« Le docteur X, il allait travailler en maisons de repos, sans être coordinateur, à l'ONE, donc, il y avait pas mal de variété, que je faisais avec lui, aussi. J'étais aussi séduite par cette variété de choses, le type d'activités que l'on peut faire. Et oui, ce qui m'a bien enthousiasmée aussi, ce sont les projets communautaires, de santé communautaire, d'éducation à la santé. Je trouvais que ça donnait une autre dimension à mon métier de médecin généraliste. » (D43)

« Ce qui était extrêmement dur c'est que j'étais confrontée à une réalité brutale à laquelle je ne m'attendais pas. On soignait pas mal de toxicomanes. On avait beaucoup de gens déstructurés, très défavorisés. La confrontation à ça et le fait d'être démunie par rapport à ça...Surtout pour des patients avec des problèmes de santé mentale, psychiatriques lourds, chroniques. » (D19)

Deuxièmement, quelques diplômés ont éprouvé le sentiment de ne pas être prêts à exercer la médecine générale au terme de leur formation en médecine générale. Parmi ceux pour qui cette impression est apparue en cours de formation, certains ont décidé

de changer de lieu de stage dans l'espoir d'être mieux formés et d'acquérir plus d'expérience. Ceux qui ont conservé ce sentiment à la fin de leur formation, ont choisi de se réorienter.

« J'ai été vers l'hospitalier en me disant « en garde je n'avais vraiment pas confiance en moi » donc je me suis dit, je vais me cadrer. Et là, j'ai appris énormément. Et en six mois j'avais fait le tour de ce qui pouvait m'aider pour la médecine générale. » (D23)

Troisièmement, la qualité de l'encadrement du maître de stage a pu jouer un rôle important dans le maintien du choix de la médecine générale chez les diplômés. En effet, certains se sont sentis soutenus par leur maître de stage et ont indiqué avoir pu acquérir progressivement un sentiment de compétence. En revanche, d'autres signalaient un défaut d'encadrement lors de leur formation. Ils estimaient que leur maître de stage était soit trop peu présent (les diplômés expliquaient alors avoir travaillé seuls, de manière autonome et, souvent, avoir par ce biais appris à « se débrouiller »), soit, au contraire, les supervisait d'une façon que les diplômés jugeaient excessive (ils trouvaient, dans ce cas, que cela n'avait pas été bénéfique à leur formation, car ils n'avaient pas eu l'occasion d'acquérir de l'autonomie). La majeure partie de ces diplômés a d'ailleurs changé de lieu de stage en cours de formation. Par ailleurs, certains diplômés indiquaient avoir trouvé du soutien auprès des maîtres de stage responsables des séminaires locorégionaux²⁸, mais ce ne fut pas le cas de tous.

« Mon maître de stage était toujours joignable quand j'avais un problème. Je ne me suis jamais sentie larguée, je ne me suis jamais sentie laissée à moi-même. Pour moi, ça s'est vraiment super bien passé, comme je l'attendais d'un assistantat : avoir quelqu'un sur qui compter quand ça ne va pas, pouvoir répondre à mes questions et m'aiguiller pour la suite de ma carrière. [...] J'avais un séminaire locorégional très chouette. C'était un lieu où on pouvait exprimer tous les cas qu'on avait eus, les difficultés qu'on avait rencontrées, etc. » (D31)

Quatrièmement, les conditions de travail ont pu être source de remise en question de la pratique de la médecine générale. La charge de travail avait parfois été sous-évaluée par les diplômés. Par exemple, certains indiquaient que les stages de médecine générale ne leur avaient pas permis de prendre conscience de la charge administrative. Les gardes étaient aussi parfois source de stress et d'épuisement en raison de leur récurrence élevée.

« Au tout début je me disais « C'est cool, elle travaille le matin, elle travaille l'après-midi, il y a des trous », je ne me disais pas « C'est blindé de visites à

²⁸ Les séminaires locorégionaux (appelés séminaires 1/15 par l'INAMI) sont des réunions de supervision entre un groupe d'une quinzaine de médecins en formation et de souvent deux maîtres de stage (différents des maîtres de stage principaux des diplômés présents).

domicile, ou c'est blindé de « Tu cours et tu fais ta paperasse, ce genre de choses ». Donc là je pense que sur le côté administratif de la chose, sur le côté gestion du temps, j'étais peut-être un peu plus optimiste. » (D55)

Cinquièmement, certains diplômés ont eu, au cours de leur formation, des opportunités professionnelles qui ont influencé leur parcours. Ainsi, certains ont eu des propositions d'association ou de reprise de patientèle de la part de médecins généralistes (qui étaient souvent leur maître de stage), ce qui a facilité leur installation. D'autres ont eu l'occasion d'exercer des activités qui leur ont apporté plus de satisfaction – en raison des caractéristiques du travail ou des conditions de travail – que la pratique de la médecine générale, ce qui les a poussés à arrêter cette discipline.

« En fait à la base je voulais faire deux années [d'assistantat] à des endroits différents. [...] Et puis durant cette année-là, un des médecins de l'entité a arrêté. Quand elle a arrêté, elle m'a demandé si je ne voulais pas reprendre sa patientèle. » (D31)

« J'avais la chance d'avoir un très bon contact avec le chef de service qui m'avait proposé de faire ma première année dans son service. [...] Quand j'ai fini ma première année en médecine hospitalière, ils ont spontanément proposé de m'engager comme généraliste hospitalier. Chose qu'évidemment, j'ai accepté. » (D25)

Sixièmement, les choix professionnels des diplômés ont parfois été influencés par des choix de vie privée. Des diplômés, exclusivement des femmes, ont, par exemple, choisi des activités ou des types de pratique compatibles avec la vie familiale, ou ont décidé de ne pas s'installer comme médecin généraliste pour suivre leur conjoint à l'étranger.

Quatrième période : après l'obtention du diplôme de spécialiste en médecine générale

Parcours des diplômés après l'obtention de leur diplôme de spécialiste en médecine générale

Durant cette période suivant l'obtention du diplôme de médecin généraliste et la décision d'installation, les parcours des diplômés interrogés pouvaient être répartis en trois groupes.

En premier lieu, les diplômés qui s'étaient installés en tant que médecin généraliste, à la fin de la formation spécifique, ont continué à pratiquer cette spécialité jusqu'au moment de l'enquête. Toutefois, ils étaient nombreux à avoir, au cours de cette période, modifié leur organisation de travail et même, dans certains cas, leur type de pratique et/ou leur lieu d'exercice, en réaction aux conditions de travail ou en raison de facteurs privés tels que la naissance d'enfants ou le déménagement du lieu de vie, par exemple.

« Je suis partie de la maison médicale à un moment où vraiment je commençais à avoir l'impression que ça n'allait plus me plaire si je continuais à travailler comme ça. [...] Les choses ont fait que j'ai rejoint une

amie qui avait ouvert son cabinet et je me suis orientée vers la médecine de groupe. » (D33)

Ensuite, d'autres diplômés s'étant installés comme médecin généraliste ont pratiqué quelques années avant de décider de se réorienter. Ces décisions pouvaient être prises en réaction aux conditions de pratique de la médecine générale ou faire suite à l'envie de pratiquer une autre activité, ou encore être en lien avec des choix de vie privée, comme le fait de vouloir consacrer plus de temps à sa famille. Au moment de l'étude, ces diplômés n'envisageaient pas de recommencer un jour la pratique de la médecine générale, même si certains avaient apprécié cette pratique, en raison, entre autres, des efforts à consentir pour reprendre une pratique de médecine générale qui leur semblaient trop conséquents (remise à niveau des connaissances, démarches administratives, etc.).

« Je sais que la médecine générale me manque. Je ne sais vraiment pas comment la recommencer, parce que c'est dommage d'avoir appris des choses, et puis finalement de les perdre progressivement... Mais en même temps, si vraiment ça me tenait à cœur, pourquoi est-ce que je ne ferais pas les démarches pour relancer la machine... mais ça me semble une montagne à franchir, pour laquelle j'ai pas envie de mettre l'énergie. ... Et au plus les années s'écoulent, au plus quelque part je m'en éloigne. » (D22)

Quant aux diplômés ne souhaitant pas s'installer à la fin de leur formation, leurs parcours furent variés. Une partie de ces diplômés a suivi la voie qu'elle s'était tracée dès la fin de leurs études de médecine : suivre une autre formation (comme le brevet de médecine aiguë) ou travailler en milieu hospitalier. D'autres ont trouvé une activité leur convenant mieux que la médecine générale, soit par ses caractéristiques intrinsèques, soit par les avantages qu'elle offrait. Enfin, certains parcours étaient caractérisés par une volonté de mobilité professionnelle.

« Pour moi si j'ai un cabinet de médecine générale, je m'enracine, c'est terminé. C'est comme avoir un emprunt sur une maison avec une vie de famille... J'ai l'impression de perdre ma mobilité, ma liberté, ce qui en soit n'est pas nécessairement le cas. Je sais qu'une partie de moi va le vivre comme ça. J'ai besoin de cette possibilité de mouvements. Si je m'enracine, j'ai l'impression que je vais étouffer de l'intérieur. » (D14)

Une diplômée a suivi un parcours différent. Au terme de la formation en médecine générale, elle a choisi de travailler en milieu hospitalier car elle ne se sentait pas prête à exercer. Après plus de dix ans, elle a décidé de quitter son activité hospitalière et de s'installer en médecine générale.

Facteurs ayant influencé des changements de type de pratique ou de lieu d'exercice

Une partie des diplômés exerçant la médecine générale ont, à un moment de leur parcours, changé de type de pratique ou de lieu d'exercice.

Tout d'abord, les diplômés ont le plus souvent changé de lieu d'exercice en raison de mésententes qui pouvaient être liées à l'organisation de la pratique – des diplômés qui étaient restés sur leur lieu de formation devaient, par exemple, organiser leur travail en fonction de leur ancien maître de stage – ou à des conflits idéologiques.

« Ce que je voulais au départ c'était une vraie association. Mais une fois installée, j'ai vite « déchanté », car j'ai remarqué que c'était chacun pour soi. » (D18)

« J'avais dit, dès le départ, que je ne voulais pas du tout participer aux trucs politiques. Mais après, il y a eu une évaluation où on m'a dit « tu ne t'impliques pas dans les trucs politiques ». Je l'ai dit dès le départ, je ne veux pas m'impliquer dans les trucs politiques. Je veux faire de la médecine, et pas de la politique. » (D49)

En revanche, d'autres ont déménagé leur lieu d'exercice, ou leur lieu de vie, dans le but de diminuer le temps de trajet domicile – lieu de travail, ou au contraire, de les éloigner, afin de mettre de la distance avec les patients.

« J'ai fait les navettes pendant tout un temps. Puis, j'ai eu plusieurs enfants et ce n'était plus possible... Donc, j'ai dû prendre avec beaucoup de regrets la décision d'arrêter [de travailler à cet endroit]. Cela a été très difficile. » (D2)

« Les gens savent où on habite, quand tu vas chez le coiffeur, le coiffeur c'est le patient de ton collègue, tout le monde sait qui est tout le monde... Ça c'est très pesant parce que justement au niveau vie privée ce n'est pas si évident de faire la part des choses. Et donc, beaucoup de jeunes avec qui je parle, on a tendance à vouloir habiter dans un village et d'aller pratiquer quinze kilomètres plus loin, enfin moi c'est ce que j'ai fait maintenant. » (D25)

Ensuite, concernant le type de pratique, des diplômés travaillant dans des associations pluridisciplinaires ont choisi de changer de type de pratique en raison de la lourdeur ressentie dans l'organisation de certaines structures (autogestion, nombreuses réunions, etc.), de questions salariales (égalité ou impression de ne pas être rémunéré à sa juste valeur), des nombreux patients avec de lourds problèmes psycho-sociaux, mais également, dans certains cas, en raison d'une forte politisation de l'association. Ils ont alors décidé de rejoindre des associations mono-disciplinaires ou se sont installés en pratique solo.

« C'est plus dans le fonctionnement interne de l'équipe que le forfait me dérange, parce qu'alors il y a toujours des questions d'argent qui arrivent. Il y a aussi une déresponsabilisation, parce qu'on travaille un peu comme des fonctionnaires par moment. [...] Enfin parfois, certaines accueillantes travaillent de telle heure à telle heure et puis c'est terminé et elles ne comprennent pas que la médecine c'est pas aussi cadenassé. Il y a aussi du travail administratif qui n'est pas toujours compté dans les heures. [...] L'autogestion... En fait, une fois qu'on signe forfait, on signe autogestion, salariat, réunion d'équipe... [...] C'est un peu dommage. Je trouve qu'il y a un peu trop de réunions parfois. [...] Alors on case ça dans nos heures de soins. Et puis, on a moins d'heures de soins... » (D23)

Les diplômés exerçant en solo éprouvaient, quant à eux, souvent des difficultés à se faire remplacer. Dans l'objectif de mieux organiser leur temps de travail, certains se sont associés. Cependant, une partie des diplômés exprimaient la difficulté de trouver un associé qui leur convenait. Prendre un assistant pouvait être une solution à ce problème, car cela permettait aux deux futurs associés de tester leur collaboration.

« L'avenir de la médecine générale, ça va être de travailler à plusieurs. Pour le confort des horaires, pour la meilleure qualité du diagnostic. [...] Mais, le truc c'est de trouver la bonne personne. C'est ça qui rend cette mission peut-être impossible. Ou très très difficile. Je ne prendrai pas le premier venu. » (D21)

Facteurs ayant influencé le maintien dans la profession de médecin généraliste, après l'obtention du diplôme

Tout d'abord, les débuts de pratique en tant que médecin généraliste diplômé ont pu être associés à des difficultés propres à cette période. Elles étaient essentiellement liées à un accroissement du sentiment de responsabilité, mais elles pouvaient également être en lien avec des problèmes d'ordre administratif, des difficultés à trouver sa place dans une équipe ou encore à un manque de patients. Parmi ceux ayant éprouvé des difficultés à créer leur patientèle, certains ont exercé des activités complémentaires pour augmenter leurs revenus alors que d'autres ont cherché à accroître leur patientèle en acceptant toutes les demandes des patients, même celles qu'ils jugeaient abusives (des visites à domicile non justifiées ou des rendez-vous tard le soir, par exemple). Ces conditions de travail ont pu être source de stress.

« Je trouve que quand on finit l'assistantat il y a tout d'un coup une prise de conscience que voilà, maintenant on est seul et on est responsable. » (D28)

« Ce que j'avais mis en place, c'était justement la création de cette patientèle. Ça, ça m'a demandé beaucoup d'énergie. Voilà, tu as x patients d'un coup qui arrivent et tu n'oses pas dire non parce que si tu dis non la première fois qu'ils appellent, ils ne reviendront pas. Donc, tu dis oui à tout

le monde. Donc là, niveau horaires, niveau stress, niveau charge de travail, ça a été un peu hard mais pour un bénéfice après. » (D32)

Par la suite, plusieurs facteurs sont intervenus dans les intentions de maintien ou de départ de la profession de médecin généraliste : les caractéristiques de la profession, la pratique d'activités complémentaires, les conditions de travail (pouvant mener à un syndrome d'épuisement professionnel), le réseau professionnel, le soutien des pairs, la rémunération, l'image souvent négative de la profession auprès des médecins d'autres spécialités et du grand public, des opportunités professionnelles et des facteurs privés (en lien avec la famille ou un départ à l'étranger, par exemple). A l'exception des opportunités professionnelles et des facteurs privés, ces facteurs agissaient essentiellement en modifiant la satisfaction au travail des diplômés.

Tout d'abord, les caractéristiques intrinsèques de la médecine générale (la diversité, le contact privilégié avec les patients, le suivi longitudinal, l'autonomie, la prévention, etc.) apportaient généralement de la satisfaction aux diplômés. Cependant, de nombreux diplômés ont mis en évidence la relation souvent complexe qu'ils entretenaient avec leurs patients. Même s'ils appréciaient la relation établie avec la plupart d'entre eux, ils éprouvaient des difficultés à mettre des limites à certaines demandes, à rester dans leur rôle et à prendre du recul par rapport aux réactions des patients. Le sentiment de responsabilité et la peur de l'erreur étaient, aussi, pénibles à vivre pour une partie des diplômés.

« La plupart du temps, on aime bien nos patients ! Mais il y en a qui sont fatigants, qui nous demandent des certificats qu'on n'a pas envie de faire, mais comme on est dans le relationnel, on le fait. [...] J'ai des responsabilités. Ils rentrent ici, je deviens responsable pour eux, donc ça aussi c'est très pesant. » (D21)

Pour leur part, les activités complémentaires, comme les consultations à l'ONE ou en planning familial, étaient toujours considérées comme un facteur de satisfaction. Pour beaucoup, ces activités représentaient une « bouffée d'oxygène » dans leur semaine de travail, car elles étaient associées à moins de contraintes horaires et à moins de responsabilités. Elles leur permettaient également de pratiquer dans un domaine pour lequel ils éprouvaient un intérêt qui pouvait avoir été exprimé dès leurs études de médecine. Accessoirement, ces activités sont aussi ciblées, contrairement à la médecine générale qui se caractérise par une plus grande complexité. De plus, une partie de ces diplômés estimaient que l'exercice d'activités complémentaires enrichissait, en retour, leur pratique de médecine générale. Pour d'autres, travaillant en pratique solo, elles leur permettaient de bénéficier du soutien d'une équipe, d'un point de vue clinique mais aussi psychologique.

« Ce n'est pas une envie, ce n'est pas un but financier, c'est pour avoir une bouffée d'oxygène, pour ne pas avoir tout le temps le pied dans le même

*bureau mais justement voir d'autres personnes, faire d'autres activités, ...
[...] C'est important pour moi, pour permettre un autre regard sur ma
pratique et pas faire tout le temps la même chose, pas tout le temps la
même médecine, et c'est un plaisir de faire d'autres choses. » (D15)*

En revanche, les conditions de travail liées à la pratique de la médecine générale étaient souvent source d'insatisfaction. De nombreux diplômés se plaignaient des horaires et de la charge de travail. Pour eux, la disponibilité demandée par les patients et l'obligation de continuité des soins rendaient l'équilibre vie privée – vie professionnelle difficile à atteindre. La charge administrative et la garde étaient aussi des facteurs d'insatisfaction, car elles ajoutaient une charge de travail supplémentaire à la pratique clinique quotidienne. La réorganisation des systèmes de garde de week-end, avec une diminution de la récurrence et une sécurisation, était accueillie positivement par la grande majorité des répondants.

*« Faire des horaires à rallonge parce que tu as les gens qui te prennent
quand eux ils ont besoin. [...] Le docteur, tu peux claquer des doigts et
tout... Et ça, ça me met dans une colère dingue. Et je n'arrive pas à prendre
du recul par rapport à ça. Et à la fois, au début, tu te rends bien compte que
c'est du business et avoir ce côté mercantile où, si tu n'as pas de gens, tu
n'as pas de steak non plus dans ton assiette. » (D56)*

Afin de mieux organiser leurs horaires dans le but, *in fine*, de concilier leur vie privée et leur vie professionnelle, de nombreux diplômés ont effectué des modifications organisationnelles au cours de leur parcours professionnel. Ils ont, entre autres, limité leur temps de travail en réduisant leur temps de disponibilité en dehors des heures « normales » de travail, en prenant une demi-journée de congé hebdomadaire, en restreignant le temps accordé aux patients lors de chaque consultation, en choisissant de travailler uniquement sur rendez-vous, ou encore en refusant de nouveaux patients. Certains, pratiquant des activités complémentaires, les ont arrêtées ou restreintes, afin de recentrer leur activité professionnelle autour des consultations et des visites à domicile. Ils ont aussi pu engager une aide administrative afin, entre autres, de mieux organiser leur emploi du temps et de limiter le temps passé au téléphone. Grâce à ces adaptations de l'organisation du travail, certains diplômés estimaient avoir réussi à trouver un équilibre.

*« Je ne mets plus mon téléphone la nuit à côté de moi sauf quand j'ai un
soin palliatif. Je me rendais compte que ce n'était pas bien pour moi, ce
n'était pas bien pour le couple non plus. » (D30)*

En outre, certains ont mis des limites aux demandes des patients qu'ils jugeaient abusives, en apprenant à leur dire non, et ont mis de la distance entre eux et leurs patients.

« Au début, on ne s'en rend pas compte. On s'engouffre un peu dans des trucs. Je me suis rendu compte, par exemple, que j'avais en consultation des gens qui venaient avec des questions de paperasses, de machins que je pouvais déléguer. Il y a des patients pour qui tu dois être là tout le temps et pour qui tu dois tout connaître, tu dois pouvoir tout faire. [...] A un moment, on se rend compte que les patients sont les seuls responsables de leur santé, donc ça j'essaye aussi de moins le faire. Et de vraiment prendre de la distance par rapport à certaines choses, ne pas trop m'impliquer dans certaines choses. » (D20)

Pour de nombreux diplômés, la limitation de la charge de travail et la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle permettaient de fournir des prestations de meilleure qualité.

« Pour moi, vingt à vingt-cinq patients par jour c'est suffisant car, si plus, la qualité de vie va diminuer et aussi ma qualité de soins pour mes patients. » (D4)

Par ailleurs, certains diplômés ont souffert de ce qu'ils ont présenté comme un épuisement professionnel qui pouvait être lié aux conditions de travail, mais également à un sentiment de responsabilité important, à la lourdeur de certaines prises en charge (surtout psycho-sociales) et à un manque de soutien de la part des pairs. Pour certains, cet épuisement a nécessité un arrêt de travail lors duquel ils ont remis en question l'exercice de la médecine générale.

« Le burnout : ne pas dormir pendant une semaine de vacances, ne pas fermer l'œil pendant 5 nuits d'affilée et de te dire « mais pourquoi je ne dors pas ». Et tout simplement te rendre compte que tu ne sauras pas aller bosser lundi et en fait que tu ne sauras plus aller bosser. Et donc là, j'ai pris 3 mois d'emblée. [...] Tellement fatiguée... A tel point que j'étais persuadée de faire un cancer. Je me disais mais ce n'est pas possible de dormir devant les gens, de m'endormir dans mon assiette au souper. [...] De savoir si le métier était bien un métier adapté à moi et si je pouvais gérer ce métier-là par rapport aux gens, par rapport à la relation avec les gens, par rapport à la gestion du stress, le côté organisationnel et tout ça. » (D56)

De nombreux diplômés indiquaient que le soutien des pairs était un facteur important pour leur bien-être au travail. Les diplômés exerçant en association appréciaient la facilité de remplacement qui leur permettait de pouvoir s'absenter en sachant que leurs patients allaient être pris en charge par des médecins en qui ils avaient confiance et avec qui ils partageaient, dans la plupart des cas, les mêmes dossiers. Le travail en association permettait également d'obtenir plus facilement une aide administrative. Les diplômés estimaient également bénéfique de pouvoir compter sur le soutien clinique, mais également psychologique de leurs collègues. Ceux exerçant en association

multidisciplinaire appréciaient que ce soutien puisse leur être apporté par d'autres prestataires de soins.

« L'avantage de travailler en équipe c'est de pouvoir confronter ses questionnements, ses erreurs, de pouvoir se donner des avis mutuels très facilement, d'avoir les kinés à disposition avec qui on fait aussi des réunions et on peut discuter des cas parce que, dans nos études, on ne nous a jamais appris ce qu'on fait concrètement dans un cabinet de kiné. On peut facilement se remplacer les uns les autres, en travaillant en équipe comme ça et ça, c'est assez confortable aussi. On connaît bien la plupart des patients même si ce ne sont pas les nôtres. On en parle, il y a des cas qui reviennent souvent dans les réunions médecins qu'on fait, c'est quand même confortable de se dire qu'on part mais qu'on peut confier ses patients à son collègue, en sachant qu'il le connaît, que le dossier médical est partagé. » (D20)

De plus, le travail en réseau (avec d'autres médecins généralistes, des professionnels de la première ligne de soins ou des confrères d'autres spécialités) pouvait apporter de la satisfaction à de nombreux diplômés en raison du partage d'expérience et de compétences. Néanmoins, la satisfaction des diplômés était dépendante de la qualité du réseau établi.

« La relation avec les spécialistes est très bonne. On était soutenus par les spécialistes. [...] C'est super riche de travailler avec des kinés, des infirmiers, d'avoir leur avis, d'avoir des retours sur ce qu'on fait et ce qu'on prescrit. [...] Moi, par exemple, la médecine du sport et tout ce qui est ostéo-articulaire je déteste. Mais je commence à apprendre, parce que j'appelle à chaque fois d'autres de mes collègues qui adorent ça. Et eux, ils m'appellent tout le temps pour ce qui est gynécologie. Et donc ça c'est vraiment un bon échange et ça a rajouté quelque chose dans la pratique. » (D23)

En revanche, l'équilibre charge de travail – revenus était un facteur d'insatisfaction. Plusieurs diplômés estimaient que leurs revenus étaient insuffisants par rapport à la charge de travail, surtout en comparaison avec d'autres professions ou spécialités. La rémunération à l'acte, ne tenant pas compte des consultations longues et du temps administratif, était également source d'insatisfaction tout comme l'investissement financier que les médecins généralistes ont dû faire afin de pouvoir travailler. Cette insatisfaction liée à la rémunération n'était cependant pas partagée par tous, quelques diplômés estimant leurs revenus suffisants.

« Je pense que pour que cela soit rentable en médecine générale, il faut faire énormément de patients mais alors vous ne savez pas faire de la bonne médecine si vous faites trente-cinq à quarante patients par jour. [...] Tout le travail administratif est non rémunéré. » (D7)

« Dans la relation avec le patient, c'est ça que tu as envie de savoir mais c'est chronophage et le chronophage... Financièrement, ça reste vingt-cinq euros que ce soit dix minutes, trois quarts d'heure, vingt minutes ou une heure. » (D56)

Par ailleurs, de nombreux diplômés regrettaient que la médecine générale soit dévalorisée par rapport aux autres spécialités médicales, que ce soit au sein de la population générale ou auprès de confrères d'autres spécialités. La valorisation de l'hyperspécialisation et la méconnaissance de la pratique en seraient les causes pour certains.

« Dans la population générale, si tu vas en vacances et que tu croises de nouvelles personnes : « Ah et qu'est-ce que tu fais ? », « Je suis médecin », « Ah et quoi ? », tu leur dis « médecine générale », « Ah ok » pour eux ce n'est déjà pas mal mais enfin, ... [...] C'est important qu'il y ait des travaux qui mettent en avant l'importance de la première ligne. » (D54)

Quant aux découvertes de nouvelles activités professionnelles, elles se sont également produites après l'obtention du diplôme de médecine générale. Certains diplômés ont parfois pratiqué une série d'activités avant de trouver la bonne, qu'elle soit médicale ou non.

« Quand j'ai débuté ces cours de peinture, j'ai eu l'impression de découvrir un monde immense, quelque chose de vivant, qui vibre, et je me sentais plus intéressée par ça que finalement la maladie, la mort... [...] Je crois que c'est plus à cause de ma personnalité que je n'ai pas pu trouver vraiment ma voie dans la médecine que dans la peinture. » (D18)

Pour terminer, comme à chaque étape du parcours, des événements (naissance d'enfants, divorce, etc.) ou des choix de vie personnels (départ à l'étranger, envie de privilégier sa vie de famille) ont pu influencer les choix professionnels des diplômés.

« Je me suis séparée de mon compagnon et donc je me suis dit : c'est maintenant ou jamais si je veux retenter la spécialité que j'avais toujours voulu faire. » (D52)

5.2.3. Suggestions émises par les diplômés afin d'améliorer l'attraction et le maintien dans la profession de médecin généraliste

A la fin de l'entretien, les diplômés avaient l'occasion d'émettre des suggestions afin d'améliorer l'attraction et le maintien dans la profession des médecins généralistes. Elles concernaient essentiellement des changements dans les études de médecine ainsi que dans la formation de spécialisation en médecine générale, une aide lors de l'installation, un soutien psychologique aux médecins généralistes actifs et un soutien de la part de l'Etat. Nous regroupons ci-après les suggestions en grandes catégories.

Catégorie 1 – Suggestions relatives aux enseignants et aux contenus des études

Afin d'améliorer l'attraction des étudiants vers la spécialisation en médecine générale, les diplômés suggéraient d'inclure plus de médecins généralistes dans la formation de base des étudiants de médecine, et de faire en sorte que les enseignants d'autres spécialités ne dénigrent pas la médecine générale. Ils proposaient également de renforcer les cours et les stages obligatoires de médecine générale qui, selon eux, permettent de montrer les compétences et les rôles des médecins généralistes à l'ensemble des étudiants. La formation des maîtres de stage serait également à améliorer. Plusieurs répondants ont mis en évidence le rôle de modèle joué par les maîtres de stage. Ils trouvaient alors nécessaire que les maîtres de stage soient compétents à la fois médicalement et pédagogiquement. Des maîtres de stage jeunes pourraient également améliorer la représentation de la médecine générale auprès des futurs médecins en montrant une image moderne de la pratique.

« C'est qu'il faut rendre la médecine générale attractive et je pense qu'il faut réessayer d'inclure un peu plus certains médecins généralistes dans la formation et les cours à l'université. C'est ça qui plaît aussi. [...] Et donc je trouve qu'il faudrait essayer d'inclure certains médecins généralistes dans la formation et ne pas voir toujours la médecine générale dévalorisée par rapport aux spécialités. » (D21)

« Peut-être mieux choisir aussi les maîtres de stage. [...] Peut-être choisir un groupe de médecins généralistes pour former les jeunes, peut-être un peu plus jeunes, peut-être un peu moins d'expérience mais qui ont plus une vision chouette et sympathique du métier qu'un vieux généraliste. » (D24)

Ils souhaitaient également une formation plus poussée dans certains domaines comme la psychiatrie, la communication et la gestion administrative, afin de mieux préparer les jeunes médecins à la réalité de la pratique.

« Une formation de communication, où ils peuvent apprendre quelles sont les techniques de manipulations, de contre-manipulations. Ne pas se faire avoir par un patient qui culpabilise, de pas se faire avoir par un patient qui fait du harcèlement, ... » (D39)

Catégorie 2 – Suggestions relatives à la qualité des stages

Des répondants estimaient qu'il fallait veiller à la qualité des maîtres de stage également pendant la formation en spécialisation. Plusieurs étaient demandeurs d'un système de contrôle de qualité du maître de stage. D'autres proposaient que les médecins en formation soient encadrés par de jeunes médecins plus au fait de leurs préoccupations.

« En première année d'assistantat oui, j'aurais aimé un soutien, un peu plus du maître de stage, peut-être l'obliger à ce qu'il y ait plus de retours de cas à revoir ensemble, qu'il y ait un côté plus pédagogique, plus

d'encadrement. [...] Je connais d'autres stagiaires qui ont été chez certains maîtres de stage où ça se passe très bien, d'autres c'était l'horreur. J'en connais une qui pendant ses gardes appelait un résident en urgence pour avoir un avis sur ce qu'elle devait faire alors que le maître de stage devait entre guillemets la soutenir durant sa garde et être joignable ce qui n'était pas du tout le cas, elle servait juste de bouche-trou... » (D40)

Catégorie 3 – Suggestions relatives au soutien des médecins généralistes

Soutien lors de l'installation

Plusieurs répondants ont éprouvé des difficultés au moment de leur installation surtout d'un point de vue administratif et comptable. Ils étaient demandeurs d'un accompagnement.

« C'est quand on est dedans que l'on se pose les vraies questions. On avait abordé la question des frais professionnels, comment gérer la fiscalité, les questions d'assurance, on tombe des nues ! On étudie la médecine pendant sept ans, la gestion de notre fiscalité, des assurances, on n'y comprend rien ! » (D13)

Soutien psychologique

De nombreux diplômés étaient demandeurs d'un accompagnement par rapport aux difficultés du métier. Pour la grande majorité ce soutien devrait se faire par l'organisation de groupes de pairs, à différencier toutefois des GLEM, qui leur paraissent généralement peu soutenant. D'autres seraient au contraire favorables à un accompagnement par un autre professionnel de santé.

« Au moment où j'en avais un peu ras le bol, j'en ai parlé autour de moi, les séminaires me manquent énormément, cet échange, ces recherches... [...] On a perdu l'idée du GLEM : ici, une personne vient présenter un sujet et cela s'arrête là. Moi ce que je voulais vraiment, c'était de l'échange entre généralistes. » (D8)

Soutien de la part de l'Etat

Pour certains, il serait nécessaire que l'Etat prenne conscience des difficultés ressenties au quotidien par les médecins généralistes, afin de leur fournir les aides adéquates. Ces difficultés seraient à la fois dues à un changement dans la manière dont les jeunes générations pratiquent, mais également dans l'augmentation des besoins en soins.

« Il n'y a plus beaucoup de médecins, de jeunes médecins qui veulent faire le même nombre d'heures que les anciens. Ils veulent avoir une partie de vie à eux. Ils veulent avoir une vie de famille. Et donc je pense qu'il faut, au niveau politique, qu'on puisse aller expliquer ça. Que du coup, peut-être que pour le même job que faisait un médecin avant, il faudra peut-être deux

médecins parce qu'on ne peut plus travailler autant et se fatiguer autant. Ils veulent avoir une vie de famille. » (D35)

Certains proposaient également que l'Etat organise des campagnes d'information à destination de la population générale, afin d'améliorer les connaissances du grand public en termes d'organisation des soins de santé.

« Une valorisation on peut dire publique, télévisuelle ou je ne sais quoi de la médecine générale : comment fonctionne la médecine générale. Je me souviens d'un passage là : « les pharmacies ne sont pas des night shop ». [...] J'ai l'impression que les gens ne se rendent pas compte de ce que c'est vraiment que la médecine générale. [...] Et je trouve que l'Etat a un rôle à jouer. Il devrait expliquer qu'un médecin peut finir à dix-neuf heures. » (D58)

D'autres réclamaient une souplesse administrative, à la fois par rapport aux critères d'agrément et d'accréditation, mais également par rapport à la rémunération, aux prescriptions ou à l'obligation de continuité des soins.

« Je pense notamment qu'on devrait accepter que les médecins généralistes puissent faire autre chose s'ils ont envie de faire autre chose, d'accord ? D'aller à l'hôpital s'ils ont envie de faire l'hôpital, et pas de les menacer non-stop de par leur accréditation. [...] Je pense qu'on ne devrait pas obliger tous les médecins généralistes à faire des gardes tout le temps. [...] Qu'on adapte à la personne, qu'on fasse au cas par cas ce que la personne a envie de faire. » (D28)

Enfin, ils étaient également nombreux à demander une revalorisation salariale en raison d'une différence de rémunération trop importante avec les autres spécialités, du temps consacré au patient en consultation et des tâches administratives.

« Ce serait chouette qu'on remette un petit peu en question nos honoraires parce que je trouve que toi, tu passes vingt minutes, une demi-heure avec les patients et les spécialistes prennent un quart d'heure... Nous, parfois on passe le double du temps pour des honoraires vraiment moindres à ceux des spécialistes. La revalorisation de la médecine générale me semble importante et à revaloriser par rapport aux spécialistes. » (D32)

5.3. Discussion

5.3.1. Enseignements principaux de l'étude et confrontation aux données issues de la littérature

A l'issue de cette recherche, plusieurs grands types de parcours professionnels des diplômés ressortent de l'analyse. Ces parcours sont influencés par des facteurs qui ont également pu être identifiés, qu'ils soient de l'ordre de la contrainte ou du choix

professionnel, en insistant sur le sens que les diplômés donnaient à aux modifications de leurs parcours.

L'interrogation conjointe de diplômés aux situations professionnelles diverses en termes de types d'activités (pratique effective ou non de la médecine générale, et, plus largement, de la médecine au moment de l'étude ou de temps de travail), a montré que des facteurs communs régulaient leur parcours professionnel sans pour autant s'exprimer de la même manière. Quant à l'utilisation d'entretiens semi-dirigés, reconstruisant les parcours professionnels des diplômés, elle a permis de mettre en évidence des trajectoires moins conventionnelles (où les différentes étapes du parcours professionnel – spécialisation-installation-pratique – ne se suivaient pas forcément) mais également de dépasser la simple identification de facteurs en soulignant le sens que les individus attribuaient à leurs choix, à leur vécu et à leurs activités.

Parcours professionnels

L'analyse biographique des entretiens de cet échantillon de diplômés souligne l'existence de parcours qui, bien que singuliers, possèdent des aspects communs. Les diplômés exerçant la médecine générale au moment de l'enquête avaient tous choisi de s'orienter vers cette discipline à la fin de leurs études de médecine, et avaient connu, pour la plupart, des modifications de leur organisation de travail, de leur type de pratique ou de leur lieu d'exercice. En revanche, les diplômés ne pratiquant plus la médecine générale au moment de l'étude s'étaient réorientés, soit directement après l'obtention de leur diplôme de spécialisation (ce qui était le cas de tous les diplômés interrogés ayant été « contraints » de se spécialiser dans cette discipline) soit après avoir exercé la médecine générale pendant quelques années.

Néanmoins, quels qu'aient été les parcours professionnels des diplômés, ils étaient caractérisés par leur mobilité et leur adaptabilité. La majorité des diplômés interrogés ont procédé, à différents moments de leur parcours, à des changements de lieu d'exercice, de type de pratique et/ou d'organisation de travail. Ces changements pouvaient être influencés par de nombreux facteurs, souvent pour concilier la vie privée et la vie professionnelle.

Ainsi, les parcours professionnels de ces jeunes générations de diplômés de médecine générale sont en accord avec la théorie du développement de carrière tout au long de la vie. Selon cette théorie, les individus sont capables d'adapter leurs activités professionnelles en fonction d'événements ou de contraintes, à la fois professionnels et privés. Dorénavant, le parcours professionnel est compris comme un élément parmi d'autres, de celui, plus large, de la vie. Il correspond à un processus d'interaction et d'intégration des rôles sociaux des individus (tels que ceux de travailleur, de conjoint ou de parent), eux-mêmes soumis à des influences culturelles et sociales (119,120).

De plus, dans notre étude, les diplômés ont montré une certaine flexibilité dans leurs modalités d'exercice professionnel, en exerçant, sans forcément changer de lieu de

pratique, des activités variées sortant du cadre strict des consultations et des visites à domicile de médecine générale comme des consultations en nutrition, en médecine du sport ou en centre de planning familial.

Selon Bloy, cette flexibilité est également liée au titre de médecin généraliste qui, par sa polyvalence, offre de nombreuses possibilités d'emplois et de fonctions (159). Que ce soit par choix ou par contrainte, ils ont pu reconditionner leurs connaissances et leurs compétences afin de changer d'environnement de travail ou de type d'activités.

Ces changements n'étaient pas forcément synonymes, pour les diplômés, d'une perte de leur identité de médecin généraliste.

Cela fait écho aux travaux de Dwan, qui suggère que, lorsqu'ils sont engagés dans une activité autre que les consultations et les visites à domicile, les médecins généralistes se considèrent comme appartenant à cette discipline, car ils utilisent les connaissances et les habiletés acquises grâce à la spécialisation en médecine générale (164).

De plus, les parcours professionnels des diplômés interrogés correspondent aux concepts de carrières protéiformes de Hall et de carrières nomades de Defillippi et Arthur (voir chapitre 2 point 2.2.1), par le fait que de nombreux diplômés ont valorisé l'apprentissage continu et le développement de nouvelles compétences, mais également le contenu du travail plutôt que l'augmentation de la rémunération ou du statut (115,118).

Ainsi, la singularité des parcours des diplômés interrogés peut être expliquée par la conception des parcours professionnels en tant que processus continu intégrant le cadre plus large du parcours de leur vie, mais également par les stratégies d'adaptation individuelles mises en place lors des moments de crise (119).

Ces moments de crise pouvaient être, dans notre étude, provoqués en réaction à la médecine générale, mais également être la conséquence d'une volonté de suivre une autre voie professionnelle ou de choix dans la sphère privée, sans réelle remise en question du choix de la médecine générale. D'ailleurs, dans une étude portant sur le parcours professionnel de jeunes médecins généralistes français, Bloy soulignait également que les arrêts de pratique en médecine générale n'étaient pas tous la conséquence d'une insatisfaction liée à l'exercice de la discipline (165).

Toutefois, si les parcours professionnels étaient propres aux individus, la plupart des facteurs les influençant étaient communs à l'ensemble des diplômés et, lorsqu'ils ne prenaient pas la forme de contraintes, ces facteurs agissaient sur les choix professionnels opérés par les individus.

Facteurs influençant les choix professionnels

L'analyse thématique, quant à elle, a mis en évidence dix facteurs d'influence des choix professionnels, communs à la plupart des diplômés, indépendamment de leur pratique

professionnelle au moment de l'étude. Parmi ces facteurs, certains étaient liés aux caractéristiques intrinsèques de la profession (le contenu du travail, l'autonomie et la possibilité de pratiquer un large panel d'activités), alors que d'autres correspondaient à des caractéristiques extrinsèques du travail (la possibilité de concilier vie privée et vie professionnelle, la charge de travail, la rémunération, le soutien et l'image de la profession). D'autres facteurs, encore, ne correspondaient pas à des caractéristiques de la profession mais à celles de la formation (la place de la médecine générale dans le cursus universitaire et les caractéristiques des formations de spécialisation).

Ces facteurs participaient tout d'abord à la construction des choix d'orientation puis, lorsque les diplômés avaient entamé leur vie professionnelle à proprement parler, ils influençaient la satisfaction au travail, agissant sur le maintien dans la profession et à l'adaptation de l'organisation de travail des diplômés.

Ainsi, cette étude a souligné que la plupart de ces facteurs étaient présents, parfois sous des formes différentes, tout au long du parcours. Ainsi, la possibilité de pratiquer un large panel d'activités, par exemple, avait souvent influencé positivement le choix de la médecine générale par des diplômés souhaitant pratiquer des activités variées ou pour lesquelles ils avaient un intérêt particulier. Ensuite, lorsque les diplômés avaient entamé leur parcours professionnel, ce facteur pouvait intervenir sous une forme différente en agissant comme dérivatif chez certains diplômés éprouvant des difficultés dans leur pratique de médecine générale. Toutefois, certains facteurs intervenaient seulement au moment du choix d'orientation (comme l'université, la longueur de la formation, etc.).

En outre, l'importance de certains facteurs ainsi que leurs interactions ont également été mis en évidence par cette étude. Par exemple, l'autonomie était un facteur identifié comme favorable au choix de la médecine générale comme spécialisation et au maintien dans la profession. Elle était comprise, entre autres, comme la liberté de pouvoir choisir son mode d'exercice. Par ce biais, certains diplômés organisaient leur travail de manière à ce que leur charge de travail les satisfasse (en travaillant sur rendez-vous ou en limitant leur nombre de patients, par exemple). De la même manière, le soutien d'autres professionnels de soins pouvait limiter les difficultés liées à la prise en charge de problèmes complexes, élément constituant le travail en médecine générale.

De plus, bien que communs aux trois groupes de diplômés recrutés dans cette étude, ces facteurs n'ont pas eu le même impact sur leur parcours, certains diplômés s'étant réorientés alors que d'autres pratiquaient la médecine générale au moment de l'étude. Cela peut s'expliquer par leur action sur la satisfaction au travail qui est une construction essentiellement individuelle.

En effet, la satisfaction ne dépend pas uniquement de l'environnement objectif de l'individu, mais est également en lien avec des facteurs subjectifs, comme son état psychologique, ses aspirations et sa volonté d'exprimer son mécontentement (125). Un

facteur n'aura donc pas le même retentissement sur la satisfaction au travail, et par conséquent sur les choix professionnels, de tous les individus.

Toutefois, rappelons que certaines modifications du parcours n'étaient pas liées à des choix mais à des contraintes d'ordre professionnel (échec à un concours, cessation d'activité d'un associé, etc.) ou privé (la naissance d'un enfant, un départ à l'étranger pour le travail du conjoint, etc.).

Une constatation similaire est faite par Hann qui montre l'existence d'un lien entre l'insatisfaction au travail et l'intention de quitter la profession, et non avec pas avec l'arrêt effectif de la pratique. Il a objectivé, dans son étude, que des individus très satisfaits de leur travail peuvent tout aussi bien quitter la profession que des individus insatisfaits (166).

Ainsi, les dix facteurs ayant influencé les choix professionnels des diplômés, identifiés par l'analyse thématique des entretiens étaient :

Premier facteur : le contenu du travail

Le contenu du travail intervenait déjà lors du choix des études de médecine, puisque les diplômés ont indiqué avoir fait ce choix, entre autres, afin de venir en aide et d'avoir une action sociale. Cependant, c'est lors du choix de la spécialisation que les caractéristiques intrinsèques de la médecine générale apparaissent clairement. Les diplômés souhaitant s'orienter vers la médecine générale recherchaient, dans cette discipline, la diversité de patients, de problèmes cliniques et d'activités, mais également la prise en charge holistique et longitudinale des patients. Toutefois, ces éléments n'étaient pas toujours perçus par les étudiants lors du choix d'orientation.

Dans la suite du parcours, ces éléments étaient souvent appréciés par les médecins généralistes. Néanmoins, la complexité de la prise en charge holistique, dont les problèmes psycho-sociaux, et le sentiment de responsabilité envers les patients ont pu générer de l'insatisfaction, voire un sentiment d'épuisement professionnel, chez certains diplômés.

Notre étude souligne donc que l'influence du contenu du travail, qui avait été mise en évidence dans d'autres études concernant le choix de spécialisation (105,138) et la satisfaction au travail (105,167), s'expriment tout au long du parcours des diplômés, et ce dès le choix des études de médecine.

Deuxième facteur : l'autonomie

L'autonomie peut être entendue comme la liberté de décider des réponses à apporter aux demandes de soins et de choisir sa méthode de travail, mais également comme la possibilité de pouvoir choisir son mode d'exercice (dont le mode de rémunération et les horaires). Ce facteur était évoqué dès le choix des études de médecine.

Il est également connu pour agir sur la décision des étudiants de choisir la médecine générale comme spécialité, mais également sur la satisfaction au travail (105), comme ce fut le cas pour de nombreux diplômés de cette étude. Pour Le Floch, les médecins généralistes sont plus satisfaits si leur travail est pleinement compatible avec leur tempérament et leurs valeurs personnelles (136).

Toutefois, parmi les diplômés interrogés, quelques-uns se plaignaient d'une limitation de leur autonomie en raison de contraintes organisationnelles dans certaines pratiques de groupes (obligation de participer à des réunions, à des projets de prévention, etc.) ou des demandes de certains patients (exigences, plaintes, etc.).

Cette sensation de perte d'autonomie est également présentée dans la littérature comme une source d'insatisfaction, voire d'épuisement professionnel (167,168).

D'autres diplômés ont souligné que, si la pratique solo permet une grande autonomie, elle engendre aussi l'isolement, ce qui peut, selon la littérature, avoir un impact négatif sur le maintien dans la profession (134).

Troisième facteur : la possibilité de pratiquer un large panel d'activités

La possibilité de pratiquer un large panel d'activités est le troisième facteur agissant tout au long du parcours. La possibilité de développer des compétences particulières et de pratiquer des activités complémentaires, en lien avec leurs centres d'intérêt, avait orienté plusieurs diplômés vers la médecine générale.

Cet intérêt pour la pratique d'activités dans des domaines ciblés avait aussi été mis en évidence par Shaldbolt (68).

Ces activités étaient également une source de satisfaction, car elles offraient aux diplômés des conditions de travail différentes de leur pratique et enrichissaient leurs connaissances.

Ces résultats confirment une étude de 2009 portant sur les activités médicales hors cabinets des médecins généralistes français, dans laquelle Jean suggérait que les motivations à exercer ces activités pouvaient être liées aux conditions de travail de la pratique de la médecine générale, vécues de façon péjorative, mais aussi à un besoin altruiste, à l'envie de mettre en pratique une formation, ou à l'envie d'enrichir ses connaissances afin d'améliorer sa pratique de médecine générale (158).

L'opportunité de développer une activité professionnelle flexible et composée de plusieurs activités était appréciée par les diplômés tout au long de leur carrière. Cette flexibilité est, selon la littérature, un facteur d'attraction et de maintien dans la profession (105,164).

Toutefois, la possibilité de pratiquer un large panel d'activités, mais également la capacité des diplômés à s'adapter et à acquérir de nouvelles compétences, peuvent faciliter la réorientation, qu'elle soit opportune ou réactive à la pratique de la médecine

générale de certains diplômés. Dans son étude sur les parcours des jeunes médecins généralistes français, Bloy obtenait des résultats similaires en montrant l'extrême diversité des fonctions occupées sur la base du même diplôme (165).

Quatrième facteur : la possibilité de concilier vie privée et vie professionnelle

La conciliation entre vie privée et vie professionnelle était un facteur majeur des choix professionnels des diplômés. D'ailleurs, ce facteur influençait déjà leur décision de spécialisation, les diplômés prenant en considération, au moment du choix d'orientation, la vie familiale qu'ils avaient créée (ou qu'ils avaient l'intention de créer). Par la suite, au cours de leur parcours, les choix professionnels des diplômés ont souvent été posés en recherchant un équilibre avec leur vie privée. De plus, si les diplômés ayant procédé à des modifications majeures de leurs activités professionnelles étaient des femmes, l'ensemble des diplômés, quel que soit leur sexe, avait cet intérêt en commun.

D'autres auteurs ont mis en évidence l'importance, dans les choix professionnels, de la conciliation entre ces deux sphères de la vie des médecins généralistes (134,136,138,169). Pour Shadbolt, la « génération X » et la « génération Y » recherchent, plus que les précédentes, des organisations de travail flexibles et la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle (68).

La généralisation de l'activité professionnelle des femmes a modifié le modèle traditionnel de l'organisation professionnelle, dans le sens où les femmes ont développé des stratégies, comme la densification du temps de travail, afin d'adapter leur temps de travail aux exigences de leur vie privée (160). Puis, ces différences concernant le temps de travail et l'organisation du travail entre les deux sexes ont eu tendance à diminuer (160,170). Selon Lapeyre et Robelet, les changements qui affectent les modes d'exercice et d'organisation de la médecine générale relèvent à la fois d'un effet de genre et d'un effet de génération, ce que confirme Denekens, pour qui « *les jeunes hommes médecins ressemblent plus aux jeunes femmes médecins qu'aux médecins hommes plus âgés* » (169,170). L'analyse de ces changements doit s'inscrire dans un contexte affectant la sphère du travail comme celle de la famille. Ce contexte favorise une distanciation des jeunes médecins généralistes par rapport à l'éthos professionnel classique caractérisé par une forte légitimité de la disponibilité permanente. Quel que soit leur sexe, de nos jours, les jeunes médecins valorisent et légitiment les autres temps sociaux, ce qui les conduit à redéfinir leur rapport au travail, notamment à travers des stratégies d'intensification et de condensation du temps de travail (171). En outre, les médecins de cette jeune génération, étant majoritairement en couple avec des conjoints actifs et diplômés, sont davantage affectés par la question de la compatibilité des carrières et par l'équilibre entre la vie professionnelle et les contraintes domestiques (169).

Le sentiment de surinvestir la vie professionnelle au détriment de la vie privée pouvait aussi être source d'insatisfaction pour plusieurs diplômés.

Le déséquilibre ressenti entre la vie professionnelle et la vie privée est également, selon Jonckheer, un facteur d'épuisement professionnel (167).

Cinquième facteur : la charge de travail

La charge de travail était en grande partie responsable de la difficulté à concilier vie privée et vie professionnelle. Cet élément était déjà pris en compte par les diplômés au moment de leur choix d'orientation, et devenait un facteur majeur intervenant dans leurs choix professionnels lorsqu'ils commençaient à travailler, en agissant sur la satisfaction au travail.

D'ailleurs, le sentiment d'une surcharge a pu générer, chez certains diplômés, le sentiment de travailler sous pression, qui était accentué par les efforts produits pour garantir la conciliation des différents temps sociaux.

La définition d'une surcharge de travail ne fait pas l'objet d'une norme, et est perçue différemment par les individus, en fonction de leur sensibilité personnelle et de leur contexte de vie (136,167).

Parmi les éléments responsables d'un sentiment de surcharge de travail, nous avons mis en évidence l'augmentation des demandes et des attentes des patients (parfois jugées irréalistes), l'obligation de continuité des soins (dont la garde), l'accroissement de la charge administrative et la complexification du travail liée à l'augmentation des maladies chroniques.

Ces facteurs avaient également été décrits comme générant de l'insatisfaction (105,164).

Le sentiment de surcharge de travail pouvait être associé à une ambiguïté entre les différents rôles joués par les médecins généralistes, qui connaissent une augmentation des tâches administratives au détriment du temps passé avec les patients. Une étude anglaise avait d'ailleurs montré que cette ambiguïté de rôle était également une source d'insatisfaction pour les médecins généralistes (137). D'autres études ont, quant à elles, indiqué que la surcharge de travail, associée à un sentiment de responsabilité et à la perception que les conditions de travail ne s'amélioreront pas, pouvait induire de l'anxiété et épuiser les médecins, qui seront plus enclins à quitter la profession (105,134,167).

Parmi les solutions proposées pour limiter la charge de travail et augmenter la satisfaction, Wordsworth propose de recentrer les activités des médecins généralistes autour des soins aux patients (172). En outre, le travail flexible et à temps partiel est également une solution pour attirer et maintenir les médecins dans la profession (105,164). Pour Dwan, le travail à temps partiel permet aux médecins généralistes de dégager du temps pour s'occuper de leur propre santé physique et psychique, mais aussi pour réfléchir aux cas complexes, et ainsi effectuer un travail de qualité (164).

D'autres stratégies de régulation du temps de travail ont été mises en place par les diplômés, comme le fait d'imposer des plages horaires aux patients, de privilégier l'exercice sur rendez-vous ou de travailler en groupe. Cependant, ces stratégies n'étaient pas toujours aisées à mettre en place en début de pratique, où se posait la question de la rentabilité.

Une étude néerlandaise a également montré que des mesures visant à diminuer la charge de travail, comme la création de postes médicaux de garde, permettent de réduire les départs anticipés (135).

Sixième facteur : la rémunération

La rémunération, qui est également en lien avec la satisfaction au travail, compose le sixième facteur. La rémunération des médecins généralistes paraissait insuffisante à certains diplômés en regard de la charge de travail, mais aussi des revenus des médecins d'autres spécialités.

Cette différence de rémunération entre spécialités existe dans d'autres pays et, comme l'ont montré plusieurs études, est source d'insatisfaction pour les médecins généralistes (105,164,173). Pour Natanzon, cette moindre rémunération des médecins généralistes, par rapport aux médecins des autres spécialités, altère l'image de la discipline, qui peut paraître de moindre qualité ou moins prestigieuse (173). Néanmoins, Shadbolt suggère que les jeunes générations sont moins motivées par les considérations financières que par d'autres facteurs liés à la satisfaction au travail et au style de vie (68). D'ailleurs, Marchand souligne dans sa revue de la littérature sur les mesures de recrutement et de rétention des médecins généralistes qu'augmenter la rémunération ne compense pas les autres sources d'insatisfaction, comme la charge de travail (105).

Septième facteur : le soutien

La perception des médecins généralistes d'être soutenus dans leur travail, à la fois par leurs pairs et par l'Etat, influence leurs choix professionnels. Au moment du choix de leur spécialisation, les diplômés recherchaient un climat de travail où ils auraient la sensation d'être soutenus par leurs collègues.

Lors de la formation de spécialisation, le soutien de médecins avec plus d'expérience, dont le maître de stage, a pu agir sur le sentiment d'être prêt à exercer. Cette impression d'être bien préparé était responsable d'un sentiment d'accomplissement, alors que le contraire était une source d'anxiété.

Par la suite, un environnement de travail agréable et un soutien des pairs étaient des facteurs de satisfaction pour les diplômés. En revanche, un manque de support ou un conflit au sein de l'équipe pouvaient générer du stress et une intention de quitter la profession.

L'influence du climat de travail et du soutien par les pairs sur les choix d'orientation et la satisfaction au travail des médecins généralistes est en accord avec les résultats d'autres études (105,134,136,167).

Le soutien de l'Etat était également réclamé par les diplômés qui demandaient moins de contraintes organisationnelles et administratives, et davantage d'autonomie.

Huitième facteur : l'image de la profession

Parfois, les diplômés ont éprouvé des difficultés à assumer le choix de se spécialiser en médecine générale en raison de l'image négative de la profession, qui pouvait être transmise, entre autres, par des médecins d'autres spécialités.

Rodriguez a montré, dans une étude consacrée à l'influence des discours académiques sur la construction du choix de spécialisation des étudiants dans quatre pays (Canada, France, Espagne et Grande-Bretagne) que, lorsque la discipline est considérée comme prestigieuse, elle est appréciée des étudiants, alors que, quand elle est dévalorisée, soit ouvertement soit par un discours académique mettant en évidence, par exemple, son manque d'utilisation de technologies innovantes, elle est plus fréquemment rejetée (174). D'ailleurs, Bennet et Philipps indiquaient, dans leur revue de la littérature, que les étudiants recherchant du prestige s'orientent plus fréquemment vers d'autres spécialités (138).

Les étudiants choisissant la médecine générale pour ses caractéristiques intrinsèques éprouvaient parfois des difficultés à assumer leur choix face à leur entourage ou à des médecins d'autres spécialités leur indiquant qu'ils « pourraient faire mieux ».

Selon Doran, une image négative de la profession peut également être transmise par des médecins généralistes ayant le sentiment de ne pas être reconnus, d'être mal rémunérés ou surchargés de travail (68). Ce portrait de médecins généralistes stressés, déçus et dépassés par le travail, amplifie l'image négative de la profession dans les médias, et peut affecter l'identité professionnelle et la satisfaction des médecins généralistes (105). Dans une étude française portant sur l'image de la médecine générale dans la presse écrite grand public, Hedelius montre que la presse a une vision superficielle et plutôt négative de la discipline, sous-estimant, entre autres, sa complexité et sa diversité (175).

Le manque de reconnaissance de leur travail est un facteur d'insatisfaction connu chez les médecins généralistes (105). Ainsi dans notre étude, plusieurs diplômés estimaient que leur travail n'était pas toujours reconnu à sa juste valeur par les patients, mais également par leurs collègues d'autres spécialités et par l'Etat.

Neuvième facteur : la place de la médecine générale dans le cursus universitaire

L'exposition des étudiants à la médecine générale au cours du cursus était un facteur d'influence important dans leur choix de spécialisation. Or, cette discipline est sous-

exposée par rapport aux autres, que ce soit au regard du nombre d'enseignants, de cours ou de stages.

En 1995, Campos-Outcalt suggérait que la meilleure stratégie, pour accroître la proportion d'étudiants choisissant la médecine générale, était une réforme facultaire mettant l'accent sur l'enseignement et l'exposition à la pratique de la médecine générale, et augmentant la proportion d'enseignants-médecins généralistes (176). Depuis, des preuves ont été apportées que la mise en œuvre de programmes valorisant les soins primaires influe sur les choix de spécialisation des étudiants (105).

Ainsi, les stages agissent sur l'attitude des étudiants envers la discipline, en leur donnant l'opportunité de faire l'expérience de son exercice (68). Toutefois, pour avoir un impact positif sur le choix de la médecine générale comme spécialisation, les stages doivent remplir certaines conditions. Tout d'abord, ils doivent avoir lieu assez tôt dans le cursus afin que la discipline puisse être prise en considération par les étudiants dans leur réflexion d'orientation (105). Ensuite, ils doivent avoir une certaine durée. Wimsatt a démontré que les stages ayant une durée minimum de trois à quatre semaines avaient plus d'impact sur le choix de spécialisation en médecine générale (108). Enfin, les maîtres de stage doivent jouer le rôle de modèle positif, tant dans le domaine clinique que concernant la conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle, car, si une bonne expérience peut attirer les étudiants vers la pratique de la médecine générale, une mauvaise peut les rebuter (97,104).

Dixième facteur : les caractéristiques des formations de spécialisation

L'accessibilité de la formation et sa durée relativement courte étaient, pour certains diplômés, des facteurs influençant positivement la décision de choisir la médecine générale plutôt qu'une autre spécialité. Une formation plus courte était souvent perçue comme plus conciliable avec la vie de famille. Le climat de la formation, moins compétitif, était également recherché par les diplômés ayant opté pour cette discipline.

L'attractivité de la formation spécifique en médecine générale, par sa durée et son climat moins compétitif, avait été mise en évidence par Scott (104). Toutefois, ce dernier avait également souligné qu'en étant plus courte, la formation pouvait également donner l'impression d'être plus facile et renvoyer une image négative de la discipline.

5.3.2. Forces et faiblesses de l'étude

La méthode des entretiens semi-dirigés, basée sur la reconstruction longitudinale des parcours professionnels, nous assurait de ne pas partir d'une vision prédéfinie de la « carrière » d'un diplômé de médecine générale, et ainsi de mettre en évidence des trajectoires moins conventionnelles (pour lesquelles les étapes de spécialisation-installation-pratique ne se suivaient pas forcément).

Cette technique a également permis de dépasser la simple identification de facteurs et de souligner le sens que les individus attribuaient à leurs choix, à leur vécu et à leurs

activités, que ce soit, par exemple, au travers de l'expression de leurs valeurs ou de l'interprétation qu'ils faisaient de certains événements. Elle a également permis d'approfondir l'analyse en objectivant les liens et la logique qu'ils établissaient entre les différents facteurs influençant leur parcours professionnel.

Ensuite, alors que la plupart des études se concentraient sur une étape du parcours professionnel, cette recherche a exploré l'ensemble de ce parcours, du choix des études de médecine à la situation professionnelle des diplômés au moment de l'enquête, qu'ils pratiquent ou non la médecine générale. Cette étude cherchait également à comparer les parcours des diplômés pratiquant la médecine générale à temps plein, à temps partiel ou ne l'exerçant plus.

L'analyse par des chercheurs ayant des formations différentes (médecin généraliste et sociologue) a, quant à elle, rendu possible une lecture plus large des résultats.

Pourtant, si les entretiens semi-dirigés explorent la manière dont les individus justifient ou expliquent leurs choix, l'analyse de leurs contenus doit être réalisée en considérant qu'il ne s'agit pas d'une restitution fidèle mais d'une reconstruction à partir de la conscience présente de ce que l'individu peut se rappeler. Ainsi, quatre biais principaux peuvent apparaître en lien avec les processus de mémorisation qui n'enregistrent que les faits ou les événements à forte charge émotionnelle ou ayant demandé un effort cognitif (177). Le premier biais est lié à l'écrasement des événements faiblement chargés émotionnellement ou ayant demandé peu d'efforts cognitifs, au profit de ceux fortement chargés, ce qui peut conduire à des raccourcis temporels dans le récit. Le deuxième biais est en lien avec la reconstruction du passé qui peut faire l'objet d'une réorganisation temporelle des événements où l'effet devient la cause et inversement. Quant au troisième biais, il consiste en une réorganisation des événements par matérialisation de l'imaginaire, des scénarios non réalisés devenant alors des faits dans le récit. La recherche d'une cohérence interne dans le parcours est d'ailleurs accentuée (consciemment ou non) par sa mise en récit. Enfin, le dernier biais tend à pondérer les rôles des acteurs qui sont intervenus, en majorant l'effet de personnes dont la crédibilité est estimée la meilleure.

En plus des biais liés à la mémorisation, les récits peuvent différer d'une restitution conforme du parcours en raison de l'omission de certains éléments, liée à l'impression d'un manque de pertinence ou à une omission volontaire de peur d'un jugement de l'interrogateur.

Ensuite, d'un point de vue méthodologique, l'objectif même de l'étude rendait difficile la saturation des données en raison de la multiplicité des parcours professionnels. Toutefois, le nombre d'entretiens réalisés a permis d'obtenir un échantillon varié et d'obtenir la saturation des données concernant les facteurs communs orientant les choix professionnels de ces diplômés. En outre, leurs activités professionnelles et leur organisation de travail, au moment de l'étude, correspondaient à un état de stabilisation

qui pouvait n'être que transitoire. Ainsi, la situation professionnelle des diplômés pourrait, dans l'avenir, évoluer tant en termes de types d'activités pratiquées que de temps de travail. A ce titre, des différences avaient été notées pour certains diplômés entre les activités pratiquées lors des deux phases de l'étude, réalisées à un an d'intervalle.

De plus, les entretiens étant réalisés sur base volontaire à partir du questionnaire de la phase précédente, il est impossible de savoir si les diplômés ayant choisi de participer à l'étude différaient de ceux ayant refusé de participer. Il est possible que les diplômés ayant des expériences négatives aient été plus enclins à accepter les entretiens. Cependant, la variété des parcours et des facteurs ayant influencé les choix professionnels, laissent à penser que ce risque est minime.

Par ailleurs, le choix d'étudier les parcours des diplômés de médecine générale ne procure pas d'informations sur les facteurs influençant les choix d'orientation professionnelle des étudiants qui avaient envisagé la médecine générale, au début de leurs études, avant de finalement choisir une autre spécialité. Cette étude ne fournit pas non plus d'indications sur le parcours des étudiants ayant choisi de se spécialiser en médecine générale avant de se réorienter en cours de formation de spécialisation. Toutefois, les informations collectées concernant les étudiants ayant modifié leurs choix d'orientation pendant leurs études offrent des hypothèses explicatives qui mériteraient d'être confirmées. Ainsi, d'après notre étude, les modifications de choix d'orientation ont pu se faire, entre autres, en réaction à la pratique de la spécialité initialement choisie ou suite à la découverte d'une autre discipline vers laquelle les étudiants ont finalement préféré s'orienter. En ce sens, un phénomène similaire pourrait conduire des étudiants, envisageant au départ la médecine générale, à se réorienter vers une autre spécialité.

Enfin, le cadre de référence théorique auquel nous nous référons montre que les choix d'orientation reposent sur la congruence des représentations de soi et des professions, et que les arrêts de pratique peuvent être liés à de l'insatisfaction au travail. Ces théories soulignent également que ces constructions, que sont la représentation et la satisfaction au travail, sont soumises à de nombreuses influences. Néanmoins, si cette étude a permis d'identifier les facteurs influençant les parcours professionnels des jeunes diplômés de médecine générale, leur effet direct sur la construction des représentations et de la satisfaction au travail n'a pas été étudiée.

5.4. Conclusion

A l'issue de cette étude, l'examen des parcours des diplômés de médecine générale souligne que ceux-ci répondent aux principes du développement tout au long de la vie et impliquent l'ensemble des rôles sociaux des individus. Cette construction continue du parcours professionnel complique la prédiction de son évolution. Cependant, des facteurs communs à l'ensemble des diplômés ont été objectivés.

Ces facteurs, d'ordre privé ou professionnel, peuvent agir sur les choix d'orientation professionnelle en modifiant les représentations des étudiants et la satisfaction au travail des médecins généralistes exerçants. Toutefois, les modifications du parcours ne sont pas toujours de l'ordre du choix et peuvent être la conséquence de contraintes.

Ainsi, cette étude a montré que les diplômés contraints à se spécialiser en médecine générale ne pratiquaient pas la discipline à terme. Les mesures visant à augmenter le nombre de places disponibles en spécialisation de médecine générale tout en limitant l'accès aux autres spécialités (et donc contraindre les étudiants à s'orienter vers la médecine générale), risquent donc, à elles seules, de ne pas être suffisantes pour maintenir une force de travail permettant de faire face aux besoins en médecine générale.

En revanche, d'autres pistes de solution peuvent être proposées afin d'améliorer la représentation de la profession et la satisfaction au travail des médecins généralistes. Pour cela, les caractéristiques de la discipline et la possibilité de choisir ses activités professionnelles et son organisation de travail, devraient être valorisées. Au contraire, il est nécessaire de lutter contre les facteurs pouvant engendrer une représentation négative de la discipline auprès des étudiants ou de l'insatisfaction chez les médecins généralistes exerçants, comme la charge de travail, l'isolement, la rémunération et l'image négative de la discipline transmise par le grand public ou des médecins d'autres spécialités.

Les universités, responsables de la formation, et l'Etat, qui définit le cadre légal de travail, ont un rôle essentiel à jouer dans la mise en place de ces actions d'attraction et de maintien dans la profession des médecins généralistes.

Des propositions de mesures, en accord avec ces résultats, seront présentées dans le chapitre suivant, consacré à la discussion générale de cette thèse.

Chapitre 6

Discussion générale

La question sous-tendant cette thèse, qui était d'identifier les facteurs orientant les choix professionnels des étudiants et de la jeune génération de diplômés en médecine générale dans le but, *in fine*, de proposer des mesures afin de promouvoir l'attraction et le maintien des médecins généralistes dans la profession, se place dans la problématique plus large des forces de travail en médecine générale. En effet, comme nous l'avons vu, des changements démographiques, techniques et économiques ont provoqué une augmentation, mais également une complexification, des besoins en soins qui a conduit l'OMS à recommander une évolution des systèmes de santé promouvant les soins primaires (27). Or de nombreux pays de l'OCDE, dont la Belgique, craignent que les forces de travail en médecine générale, principale profession médicale des soins primaires, ne soient pas suffisantes pour faire face aux besoins croissants de la population (12).

Cette diminution des forces de travail en médecine générale est essentiellement liée à deux phénomènes.

Le premier est en lien avec le recrutement de médecins généralistes, représentés essentiellement par les nouveaux diplômés. Afin d'atteindre les quotas minimums en Belgique, 40 % des étudiants en médecine devraient se spécialiser en médecine générale. Or, jusqu'en 2010, ces quotas n'étaient pas remplis. Des mesures ont été prises aux niveaux politique et universitaire afin d'améliorer l'attractivité de la spécialité et, même si l'impact spécifique de ces mesures n'a pas été évalué, nous constatons depuis 2011 que les quotas minimaux sont atteints. Toutefois, le déficit cumulé n'est toujours pas résorbé. Nos recherches ont mis en évidence le fait que les problèmes d'attractivité de la médecine générale ne sont pas liés à un rejet de la discipline par les étudiants, mais au nombre important de postes à pourvoir. La médecine générale était en effet l'une des spécialités le plus fréquemment envisagées par les étudiants (de plus, avec un haut degré de certitude) et était rejetée par moins de 10 % d'entre eux. Néanmoins, nous avons montré que, même si l'ensemble des étudiants conservaient leur choix à la fin de leurs études, et si la même proportion d'étudiants choisissait la médecine générale parmi les indécis, les quotas ne seraient pas atteints.

Le second phénomène concerne l'inactivité, en tant que médecin généraliste, de diplômés de médecine générale. Cette notion d'inactivité est difficile à approcher en raison de l'absence de définition formelle de ce que sont les activités d'un médecin généraliste. Toutefois, si nous considérons l'essence même du travail qui consiste en des consultations et des visites à domicile de médecine générale, nos résultats indiquent que plus d'un jeune médecin généraliste diplômé entre 1999 et 2013 sur cinq n'exerce pas la profession. A cela, nous devons ajouter le nombre important de jeunes médecins généralistes (près de la moitié) pratiquant à temps partiel. Cette proportion importante de médecins généralistes exerçant à temps partiel réduit le nombre total d'ETP et donc les forces de travail.

Ces données confirment que les mesures de promotion de la médecine générale doivent être renforcées, afin d'améliorer l'attractivité de la discipline et le maintien dans la profession des médecins généralistes.

Dans le but de mieux saisir les facteurs influençant les choix professionnels des étudiants et des jeunes médecins, nous avons choisi d'envisager les différentes étapes conduisant les individus à la pratique de la médecine générale – à savoir leur choix de spécialité, leur installation et leur maintien dans la pratique – dans une perspective holistique : leur parcours professionnel. Nous avons considéré le choix d'une spécialité médicale comme un choix d'orientation professionnelle, et les arrêts et les modifications d'organisation du travail des médecins généralistes comme des évolutions de leur parcours professionnel.

Dans ce dernier chapitre, nous discuterons des apports de nos recherches concernant les choix d'orientation des étudiants et des jeunes médecins généralistes en nous référant à la modélisation des facteurs influençant le parcours professionnel, basée sur les théories de l'orientation et du développement du parcours professionnel, que nous avons proposée dans le chapitre deux (Figure 12). Nous reprendrons ainsi, tour à tour, les différentes étapes de ce parcours professionnel.

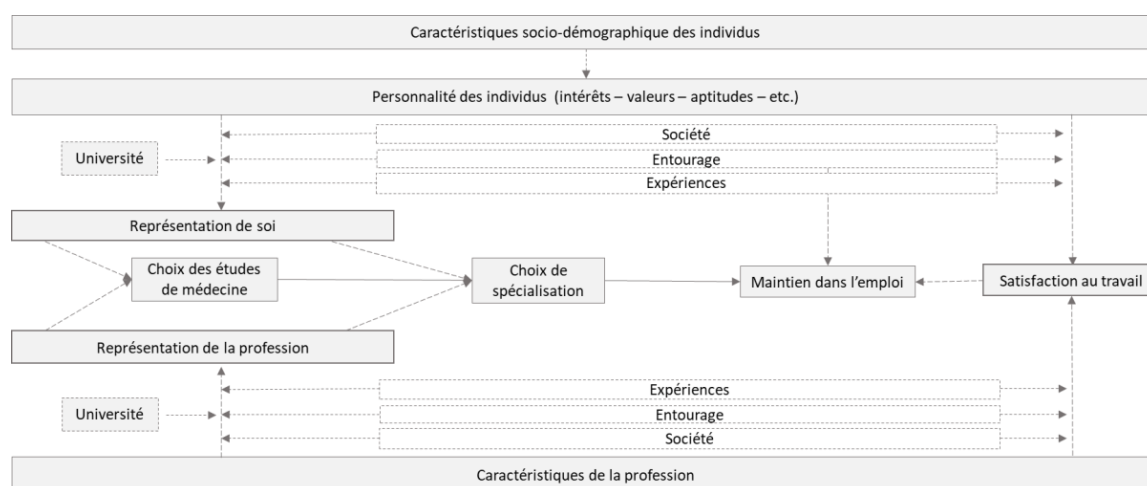


Figure 12 : Modélisation des facteurs influençant le parcours professionnel (d'après A-L Lenoir)

Nous aborderons également les implications potentielles de ces résultats pour les universités et les décideurs politiques. Puis, nous proposerons des pistes de solutions concrètes afin de promouvoir l'attraction et le maintien dans la profession de médecins généralistes. Pour terminer, nous présenterons les forces et les faiblesses méthodologiques de cette thèse.

6.1. Les choix d'orientation des étudiants

L'approche cognitive des conduites d'orientation, qui a soutenu notre réflexion tout au long de nos recherches, indique que le choix d'orientation des étudiants est le résultat

de la congruence entre les représentations qu'ils ont d'eux-mêmes, construites sur base des caractéristiques de leur personnalité, et celles qu'ils ont des professions (76).

6.1.1. Intérêts et représentations initiales

Nos recherches ont souligné qu'en début de phase clinique des études de médecine, des intérêts et des représentations du métier de médecin sont partagés par l'ensemble des étudiants.

En accord avec les théories de l'orientation, cette constatation n'est pas étonnante. En effet, le choix des études de médecine représente un premier choix d'orientation commun à l'ensemble des étudiants. Celui-ci était, pour la plupart, justifié à la fois par des intérêts altruistes, tels que la volonté de venir en aide et le contact humain, et par un intérêt pour les sciences. D'autres intérêts ont également influencé ce choix comme le large panel de débouchés offert par le diplôme (mais moins fréquemment). Un premier appariement individu-profession avait donc déjà eu lieu.

De plus, d'autres intérêts communs peuvent être expliqués par le partage de caractéristiques socio-démographiques communes, comme l'appartenance à la « génération Y ». En effet, cette génération exprime plus de préoccupations par rapport au développement de ses compétences et au désir d'exercer une profession qui lui plaise. Elle est également connue pour accorder plus d'importance à l'équilibre vie privée – vie professionnelle. Il est donc compréhensible que les intérêts en lien avec le développement personnel et la conciliation avec la vie privée soient partagés. Cet effet de génération permet également d'expliquer la remise en question de l'éthos professionnel de la disponibilité permanente au profit de celui basé sur les compétences (dont l'écoute et l'observation) et la formation régulière.

Pour autant, nous avons pu mettre en évidence des différences entre les étudiants envisageant des choix d'orientation différents.

Ainsi, les étudiants souhaitant s'orienter vers la médecine générale privilégiaient les contacts humains et l'autonomie. Ces intérêts ont montré une certaine stabilité au cours des études de médecine, étant exprimés à la fois par les étudiants en début de phase clinique et par les diplômés de médecine générale lorsqu'ils étaient interrogés sur les facteurs ayant influencé leurs choix de spécialisation. De plus, la question de la signification de l'autonomie, pour les étudiants, trouve des éléments de réponse dans les données tirées des entretiens des diplômés de médecine générale. Au vu des entretiens, l'autonomie y était essentiellement entendue comme la liberté de décider des réponses à apporter aux demandes de soins et de choisir son organisation de travail. Cette liberté de choisir son organisation de travail pourrait également être un facteur explicatif du fait que les étudiants envisageant la médecine générale estiment plus que les autres que le métier de médecin demande de consacrer toute sa vie à son travail et est peu conciliable avec une vie familiale épanouissante. Une possibilité serait que, face à cette exigence, ils s'orientent en médecine générale afin d'obtenir une autonomie

suffisante pour concilier les différentes sphères de leur vie. Toutefois, ces hypothèses doivent être envisagées avec prudence en raison de leur caractère interprétatif et des biais de mémoire liées aux entretiens (exposés dans le chapitre 5), l'autonomie pouvant avoir d'autres significations au moment des études.

Les diplômés de médecine générale que nous avons interrogés recherchaient également, à la fin de leurs études de médecine, la diversité de patients et de problèmes cliniques, ainsi que la prise en charge holistique et longitudinale des patients. Ils valorisaient également la possibilité de développer des compétences particulières et de pratiquer des activités complémentaires, en lien avec leurs centres d'intérêt.

Ils accordaient par contre moins d'importance, au début de la phase clinique, aux caractéristiques extrinsèques du travail, comme les revenus, le style de vie ou le prestige, et avaient une représentation du métier de médecin comme étant exigeant et privilégiant les patients. Toutefois, il ressort des entretiens de diplômés que certaines caractéristiques extrinsèques du travail influençaient tout de même leur choix d'orientation. Ainsi, les étudiants choisissant la spécialisation en médecine générale recherchaient un climat de travail dans lequel ils avaient la sensation d'être soutenus par leurs collègues. Ils prenaient également en compte la charge de travail (en lien avec la conciliation entre la vie privée et la vie familiale). Quant au prestige, il n'était pas un intérêt partagé par les étudiants s'orientant en médecine générale, mais pouvait intervenir en rendant parfois ce choix difficile à assumer en raison de l'image négative de la profession, parfois véhiculée dans leur entourage ou au sein de l'université.

Ce développement tardif d'intérêts liés aux caractéristiques extrinsèques de la profession peut être expliqué de deux manières. Premièrement, les étudiants acquièrent, au cours de leur vie, de nouveaux rôles sociaux tels que celui de conjoint et, pour certains, celui de parent. Ces évolutions, mais également les expériences vécues, peuvent modifier leurs intérêts au cours des études. De plus, si l'activité professionnelle constitue généralement un élément central dans la vie d'un adulte, ce n'est pas toujours le cas. Pour certains, d'autres rôles, comme ceux relatifs à la famille, peuvent être centraux et conduire les étudiants à faire des choix professionnels différents de ceux donnant priorité au travail, les rapports de genre conduisant plus fréquemment les femmes à devoir donner priorité aux aspects familiaux. Deuxièmement, la confrontation à la pratique, lors des stages, peut générer de l'intérêt pour certains facteurs, comme le climat de travail, que les étudiants n'avaient pas pris en considération auparavant.

Nos résultats ont par ailleurs souligné que les étudiants, quel que soit leur choix d'orientation, expriment ce choix en fonction des caractéristiques intrinsèques des spécialités, c'est-à-dire le contenu du travail et l'autonomie par exemple, et qu'ils justifient le rejet d'autres options en évoquant des facteurs extrinsèques de la profession, comme la charge de travail ou le manque de prestige.

Si les stages peuvent générer certains intérêts, ils permettent surtout aux étudiants de les confronter à leur représentation des spécialités.

Ces représentations étaient pour la plupart basées, au début des études, sur leur expérience personnelle. Si certains n'avaient jamais été exposés au monde médical, la plupart des diplômés que nous avons interrogés ont déclaré avoir été influencés dans leur choix des études de médecine soit par une expérience personnelle de la maladie, soit par leur entourage ou les médias, qui ont pu influencer leur représentation du métier – facteurs qui étaient également cités, par ailleurs, comme sources d'influence par les étudiants, dans le chapitre 3.

Ainsi, de nombreux diplômés ont expliqué avoir rejeté les autres disciplines lors des stages hospitaliers en raison de leur hyperspécialisation (opposée à l'intérêt de diversité), du manque de contact humain (opposé aux intérêts altruistes) et de la hiérarchie hospitalière (opposée à l'intérêt d'autonomie). Au contraire, les stages de médecine générale ont eu une influence positive sur de nombreux diplômés en leur permettant de trouver une discipline en accord avec leurs intérêts. Certains ont d'ailleurs indiqué que ces stages leur avaient permis d'envisager la médecine générale comme choix de spécialisation, alors que la discipline ne faisait pas partie de leurs choix initiaux (et était même rejetée par certains).

En revanche, les entretiens menés avec des diplômés ne souhaitant pas, au départ, s'orienter vers la médecine générale, nous ont appris que la discipline repoussait certains étudiants préférant maîtriser complètement un domaine précis. Ils exprimaient également le fait que la représentation qu'ils en avaient au départ ne prenait pas suffisamment en considération la complexité des prises en charge, la médecine générale gérant, selon leur vision de l'époque, essentiellement des problèmes mineurs. Cela apporte des éléments de réponse à la question de savoir pourquoi les étudiants privilégiant le défi intellectuel et les résultats immédiats de leur action s'orientent moins en médecine générale.

6.1.2. Facteurs influençant les représentations des étudiants

L'université

L'université a une influence importante sur les choix d'orientation des étudiants, principalement en permettant leur exposition aux différentes spécialités. Ainsi, comme nous l'avons vu, lors de la phase clinique des études de médecine, les étudiants sont exposés, lors de leurs cours et de leurs stages, aux différentes disciplines. Ils peuvent ainsi prendre conscience de leurs caractéristiques. De cette façon, ils explorent les différentes possibilités qui s'offrent à eux pour ensuite valider, éliminer ou faire émerger un choix d'orientation.

Toutefois, l'université peut également influencer les étudiants par les valeurs et les représentations véhiculées par les enseignants. De nombreux diplômés ont déclaré avoir

ressenti un dénigrement de la médecine générale de la part d'enseignants d'autres spécialités au sein des universités francophones belges.

L'image de la médecine générale au sein de la société

La représentation de la profession par les étudiants peut également être influencée par l'image transmise par des médecins généralistes de leur entourage ou via les médias. Nos recherches ont montré que des diplômés avaient parfois vu leurs représentations de la profession influencées soit négativement soit positivement par des médecins généralistes de leur entourage. De plus, l'image véhiculée, par la presse, de médecins généralistes surchargés et en épuisement professionnel peut générer une représentation négative de la profession.

Les expériences de vie

Enfin, des expériences de vie non universitaires peuvent influencer les caractéristiques de personnalité et les représentations des étudiants. Nos recherches ont ainsi confirmé que la confrontation à la maladie (personnelle ou d'un membre de la famille) ou le fait d'avoir suivi un autre cursus peuvent modifier les intérêts et les valeurs des étudiants.

6.1.3. Autres éléments influençant la décision d'orientation

En plus des caractéristiques de la profession, des éléments en lien avec la formation en elle-même ont également été identifiés par nos recherches. Ainsi, certaines caractéristiques de la formation en médecine générale la rendaient attractive, comme son accessibilité, sa durée relativement courte (souvent perçue comme plus conciliable avec la vie de famille), ainsi que son climat moins compétitif par rapport aux autres spécialités.

De plus, comme l'ont montré nos recherches, certaines décisions d'orientation ne sont pas liées à des choix, mais à des contraintes. C'était le cas des étudiants forcés à se spécialiser en médecine générale après avoir échoué au concours d'une autre spécialité, ou qui passent par une spécialisation en médecine générale dans le but d'accéder ensuite à une autre formation, ou encore qui optent pour la médecine générale suite à des choix familiaux. Nos recherches ont mis en évidence que « contraindre » les étudiants à se spécialiser en médecine générale ne les menait pas nécessairement à poursuivre l'exercice de cette profession par après.

6.1.4. Implications pour l'attraction d'étudiants en médecine générale

Pour l'Université

Dans le but de d'accroître le nombre d'étudiants choisissant de se spécialiser en médecine générale, des mesures visant à promouvoir des intérêts et des valeurs associés à la médecine générale devraient être appliquées au début de la phase clinique des études de médecine. Dans le même but, il serait nécessaire de mettre en place des mesures permettant aux étudiants de construire une représentation positive de la médecine générale.

Le début de la phase clinique des études de médecine semble une période propice à l'application de ces mesures pour deux raisons. Tout d'abord, selon nos résultats, à ce stade du cursus, la majorité des étudiants n'ont pas encore fixé leur choix d'orientation. Ensuite, cette période constitue celle pendant laquelle les étudiants sont exposés, lors de leurs cours et de leurs stages, aux différentes disciplines et peuvent ainsi prendre conscience de leurs caractéristiques.

Toutefois, avant de proposer des mesures de promotion de la médecine générale, il est nécessaire de prendre en considération le fait que les étudiants ne représentent pas un groupe homogène. Cela suggère que les mesures à proposer afin d'améliorer l'attractivité de la médecine générale doivent avoir des objectifs différents en fonction du profil des étudiants. En cela, nos résultats sont en accord avec les conclusions de la revue de littérature portant sur les choix de spécialisation de Bennet et Philipps (138).

Cette précaution est également liée au souci de permettre à chaque étudiant de s'orienter vers la discipline lui correspondant le mieux.

Par conséquent, certaines mesures doivent viser les étudiants envisageant la médecine générale, en choix unique ou considérant également d'autres options, afin de renforcer leur intérêt pour la discipline. En revanche, d'autres mesures doivent être appliquées au plus grand nombre afin de permettre de générer de l'intérêt auprès des étudiants n'envisageant aucune spécialité en particulier, mais également dans le but d'améliorer l'attitude envers la discipline des étudiants la rejetant, sans pour autant chercher coûte que coûte à modifier leur choix d'orientation.

L'amélioration de l'attitude envers la médecine générale des étudiants s'orientant vers une autre discipline pourrait avoir un impact sur l'image de la profession véhiculée au sein du monde médical et avoir, par ce biais, une action positive indirecte sur les étudiants des générations suivantes.

Néanmoins, pour que les représentations des étudiants soient modifiées, il est nécessaire que les nouvelles informations concernant les spécialités soient crédibles, adaptées à leurs représentations initiales et qu'ils y soient exposés suffisamment longtemps. De plus, nous avons vu que lors de la conception de leurs choix d'orientation, les individus n'activent généralement que les informations correspondant aux expériences les plus fréquentes ou les plus marquantes et/ou à de forts intérêts ou de fortes valeurs.

Par conséquent, afin de promouvoir une représentation positive de la médecine générale, l'Université doit être attentive à deux éléments.

Premièrement, il est nécessaire que la culture universitaire, comprise comme l'ensemble des valeurs transmises au sein de l'Université, soit aussi favorable à la médecine générale qu'aux autres spécialités. Pour cela, le dénigrement de la discipline doit être combattu, car l'influence des enseignants est d'autant plus grande qu'ils jouent le rôle

de modèles pour les étudiants, et sont, de ce fait, considérés comme des sources d'informations fiables. Cette situation a justifié que, dans certains pays comme le Canada, des chartes anti-dénigrement aient été adoptées dans les facultés de médecine.

De plus, la promotion de valeurs favorables à la médecine générale passe par la valorisation des problèmes cliniques complexes (situations médicales où diverses pathologies et influences interviennent, et pour lesquelles les niveaux de consensus et de preuves sont faibles, et qui représentent une bonne partie des problèmes pris en charge en médecine générale) autant que des problèmes cliniques compliqués (situations qui exigent des connaissances approfondies dans un domaine spécifique et pour lesquelles le niveau de preuve et/ou de consensus est relativement important). De la même manière, elle nécessite la valorisation des actions de prévention et de promotion de la santé, qui représentent également une grande part des activités des médecins généralistes.

Deuxièmement, le programme universitaire doit permettre une exposition longitudinale des étudiants à la discipline, afin de maintenir l'intérêt des étudiants au long cours. Nos recherches confirment cette grande importance des stages et de l'exposition à la médecine générale. Les données issues de la littérature indiquent, quant à elles, que pour avoir un impact positif sur le choix de la médecine générale comme spécialisation, les stages doivent remplir certaines conditions : avoir lieu assez précocement dans le cursus afin que la discipline puisse être prise en considération par les étudiants tôt dans leur réflexion d'orientation, avoir une certaine durée (minimum de trois à quatre semaines), être encadrés par des maîtres de stage jouant le rôle de modèle positif, tant clinique que concernant leur équilibre personnel (97,104,105,108).

Ainsi, l'Université joue un rôle majeur dans les choix d'orientation des étudiants. En fonction des missions que se donne cette institution, la littérature montre qu'elle peut augmenter le nombre d'étudiants s'orientant en médecine générale, sans pour autant avoir un impact négatif sur d'autres missions comme la recherche (178). Pour atteindre ce but, certains auteurs suggèrent une réforme facultaire augmentant la proportion d'enseignants médecins généralistes. Cette suggestion est justifiée, comme le montre le modèle de Bland et Meurer, par l'influence de la composition facultaire sur les valeurs facultaires, mais également sur les critères de sélection des étudiants et sur le programme des cours (98,176). Nous ne pouvons que souscrire à ces analyses.

De manière générale

La représentation de la profession par les étudiants étant également influencée par l'image transmise par des médecins généralistes de leur entourage ou via les médias, il est donc nécessaire, afin d'améliorer cette image, d'accroître la satisfaction au travail des médecins généralistes.

6.2. Les choix professionnels des jeunes diplômés de médecine générale

De la même manière que l'approche cognitive de l'orientation a soutenu notre réflexion concernant les choix de spécialisation, nous nous sommes basés sur les théories du développement du parcours professionnel pour tenter de mieux comprendre les choix professionnels des jeunes diplômés de médecine générale.

6.2.1. Les débuts de pratique

Avant de nous pencher sur les choix professionnels des jeunes diplômés de médecine générale, nous avons souhaité nous attarder sur leurs débuts de pratique.

Une fois le choix de la médecine générale posé, les jeunes médecins débutent une période de formation spécifique en médecine générale. Cette formation, qui consiste en un stage rémunéré et supervisé, représente une transition entre les études et la pratique professionnelle autonome. Néanmoins, cette confrontation à la pratique, même si elle est supervisée, peut être source de difficultés pour les jeunes médecins. Cette période doit donc faire l'objet d'une attention particulière.

En effet, les débuts de pratique constituent une période d'adaptation au cours de laquelle les jeunes médecins se voient attribuer de nouvelles responsabilités, souvent importantes. Ils doivent également faire face aux réalités de la pratique quotidienne, et cette confrontation peut être source de satisfaction comme d'insatisfaction par rapport à leurs attentes.

Nos recherches ont montré qu'un encadrement adéquat (ni trop, ni trop peu) par leurs maîtres de stage (leur maître de stage principal et les maîtres de stage supervisant les séminaires de pratique accompagnée (rencontres où se discutent régulièrement et collégialement des situations vécues) est par conséquent nécessaire afin de leur assurer le soutien dont ils ont besoin.

Par la suite, après l'obtention de leur diplôme de spécialiste en médecine générale, les jeunes médecins ont la possibilité de s'installer. Comme la période précédente, celle-ci représente également une étape de transition importante durant laquelle les jeunes médecins, ne travaillant plus sous supervision, sont confrontés à de nouvelles responsabilités et à de nouvelles tâches administratives et de gestion.

Alors qu'ils bénéficient du soutien de leurs maîtres de stage lors de la formation spécialisée, les jeunes médecins se retrouvent bien souvent livrés à eux-mêmes après leur installation. Nos recherches ont montré qu'un certain nombre aurait apprécié bénéficier du soutien d'un pair lors de leur début de pratique autonome.

Pour terminer, notons que ces périodes représentent également, pour bon nombre de jeunes médecins, les débuts de leur indépendance dans leur vie privée. Des considérations en lien avec la conciliation avec la vie privée, mais également avec d'autres caractéristiques du travail comme la rémunération, apparaissent donc de manière plus importante qu'auparavant.

6.2.2. Les parcours professionnels des jeunes diplômés

Les jeunes médecins que nous avons interrogés comprenaient généralement leur parcours professionnel comme un élément, parmi d'autres, de leur parcours de vie. Il correspondait à un processus d'interaction et d'intégration de leurs différents rôles sociaux, tels que ceux de médecin, de conjoint ou de parent. Ce souci d'intégrer leurs rôles sociaux, était particulièrement visible au regard des efforts qu'ils mettaient en place afin de concilier leur vie privée et leur vie professionnelle.

Cet intérêt pour la conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée, très important pour la plupart des diplômés, prenait d'autant plus d'importance à ce moment de leur parcours qu'ils étaient confrontés à la réalité de la pratique, et que leur vie privée avait évolué, pour la plupart, vers la constitution de leur propre famille.

D'ailleurs, les changements qui affectent les modes d'exercice et d'organisation de la médecine générale relèvent à la fois d'un effet de genre et d'un effet de génération. Si la féminisation a modifié le modèle traditionnel de l'organisation professionnelle dans le sens où les femmes ont développé des stratégies, comme la densification du temps de travail, afin d'adapter leur temps de travail aux exigences de leur vie privée, les différences concernant le temps de travail et l'organisation du travail entre les deux sexes tendent à diminuer. Ainsi, quel que soit leur sexe, les jeunes médecins, majoritairement en couple avec des conjoints actifs et diplômés de niveau supérieur, étaient généralement affectés par la question de la compatibilité des carrières et par l'équilibre entre la vie professionnelle et les contraintes domestiques.

La conciliation des carrières au sein des couples a modifié les modes d'investissement professionnel, afin de tendre vers un équilibre entre le temps professionnel et celui consacré à la famille et aux loisirs, ce dernier étant considéré dorénavant comme incompressible.

Cela s'est marqué dans nos recherches par la mise en place de stratégies permettant de réguler le temps de travail, comme l'engagement d'une aide administrative, le travail sur rendez-vous, la limitation du nombre de patients ou encore le travail en association, qui permet de faciliter les remplacements. Nombreux étaient également ceux ayant choisi de travailler à temps partiel ou d'adapter leurs horaires de travail à leur vie de famille.

Ce contexte favorise également une distanciation des jeunes médecins généralistes par rapport à l'éthos professionnel classique, caractérisé par une forte légitimité de la disponibilité permanente. Nous avons également observé cette distanciation chez les étudiants.

Toutefois, comme pour les plus jeunes, nos recherches ont souligné que la jeune génération de médecins généralistes remet en question un ethos professionnel basé sur la disponibilité permanente qui, selon eux, diminue la qualité des soins. Ils estiment en effet que la qualité des soins est garantie par un équilibre personnel satisfaisant et le

développement de compétences servant leur pratique de médecine générale. D'ailleurs, le temps partiel et la pratique d'activités complémentaires sont vus par certains jeunes médecins comme un moyen de souffler par rapport à une pratique de médecine générale exigeant un engagement fort, parfois épuisant psychologiquement.

En définitive, les parcours professionnels des jeunes médecins généralistes sont dorénavant placés sous le signe de l'adaptabilité nécessaire afin de faire face, tout au long de leur vie, aux changements survenant dans leur vie, tant privée que professionnelle.

6.2.3. La satisfaction au travail des médecins généralistes

Nos recherches ont permis d'identifier plusieurs facteurs en lien avec la satisfaction professionnelle des jeunes médecins généralistes.

Toutefois, avant de discuter de ces facteurs, nous avons vu qu'il est nécessaire de prendre conscience que la satisfaction au travail est un construit essentiellement individuel et qu'elle ne dépend pas uniquement de l'environnement objectif de l'individu. Elle est également en lien avec des facteurs subjectifs, comme son état psychologique, ses aspirations et sa volonté d'exprimer son mécontentement. C'est pourquoi les facteurs identifiés dans nos recherches comme influençant la satisfaction professionnelle n'ont pas eu le même retentissement sur la satisfaction au travail, et par conséquent sur les parcours professionnels, de tous les jeunes médecins.

Dans nos recherches, nous avons identifié que les éléments liés au contenu du travail étaient une source de satisfaction pour les jeunes médecins généralistes. Ainsi, ils appréciaient la diversité de patients et de problèmes de santé rencontrés en médecine générale, de même que le suivi longitudinal et holistique des patients. Ils appréciaient également la possibilité de pouvoir développer une pratique professionnelle flexible, compatible avec une vie privée, et composée de plusieurs activités. Cette flexibilité était liée à l'un des intérêts les plus stables et les plus importants que nous avons identifiés, à savoir l'autonomie. Cette autonomie leur permettait de pouvoir décider des réponses à apporter aux demandes de soins mais également de pouvoir choisir leur méthode de travail et leur mode d'exercice.

En revanche, certaines situations où ces conditions n'étaient pas remplies pouvaient conduire à de l'insatisfaction et, dans certains cas, à de l'épuisement professionnel.

Notamment, certains jeunes médecins se sentaient parfois dépassés par les demandes de soins complexes, surtout lorsqu'elles étaient liées à des problèmes psycho-sociaux, (dépassant souvent le cadre de l'action du médecin généraliste). Cet élément était plus fréquemment rencontré chez des médecins travaillant seuls ou avec des populations très défavorisées.

Un second facteur source d'insatisfaction était en lien avec la charge de travail et la difficulté de concilier vie privée et vie professionnelle. Un sentiment de surcharge de

travail était essentiellement dû à l'augmentation des demandes et des attentes des patients parfois jugées irréalistes, à l'obligation de continuité des soins, à l'accroissement de la charge administrative, à la complexification du travail liée à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, mais également à l'augmentation des tâches administratives au détriment du temps passé avec les patients.

Une solution avancée par les jeunes médecins pour contrer ces deux difficultés, était le travail en association, et surtout en association pluridisciplinaire. Le travail en association leur permet de bénéficier du soutien clinique et psychologique de leurs pairs et d'autres professionnels de soins. Il facilite également un partage de la charge de travail et facilite l'engagement d'une aide administrative. De plus, le travail pluridisciplinaire leur permet de bénéficier aussi des compétences d'autres professionnels, afin de répondre à des besoins dépassant le cadre de la médecine générale (tels que les assistants sociaux, les psychologues, etc.). Toutefois, le travail en association dans un lieu commun ne convenait pas à tous les jeunes médecins. Certains estimaient que, si les associations permettent un soutien clinique et organisationnel (essentiellement par ses facilités de remplacement), elles limitaient aussi leur autonomie. Ces jeunes médecins préféraient une association de type réseau où plusieurs prestataires de soins de première ligne, travaillant en des lieux distincts, décident de collaborer et de mutualiser certains aménagements professionnels comme le secrétariat médical ou les logiciels médicaux.

Enfin, un dernier facteur d'insatisfaction fréquemment rencontré était le manque de reconnaissance du travail accompli, et ce par les patients, par les médecins d'autres spécialités et par l'Etat. D'ailleurs, les demandes de revalorisation financière de la profession étaient généralement en lien avec la reconnaissance du travail. Ainsi, de nombreux jeunes médecins estimaient que leur travail de coordination, de gestion des dossiers et de prise en charge de problèmes complexes (nécessitant souvent des consultations prolongées) n'était pas pris en compte dans leur rémunération actuelle. De plus, les disparités de rémunération entre les spécialités étaient pour certains un signe d'une moindre reconnaissance de leur travail.

6.2.4. Les activités pratiquées par les diplômés en dehors de la médecine générale

Comme nous l'avons vu, de nombreux diplômés de médecine générale exercent, pour tout ou une partie de leur temps de travail, des activités ne correspondant ni à des visites ni à des consultations de médecine générale.

Parmi eux, une partie s'est réorientée et a acquis un titre différent de celui de médecin généraliste (via l'obtention d'un nouvel agrément en médecine d'urgence par exemple). Dans ce groupe, nous retrouvons surtout des médecins ayant été contraints de se former en médecine générale après échec à un concours. Nos recherches ont d'ailleurs montré que forcer les étudiants à se spécialiser en médecine générale ne garantissait

pas leur maintien dans la discipline. Rappelons que près de 50 % des diplômés de médecine générale ayant répondu à l'enquête quantitative, et qui était dans ce cas de figure, s'étaient réorientés, ainsi que tous ceux que nous avons interrogés dans la phase qualitative.

D'autres pratiquent des activités dites complémentaires à la médecine générale comme les consultations en centre de planning familial ou pour l'office de la naissance et de l'enfance. Au contraire des précédents, ces médecins se considèrent généralement médecins généralistes, car ils utilisent les connaissances et les habiletés acquises grâce à la spécialisation en médecine générale. Pour ceux ne pratiquant pas exclusivement ce type d'activités, nos recherches ont montré qu'elles permettaient à certains de compenser des aspects plus difficiles de la médecine générale (tels que la complexité du travail ou l'investissement demandé par un suivi longitudinal), en leur offrant ce que plusieurs diplômés ont appelé une « bouffée d'oxygène ».

6.2.5. Autres éléments influençant les choix professionnels

Nous avons également pu mettre en évidence que si certaines décisions professionnelles correspondent à des choix, d'autres sont liées à des opportunités ou à des contraintes, et ne sont donc pas toujours en lien avec la satisfaction au travail.

Ainsi, le choix de réorganiser ses activités professionnelles peut être provoqué par de l'insatisfaction liée à la pratique de la médecine générale, mais également à l'envie de pratiquer une autre activité professionnelle.

En revanche, les opportunités ne font pas suite à une volonté clairement établie par les jeunes médecins de réorganiser leurs activités mais à la possibilité d'exercer en étant plus en accord avec leurs intérêts, familiaux par exemple.

Quant aux contraintes, elles peuvent être d'origine familiale (par exemple liées au travail du conjoint ou la garde des enfants) ou professionnelle (telles que l'arrêt de pratique d'un confrère ou des changements de réglementation, comme ce fut le cas de la suppression du BMA qui a forcé de nombreux médecins à choisir entre la pratique de la médecine générale et de la médecine d'urgence); elles forcent alors les jeunes médecins à adapter leurs activités professionnelles.

De plus, les changements professionnels des jeunes médecins diffèrent en fonction des événements les ayant provoqués mais également de leur personnalité et de leur contexte de vie, les mêmes événements n'ayant pas les mêmes effets sur l'ensemble des diplômés.

Ces changements peuvent prendre la forme de modifications mineures du mode d'organisation du travail ou, au contraire, correspondre à des réorientations complètes des activités professionnelles. Ils peuvent également se faire tout au long du parcours des jeunes médecins en fonction des différents événements vécus.

6.2.6. Implications pour le maintien dans la profession

Tout d'abord, une attention particulière doit être apportée aux médecins en début de pratique. Cela passe par un renforcement de la formation des maîtres de stage qui, en plus de leur apporter un soutien clinique, doivent être à même de reconnaître d'éventuelles difficultés psychologiques chez leurs assistants et les aider à préparer au mieux leur future installation. Par après, l'accompagnement des jeunes médecins lors de leur installation permettrait de les aider à faire face aux difficultés administratives et de gestion, mais également de leur apporter un soutien psychologique en cas de difficulté à faire face à leurs nouvelles responsabilités.

Ensuite, au vu des changements affectant la conciliation des carrières au sein de couples et de leurs répercussions sur les modes d'exercice des jeunes médecins, il est nécessaire de prendre en considération le besoin d'adaptabilité de leur pratique en fonction de leur vie privée. Par conséquent, le cadre légal qui régit l'exercice de la médecine générale doit autoriser un maximum de souplesse pour permettre aux jeunes générations d'adapter, temporairement ou plus durablement, leurs modalités d'exercice.

De plus, des mesures visant à améliorer la satisfaction au travail des médecins généralistes permettraient de lutter contre les départs en réaction à la pratique. Pour cela, il est nécessaire de prendre en considération les facteurs les satisfaisant, c'est-à-dire le travail clinique, le développement de leurs compétences et la possibilité de choisir leur organisation de travail (tant au niveau des activités pratiquées que du temps de travail). Cela nécessite aussi de lutter contre les sources d'insatisfaction, comme les demandes sortant du cadre de la médecine générale, la charge de travail (y compris la garde et la charge administrative) et le manque de reconnaissance du travail. Ces observations suggèrent que les mesures visant à promouvoir la pratique associative (qu'elle soit ou non dans un même lieu) et pluridisciplinaire de la médecine générale trouvent tout leur sens. Les jeunes générations apprécient les contenus professionnels de la médecine générale, mais ils souhaitent pouvoir s'appuyer sur des équipes soutenantes, recourant à des compétences diversifiées. Elles suggèrent également le besoin de revaloriser la profession en assurant une meilleure reconnaissance du travail des médecins généralistes.

Enfin, l'exercice d'activités complémentaires à la pratique de la médecine générale est très souvent source de satisfaction pour les jeunes médecins. Toutefois, la question se pose, dans un but de planification, de l'intérêt de différencier les activités principales des médecins généralistes, à savoir les consultations et les visites à domicile de médecine générale, et leurs autres activités complémentaires. Les débats récents autour du maintien de l'agrément pour les diplômés médecins généralistes pratiquant (presque) exclusivement des activités dites complémentaires ont montré à quel point cette question était complexe. Les raisons de cette complexité sont d'une part la difficulté de définir la pratique de la médecine générale et d'autre part la question du

devenir de ces médecins en cas de retrait de leur agrément. La définition pratique de ce que sont des activités de médecine générale ne fait en effet l'objet d'aucun consensus.

Ces éléments nous inspirent le sentiment que la médecine générale n'est pas unique, qu'elle est diversifiée. Une définition trop stricte de notre discipline, qui limiterait l'action du médecin généraliste au suivi longitudinal et global d'un groupe de patients, délaierait de nombreuses activités que de nombreux généralistes assurent dans d'autres contextes professionnels. Ces activités rendent des services à la communauté, elles offrent également aux prestataires concernés une diversification salutaire de leurs actions.

Redéfinir les activités propres à la médecine générale, et les différencier des activités dites complémentaires, faciliterait la planification de l'offre médicale et donnerait également une meilleure visibilité de la spécialisation, entre autres, pour les étudiants. Toutefois, la différenciation de ces types d'activités ne devrait pas empêcher les médecins généralistes de les pratiquer simultanément, car nos recherches montrent que forcer les médecins à choisir entre deux activités professionnelles, comme ce fut le cas pour ceux ayant obtenu leur brevet de médecine aigüe (qui ont dû choisir entre la pratique de la médecine générale et celle de la médecine d'urgence), a provoqué l'arrêt de pratique de certains médecins généralistes. Les médecins pratiquant exclusivement ce type d'activités devraient pouvoir posséder un statut particulier leur permettant d'être reconnus comme « médecins généralistes exerçant des activités particulières ». De plus, les démarches permettant à ces médecins de recommencer une pratique de médecine générale devraient être facilitées car, comme nous l'avons observé, les démarches à réaliser afin de pouvoir recommencer une pratique de médecine générale empêchent le retour à la profession de certains diplômés.

6.3. Proposition de mesures permettant d'attirer et de maintenir les médecins généralistes dans la profession

A la lumière des résultats de nos recherches, nous proposons une série de mesures permettant d'attirer et de maintenir les médecins généralistes dans la profession.

6.3.1. Mesures à destination des Universités

Les mesures à destination des Universités ont pour objectif d'accroître l'attractivité de la médecine générale mais également d'améliorer l'attitude envers la discipline, de susciter un jugement positif à son égard, notamment de ceux choisissant une autre orientation, avec, comme corollaire, de lutter dans l'avenir contre son dénigrement.

Nous devons toutefois être attentifs à ce que ces mesures ne soient pas comprises par les étudiants comme coercitives. Nous partageons l'avis de Pfarrwaller, selon lequel des actions trop appuyées pourraient donner l'impression aux étudiants que la médecine générale leur est imposée et, de ce fait, avoir un effet contraire à celui recherché (179).

De plus, il est nécessaire de respecter les choix d'orientation des étudiants afin d'obtenir, pour tous, une congruence individu-profession menant à la satisfaction au travail, avec pour conséquence, le maintien dans l'emploi. Pour cela, et sans que cela soit spécifique à la médecine générale, un accompagnement des étudiants par des conseillers de carrière pourrait être proposé.

Proposer un programme longitudinal d'exposition à la médecine générale

Ce programme a pour but d'exposer les étudiants à la médecine générale tout au long du cursus, afin de susciter et de maintenir l'intérêt pour la discipline. Des études ont en effet montré que l'influence bénéfique des stages, par exemple, diminuait avec le temps et avec la confrontation à d'autres spécialités (107,109), bien que la littérature, comme nos recherches, confirment amplement leur importance.

Pour cela, ce programme devrait combiner différentes expériences pédagogiques, comme des cours, des stages et des séances d'information sur les spécificités de la médecine générale. Il devrait également débiter assez tôt dans le cursus, c'est-à-dire avant que les étudiants n'aient défini un choix d'orientation.

Les stages doivent être réalisés dans de bonnes conditions, c'est-à-dire en permettant aux étudiants de rencontrer la discipline par l'intervention de maîtres de stage jouant le rôle de modèles positifs tant cliniques que dans leur équilibre vie privée – vie professionnelle. L'encadrement des stages par de jeunes médecins, ayant des intérêts communs avec ceux des étudiants en raison de leur génération, permettrait de fournir aux étudiants un modèle auquel ils pourraient plus facilement s'identifier. Pour cela, il serait nécessaire de revoir les critères d'agrément des maîtres de stage donnant moins de poids à l'ancienneté. La formation clinique et pédagogique des maîtres de stage mérite également d'être renforcée.

De plus, l'exposition à la médecine générale doit permettre aux étudiants de découvrir différents modes de pratique afin qu'ils puissent se représenter l'étendue des possibilités d'organisation du travail, et ainsi pouvoir trouver le type de pratique qui leur convienne. Pour cela, en complément des stages et des cours, dont le nombre est limité, des forums d'échanges avec des médecins généralistes de différents horizons devraient être organisés. Des forums de ce type sont déjà organisés, par exemple, dans la province belge du Luxembourg, afin de permettre aux étudiants de se familiariser avec les caractéristiques souvent méconnues de la pratique rurale.

Cette proposition de programme longitudinal d'exposition à la médecine générale a déjà fait l'objet de plusieurs recommandations internationales (105,107,179). En Belgique, en 2008, l'étude du KCE portant sur l'attraction et la rétention des médecins généralistes dans la profession proposait, quant à elle, de mettre en place des stages obligatoires et de fournir des informations précises sur la spécialité aux étudiants (60).

Si des stages obligatoires ont été mis en place dans la plupart des Universités francophones belges, la création de programmes longitudinaux n'en est encore qu'à ses débuts. Ainsi, par exemple, l'ULB a mis en place un dispositif pédagogique permettant aux étudiants de suivre, trois années durant, un patient avec plusieurs maladies chroniques. Ce type de dispositif, déjà instauré depuis plusieurs années en Flandre, sensibilise les étudiants au suivi longitudinal, à la diversité prise par la santé et à son évolution. D'autres Universités ont, quant à elles, instauré d'autres dispositifs comme des stages ou des cours à différents moments du cursus, mais sans qu'ils ne fassent partie d'un programme clairement établi par la faculté.

Les freins à la mise en place de ces programmes tiennent essentiellement à la nécessité de revoir le programme de cours et de stages, déjà fort chargé. Ce programme n'étant pas extensible, la conciliation avec les autres disciplines est primordiale. Un travail de réflexion devrait être entamé au sein des facultés de médecine afin de déterminer les missions qu'elles souhaitent se donner, l'une d'entre elles pouvant être la promotion de la médecine générale et, de manière plus générale, des soins primaires.

Une autre difficulté est en lien avec le nombre et la qualité des (lieux de) stages disponibles. Il est en effet important de garantir aux étudiants des stages dans de bonnes conditions. Pour cela, il est nécessaire que les maîtres de stage qui les accueillent aient reçu une formation clinique et pédagogique optimale. Or, cette formation, comme l'accueil de stagiaires, ajoute une charge de travail supplémentaire aux médecins généralistes souhaitant devenir maîtres de stage. Une réflexion devrait donc être entamée concernant des incitants facilitant la formation et le recrutement de maîtres de stage : rémunération, obligation pour les maîtres de stage souhaitant former un assistant d'encadrer des stagiaires en master, heures de formations validées pour l'accréditation, etc. La question de l'évaluation des maîtres de stage devrait également être considérée.

Promouvoir une culture facultaire en faveur de la médecine générale

Une culture facultaire en faveur de la médecine générale est nécessaire afin d'améliorer l'attractivité de la médecine générale.

Il est nécessaire de valoriser les activités cliniques spécifiques à la médecine générale, comme la prise en charge de problèmes cliniques complexes, la prévention et la promotion de la santé. Cette valorisation pourrait être réalisée en combinant, lors des cours, la perspective des médecins généralistes et celle des médecins spécialisés dans le domaine présenté. La proposition d'inclure une perspective de médecine générale dans les cours dispensés aux étudiants avait d'ailleurs déjà été faite par le KCE en 2008 (60), à l'image de ce qui se fait déjà dans plusieurs facultés du pays.

Comme nous l'avons abordé précédemment, ces propositions nécessitent qu'un dialogue soit instauré avec les enseignants des autres disciplines médicales.

Une lutte contre le dénigrement de la discipline au sein des facultés de médecine, par l'instauration de charte par exemple, est à considérer.

La décision de réformer le programme de cours, pour améliorer la visibilité et la prise en compte des soins primaires, est, en réalité, une décision qui ne relève pas exclusivement du monde universitaire. Pour cela, un travail patient, dans et hors des facultés, doit avoir lieu. Le monde politique doit également être impliqué en raison des enjeux en termes de santé publique. C'est tout le système de santé qui doit opérer une réflexion structurelle. Nous évoquerons ces questions plus loin.

Enfin, le développement de la recherche en soins primaires est une nécessité. Elle permet par ailleurs d'améliorer l'assise facultaire des médecins généralistes, comme le montre l'exemple de nos collègues belges néerlandophones, plus nombreux à être porteurs d'un doctorat. Cette assise facultaire est importante car, comme le montre le modèle de Bland et Meurer, la composition facultaire, en influençant les valeurs facultaires, sur les critères de sélection des étudiants et le programme des cours, agit sur les choix d'orientation des étudiants (98).

Accompagnement des futurs médecins généralistes

Comme nous l'avons mentionné, la spécialisation en médecine générale représente une étape importante pour les jeunes médecins généralistes. Le soutien de leurs maîtres de stage est fondamental afin de les aider à faire face aux difficultés cliniques, psychologiques et organisationnelles liées aux débuts de pratique.

Pour cela, le KCE proposait de mettre en place des cours spécifiques en médecine générale abordant les solutions pour surmonter les difficultés éventuelles que les futurs médecins généralistes rencontreront sur le terrain (60).

Dans un rapport publié en 2014, les professeurs néerlandophones belges de médecine générale insistaient aussi sur la nécessité de préparer les médecins généralistes au changement s'orientant vers des pratiques multidisciplinaires qui présupposent le développement de compétences en matière de collaboration et de *leadership* (180).

Nous soutenons ces mesures en proposant que ces cours soient dispensés en début de master de spécialisation afin qu'ils répondent aux intérêts des étudiants car, comme nous l'avons vu, certaines préoccupations n'apparaissent que tardivement.

Toutefois, il nous semble également nécessaire de renforcer ce soutien apporté aux futurs médecins généralistes par une meilleure formation des maîtres de stage, afin qu'ils puissent soutenir leurs assistants face aux difficultés rencontrées, mais également dans la création de leur projet d'installation. Un accompagnement extérieur pourrait également être instauré, ou prendre place dans les séminaires de pratique accompagnée, dans les mêmes objectifs de soutien face aux difficultés et au projet d'installation.

L'accompagnement des jeunes médecins qui, comme nous l'avons vu, nécessite de prendre des mesures au niveau universitaire, devrait également être soutenu par les décideurs politiques. En effet, une fois diplômés, les jeunes médecins généralistes ne sont plus sous la responsabilité de l'Université. La période de l'installation est cependant, nos résultats de recherche abondent en ce sens, une période parfois difficile. Un accompagnement pourrait les aider à faire face aux difficultés.

Cet accompagnement pourrait prendre plusieurs formes. Tout d'abord, la mise en place d'une cellule d'accompagnement administratif dans les démarches liées à l'installation. Puis, un accompagnement par un pair ou groupe de pairs afin de leur apporter un soutien dans l'apprentissage de la gestion d'un cabinet. Enfin, un accompagnement psychologique des jeunes médecins pourrait se faire en leur proposant de participer à des groupes d'échange (de type Balint) ou par un accompagnement individuel. La mise en place de ces mesures pose cependant encore une fois la question des moyens financiers et humains.

6.3.2. Mesures à destination du monde politique

Modifier le cadre légal afin de permettre plus de flexibilité

Les parcours professionnels des jeunes médecins généralistes sont dorénavant compris comme des processus où l'adaptabilité et l'intégration des rôles sociaux sont fondamentales, ce qui ne les rend pas différents des autres diplômés du supérieur.

Le cadre légal doit, par conséquent, permettre aux médecins généralistes d'interrompre leur carrière de manière temporaire ou de moduler facilement leurs activités en fonction de leur vie privée. Cette proposition avait déjà été faite par le KCE en 2008, qui recommandait des initiatives telles que les interruptions de carrière et le travail à temps partiel (60).

Nos recherches soutiennent ces propositions. Elles ont en effet montré que plusieurs diplômés de médecine générale s'étaient réorientés vers une activité plus compatible avec une vie de famille, car la médecine générale ne leur permettait pas cette adaptation. De nombreux médecins généralistes ont également indiqué avoir restreint leur temps de travail, parce que la pratique de la médecine générale était exigeante et qu'ils avaient besoin de temps hors pratique pour assurer des soins de qualité.

De plus, parmi les médecins s'étant réorientés, plusieurs ont également indiqué avoir eu envie, à un moment, de reprendre une activité de médecine générale, mais être découragés par les démarches à entreprendre. Un accompagnement dans ces démarches pourrait faciliter le retour de certains diplômés vers la pratique de la médecine générale.

Cette mesure concerne le cadre légal régissant les conditions d'agrément et d'accréditation des médecins généralistes, mais également celui des travailleurs indépendants, statut de nombreux médecins généralistes.

Elle soulève toutefois la question du maintien de la qualité des soins, qui, pour de nombreux médecins, est garantie par un seuil minimal d'activité. Nous posons toutefois la question de savoir si cette garantie de qualité ne pourrait pas être assurée par d'autres critères comme la formation continuée ou le profil d'activité réalisé par l'INAMI et incluant certains indicateurs liés aux prescriptions des médecins généralistes. Cette question mériterait de faire l'objet de nouvelles recherches.

Cette mesure soulève également la question de la planification des forces de travail, car le travail à temps partiel nécessite un nombre plus important de médecins généralistes afin de répondre aux besoins en termes d'équivalents temps plein. Toutefois, nos recherches suggèrent que si le travail à temps partiel réduit le nombre d'équivalents temps plein disponible, il garantit également un maintien dans la profession.

Enfin, comme nous l'avons mentionné, redéfinir les activités propres à la médecine générale, et les différencier des activités dites complémentaires, sans pour autant empêcher les médecins généralistes de les pratiquer simultanément, faciliterait la planification de l'offre médicale et donnerait également une meilleure visibilité de la spécialisation, entre autres, pour les étudiants. Nous prôtons ainsi la création d'un statut particulier leur permettant d'être reconnus comme « médecins généralistes exerçant des activités particulières ».

Promouvoir les associations pluridisciplinaires

Le travail en association augmente les possibilités de remplacement des médecins généralistes entre eux, et favorise ainsi une meilleure conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée.

Il apporte également aux médecins un soutien clinique et psychologique lors de prises en charge de problèmes complexes ou humainement difficiles. De plus, la pluridisciplinarité offre, en outre, un partage de compétences, qui profite non seulement aux patients, mais également aux prestataires de soins, souvent confrontés à des demandes qui dépassent leur cadre de travail. Toutefois, des difficultés en lien avec l'absence de remboursement de certaines prestations par d'autres intervenants limitent le soutien qui pourrait être apporté aux médecins généralistes. Ainsi, par exemple, les médecins généralistes confrontés à des questions psycho-sociales n'ont souvent pas la possibilité, pour des raisons économiques liées à l'absence de remboursement, de référer ces patients à un psychologue.

Les associations permettent également de partager les frais liés à l'engagement d'une aide administrative, permettant ainsi de recentrer le travail des médecins généralistes sur la pratique clinique et de diminuer la charge de travail globale.

En conséquence, nous soutenons la promotion de ce type de pratique, déjà proposée par le KCE en 2008 (60).

Toutefois, nos recherches indiquent que la promotion de la pratique associative doit permettre une certaine liberté d'organisation. Certains médecins généralistes ont marqué un intérêt très important pour l'autonomie. La possibilité devrait donc être laissée aux médecins généralistes de créer des associations ne partageant pas un même lieu de pratique.

La promotion des associations par les pouvoirs publics pourrait également porter sur un soutien administratif et logistique (comptable, juridique, ...) continu, mais également un accompagnement de type coaching lors de la conception des projets, afin de s'assurer d'une homogénéité idéologique au sein de l'association. De telles mesures sont déjà proposées par la province belge du Luxembourg.

Améliorer la reconnaissance des compétences des médecins généralistes

Nos études montrent combien les étudiants qui se destinent à la médecine générale ou les jeunes diplômés qui ont embrassé cette discipline décrivent un besoin de reconnaissance des compétences qu'ils s'approprient à développer ou qu'ils mettent déjà en œuvre au bénéfice du système de soins. Les recherches qui montrent les rôles et fonctions de la médecine générale et leur importance dans un système de soins performant sont pourtant nombreuses. On pense notamment aux travaux de Starfield qui ont inspirés les recommandations de l'OMS en faveur du développement des soins primaires (46). Ces démonstrations sont probablement insuffisamment mises en avant durant les études de médecine, insuffisamment diffusées au sein de la discipline elle-même, insuffisamment entendues par les responsables en santé.

Les départements universitaires de médecine générale ont probablement un rôle important à jouer, à travers l'enseignement, mais également par le biais de la recherche. Les facultés de médecine, historiquement implantées en troisième ligne de soins, s'ouvrent progressivement à la notion d'intégration des soins et de complémentarité entre les lignes de soins. Il s'agit de poursuivre une démarche de valorisation de la médecine générale, spécialité médicale à part entière.

Cette valorisation doit également s'opérer au sein même du système de soins : le rôle de premier contact et de coordination des soins du médecin généraliste est souvent mis à mal par la possibilité d'un recours direct à la deuxième ligne de soins ou par le référencement des patients entre médecins d'autres spécialités. L'organisation très hospitalo-centrique de notre système de soins ne contribue pas à mettre en avant les compétences des médecins généralistes. De plus, dans leur rapport de 2014, les professeurs néerlandophones belges de médecine générale soulignaient que l'absence d'échelonnement affectait la qualité des soins de l'ensemble des médecins. Ainsi, selon eux, les hôpitaux et les spécialistes procédant, par exemple, à trop d'interventions simples et répétitives, verraient réduire leur expérience par rapport aux problèmes compliqués (180).

Le peu de valeur réservé en termes financiers à l'acte intellectuel mais également aux activités de coordination et de prise en charge de situations complexes contribue à confiner la médecine générale dans un statut de discipline subalterne.

Selon nos observations, l'amélioration de l'attraction et du maintien dans la profession de généraliste passe par d'importantes évolutions structurelles, mais aussi culturelles, tant dans les facultés que dans notre système de soins. Nous sommes conscients que ces évolutions rencontreront d'inévitables et logiques résistances. Mais les besoins en santé que la société s'apprête à affronter réclament une réflexion, en ce sens, faisant intervenir les différents acteurs du pentagone du partenariat décrit par Boelen (décideurs politiques, professionnels de santé, institutions académiques, gestionnaires de santé et communautés des bénéficiaires), et soutenue par des recherches, nous paraît nécessaire (181).

6.3.3. Synthèse des mesures proposées

Le tableau 62 reprend une synthèse des mesures proposées, ainsi qu'une priorisation de ces mesures. De hauts degrés de priorité ont été attribués aux mesures permettant de répondre à des intérêts majeurs mis en évidence par nos résultats ou étant conditionnelles à la mise en place d'autres mesures auxquelles nous avons donc attribué une moindre priorité.

Tableau 62 : Synthèse des mesures proposées

Propositions de mesures	Intérêts	Freins	Priorité
A destination des Universités			
Organiser un programme longitudinal d'exposition à la médecine générale	Susciter et maintenir l'intérêt des étudiants pour la discipline Améliorer la connaissance des étudiants vis-à-vis des soins primaires	Nécessite une révision du programme de cours	Haute
Valoriser les activités cliniques des soins primaires par l'instauration de cours mixtes	Améliorer la connaissance des étudiants vis-à-vis des soins primaires Augmente la visibilité de la médecine générale	Nécessite une conciliation avec les enseignants des autres disciplines	Haute
Renforcer la formation des maîtres de stage	Amélioration de la qualité des stages Apporter un soutien psychologique aux assistants Apporter un soutien aux assistants dans les démarches liées à l'installation	Augmente la charge de travail des médecins généralistes	Haute
Développer la recherche en soins primaire	Asseoir les fondements scientifiques de la médecine générale Améliorer la visibilité de la médecine générale Nourrir le débat sur la place des soins primaires dans le système de santé et dans le programme universitaire	Ressources humaines	Haute
Accompagner les jeunes médecins dans leurs débuts de pratique	Apporter un soutien psychologique Apporter un soutien administratif dans les démarches liées à l'installation	Ressources humaines	Moyenne
Organiser des cours préparant les étudiants aux difficultés du métier	Prévenir les difficultés liées aux débuts de pratique	Néant	Faible
Organiser des forums d'échanges avec des médecins généralistes	Permettre aux étudiants d'acquérir une représentation élargie des modes d'organisation	Néant	Faible
Permettre une supervision par de jeunes maîtres de stage	Offre un modèle plus en accord avec les intérêts des étudiants	Nécessite une révision des critères d'agrément des maîtres de stage	Faible
Conseillers de carrière	Permettre un juste appariement individu-profession	Ressources humaines et financières	Faible

Tableau 62 (suite): Synthèse des mesures proposées

Propositions de mesures	Intérêts	Freins	Priorité
A destination du monde politique			
<i>Adapter le cadre légal</i>	Permettre les interruptions de carrière Permettre l'adaptabilité des activités	Nécessite de modifier le cadre légal régissant les conditions d'agrément et d'accréditation, mais également celui des travailleurs indépendants Pose la question de la garantie de la qualité des soins Nécessite de prendre en compte ces adaptations dans la planification de l'offre médicale	Haute
<i>Redéfinir les activités des médecins généralistes</i>	Facilite la planification des soins Apporter une meilleure visibilité de la médecine générale et des activités complémentaires	Nécessite la création d'un statut de « médecin généraliste exerçant des activités particulières »	Haute
<i>Faire la promotion des associations multidisciplinaires</i>	Soutien clinique et psychologique aux prestataires de soins Faciliter la régulation de la charge de travail Facilite l'engagement d'une aide administrative	Nécessite un accompagnement dans la création de nouvelles associations Nécessite le remboursement de certaines prestations par d'autres professionnels de soins	Haute
<i>Accompagner les diplômés souhaitant reprendre une pratique</i>	Faciliter le retour vers la pratique de la médecine générale	Adapter le cadre légal (cf. supra) Ressources humaines	Moyenne
<i>Revaloriser financièrement la médecine générale</i>	Limiter les disparités entre les spécialités Prendre en considération les tâches de coordination et les consultations prolongées liées aux cas complexes	Coût	Faible

6.4. Forces et faiblesses

Dans cette thèse, nous avons choisi d'inscrire notre réflexion dans un cadre multidisciplinaire. Pour cela, nous nous sommes aidés des théories de l'orientation professionnelle issues de la psychologie et de la sociologie, afin de mieux saisir les déterminants individuels et sociétaux des choix d'orientation. Cet apport théorique nous a permis d'élargir notre réflexion en prenant conscience d'éléments influençant les parcours des médecins généralistes, mis en évidence par des experts de l'orientation professionnelle et pourtant très peu pris en considération dans les études portant sur les problèmes d'attraction et de maintien dans la profession de médecin généraliste.

De plus, afin de construire des propositions de mesures permettant d'attirer et de maintenir les médecins généralistes dans la profession, nous avons envisagé les différentes étapes menant les individus à la pratique de la médecine générale – à savoir leur choix de spécialité, leur installation et leur maintien dans la pratique – dans une perspective holistique : leur parcours professionnel. Cette considération holistique du parcours professionnel des médecins généralistes a été très peu étudiée, la plupart des études cherchant soit à identifier les déterminants des choix de spécialisation des étudiants en médecine, soit à explorer chez les médecins généralistes les facteurs influençant la satisfaction au travail et les intentions de quitter la profession.

Nous avons combiné des études quantitatives et qualitatives pour obtenir des informations complémentaires. Le très haut taux de réponse de nos études quantitatives leur assure une excellente représentativité permettant une vue d'ensemble large et un état des lieux réaliste des situations vécues. Les études qualitatives ont permis de dépasser la simple identification de facteurs et de souligner le sens que les individus attribuaient à leurs choix, à leur vécu et à leurs activités, mais également d'approfondir l'analyse en objectivant les liens et la logique qu'ils établissaient entre les différents facteurs influençant leur parcours professionnel. Cette démarche a également permis de ne pas partir d'une vision prédéfinie de la « carrière » d'un diplômé de médecine générale, et ainsi de mettre en évidence différents types de trajectoires.

Outre les différentes limites évoquées dans chacune des recherches développées dans les chapitres 3, 4 et 5, la principale limite de la méthodologie appliquée dans cette thèse se rapporte à la difficulté d'approcher des théories de l'orientation issues de disciplines pour lesquelles notre formation est très fragmentaire. Toutefois, afin de nous assurer de la justesse des théories exposées dans cette thèse, nous nous sommes assurée de leur compréhension en multipliant les discussions d'experts s'y référant. De plus, nous n'avons pas pu aborder l'ensemble de ces théories. Notons également que, comme l'ont écrit Watson et Stead, « *les théories de carrière reflètent le moment où elles ont été construites [...] elles doivent être redéfinies sans cesse pour refléter la réalité de l'environnement changeant* » (182).

Une autre limite à cette recherche est qu'elle postule une correspondance entre les étudiants et les diplômés de médecine générale interrogés simultanément dans nos recherches. Or, vingt ans peuvent séparer les étudiants des diplômés les plus âgés. Des différences générationnelles pourraient donc malgré tout exister. La comparaison de ces deux populations avait pour objectif d'identifier des différences d'intérêts au fur et à mesure du parcours. Toutefois, il serait nécessaire de vérifier nos résultats par des études de cohorte permettant de suivre l'évolution des intérêts d'une même génération d'individus, interrogés à différents moments de leur parcours.

De plus, une comparaison des données avec d'autres Universités belges ou étrangères serait aussi utile pour s'assurer qu'il n'y a pas de biais culturel (pour le pays) ou lié à l'Université (pour la Belgique).

Enfin, si nos recherches ont mis en évidence une série d'intérêts professionnels, elles n'ont pas permis de mettre plus en avant la signification réelle d'intérêts, comme l'autonomie ou le défi intellectuel, pour les étudiants et les jeunes médecins. Des recherches ciblées sur la signification des intérêts et sur les représentations des spécialités médicales pourraient permettre de mieux saisir les choix d'orientation. Elles pourraient ainsi apporter un éclairage supplémentaire aux mesures, souvent proposées dans la littérature, encourageant la mise en place de critères de sélection favorables au choix de la médecine générale lors de l'examen d'entrée des études de médecine, et pour lesquels nous n'avons pas mis en évidence d'arguments favorables (67,105,107,179).

6.5. Perspectives de recherche pour l'avenir

Un monitoring récurrent des enquêtes réalisées dans le cadre de cette thèse permettrait d'anticiper les évolutions futures des motivations des étudiants et des jeunes médecins à embrasser la carrière de généraliste, et par conséquent d'adapter la planification des professions médicales. De plus, comme nous venons de le mentionner, une attention particulière devrait être apportée à la signification des intérêts et aux représentations professionnelles (ainsi qu'à leurs évolutions) au cours du parcours professionnels des étudiants et des jeunes médecins. De même, l'influence de l'Université sur les valeurs et les intérêts des étudiants permettrait également d'améliorer notre compréhension des choix d'orientation professionnelle des étudiants, mais également d'être attentifs à nos actions pédagogiques.

L'impact des nouveaux modes de pratique (associations mono- ou pluridisciplinaires, co-professionnalité) sur les forces de travail devrait faire l'objet d'études spécifiques.

De façon parallèle, les recherches en soins primaires portant sur des études cliniques pragmatiques doivent également être développées afin d'asseoir plus finement les fondements scientifiques du métier de généraliste en conditions de pratique réelles, et d'en mesurer les impacts. Ce type de recherche aura pour résultat de nourrir le débat

scientifique à l'intérieur des facultés et de favoriser la reconnaissance des départements de médecine générale par les représentants des spécialités hospitalières.

Enfin, la faisabilité de nos propositions devrait être testée et travaillée aux différents niveaux cités plus haut dans le pentagone du partenariat. La méthode de recherche-action, testée récemment avec succès par Belche dans le cadre des SYLOS réunissant des acteurs des première et deuxième lignes de soins, pourrait être tentée ici également (183). Le partenariat pratiqué dans cette méthode, reconnaissant à chaque participant la pleine prise en compte de ses spécificités et intérêts, pourrait se révéler une arme puissante pour vaincre les réticences au changement probablement importantes dans ce domaine sensible.

Bibliographie

1. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Pretorius R. Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies; 2015 p. 59. (Observatory Studies Series).
2. Béguin F. En 2025, la France aura perdu un médecin généraliste sur quatre en vingt ans. *Le Monde*. 2016 Feb 6;
3. Majeed A. Shortage of general practitioners in the NHS. *BMJ*. 2017 Jul 10;358:j3191.
4. Rédaction RTBF. Pénurie de médecins : le risque existe-t-il et où? 2014 Oct 29;
5. L’Echo. Pénurie annoncée de médecins généralistes en Wallonie. 2015 Dec 5;
6. La Libre. Médecin généraliste, métier officiellement en pénurie en Wallonie. 2016 Jul 18;
7. FOREM. Métiers en pénurie [Internet]. 2016 [cited 2016 Jan 9]. Available from: <https://www.leforem.be/particuliers/metiers-porteursliste.html>
8. Le journal du médecin. 125 communes wallonnes manquent de généralistes. 2017 Mar 5;
9. Fédération Wallonie-Bruxelles - Administration générale de l’Enseignement. Les indicateurs de l’enseignement 2016. Bruxelles ; 2016.
10. Cases C, Baubeau D. Peut-on quantifier les besoins de santé ? *Solidarité et Santé*. 2004;(1):17–22.
11. Organisation Mondiale de la Santé. Préambule à la Constitution de l’Organisation mondiale de la Santé, tel qu’adopté par la Conférence internationale sur la Santé. 1946; New York.
12. Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health Workforce Planning in OECD Countries - A review of 26 projection models from 18 countries. OECD; 2013. (OECD Health Working Papers). Report No.: 62.
13. Barriball L, Bremner J, Buchan J, Craveiro I, Dieleman M, Dix O, et al. Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. European Commission; 2015.
14. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ*. 1998 Apr 25;316(7140):1310–3.
15. Bradshaw J. A taxonomy of social need. *New Soc*. 1972;30(3):72.
16. Vandebroek P, Ooms K, Benahmed N, Wickert R, Christiaens W, Stordeur S. Stratégies d’amélioration du modèle de projection de l’offre médicale : Consultation des stakeholders. Bruxelles : Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé (KCE).: Health Services Research (HSR).; 290AD.
17. Stevens A, Raftery J, Mant J. Health care needs assessment—the epidemiologically based needs assessment reviews. Vol. 1. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1994.

18. OCDE. Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places. Paris; 2016. (OECD Health Policy Studies).
19. OCDE. Panorama de la santé 2015 : les indicateurs de l'OCDE. OCDE. Paris; 2015.
20. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève; 2016.
21. Communautés européennes. Soins de longue durée dans l'Union européenne. Luxembourg; 2008.
22. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Maladies chroniques [Internet]. WHO. [cited 2017 Aug 24]. Available from: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
23. European Union Health Policy Forum. Answer to DG SANCO consultation on chronic diseases. 2012 Jan.
24. Van der Heyden J, Charafeddine R. Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats. Institut Scientifique de Santé Publique; 2014.
25. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011 Sep;10(4):430–9.
26. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One.* 2014;9(7):e102149.
27. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais. Genève; 2008.
28. Belche J-L, Berrewaerts M-A, Ketterer F, Henrard G, Vanmeerbeek M, Giet D. De la maladie chronique à la multimorbidité : quel impact sur l'organisation des soins de santé ? *Presse Médicale.* 2015;44(11):1146–54.
29. Morin E. Introduction à la pensée complexe. Editions du Seuil. Paris; 2005.
30. Stacey R. Strategic management and organisational dynamics : the challenge of complexity. Harlow: Prentice Hall; 2011.
31. Boeckxstaens P, De Maeseneer J, De Sutter A. Multimorbidité : d'une « prise en charge axée sur les problèmes » à une « prise en charge orientée vers des objectifs ». *Minerva.* 2013;12(4):40.
32. Anthierens S, Willemse E, Remmen R, Schmitz O, Macq J, Declercq A, et al. Mesures de soutien aux aidants proches – une analyse exploratoire. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE): Health Services Research (HSR); 2014. Report No.: 223B.

33. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Organisation mondiale de la santé ; 2015. (Health Evidence Network synthesis report). Report No.: 44.
34. Organisation Mondiale de la Santé. Migration et santé : les principaux enjeux [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé - Europe. [cited 2017 Nov 4]. Available from: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>
35. Direction générale Statistique - Statistics Belgium. Chiffres clés : aperçu statistique de la Belgique. 2016.
36. Chambaretaud S, Hartmann L. Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles. Rev OFCE. :235–68.
37. Payer L. Disease-mongers. New York: John Wiley; 1992.
38. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 2002 Apr 13;324(7342):886–91.
39. OCDE. Taux de pauvreté (indicateur) [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 4]. Available from: <https://data.oecd.org/fr/inequality/taux-de-pauvrete.htm>
40. OCDE. Intensité de la pauvreté (indicateur) [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 4]. Available from: <https://data.oecd.org/fr/inequality/intensite-de-la-pauvrete.htm#indicator-chart>
41. OCDE. Dépenses de santé (indicateur). [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 4]. Available from: <https://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-de-sante.htm>
42. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata. Genève; 1978.
43. Organisation Mondiale de la Santé. Primary Health Care : Main terminology [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 21]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology>
44. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa. 1986.
45. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2013 Nov;63(616):e742-750.
46. Starfield B. Is primary care essential? The Lancet. 1994 Oct 22;344(8930):1129–33.
47. Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WGW, Kringos DS. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. Health Aff Proj Hope. 2015 Sep;34(9):1531–7.

48. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff Proj Hope*. 2013 Apr;32(4):686–94.
49. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. 2005 Sep 1;83(3):457–502.
50. Organisation Mondiale de la Santé. Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale et de la médecine de famille en Europe. Genève; 1998.
51. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA Europe; 2002.
52. Boerma WG, Fleming DM. The role of general practice in primary health care. Organisation Mondiale de la Santé; 1998. 121 p.
53. Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle. PlanCAD Médecins 2004-2012. DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; 2015 mai.
54. Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle. Scénarios de base de l'évolution de la force de travail «médecins» 2012-2037. DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; 2016.
55. Cellule Planification des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle. Scénarios alternatifs de l'évolution de la force de travail «médecins» 2012-2037. DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; 2017 Mar.
56. Groupe de travail médecin de la commission de planification Offre médicale et Cellule Planification des professions de soins de santé, DG Soins de santé. Rapport de Synthèse, PlanCAD Médecins 2004-2012. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; 2015.
57. Soumois F. 5.000 généralistes menacés resteront agréés. *Le Soir*. 2015 décembre;
58. Meeus P, Van Aubel X. Performance de la médecine générale, bilan de santé. Bruxelles: Health Services Research (HSR) - Institu National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI); 2012.
59. Cellule Planification des professions des soins de santé, DG Soins de Santé. Rapport annuel 2015 de la Commission de planification - offre médicale. Suivi de la planification de l'offre médicale en Belgique. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement; 2016.
60. Lorant V, Geerts C, D'hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L. Médecine générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession? Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008.

61. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, et al. La performance du système de santé belge - Rapport 2015 - Annexes. Brussels: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); Report No.: 259B.
62. Bloy G. La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. In: Singuliers Généralistes. Presses de l'EHESP; 2010. p. 21–40.
63. Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé. Soutien de la force de travail en médecine générale et indicateurs de performance de l'orientation des nouveaux médecins vers la médecine générale. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement; 2014 juillet.
64. Lefevre JH, Roupret M, Kerneis S, Karila L. Career choices of medical students: a national survey of 1780 students. *Med Educ.* 2010 Jun;44(6):603–12.
65. Mariolis A, Mihas C, Alevizos A, Gizlis V, Mariolis T, Marayiannis K, et al. General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. *BMC Med Educ.* 2007 Jun 1;7:15.
66. Kiobassa K, Miksch A, Hermann K, Loh A, Szecsenyi J, Joos S, et al. Becoming a general practitioner--which factors have most impact on career choice of medical students? *BMC Fam Pract.* 2011 May 9;12:25.
67. Lorant V, Artoisenet C, Violet I. Pourquoi certains médecins abandonnent-ils la profession ? *Healthc Exec.* 2007;45–8.
68. Shadbolt N, Bunker J. Choosing general practice - a review of career choice determinants. *Aust Fam Physician.* 2009 Feb;38(1–2):53–5.
69. Bunker J, Shadbolt N. Choosing general practice as a career - the influences of education and training. *Aust Fam Physician.* 2009 May;38(5):341–4.
70. Guichard J, Huteau M. Orientation et insertion professionnelle : 75 concepts clés. Dunod; 2007.
71. Brown D, Brooks L. Career choice and development. Jossey-Bass Publishers; 1996. 584 p.
72. Brown SD, Lent RW. Career Development and Counseling: Putting Theory and Research to Work. John Wiley & Sons; 2004. 698 p.
73. Guglielmi D, Fraccaroli F, Pombeni ML. Les intérêts professionnels selon le modèle hexagonal de Holland. *Orientat Sc Prof.* 2004 Sep 15;(33/3):409–27.
74. Tetreau B. L'essor d'une psychologie des intérêts professionnels : La psychologie des intérêts. *Carriérologie.* 2005;10(1–2):75–118.
75. Smart JC. Life history influences on Holland vocational type development. *J Vocat Behav.* 1989;34(1):69–87.
76. Guichard J, Huteau M. Psychologie de l'orientation. Dunod; 2006.

77. Schwartz SH. Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Rev Fr Sociol.* 47(4):929–68.
78. Super DE. The Work Values Inventory. In: Contemporary approaches to interest measurement. Oxford: U. Minnesota Press;
79. Patton W, McMahon M. Career Development and Systems Theory: Connecting Theory and Practice. Springer; 2014. 491 p.
80. Lea HD, Leibowitz ZB, (U.S.) NCD. Adult Career Development: Concepts, Issues, and Practices. National Career Development Association; 1992. 446 p.
81. Schultheiss DEP. To Mother or Matter: Can Women Do Both? *J Career Dev.* 2009;36(1):25–48.
82. Leong F, Barak A. Contemporary Models in Vocational Psychology: A Volume in Honor of Samuel H. Osipow. Routledge; 2005. 345 p.
83. Bujold C, Gingras M. Un nouveau paradigme pour l'orientation : perspectives, limites, et défis. *Oriental Sc Prof.* 2010 Mar 15;(39/1):73–86.
84. Hallett MB, Gilbert LA. Variables Differentiating University Women Considering Role-Sharing and Conventional Dual-Career Marriages. *J Vocat Behav.* 1997;50(2):308–22.
85. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? DREES; 2011.
86. Cohen L, Duberley J, Mallon M. Social constructionism in the study of career: Accessing the parts that other approaches cannot reach. *J Vocat Behav.* 2004;64(3):407–22.
87. Pralong J, Philippe X, Peretti-Ndiaye M. La « génération Y » entrera dans la carrière. Étude intergénérationnelle des schémas de carrière des ingénieurs français. *Rech En Sci Gest.* (116):103–23.
88. Saba T. Les différences intergénérationnelles au travail : faire la part des choses, The Intergenerational Gap in the Workplace: Cutting Through the Hype, *Resumen. Gestion.* 34(3):25–37.
89. Pichault F, Pleyers M. Pour en finir avec la génération Y... enquête sur une représentation managériale. *Ann Mines - Gérer Compr.* 2012;108(2):39–54.
90. Landrier S, Nakhili N. Comment l'orientation contribue aux inégalités de parcours scolaires en France. *Form Empl Rev Fr Sci Soc.* 2010 Mar 15;(109):23–36.
91. Chazal S, Guimond S. La théorie de la dominance sociale et les choix d'orientation scolaire et de rôles sociaux des filles et des garçons. *Oriental Sc Prof.* 2003 Dec 1;(32/4):595–616.
92. Huteau M. Les mécanismes psychologiques de l'évolution des attitudes et des préférences vis-à-vis des activités professionnelles. [The psychological

- mechanisms at work in the development of attitudes and personal choices as to job activities.]. *Oriental Sc Prof.* 1982;11(2):107–25.
93. Maiorova T, Stevens F, van der Zee J, Boode B, Scherpbier A. Shortage in general practice despite the feminisation of the medical workforce: a seeming paradox? A cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2008 Dec 17;8:262.
 94. Heiligers PJM. Gender differences in medical students' motives and career choice. *BMC Med Educ.* 2012 Aug 23;12:82.
 95. Diderichsen S, Johansson EE, Verdonk P, Lagro-Janssen T, Hamberg K. Few gender differences in specialty preferences and motivational factors: a cross-sectional Swedish study on last-year medical students. *BMC Med Educ.* 2013 Mar 8;13:39.
 96. Kawamoto R, Ninomiya D, Kasai Y, Kusunoki T, Ohtsuka N, Kumagi T, et al. Gender difference in preference of specialty as a career choice among Japanese medical students. *BMC Med Educ.* 2016 Nov 10;16(1):288.
 97. Nicholson S, Hastings AM, McKinley RK. Influences on students' career decisions concerning general practice: a focus group study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2016 Oct;66(651):e768-775.
 98. Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 1995 Jul;70(7):620–41.
 99. Hinchey S, LaRochelle J, Maurer D, Shimeall WT, Durning SJ, DeZee KJ. Association between interest group participation and choice of residency. *Fam Med.* 2011 Oct;43(9):648–52.
 100. Selva Olid A, Zurro AM, Villa JJ, Hajar AM, Tuduri XM, Puime AO, et al. Medical students' perceptions and attitudes about family practice: a qualitative research synthesis. *BMC Med Educ.* 2012 Aug 21;12:81.
 101. Rodríguez C, Tellier P-P, Bélanger E. Exploring professional identification and reputation of family medicine among medical students: a Canadian case study. *Educ Prim Care Off Publ Assoc Course Organ Natl Assoc GP Tutors World Organ Fam Dr.* 2012 May;23(3):158–68.
 102. Creed PA, Searle J, Rogers ME. Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students. *Soc Sci Med* 1982. 2010 Sep;71(6):1084–8.
 103. Kawamoto R, Ninomiya D, Kasai Y, Kusunoki T, Ohtsuka N, Kumagi T, et al. Factors associated with the choice of general medicine as a career among Japanese medical students. *Med Educ Online.* 2016;21:29448.
 104. Scott I, Wright B, Brenneis F, Brett-Maclean P, McCaffrey L. Why would I choose a career in family medicine?: Reflections of medical students at 3 universities. *Can Fam Physician Med Fam Can.* 2007 Nov;53(11):1956–7.

105. Marchand C, Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2017 Apr;67(657):e227–37.
106. López-Roig S, Pastor MÁ, Rodríguez C. The reputation and professional identity of family medicine practice according to medical students: a Spanish case study. *Aten Primaria.* 2010 Dec;42(12):591–601.
107. Thistlethwaite JE, Leeder SR, Kidd MR, Shaw T. Addressing general practice workforce shortages: policy options. *Med J Aust.* 2008 Jul 21;189(2):118–21.
108. Wimsatt LA, Cooke JM, Biggs WS, Heidelbaugh JJ. Institution-Specific Factors Associated With Family Medicine Residency Match Rates. *Teach Learn Med.* 2016 Sep;28(3):269–78.
109. Phillips J, Charnley I. Third- and Fourth-Year Medical Students' Changing Views of Family Medicine. *Fam Med.* 2016 Jan;48(1):54–60.
110. Holmes D, Tumiel-Berhalter LM, Zayas LE, Watkins R. “Bashing” of medical specialties: students' experiences and recommendations. *Fam Med.* 2008 Jun;40(6):400–6.
111. Erikson CE, Danish S, Jones KC, Sandberg SF, Carle AC. The role of medical school culture in primary care career choice. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2013 Dec;88(12):1919–26.
112. Shartle CL. *Occupational Information: Its Development and Application.* Prentice-Hall; 1952. 456 p.
113. Gingras M, Spain A, Cocandeau-Bellanger L. La carrière, un concept en évolution. *Carrièreologie.* 2006;10(3–4):411–26.
114. Sullivan SE, Baruch Y. *Advances in Career Theory and Research: A Critical Review and Agenda for Future Exploration.* *J Manag.* 2009;35(6):1542–71.
115. Hall DT. *The career is dead—long live the career: a relational approach to careers.* Jossey-Bass Publishers; 1996. 392 p.
116. Cadin L, Guérin F, Pigeyre F, Pralong J. *GRH - 4e éd.: Gestion des ressources humaines.* Dunod; 2012. 735 p.
117. Sullivan SE. The changing nature of careers: a review and research agenda. *J Manag.* 1999;25(3):457–84.
118. DeFillippi RJ, Arthur MB. The boundaryless career: A competency-based perspective. *J Organ Behav.* 1994;15(4):307–324.
119. Gysbers NC, Heppner MJ, Johnston JA. Conseil et développement de carrière tout au long de la vie. *Orientat Sc Prof.* 2000;29(1):91–115.
120. Savickas ML, Nota L, Rossier J, Dauwalder J-P, Duarte ME, Guichard J, et al. Construire sa vie (Life designing) : un paradigme pour l'orientation au 21e siècle. *Orientat Sc Prof.* 2010 Mar 15;(39/1):5–39.

121. Corff YL, Gingras M. L'Inventaire des préoccupations de carrière : une mesure de l'adaptabilité à la carrière. *Orientat Sc Prof.* 2011 Mar 7;(40/1).
122. Guillaume J-F. Les parcours de vie, entre aspirations individuelles et contraintes structurelles, Résumé. *Inf Soc.* 2010 Jan 6;(156):22–30.
123. Bertrand F, Hansez I. Facteurs d'insatisfaction incitant au départ et intention de quitter le travail : analyse comparative des groupes d'âges, Summary. *Trav Hum.* 2010 Oct 11;73(3):213–37.
124. Iglesias K, Renaud O, Tschan F. La satisfaction au travail. *Rev Int Psychosociologie.* 2010 Oct 24;XVI(40):245–70.
125. Laroche P. Syndicalisation et satisfaction au travail: une première analyse empirique dans le contexte français. CFE-CGC; 2015. 101 p.
126. Dunnette MD, Hough LM, Triandis HC. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology.* Consulting Psychologists Press; 1990. 792 p.
127. Locke EA. What is job satisfaction? *Organ Behav Hum Perform.* 1969;4(4):309–36.
128. Igalens J. Satisfaction au travail. In: *Encyclopédie de la gestion et du management.* Paris: Dalloz; 1999. p. 1246–7.
129. Spector PE. *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences.* SAGE Publications; 1997. 112 p.
130. Iglesias K. L'utilisation des modèles à effets mixtes avec effets aléatoires croisés pour l'analyse de données de type questionnaire dans le champ de la satisfaction au travail. Université de Genève; 2011.
131. Hackman, Oldham GR. *Work redesign.* Reading, MA: Addison-Wesley; 1980.
132. Peters LH, O'Connor EJ. Situational Constraints and Work Outcomes: The Influences of a Frequently Overlooked Construct. *Acad Manage Rev.* 1980;5(3):391–7.
133. Roussel P. Rémunération, motivation et satisfaction au travail. *Economica;* 1996. 306 p.
134. Delansorne F, Buis H, Robino S, Tomas J, Huez J-F, Fanello S. Cessations anticipées d'activité des médecins généralistes libéraux dans les trois départements de l'ouest de la France. Quelle réalité? *Sante Publique (Bucur).* 2009 Aug;21(4):375–82.
135. Van Greuningen M, Heiligers PJM, Van der Velden LFJ. Motives for early retirement of self-employed GPs in the Netherlands: a comparison of two time periods. *BMC Health Serv Res.* 2012 Dec 18;12:467.
136. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hoffman RD, Czachowski S, et al. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? A systematic literature review. *BMC Fam Pract.* 2016 Sep 13;17(1):133.

137. Doran N, Fox F, Rodham K, Taylor G, Harris M. Lost to the NHS: a mixed methods study of why GPs leave practice early in England. *Br J Gen Pr.* 2016 Feb 1;66(643):e128–35.
138. Bennett KL, Phillips JP. Finding, recruiting, and sustaining the future primary care physician workforce: a new theoretical model of specialty choice process. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2010 Oct;85(10 Suppl):S81-88.
139. Convert B. Les bachelier(e)s scientifiques et les sciences. Lille: CNRS; 2005.
140. Maiorova T, Stevens F, Scherpbier A, van der Zee J. The impact of clerkships on students' specialty preferences: what do undergraduates learn for their profession? *Med Educ.* 2008 Jun;42(6):554–62.
141. Scott I, Gowans M, Wright B, Brenneis F. Stability of medical student career interest: a prospective study. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2012 Sep;87(9):1260–7.
142. Herzberg F. Le travail et la nature de l'homme. *Entreprise moderne d'édition;* 1971. 213 p.
143. Borges NJ, Hartung PJ. Stability of values during medical school. *Med Teach.* 2010;32(9):779–81.
144. Rabadán FE, Hidalgo JL-T. Changes in the knowledge of and attitudes toward family medicine after completing a primary care course. *Fam Med.* 2010 Jan;42(1):35–40.
145. Beverly EA, Reynolds S, Balbo JT, Adkins S, Longenecker R. Changing first-year medical students' attitudes toward primary care. *Fam Med.* 2014 Oct;46(9):707–12.
146. Draper C, Louw G. What is medicine and what is a doctor? Medical students' perceptions and expectations of their academic and professional career. *Med Teach.* 2007 Jun;29(5):e100-107.
147. Maudsley G, Williams EMI, Taylor DCM. Junior medical students' notions of a "good doctor" and related expectations: a mixed methods study. *Med Educ.* 2007 May;41(5):476–86.
148. Cuesta-Briand B, Auret K, Johnson P, Playford D. "A world of difference": a qualitative study of medical students' views on professionalism and the "good doctor." *BMC Med Educ.* 2014 Apr 12;14:77.
149. Turkeshi E, Michels NR, Hendrickx K, Remmen R. Impact of family medicine clerkships in undergraduate medical education: a systematic review. *BMJ Open.* 2015 Aug 4;5(8):e008265.
150. Ayuso-Raya MC, Escobar-Rabadán F, López-Torres-Hidalgo J, Montoya-Fernández J, Téllez-Lapeira JM, Campa-Valera F. Predictors for choosing the specialty of

- Family Medicine from undergraduate knowledge and attitudes. *Sao Paulo Med J Rev Paul Med.* 2016 Sep;134(4):306–14.
151. Deutsch T, Hönigschmid P, Frese T, Sandholzer H. Early community-based family practice elective positively influences medical students' career considerations--a pre-post-comparison. *BMC Fam Pract.* 2013 Feb 21;14:24.
 152. Chellappah M, Garnham L. Medical students' attitudes towards general practice and factors affecting career choice: a questionnaire study. *Lond J Prim Care.* 2014;6(6):117–23.
 153. Martin O. *L'enquête et ses méthodes : l'analyse des données quantitatives.* 2005.
 154. Van Baelen S, Goedhuys J, Heyrman J, Stroobants R, Minguet C. Het beroep van huisartsen die in 1995 afstudeerden. *Tijdschr Voor Geneesk.* 2003;59(20):1216–24.
 155. Schoenmakers B, Aertgeerts B, Buntinx F, Vankrunkelsven P, Van Pottelberg G, De Lepeleire J. De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering. *Tijdschr Voor Geneesk.* 2014;657–65.
 156. Hedden L, Barer ML, Cardiff K, McGrail KM, Law MR, Bourgeault IL. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. *Hum Resour Health.* 2014;12:32.
 157. Drielsma P. Les maisons médicales belges, un accident de parcours post-soixante-huitard ou un mode d'organisation inoxydable ?, Belgian medical houses: a post-68 accident or an enduring mode of organization? *Santé Publique.* 21(hs1):49–55.
 158. Jean O, Leloup M, Vardon D, Fanello S. Activités médicales hors cabinet des médecins généralistes. *Santé Publique.* 2010 Jan 18;21(5):453–64.
 159. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien, Abstract. *Rev Fr Aff Soc.* (1):101–25.
 160. Lapeyre N, Feuvre NL. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Fr Aff Soc.* (1):59–81.
 161. Querido SJ, Vergouw D, Wigtersma L, Batenburg RS, De Rond MEJ, Ten Cate OTJ. Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. A BEME systematic review: BEME Guide No. 33. *Med Teach.* 2016;38(1):18–29.
 162. Degen C, Li J, Angerer P. Physicians' intention to leave direct patient care: an integrative review. *Hum Resour Health.* 2015 Sep 8;13:74.
 163. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin;
 164. Dwan KM, Douglas KA, Forrest LE. Are "part-time" general practitioners workforce idlers or committed professionals? *BMC Fam Pract.* 2014 Sep 19;15:154.

165. Bloy G. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. *Rev Fr Aff Soc*. 2011 Dec 16;(2):9–28.
166. Hann M, Reeves D, Sibbald B. Relationships between job satisfaction, intentions to leave family practice and actually leaving among family physicians in England. *Eur J Public Health*. 2011 Aug;21(4):499–503.
167. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, et al. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. Brussels: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2011.
168. Mazzaglia G, Lapi F, Silvestri C, Roti L, Giustini SE, Buiatti E. Association between satisfaction and stress with aspects of job and practice management among primary care physicians. *Qual Prim Care*. 2009;17(3):215–23.
169. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. *Sociol Prat*. (14):19–30.
170. Denekens JPM. The Impact of Feminisation on General Practice. *Acta Clin Belg*. 2002;57(1):5–10.
171. Lapeyre N, Robelet M. Du temps professionnel total à la régulation des temps sociaux : les jeunes générations de médecins devant l'émergence d'un nouvel éthos temporel. *Loisir Société Soc Leis*. 2006;29(1):57–78.
172. Wordsworth S, Skåtun D, Scott A, French F. Preferences for general practice jobs: a survey of principals and sessional GPs. *Br J Gen Pract*. 2004 Oct 1;54(507):740–6.
173. Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J, Campbell S, Roos M, Joos S. Does GPs' self-perception of their professional role correspond to their social self-image?--a qualitative study from Germany. *BMC Fam Pract*. 2010 Feb 4;11:10.
174. Rodríguez C, López-Roig S, Pawlikowska T, Schweyer F-X, Bélanger E, Pastor-Mira MA, et al. The influence of academic discourses on medical students' identification with the discipline of family medicine. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2015 May;90(5):660–70.
175. Hedelius M, Boukhezra N, Lasserre E, Letrilliart L. La médecine générale vue par la presse écrite grand public : la crise, rien que la crise ! *Exercer*. 2014;(113):100–10.
176. Campos-Outcalt D, Senf J, Watkins AJ, Bastacky S. The effects of medical school curricula, faculty role models, and biomedical research support on choice of generalist physician careers: a review and quality assessment of the literature. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 1995 Jul;70(7):611–9.
177. Van der Maren J-M. Le souvenir et le bouleversement du temps dans la reconstruction du passé. *Réflexions méthodologiques*. *Rech Qual*. 2010;Hors série(8):37–50.

178. Choi PA, Xu S, Ayanian JZ. Primary Care Careers Among Recent Graduates of Research-Intensive Private and Public Medical Schools. *J Gen Intern Med.* 2013 Jun;28(6):787–92.
179. Pfarrwaller E, Sommer J, Chung C, Maisonneuve H, Nendaz M, Junod Perron N, et al. Impact of Interventions to Increase the Proportion of Medical Students Choosing a Primary Care Career: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2015 Sep;30(9):1349–58.
180. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. Together we change. *Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit!* 2014.
181. Boelen C. Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé : document de travail. *Organ Mond Santé.* 2001;55.
182. Watson MB, Stead GB. Career Psychology in South Africa: Moral Perspectives on Present and Future Directions. *South Afr J Psychol.* 2002;32(1):26–31.
183. Belche J-L. *Intégration entre lignes de soins : d'un patient à une population.* [Liège]: Université de Liège; 2016.

Remerciements

De nombreuses personnes ont contribué à cette thèse de doctorat et il est maintenant temps de les en remercier.

Je remercie ...

... le Professeur Didier Giet, président du Département Universitaire de Médecine Générale de l'Université de Liège et promoteur de cette thèse, pour la confiance qu'il m'a accordée depuis mon engagement au sein du département, mais également pour sa supervision, ses encouragements et sa disponibilité tout au long de ce travail.

... les autres membres de mon comité de thèse pour leurs apports et leurs conseils : le Professeur Dominique Verpoorten, président de ce comité, le Professeur Anselme Derese et le Docteur Christiane Duchesnes.

... les professeurs Laurent Letrillart et Vincent Lorant d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

... le Docteur en Sociologie Frédéric Ketterer, à qui j'adresse des remerciements particuliers pour sa patience, sa disponibilité et ses conseils qui m'ont permis de progresser.

... mes collègues du département de médecine générale pour leurs encouragements et leur soutien. Je tiens à remercier spécialement Geneviève Bruwier, Valérie Massart, Jean-Luc Belche, Marc Vanmeerbeek, Philippe Burette et Gilles Henrard pour leur avis concernant l'un ou l'autre chapitre de cette thèse.

... le Professeur Adelin Albert et Nathalie Maes pour leur aide statistique.

... le Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine générale pour son soutien financier dans les recherches consacrées aux diplômés de médecine générale.

... les autres membres de l'équipe de recherche de cette étude : Bénédicte Fraipont, Sophie Leconte, Lou Richelle et Marion Cayn.

... mon oncle, le Professeur Yves Lenoir, pour ses conseils quant à la structuration de ce travail et à ses apports concernant le cadre théorique.

... Sandra Galer et Bertrand Delrée pour leurs apports concernant la mise en problématique de ce travail.

... le secrétariat du département de médecine générale, et en particulier Stéphanie Tornabene, pour le soutien logistique et organisationnel tout au long du chemin.

... Claude Verday à qui j'adresse des remerciements particuliers pour sa relecture orthographique, son incroyable disponibilité et ses encouragements.

... Michel et Eva Adam, An Rotsaert et Thierry Van Eeckhout pour leur aide, au pied levé, dans les traductions du résumé de ce travail.

... Nicolas Gillain pour son aide dans la mise en page du manuscrit.

... mes collègues du Centre médical du parc qui m'ont permis de m'absenter afin de pouvoir réaliser cette thèse.

... les membres du Rassemblement des Généralistes Namurois et de GAMENA qui en acceptant ma démission, m'ont permis de me consacrer à ce travail.

... mes premiers maîtres de stage médecins généralistes Jean-François André et Christian Montrieux pour m'avoir fait découvrir ce métier que j'aime tant.

... tous ceux qui m'on donné envie de sortir du cadre de ma pratique clinique et de participer à la réflexion concernant l'avenir de la médecine générale, en particulier Valentine Gevers et Guy Delrée.

... les étudiants et les jeunes médecins qui ont participé aux études réalisées dans le cadre de cette thèse.

... les derniers mais non les moindres : mes parents Mireille et Etienne, ma sœur Caroline et mes « inséparables » Marie-Astrid Berrewaerts et David Beelen, qui en plus d'avoir participé au travail de relecture, m'ont apporté un soutien psychologique et logistique sans faille du début à la fin de ce doctorat.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude portant sur les intérêts professionnels et représentation du métier de médecin des étudiants en quatrième année de médecine à l'Université de Liège

Choix des études de médecine

1/ A quel moment avez-vous pris la décision de faire des études de médecine ?

- Dans mon enfance
- Au cours de mes études secondaires
- Lors de la dernière année de mes études secondaires
- Pendant des études supérieures dans une autre discipline
- À un autre moment (précisez)

2/ Quelles sont les deux raisons principales qui vous ont amené(e) à faire des études de médecine ? (cochez les 2 réponses en question)

- Parce que les matières scientifiques me plaisaient plus que les autres
- Parce que je souhaite exercer un métier scientifique
- Parce que les études de médecine réunissent les meilleurs élèves
- Parce qu'elles offrent une large gamme de débouchés professionnels
- Parce que j'apprécie de venir en aide aux autres
- Parce que j'apprécie le contact humain
- Parce que j'aime le défi intellectuel
- Parce que je voulais vivre à Liège
- Parce que mes parents m'y ont poussé(e)/je voulais leur faire plaisir
- Autre (précisez)

3/ Avez-vous hésité avec une autre formation universitaire avant d'opter pour des études de médecine ?

- Oui
- Non

3a/ Si oui, avec quelle(s) autre(s) formation(s) ?

.....

3b/ Qu'est-ce qui vous a finalement amené à privilégier les études de médecine ?

.....

4/ Qui a influencé votre décision de faire des études de médecine ?

- Personne
- Un membre de ma famille
- Des amis

- Votre médecin (généraliste ou spécialiste)
- Des enseignants (du primaire ou du secondaire)
- Une série télévisée/un film/un livre
- Une expérience personnelle de la maladie
- Une expérience de la maladie dans ma famille/mes amis
- Autre (précisez)

5/ Pourriez-vous expliquer en quelques mots comment cette personne ou cet événement vous a influencé(e) ?

.....

6/ Lors de vos études universitaires, vous est-il arrivé(e) de devoir passer une seconde session pour vos examens ?

- Oui
- Non

7/ Quelle a été votre moyenne générale (sur 20) au terme de votre année universitaire de bac 3 ?

- Entre 10 et 12
- Entre 12 et 14
- Entre 14 et 16
- Entre 16 et 18
- Plus de 18

8/ Les études de médecine me paraissent

- déboucher plus vite sur un emploi
- déboucher aussi vite sur un emploi
- déboucher moins vite sur un emploi

... que les autres formations universitaires

9/ Les études de médecine permettent d'espérer

- un salaire plus élevé
- un salaire aussi élevé
- un salaire moins élevé

... que les autres formations universitaires

10/ Les études de médecine me paraissent

- plus difficiles
- aussi difficiles

- moins difficiles

... que les autres formations universitaires

11/ Les études de médecine me paraissent

- plus intéressantes
- aussi intéressantes
- moins intéressantes

... que les autres formations universitaires

12/ De façon générale, vous avez privilégié dans votre choix d'études :

- Les débouchés professionnels plutôt que l'intérêt des études
- L'intérêt des études plutôt que les débouchés professionnels
- Autant les débouchés professionnels que l'intérêt des études

13/ Accordez-vous de l'importance aux éléments suivants dans votre vie professionnelle future ? (cochez une seule case sur chaque ligne selon que vous accordez beaucoup, un peu ou pas du tout d'importance à la chose en question) ?

	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
• La culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les possibilités de carrière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Passer du temps en famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le style de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'autonomie dans le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le prestige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Votre intérêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vos aptitudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vos projets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La sécurité d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Des vacances et des jours de congés réguliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Venir en aide aux autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Un temps de travail flexible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Travailler en équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14/ Envisagez-vous la suite de vos études de médecine avec anxiété ?

- Tout à fait
- Plutôt
- Pas du tout

15/ Pour quelle(s) raison(s) ?

.....

16/ Depuis le début de vos études de médecine, avez-vous déjà pensé à arrêter vos études de médecine ?

- Non
- Oui, pour me réorienter vers d'autres études
- Oui, pour arrêter les études

17/ Vous vous destinez à devenir médecin. Avez-vous une idée de la discipline que vous allez choisir de pratiquer ?

- Oui, je sais précisément laquelle je veux faire
- Oui, mais j'hésite encore entre plusieurs
- Non, j'attends de faire des stages pour me décider
- Non, j'attends de voir mes résultats aux examens pour me décider
- Je ne me suis pas encore posé la question
- Autre (précisez)

17a/ (si oui) Vers quelle(s) discipline(s) comptez-vous vous orienter ?

.....

17b/ (si oui) Pour quelle(s) raison(s) ?

.....

17c/ (si non) Quels sont les éléments qui entreront en compte dans le choix de votre discipline ?

.....

18/ A l'inverse, y-a-t-il des disciplines vers lesquelles vous êtes sûr de ne pas vouloir vous orienter ?

- Oui
- Non

18a/ (si oui) Quelles sont ces disciplines ?

.....

18b/ Pour quelle(s) raison(s) ne souhaitez-vous pas vous orienter vers ces disciplines ?

.....

19/ Certaines disciplines vous paraissent-elles plus difficiles que d'autres ?

- Oui
- Non

19a/ Si oui, quelles sont les deux qui vous semblent les plus difficiles ?

.....

19b/ A l'inverse, quelles sont les deux qui vous semblent les plus faciles ?

.....

Vision du médecin

20/ Selon vous, pour être un bon médecin, il faut :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
• travailler dur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• consacrer toute sa vie à son travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• avoir des bons professeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• être sûr de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• avoir l'esprit d'organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• être capable d'affronter les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• oublier son propre corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aimer le travail en équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• savoir observer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• savoir écouter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• être une personne sensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• développer régulièrement de nouvelles compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• avoir eu des bons maîtres de stage lors de ses stages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21/ Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
• Être médecin permet d'avoir une vie de famille épanouissante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Un médecin doit souvent composer avec l'incertitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Un médecin travaille seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Un médecin a une grande charge de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Un médecin est très respecté par les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Un médecin doit être disponible à tout moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Il y a une grande part de routine dans le travail d'un médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Un médecin bénéficie de très bons revenus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Médecin est un métier stressant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Médecin est un métier prestigieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Un médecin doit tenir compte du contexte de vie de son patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Un médecin doit contribuer à lutter contre les inégalités sociales de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Un médecin doit adapter son travail aux attentes de ses patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22/ Selon vous, le travail du médecin doit tenir compte en priorité de (cocher la case qui est la plus proche de votre conception)

Les règles de bonne pratique (EBM) les attentes du patient

La maîtrise des actes techniques le rapport humain

Bloc socio-démographique et profil scolaire

23/ Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

24/ Quelle est votre année de naissance ?

25/ Quelle est la profession de votre père ?

.....

26/ Quelle est la profession de votre mère ?

.....

27/ Quelle formation avez-vous suivie lors de vos études secondaires ?

- Formation de type général
- Formation technique
- Formation professionnelle

28/ Vous est-il arrivé de doubler une ou plusieurs année(s) lors de vos études secondaires ?

- Oui
- Non

29/ Actuellement, vous vivez ?

- Dans un home étudiant
- Dans un kot seul
- Dans un kot en couple
- En colocation avec d'autres étudiants
- Chez vos parents
- Autres : précisez

30/ Avez-vous une source de revenus personnelle ?

- Oui, j'ai une bourse pour mes études
- Oui, je travaille à côté de mes études pour subvenir à mes besoins
- Oui, je travaille à côté de mes études et mes parents m'aident également
- Non, ce sont mes parents (ou un autre membre de ma famille) qui me soutiennent financièrement
- Non, j'ai un conjoint(e) qui m'aide financièrement
- Autre (précisez)

31/ Souhaitez-vous ajouter ou préciser quelque chose suite à ce questionnaire concernant vos études ou votre futur professionnel ?

.....

Annexe 2 : Tableau reprenant les spécialités envisagées avant regroupement

Tableau 63 : Spécialités envisagées avant regroupement

Spécialité	Effectifs cumulés
<i>Sans objet (pas encore de choix)</i>	129
<i>Médecine générale</i>	44
<i>Chirurgie</i>	29
<i>Pédiatrie</i>	27
<i>Gynécologie</i>	18
<i>Anesthésie réanimation</i>	17
<i>Urgences</i>	15
<i>Psychiatrie</i>	12
<i>Endocrinologie-diabétologie</i>	12
<i>Oncologie</i>	11
<i>Neurologie</i>	10
<i>Médecine interne infectiologie</i>	9
<i>Cardiologie</i>	8
<i>Pneumologie</i>	7
<i>Néphrologie</i>	6
<i>Gastro-entérologie</i>	6
<i>Médecine physique-physiothérapeute-ostéopathe</i>	4
<i>Recherche-laboratoire-immunologie</i>	4
<i>Génétique</i>	4
<i>ORL</i>	3
<i>Imagerie-radiologie</i>	3
<i>Gériatrie</i>	2
<i>Ophthalmologie</i>	2
<i>Médecine légale</i>	2
<i>Médecine du sport</i>	2
<i>Hématologie</i>	1
<i>Rhumatologie</i>	1
<i>Dermatologie</i>	1
<i>Anatomo-pathologie, histopathologie</i>	1
<i>Urologie</i>	1

Annexe 3 : Lien entre le choix de spécialité et les éléments auxquels l'importance est accordée dans la vie professionnelle future (intérêts) – modèles de régression logistique multiple

Tableau 64 : Lien entre le choix de spécialité et les éléments auxquels l'importance est accordée dans la vie professionnelle future (intérêts) – modèles de régression logistique multiple

Variable	Covariable	Coeff ± SE	OR (IC95%)	p-valeur
Le prestige (1=Oui) (N =262)	Intercept	-1.6 ± 0.41	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.037 ± 0.18	0.93 (0.46 – 1.9)	0.84
	Médecine générale (1=Oui)	-0.12 ± 0.22	0.79 (0.34 – 1.8)	0.58
	Médecine interne (1=Oui)	0.087 ± 0.20	1.2 (0.55 – 2.6)	0.66
	Chirurgie (1=Oui)	-0.046 ± 0.25	0.91 (0.35 – 2.4)	0.85
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.55 ± 0.33	0.33 (0.093 – 1.2)	0.093
	Autre (1=Oui)	0.088 ± 0.18	1.2 (0.59 – 2.4)	0.62
Vacances et congés réguliers (1=Oui) (N=250)	Intercept	-2.0 ± 0.47	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.062 ± 0.19	0.88 (0.42 – 1.8)	0.74
	Médecine générale (1=Oui)	-0.097 ± 0.23	0.82 (0.33 – 2.0)	0.67
	Médecine interne (1=Oui)	-0.24 ± 0.22	0.62 (0.26 – 1.5)	0.29
	Chirurgie (1=Oui)	-0.064 ± 0.26	0.88 (0.32 – 2.5)	0.81
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.72 ± 0.39	0.24 (0.051 – 1.1)	0.063
	Autre (1=Oui)	0.090 ± 0.19	1.2 (0.57 – 2.5)	0.63
Un temps de travail flexible (1=Oui) (N=262)	Intercept	-1.0 ± 0.34	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.037 ± 0.16	0.93 (0.49 – 1.8)	0.82
	Médecine générale (1=Oui)	0.026 ± 0.19	1.1 (0.51 – 2.2)	0.89
	Médecine interne (1=Oui)	0.087 ± 0.18	1.2 (0.59 – 2.4)	0.63
	Chirurgie (1=Oui)	-0.23 ± 0.23	0.63 (0.26 – 1.6)	0.33
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.41 ± 0.26	0.44 (0.16 – 1.2)	0.11
	Autre (1=Oui)	0.14 ± 0.16	1.3 (0.71 – 2.5)	0.38
Travailler en équipe (1=Oui) (N=262)	Intercept	-0.37 ± 0.30	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.057 ± 0.16	0.89 (0.48 – 1.7)	0.72
	Médecine générale (1=Oui)	-0.13 ± 0.19	0.77 (0.37 – 1.6)	0.48
	Médecine interne (1=Oui)	-0.007 ± 0.17	0.99 (0.50 – 2.0)	0.97
	Chirurgie (1=Oui)	0.18 ± 0.21	1.4 (0.64 – 3.3)	0.38
	Pédiatrie (1=Oui)	0.025 ± 0.22	1.1 (0.44 – 2.5)	0.91
	Autre (1=Oui)	-0.015 ± 0.16	0.97 (0.53 – 1.8)	0.93
Le revenu (1=Oui) (N=262)	Intercept	-0.67 ± 0.32	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.096 ± 0.16	0.83 (0.44 – 1.6)	0.55
	Médecine générale (1=Oui)	-0.25 ± 0.19	0.60 (0.28 – 1.3)	0.19
	Médecine interne (1=Oui)	0.35 ± 0.18	2.0 (1.0 – 4.0)	0.048
	Chirurgie (1=Oui)	-0.0054 ± 0.22	0.99 (0.43 – 2.3)	0.98
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.43 ± 0.24	0.42 (0.16 – 1.1)	0.076
	Autre (1=Oui)	0.10 ± 0.16	1.2 (0.66 – 2.3)	0.51

Tableau 64 (suite) : Lien entre le choix de spécialité et les éléments auxquels l'importance est accordée dans la vie professionnelle future (intérêts) – modèles de régression logistique multiple

La culture (1=Oui) (N=262)	Intercept	0.058 ± 0.30	-	-
	Certitude (1=Oui)	0.26 ± 0.17	1.7 (0.88 – 3.3)	0.12
	Médecine générale (1=Oui)	-0.13 ± 0.18	0.77 (0.37 – 1.6)	0.47
	Médecine interne (1=Oui)	-0.042 ± 0.18	0.92 (0.46 – 1.8)	0.81
	Chirurgie (1=Oui)	-0.39 ± 0.21	0.46 (0.20 – 1.1)	0.070
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.11 ± 0.22	0.80 (0.33 – 1.9)	0.61
	Autre (1=Oui)	0.29 ± 0.16	1.8 (0.94 – 3.4)	0.079
Passer du temps en famille (1=Oui) (N=262)	Intercept	0.77 ± 0.33	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.35 ± 0.16	0.49 (0.26 – 0.93)	0.028
	Médecine générale (1=Oui)	-0.031 ± 0.19	0.94 (0.45 – 2.0)	0.87
	Médecine interne (1=Oui)	0.19 ± 0.19	1.5 (0.70 – 3.0)	0.31
	Chirurgie (1=Oui)	-0.0002 ± 0.22	1.0 (0.42 – 2.4)	0.99
	Pédiatrie (1=Oui)	0.31 ± 0.26	1.8 (0.67 – 5.1)	0.24
	Autre (1=Oui)	-0.14 ± 0.16	0.75 (0.40 – 1.4)	0.37
La sécurité d'emploi (1=Oui) (N=261)	Intercept	0.21 ± 0.31	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.15 ± 0.17	0.74 (0.39 – 1.4)	0.40
	Médecine générale (1=Oui)	-0.14 ± 0.18	0.75 (0.37 – 1.5)	0.44
	Médecine interne (1=Oui)	-0.27 ± 0.18	0.59 (0.29 – 1.2)	0.14
	Chirurgie (1=Oui)	0.30 ± 0.24	1.8 (0.69 – 4.7)	0.23
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.57 ± 0.23	0.32 (0.13 – 0.78)	0.012
	Autre (1=Oui)	0.026 ± 0.16	1.1 (0.56 – 2.0)	0.87
Le style de vie (1=Oui) (N=260)	Intercept	0.66 ± 0.34	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.027 ± 0.18	0.95 (0.47 – 1.9)	0.88
	Médecine générale (1=Oui)	-0.17 ± .020	0.71 (0.33 – 1.5)	0.39
	Médecine interne (1=Oui)	0.66 ± 0.23	3.8 (1.5 – 9.2)	0.0041
	Chirurgie (1=Oui)	0.035 ± 0.24	1.1 (0.42 – 2.7)	0.88
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.45 ± 0.24	0.41 (0.16 – 1.1)	0.063
	Autre (1=Oui)	-0.38 ± 0.17	0.47 (0.24 – 0.91)	0.025
Les possibilités de carrière (1=Oui) (N=259)	Intercept	1.3 ± 0.38	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.17 ± 0.18	0.72 (0.36 – 1.4)	0.35
	Médecine générale (1=Oui)	-0.26 ± 0.19	0.60 (0.28 – 1.3)	0.18
	Médecine interne (1=Oui)	0.61 ± 0.24	3.4 (1.3 – 8.5)	0.011
	Chirurgie (1=Oui)	0.31 ± 0.27	1.9 (0.65 – 5.4)	0.25
	Pédiatrie (1=Oui)	0.047 ± 0.26	1.1 (0.39 – 3.1)	0.86
	Autre (1=Oui)	0.029 ± 0.18	1.1 (0.53 – 2.1)	0.87
L'autonomie dans le travail (1=Oui) (N =262)	Intercept	1.5 ± 0.36	-	-
	Certitude (1=Oui)	0.32 ± 0.20	1.9 (0.87 – 4.1)	0.11
	Médecine générale (1=Oui)	0.11 ± 0.21	1.2 (0.54 – 2.8)	0.61
	Médecine interne (1=Oui)	0.094 ± 0.20	1.2 (0.54 – 2.7)	0.64
	Chirurgie (1=Oui)	0.29 ± 0.27	1.8 (0.62 – 5.1)	0.29
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.096 ± 0.24	0.83 (0.32 – 2.1)	0.69
	Autre (1=Oui)	0.16 ± 0.18	1.4 (0.67 – 2.8)	0.39

Tableau 64 (suite) : Lien entre le choix de spécialité et les éléments auxquels l'importance est accordée dans la vie professionnelle future (intérêts) – modèles de régression logistique multiple

Son intérêt (1=Oui) (N=258)	Intercept	0.75 ± 0.32	-	-
	Certitude (1=Oui)	0.009 ± 0.18	1.0 (0.50 – 2.1)	0.96
	Médecine générale (1=Oui)	0.032 ± 0.20	1.1 (0.49 – 2.3)	0.87
	Médecine interne (1=Oui)	-0.050 ± 0.19	0.91 (0.43 – 1.9)	0.79
	Chirurgie (1=Oui)	0.16 ± 0.24	1.4 (0.53 – 3.6)	0.51
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.43 ± 0.23	0.43 (0.18 – 1.0)	0.058
	Autre (1=Oui)	-0.027 ± 0.17	0.95 (0.49 – 1.8)	0.87
Ses projets (1=Oui) (N=262)	Intercept	2.1 ± 0.47	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.001 ± 0.20	1.0 (0.45 – 2.2)	0.99
	Médecine générale (1=Oui)	-0.22 ± 0.22	0.65 (0.27 – 1.5)	0.32
	Médecine interne (1=Oui)	0.34 ± 0.26	2.0 (0.71 – 5.5)	0.19
	Chirurgie (1=Oui)	0.27 ± 0.33	1.7 (0.47 – 6.2)	0.41
	Pédiatrie (1=Oui)	0.34 ± 0.34	2.0 (0.52 – 7.6)	0.32
	Autre (1=Oui)	0.009 ± 0.21	1.0 (0.46 – 2.3)	0.97
Ses aptitudes (1=Oui) (N=262)	Intercept	1.9 ± 0.44	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.065 ± 0.23	0.88 (0.35 – 2.2)	0.78
	Médecine générale (1=Oui)	0.027 ± 0.26	1.1 (0.38 – 2.9)	0.92
	Médecine interne (1=Oui)	0.50 ± 0.32	2.7 (0.78 – 9.4)	0.12
	Chirurgie (1=Oui)	-0.040 ± 0.30	0.92 (0.28 – 3.0)	0.89
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.26 ± 0.30	0.60 (0.18 – 2.0)	0.39
	Autre (1=Oui)	0.035 ± 0.23	1.1 (0.44 – 2.6)	0.88
Venir en aide aux autres (1=Oui) (N=261)	Intercept	2.9 ± 0.61	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.14 ± 0.25	0.76 (0.29 – 2.0)	0.58
	Médecine générale (1=Oui)	0.41 ± 0.33	2.3 (0.62 – 8.1)	0.22
	Médecine interne (1=Oui)	-0.097 ± 0.27	0.82 (0.28 – 2.4)	0.72
	Chirurgie (1=Oui)	0.75 ± 0.53	4.5 (0.57 – 35.7)	0.16
	Pédiatrie (1=Oui)	na	na	na
	Autre (1=Oui)	-0.26 ± 0.23	0.60 (0.24 – 1.5)	0.27
Le plaisir (1 =Oui) (N =261)	Intercept	2.3 ± 0.55	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.29 ± 0.26	0.56 (0.20 – 1.6)	0.27
	Médecine générale (1=Oui)	-0.030 ± 0.28	0.94 (0.31 – 2.8)	0.91
	Médecine interne (1=Oui)	0.22 ± 0.33	1.6 (0.43 – 5.7)	0.50
	Chirurgie (1=Oui)	0.24 ± 0.40	1.6 (0.34 – 7.6)	0.55
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.26 ± 0.34	0.60 (0.16 – 2.3)	0.45
	Autre (1=Oui)	-0.50 ± 0.25	0.37 (0.14 – 0.98)	0.046

Annexe 4 : Lien entre le choix de spécialité et la vision du médecin – modèles de régression logistique multiple

Tableau 65 : Lien entre le choix de spécialité et la vision du médecin – modèles de régression logistique multiple

Variable	Covariable	Coeff ± SE	OR (IC95%)	p-valeur
Pour être un bon médecin il faut oublier son propre corps (=Oui) (N=260)	Intercept	-2.4 ± 0.62	-	-
	Certitude (1=Oui)	0.30 ± 0.24	1.8 (0.72 – 4.7)	0.21
	Médecine générale (1=Oui)	-0.040 ± 0.30	0.92 (0.28 – 3.0)	0.89
	Médecine interne (1=Oui)	0.20 ± 0.26	1.5 (0.53 – 4.2)	0.44
	Chirurgie (1=Oui)	0.17 ± 0.31	1.4 (0.42 – 4.8)	0.58
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.57 ± 0.54	0.32 (0.04 – 2.6)	0.29
	Autre (1=Oui)	0.37 ± 0.24	2.1 (0.83 – 5.4)	0.12
Pour être un bon médecin il faut consacrer toute sa vie à son travail (1=Oui) (N=260)	Intercept	-0.23 ± 0.31	-	-
	Certitude (1=Oui)	0.44 ± 0.16	2.4 (1.3 – 4.6)	0.006
	Médecine générale (1=Oui)	0.32 ± 0.18	1.9 (0.92 – 3.9)	0.083
	Médecine interne (1=Oui)	-0.18 ± 0.18	0.70 (0.34 – 1.4)	0.32
	Chirurgie (1=Oui)	0.15 ± 0.22	1.3 (0.58 – 3.1)	0.50
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.19 ± 0.24	0.68 (0.26 – 1.8)	0.42
	Autre (1=Oui)	0.090 ± 0.16	1.2 (0.64 – 2.2)	0.57
Pour être un bon médecin il faut être une personne Sensible (1=Oui) (N=259)	Intercept	0.60 ± 0.33	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.071 ± 0.16	0.87 (0.46 – 1.7)	0.67
	Médecine générale (1=Oui)	0.25 ± 0.20	1.6 (0.76 – 3.6)	0.21
	Médecine interne (1=Oui)	-0.14 ± 0.18	0.76 (0.38 – 1.5)	0.45
	Chirurgie (1=Oui)	-0.27 ± 0.21	0.59 (0.26 – 1.4)	0.21
	Pédiatrie (1=Oui)	0.35 ± 0.25	2.0 (0.76 – 5.3)	0.16
	Autre (1=Oui)	-0.35 ± 0.16	0.49 (0.26 – 0.93)	0.028
Pour être un bon médecin il faut aimer travailler en équipe (1=Oui) (N=258)	Intercept	2.2 ± 0.47	-	-
	Certitude (1=Oui)	0.38 ± 0.26	2.1 (0.77 – 5.8)	0.15
	Médecine générale (1=Oui)	0.055 ± 0.26	1.1 (0.40 – 3.1)	0.83
	Médecine interne (1=Oui)	-0.091 ± 0.24	0.83 (0.32 – 2.2)	0.71
	Chirurgie (1=Oui)	0.28 ± 0.34	1.8 (0.46 – 6.6)	0.41
	Pédiatrie (1=Oui)	0.088 ± 0.31	1.2 (0.36 – 3.9)	0.77
	Autre (1=Oui)	-0.090 ± 0.22	0.84 (0.35 – 2.0)	0.69
Pour être un bon médecin il faut être sûr de soi (1=Oui) (N=260)	Intercept	2.3 ± 0.50	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.078 ± 0.29	0.86 (0.28 – 2.7)	0.79
	Médecine générale (1=Oui)	-0.24 ± 0.30	0.62 (0.19 – 2.0)	0.42
	Médecine interne (1=Oui)	0.14 ± 0.33	1.3 (0.36 – 4.9)	0.67
	Chirurgie (1=Oui)	0.022 ± 0.40	1.1 (0.22 – 5.1)	0.96
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.25 ± 0.37	0.60 (0.14 – 2.6)	0.49
	Autre (1=Oui)	0.21 ± 0.29	1.5 (0.49 – 4.7)	0.48

Tableau 65 (suite) : Lien entre le choix de spécialité et la vision du médecin – modèles de régression logistique multiple

Pour être un bon médecin il faut être capable d'affronter les autres (1=Oui) (N=259)	Intercept	2.6 ± 0.54	-	-
	Certitude (1=Oui)	0.25 ± 0.28	1.7 (0.56 – 5.0)	0.36
	Médecine générale (1=Oui)	-0.15 ± 0.30	0.75 (0.24 – 2.4)	0.62
	Médecine interne (1=Oui)	-0.26 ± 0.27	0.59 (0.21 – 1.7)	0.33
	Chirurgie (1=Oui)	0.18 ± 0.40	1.4 (0.29 – 7.0)	0.66
(N=259)	Pédiatrie (1=Oui)	0.23 ± 0.41	1.6 (0.32 – 7.9)	0.57
	Autre (1=Oui)	0.57 ± 0.31	3.1 (0.94 – 10.2)	0.064
	Intercept	2.5 ± 0.65	-	-
	Certitude (1=Oui)	0.034 ± 0.28	1.1 (0.36 – 3.1)	0.90
avoir eu des bons maîtres de stage (1=Oui) (N=246)	Médecine générale (1=Oui)	-0.083 ± 0.31	0.85 (0.25 – 2.9)	0.79
	Médecine interne (1=Oui)	0.068 ± 0.31	1.2 (0.34 – 3.9)	0.83
	Chirurgie (1=Oui)	-0.31 ± 0.33	0.54 (0.15 – 1.9)	0.34
	Pédiatrie (1=Oui)	0.65 ± 0.54	3.6 (0.44 – 30.3)	0.23
	Autre (1=Oui)	-0.34 ± 0.26	0.51 (0.19 – 1.4)	0.19
Pour être un bon médecin il faut être sûr de soi (1=Oui) (N=260)	Intercept	2.3 ± 0.50	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.078 ± 0.29	0.86 (0.28 – 2.7)	0.79
	Médecine générale (1=Oui)	-0.24 ± 0.30	0.62 (0.19 – 2.0)	0.42
	Médecine interne (1=Oui)	0.14 ± 0.33	1.3 (0.36 – 4.9)	0.67
	Chirurgie (1=Oui)	0.022 ± 0.40	1.1 (0.22 – 5.1)	0.96
(N=260)	Pédiatrie (1=Oui)	-0.25 ± 0.37	0.60 (0.14 – 2.6)	0.49
	Autre (1=Oui)	0.21 ± 0.29	1.5 (0.49 – 4.7)	0.48
	Intercept	2.9 ± 0.58	-	-
	Certitude (1=Oui)	0.32 ± 0.33	1.9 (0.52 – 6.8)	0.33
avoir des bons professeurs (1=Oui) (N=260)	Médecine générale (1=Oui)	-0.031 ± 0.32	0.94 (0.27 – 3.3)	0.93
	Médecine interne (1=Oui)	0.46 ± 0.40	2.5 (0.53 – 11.7)	0.25
	Chirurgie (1=Oui)	0.14 ± 0.42	1.3 (0.26 – 6.7)	0.74
	Pédiatrie (1=Oui)	na	na	na
	Autre (1=Oui)	-0.36 ± 0.27	0.48 (0.17 – 1.4)	0.18
Pour être un bon médecin il faut travailler dur (1=Oui) (N=260)	Intercept	3.7 ± 0.68	-	-
	Certitude (1=Oui)	0.49 ± 0.54	2.7 (0.33 – 22.2)	0.36
	Médecine générale (1=Oui)	0.26 ± 0.56	1.7 (0.19 – 14.9)	0.65
	Médecine interne (1=Oui)	-0.19 ± 0.43	0.69 (0.13 – 3.7)	0.67
	Chirurgie (1=Oui)	na	na	na
(N=260)	Pédiatrie (1=Oui)	na	na	na
	Autre (1=Oui)	0.26 ± 0.43	1.7 (0.31 – 9.0)	0.54

Annexe 5 : Lien entre le choix de spécialité et la vision du médecin (2) – modèles de régression logistique multiple

Tableau 66 : Lien entre le choix de spécialité et la vision du médecin (2) – modèles de régression logistique multiple

Variable	Covariable	Coeff ± SE	OR (IC95%)	p-valeur	
Un médecin travaille seul (1=Oui) (N=258)	Intercept	-3.0 ± 0.75	-	-	
	Certitude (1=Oui)	0.28 ± 0.31	1.8 (0.53 – 5.9)	0.36	
	Médecine générale (1=Oui)	0.072 ± 0.35	1.2 (0.29 – 4.6)	0.84	
	Médecine interne (1=Oui)	-0.26 ± 0.41	0.59 (0.12 – 2.9)	0.52	
	Chirurgie (1=Oui)	0.057 ± 0.42	1.1 (0.22 – 5.7)	0.89	
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.39 ± 0.56	0.46 (0.05 – 4.2)	0.49	
	Autre (1=Oui)	0.56 ± 0.30	3.1 (0.94 – 9.9)	0.062	
Il y a une grande part de routine dans le travail d'un Médecin (1=Oui) (N=259)	Intercept	-3.0 ± 0.75	-	-	
	Certitude (1=Oui)	0.28 ± 0.31	1.8 (0.53 – 5.9)	0.36	
	Médecine générale (1=Oui)	0.072 ± 0.35	1.2 (0.29 – 4.6)	0.84	
	Médecine interne (1=Oui)	-0.26 ± 0.41	0.59 (0.12 – 2.9)	0.52	
	Chirurgie (1=Oui)	0.057 ± 0.42	1.1 (0.22 – 5.7)	0.89	
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.39 ± 0.56	0.46 (0.05 – 4.2)	0.49	
	Autre (1=Oui)	0.56 ± 0.30	3.1 (0.94 – 9.9)	0.062	
Permet d'avoir une vie de famille épanouissante (1=Oui) (N=260)	Intercept	-0.061 ± 0.30	-	-	
	Certitude (1=Oui)	-0.039 ± 0.17	0.93 (0.19 – 1.8)	0.81	
	Médecine générale (1=Oui)	-0.40 ± 0.20	0.45 (0.21 – 0.98)	0.044	
	Médecine interne (1=Oui)	-0.19 ± 0.18	0.68 (0.34 – 1.4)	0.30	
	Chirurgie (1=Oui)	0.33 ± 0.21	1.9 (0.84 – 4.5)	0.12	
	Pédiatrie (1=Oui)	0.47 ± 0.23	2.6 (1.0 – 6.4)	0.041	
Autre (1=Oui)	Autre (1=Oui)	-0.16 ± 0.16	0.73 (0.39 – 1.4)	0.33	
	Un médecin doit être disponible à tout moment (1=Oui) (N=260)	Intercept	0.25 ± 0.30	-	-
		Certitude (1=Oui)	0.23 ± 0.16	1.6 (0.84 – 3.0)	0.15
		Médecine générale (1=Oui)	0.064 ± 0.18	1.1 (0.55 – 2.3)	0.73
		Médecine interne (1=Oui)	-0.28 ± 0.17	0.57 (0.29 – 1.1)	0.10
		Chirurgie (1=Oui)	0.012 ± 0.21	1.0 (0.44 – 2.4)	0.96
		Pédiatrie (1=Oui)	-0.055 ± 0.22	0.90 (0.38 – 2.1)	0.80
Autre (1=Oui)		-0.055 ± 0.16	0.90 (0.49 – 1.7)	0.72	
Un médecin doit adapter son travail aux attentes de ses patients (1=Oui) (N=257)	Intercept	2.2 ± 0.49	-	-	
	Certitude (1=Oui)	0.29 ± 0.23	1.8 (0.73 – 4.3)	0.21	
	Médecine générale (1=Oui)	0.39 ± 0.27	2.2 (0.76 – 6.1)	0.15	
	Médecine interne (1=Oui)	-0.22 ± 0.22	0.64 (0.27 – 1.5)	0.30	
	Chirurgie (1=Oui)	0.39 ± 0.32	2.2 (0.63 – 7.5)	0.22	
	Pédiatrie (1=Oui)	0.32 ± 0.31	1.9 (0.57 – 6.3)	0.29	
Autre (1=Oui)	-0.46 ± 0.21	0.40 (0.18 – 0.89)	0.025		

Tableau 66 (suite) : Lien entre le choix de spécialité et la vision du médecin (2) – modèles de régression logistique multiple

Un médecin est très respecté par les patients (1=Oui) (N=259)	Intercept	2.5 ± 0.60	-	-
	Certitude (1=Oui)	0.031 ± 0.28	1.1 (0.36 – 3.1)	0.91
	Médecine générale (1=Oui)	0.31 ± 0.32	1.8 (0.53 – 6.4)	0.34
	Médecine interne (1=Oui)	-0.24 ± 0.26	0.62 (0.22 – 1.7)	0.35
	Chirurgie (1=Oui)	0.29 ± 0.36	1.8 (0.44 – 7.3)	0.42
	Pédiatrie (1=Oui)	0.14 ± 0.36	1.3 (0.33 – 5.3)	0.70
	Autre (1=Oui)	-0.75 ± 0.25	0.23 (0.09 – 0.60)	0.0028
Un médecin bénéficie de très bons revenus (1=Oui) (N =259)	Intercept	3.1 ± 0.75	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.16 ± 0.28	0.73 (0.25 – 2.2)	0.57
	Médecine générale (1=Oui)	0.90 ± 0.53	6.1 (0.76 – 48.3)	0.089
	Médecine interne (1=Oui)	0.29 ± 0.34	1.8 (0.47 – 6.7)	0.39
	Chirurgie (1=Oui)	-0.075 ± 0.32	0.86 (0.25 – 3.0)	0.81
	Pédiatrie (1=Oui)	0.22 ± 0.43	1.6 (0.29 – 8.3)	0.61
	Autre (1=Oui)	-0.62 ± 0.27	0.29 (0.10 – 0.84)	0.022
Un médecin doit contribuer à lutter contre les inégalités sociales de santé (1=Oui) (N=259)	Intercept	1.8 ± 0.45	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.39 ± 0.29	0.46 (0.15 – 1.4)	0.18
	Médecine générale (1=Oui)	na	na	na
	Médecine interne (1=Oui)	-0.19 ± 0.29	0.69 (0.22 – 2.2)	0.53
	Chirurgie (1=Oui)	-0.45 ± 0.30	0.40 (0.13 – 1.3)	0.13
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.16 ± 0.36	0.72 (0.17 – 3.0)	0.66
	Autre (1=Oui)	-0.65 ± 0.26	0.27 (0.10 – 0.76)	0.013
Médecin est un métier prestigieux (1=Oui) (N=260)	Intercept	2.4 ± 0.63	-	-
	Certitude (1=Oui)	-0.52 ± 0.32	0.36 (0.10 – 1.3)	0.11
	Médecine générale (1=Oui)	0.087 ± 0.35	1.2 (0.31 – 4.6)	0.80
	Médecine interne (1=Oui)	-0.12 ± 0.34	0.79 (0.21 – 3.0)	0.73
	Chirurgie (1=Oui)	0.43 ± 0.54	2.3 (0.28 – 19.4)	0.43
	Pédiatrie (1=Oui)	-0.74 ± 0.36	0.23 (0.06 – 0.95)	0.042
	Autre (1=Oui)	-0.36 ± 0.30	0.49 (0.15 – 1.6)	0.23

Annexe 6 : Analyses en composantes principales

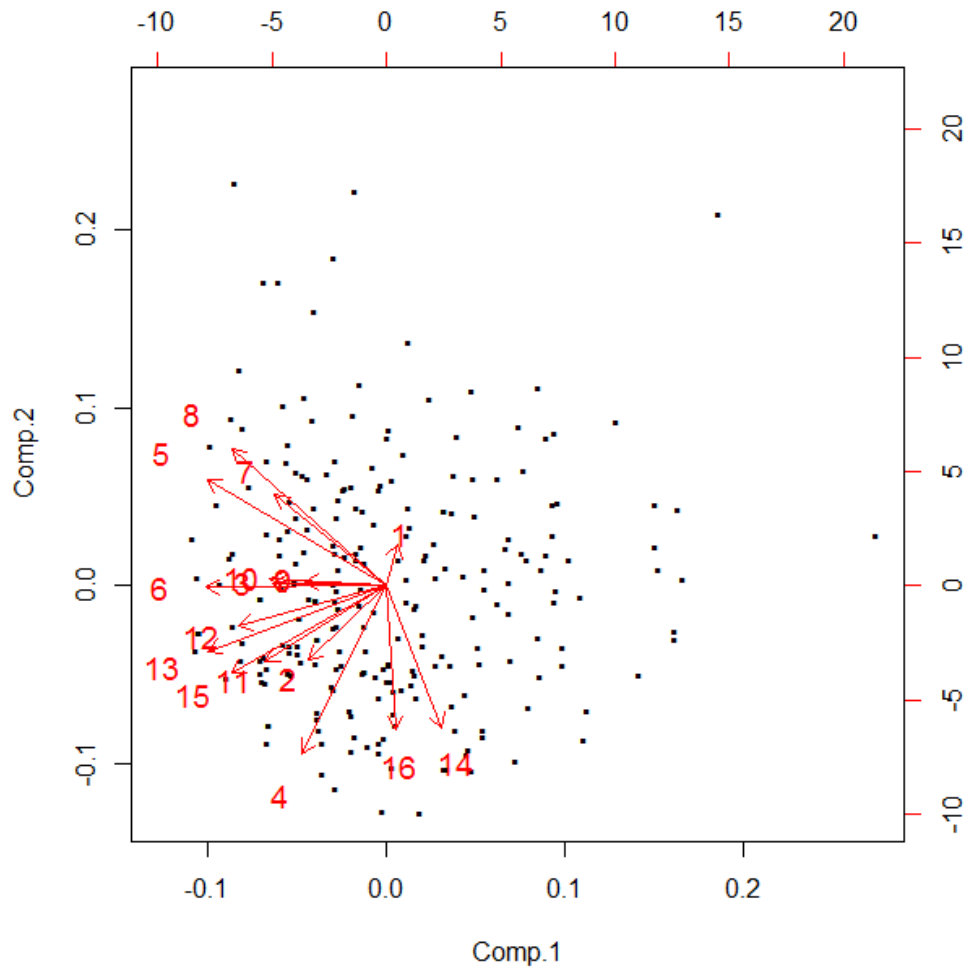


Figure 21 : ACP sur les intérêts pour la vie professionnelle future (Biplot)

[1] "Culture" [2] "Plaisir" [3] "Carrière" [4] "Famille" [5] "Revenu" [6] "Style de vie" [7] "Autonomie" [8] "Prestige" [9] "Intérêt" [10] "Aptitudes" [11] "Projets" [12] "Sécurité d'emploi" [13] "vacances et congés réguliers" [14] "Aider les autres" [15] "Flexibilité du travail" [16] "Travailler en équipe"

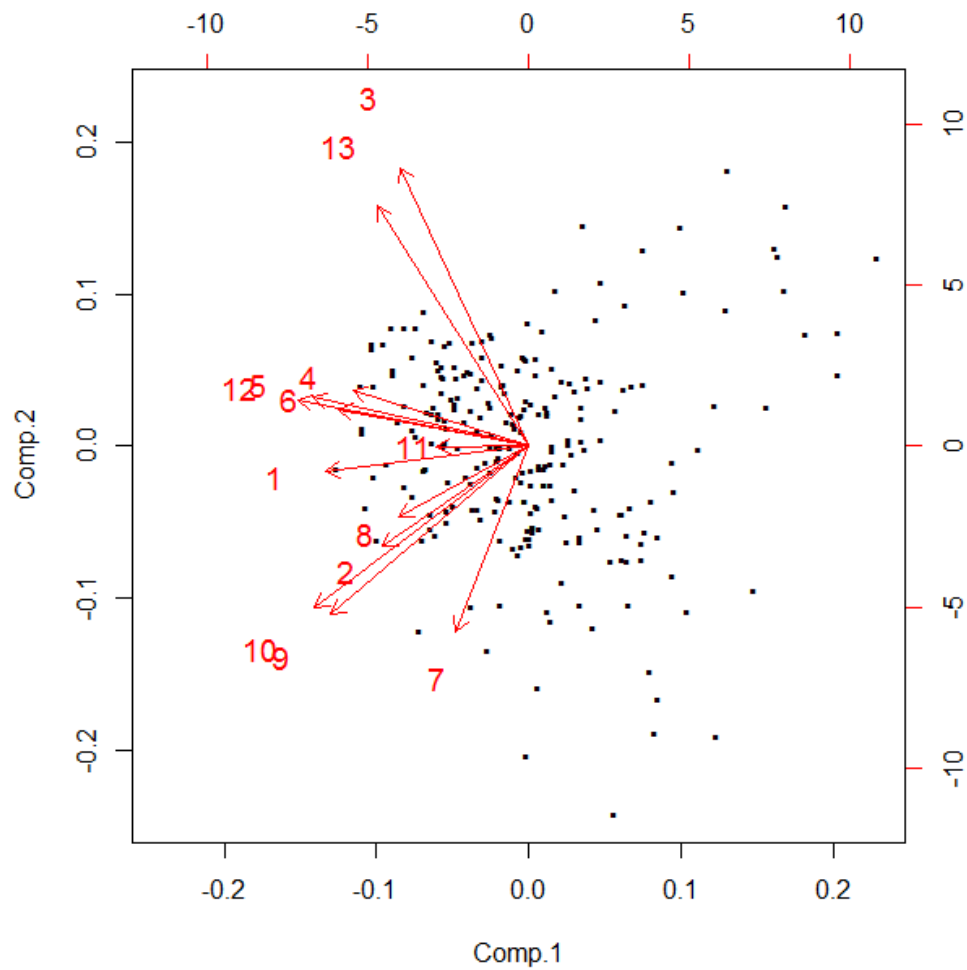


Figure 22 : ACP sur la vision de ce qu'est un bon médecin (Biplot)

[1] "Travailler dur" [2] "Consacrer toute sa vie à son travail" [3] "Avoir de bons professeurs" [4] "Etre sûr de soi" [5] "Avoir l'esprit d'organisation" [6] "Etre capable d'affronter les autres" [7] "Oublier son propre corps" [8] "Travailler en équipe" [9] "Savoir observer" [10] "Savoir écouter" [11] "Etre une personne sensible" [12] "Développer de nouvelles compétences" [13] "Avoir de bons maîtres de stage"

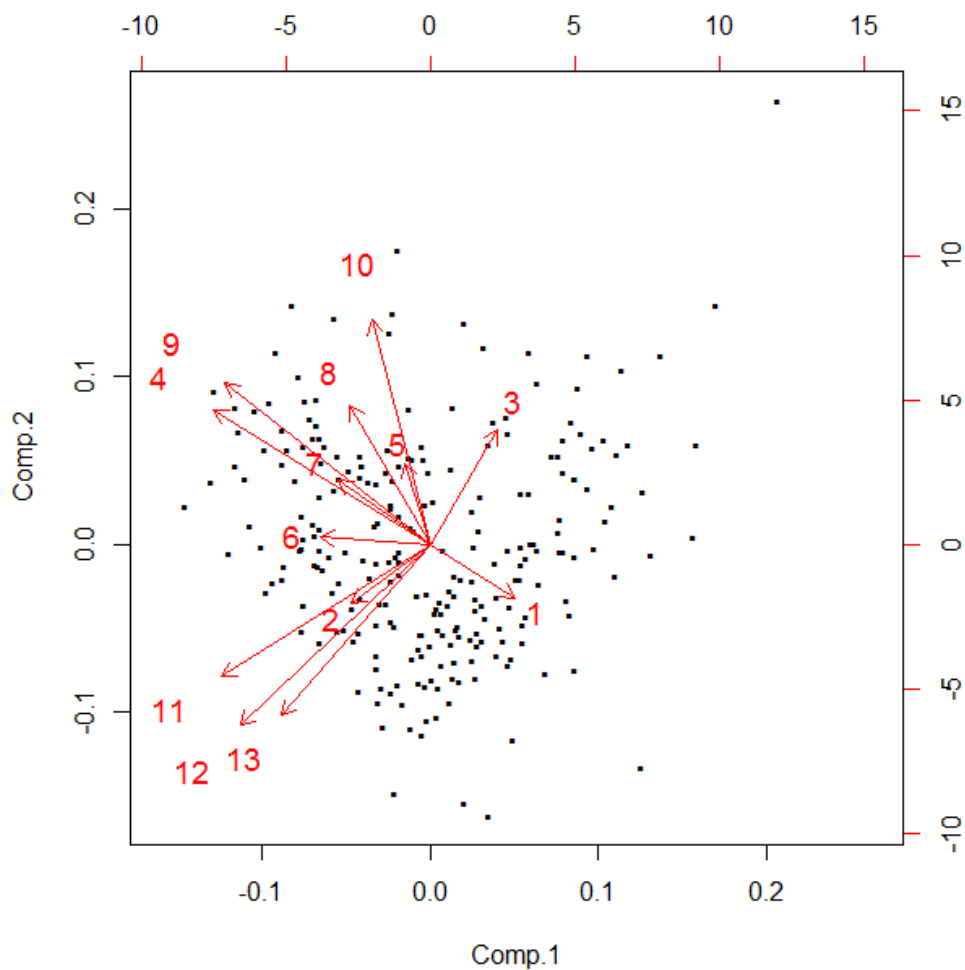


Figure 23 : ACP sur la vision du métier de médecin (Biplot)

[1] "Avoir une vie de famille épanouissante" [2] "Doit composer souvent avec l'incertitude" [3] "Travailler seul" [4] "Grande charge de travail" [5] "Très respecté par ses patients" [6] "Doit être disponible à tout moment" [7] "Grande part de routine dans le travail" [8] "bénéficie de très bons revenus" [9] "Métier stressant" [10] "Métier prestigieux" [11] "Doit tenir compte contexte de vie de son patient" [12] "Lutter contre les inégalités sociales de santé" [13] "Adapter son travail aux attentes des patients"

Annexe 7 : Tableau reprenant le choix de la discipline

Tableau 67 : Choix de la discipline (N=262)

<i>Nombre de disciplines citées</i>	<i>Médecine générale</i>	<i>Médecine interne</i>	<i>Chirurgie</i>	<i>Pédiatrie</i>	<i>Autre</i>	<i>n</i>
<u><i>A une idée précise de la discipline</i></u>						<i>22 (8.4%)</i>
1	Oui					10
1		Oui				3
1			Oui			1
1				Oui		0
1					Oui	7
Non précisé						1
<u><i>Hésite entre plusieurs</i></u>						<i>107 (40.8)</i>
1	Oui					5
1		Oui				9
1			Oui			7
1				Oui		1
1					Oui	12
2	Oui	Oui				3
2	Oui			Oui		2
2	Oui				Oui	9
2		Oui	Oui			3
2		Oui		Oui		4
2		Oui			Oui	8
2			Oui	Oui		1
2			Oui		Oui	8
2				Oui	Oui	9
3	Oui	Oui		Oui		1
3	Oui	Oui			Oui	7
3	Oui			Oui	Oui	5
3		Oui	Oui		Oui	5
3			Oui	Oui	Oui	1
4	Oui	Oui	Oui	Oui		1
4	Oui		Oui	Oui	Oui	1
4		Oui	Oui	Oui	Oui	1
5 (Non précisé)						4
<u><i>N'a pas encore d'idée</i></u>						
5 (Non précisé)						133 (50.8)

Annexe 8 : Questionnaire de l'étude portant sur le devenir des diplômés en médecine générale

The logo for CCFFMG (Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale) consists of the letters 'CCFFMG' in a bold, white, sans-serif font, centered within a dark grey rectangular box.

Devenir des diplômés en médecine générale

Ce questionnaire fait partie d'une étude commanditée par le Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale (CCFFMG).

Il s'intéresse au devenir de l'ensemble des médecins ayant obtenu un DES ou un Master Complémentaire en médecine générale entre 1999 et 2013, dans les universités francophones de Belgique.

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire, qui ne vous prendra que cinq minutes.

Comme cette étude vise l'ensemble des anciens étudiants ayant obtenu un DES/Master complémentaire entre 1999 et 2013, nous vous saurions gré de bien vouloir indiquer vos nom et prénom lorsque cela vous sera demandé. Cela nous permettra de nous assurer que toutes les personnes concernées par l'étude ont répondu.

Les données resteront confidentielles, seuls les chercheurs engagés dans l'étude y auront accès, dans le cadre unique de cette recherche.

L'étude a reçu l'approbation des comités d'éthique de l'UCL, l'ULB et l'ULiège.

1. Veuillez indiquer vos nom et prénom

.....
.....

2. Vous êtes

- Une femme
- Un homme

3. Dans quelle université avez-vous obtenu votre DES ou Master Complémentaire en médecine générale ?

- UCL
- ULB
- ULiège

4. En quelle année avez-vous obtenu votre DES ou Master Complémentaire en médecine générale ?

.....

5. La médecine générale était-elle votre premier choix de spécialisation ?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « non », quel était votre premier choix de spécialisation ?

6. Pratiquez-vous actuellement des activités médicales en contact avec des patients ?

- Oui
- Non (**prenez en compte la question 15**)

7. Combien d'heures par semaine consacrez-vous à votre activité médicale ?

.....

8. Parmi les activités médicales suivantes, veuillez cocher celles que vous pratiquez actuellement. (*plusieurs réponses possibles*)

- Consultations et visites de médecine générale
- Centre de prélèvements
- Centre spécialisé dans les addictions
- Coordination de Maisons de Repos et de Soins
- Garde de médecine générale
- Gardes hospitalières
- Médecine nutritionnelle
- Médecine sportive
- Médecine scolaire
- Médecine du travail
- ONE
- Planning Familial
- Pratique hospitalière
- Autre (veuillez préciser) :

9. Pour chacune des activités que vous avez cochées à la question précédente, pouvez-vous donner le nombre approximatif d'heures que vous y consacrez par semaine ?

Consultations et visites de médecine générale :

Centre de prélèvements :

Centre spécialisé dans les addictions :

Coordination de Maisons de Repos et de Soins :

- Garde de médecine générale :
 Gardes hospitalières :
 Médecine nutritionnelle :
 Médecine sportive :
 Médecine scolaire :
 Médecine du travail :
 ONE :
 Planning Familial :
 Pratique hospitalière :
 Autre (veuillez préciser) :

10. Dans les questions précédentes, avez-vous coché « consultations et visites de médecine générale » ?

- Oui
- Non

(passez à la question 23)

11. Quel est votre rapport consultations/visites ?

- 100% de consultations
- 90% de consultations et 10% de visites
- 80% de consultations et 20% de visites
- 70% de consultations et 30% de visites
- 60% de consultations et 40% de visites
- 50% de consultations et 50% de visites
- 40% de consultations et 60% de visites
- 30% de consultations et 70% de visites
- 20% de consultations et 80% de visites
- 10% de consultations et 90% de visites
- 100% de visites

12. Quel est le code postal de votre cabinet de médecine générale ?

13. Quel est votre type de pratique ? *(plusieurs réponses possibles)*

- Solo
- Association mono-disciplinaire de médecins généralistes
- Association multidisciplinaire (dont maisons médicales)
- Autre (veuillez préciser) :

14. Quel est votre mode de rémunération ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Salarié
- Indépendant payé à l'acte
- Indépendant payé au forfait
- Autre (veuillez préciser) :

(Passez à la question 23)

15. Avez-vous exercé des activités médicales par le passé ?

- Oui
- Non (**passez la question 22**)

16. Veuillez cocher les activités médicales que vous avez pratiquées par le passé.

(*plusieurs réponses possibles*)

- Consultations et visites de médecine générale
- Centre de prélèvements
- Centre spécialisé dans les addictions
- Coordination de Maisons de Repos et de Soins
- Garde de médecine générale
- Gardes hospitalières
- Médecine nutritionnelle
- Médecine sportive
- Médecine scolaire
- Médecine du travail
- ONE
- Planning Familial
- Pratique hospitalière
- Autre (veuillez préciser) :

17. Avez-vous coché « consultations et visites de médecine générale » ?

- Oui
- Non (**passez à la question 23**)

18. Pendant combien d'années avez-vous exercé la médecine générale ?

.....

19. En quelle année avez-vous arrêté la pratique de la médecine générale ?

.....

20. Quel était le code postal de votre cabinet de médecine générale ?

.....

21. Quelle(s) activité(s) professionnelle(s) avez-vous exercée(s) depuis l'arrêt de la médecine générale ?

.....

(Passez à la question 23)

22. Quelle(s) activité(s) professionnelle(s) avez-vous exercée(s) depuis l'obtention de votre DES ou MC en médecine générale ?

.....

23. Actuellement, exercez-vous d'autres activités professionnelles régulières que celles mentionnées précédemment ?

- Oui
- Non

Si oui, pourriez-vous préciser lesquelles et indiquer le nombre d'heures par semaine que vous y consacrez :

24. Acceptez-vous d'être éventuellement recontacté en vue d'un entretien sur votre parcours professionnel ?

- Oui
- Non

Si oui, pourriez-vous indiquer le moyen le plus simple de vous contacter (téléphone, mail) :

.....
.....

25. Connaissez-vous des personnes ayant obtenu un DES ou un MC en médecine générale entre 1999 et 2013 et qui n'exercent plus la médecine générale ?

- Oui
- Non

Si oui, pourriez-vous indiquer leur nom et le moyen de les contacter :

.....
.....

26. Si vous souhaitez être informé des résultats de l'enquête, veuillez indiquer votre adresse mail :

.....

Merci pour votre participation

Annexe 9 : Guide d'entretien de l'étude portant sur les parcours professionnels des diplômés de médecine générale

Présentation de l'étude en insistant sur le thème (le parcours des diplômés), sur le caractère confidentiel, sur l'importance de leur témoignage.

Guide d'entretien (*Questions de relance, éléments à ne pas oublier d'évoquer*)

1. Pourriez-vous me parler de votre parcours universitaire et des raisons qui vous ont conduit à choisir de faire des études de médecine ?

- études de médecine (ou autres avant) :

- *D'après vous, ces études vous convenaient-elles ? Pourquoi les avez-vous choisies ?*
- *Quels étaient les points positifs et ceux qui ne vous convenaient pas ?*
- *Quel a été votre parcours, notamment en termes de stage ? Quelle a été l'influence de vos maîtres de stage dans la suite de votre parcours ?*

- études de MG

- *Qu'est-ce qui vous a conduit vers la MG ? qu'est-ce qui vous attirait ? Qu'est-ce que vous craigniez ? Des personnes ou des événements particuliers ont-ils influencé votre choix ?*
- *Parlez-moi de votre assistantat ? Dans quel type de pratique l'avez-vous réalisé ? Qu'est-ce qui vous a particulièrement plu ? A quel genre de difficultés avez-vous dû faire face ? Cela correspondait-il à vos attentes ? En quoi cela différait-il ?*

- Évoquer des études ultérieures éventuellement mentionnées

- *Pourquoi avez-vous choisi de continuer des études ? Faire préciser la temporalité par rapport aux études de médecine et MG et par rapport à l'installation.*

2. Pourrions-nous ensuite évoquer votre parcours professionnel une fois votre spécialisation en MG obtenue ? Racontez-moi. (*Laisser d'abord parler*)

- Si pas du tout de MG : *j'ai bien compris que vous n'aviez jamais pratiqué comme MG ?*

- *Puis-je vous demander pourquoi ?*
- *Qu'est-ce que vous avez fait après vos études de MG ?*
- *Pensiez-vous déjà vous réorienter pendant vos études ?*
- *Qu'est-ce qui vous a décidé ?*
- *Cela a-t-il été une décision difficile à prendre ? Qu'est-ce qui vous a convaincu de le faire ?*

- Si installation en MG :

- *Parlez-moi de vos débuts dans la pratique :*
 - Faire préciser le cadre (type de pratique, type de patientèle)*
 - Qu'est-ce qui vous plaisait dans ce métier ? Qu'est-ce qui était plus difficile à vivre ? Le début de votre pratique correspondait-il à ce que vous aviez imaginé ? Qu'est-ce qui correspondait bien à votre première représentation ? Si non, en quoi cela différait-il ?*
- *Si poursuite : votre pratique actuelle ressemble-t-elle à celle de vos débuts ?*
 - Si non, quels changements ont eu lieu ? Comment avez-vous adapté certains aspects de votre pratique ou de votre organisation personnelle ? Était-ce nécessaire ? Des événements particuliers vous ont-ils perturbé ou au contraire confortés dans vos choix ? Pouvez-vous m'en parler ?*
- *Si réorientation partielle : vous me dites que vous avez réduit votre pratique au profit de ..., pouvez-vous m'en dire plus ? qu'est-ce qui s'est passé ?*
 - Faire préciser les modalités (temporalité, type de pratique,)*
 - Pourquoi avez-vous décidé à ce moment-là de modifier votre pratique ?*
- *Si arrêt de la MG : Pouvons-nous évoquer plus en détail le moment de votre arrêt de la pratique de MG ?*
 - Raisons, antériorité du questionnement ou de la volonté d'arrêter, événement particulier, temporalité, décision (difficulté, choix, évidence ?)*
 - Quels sont les aspects de la profession que vous regrettez ? Et ceux dont vous êtes soulagés de ne plus avoir à y faire face ?*

3. Et concernant votre situation professionnelle actuelle, celle-ci vous convient-elle ou pensez-vous changer ?

- *Etes-vous satisfait ? Avez-vous des regrets ?*
- *Regrettez-vous certaines choses de votre ancienne situation professionnelle ?*

4. Auriez-vous souhaité un soutien ou une aide particulière à un moment de votre parcours ? Avez-vous des suggestions de mesures à prendre pour soutenir les jeunes pendant leurs études ou après leur diplôme de MG ?

5. Avez-vous d'autres commentaires ?

Annexe 10 : Grille d'analyse de l'étude portant sur les parcours professionnels des diplômés de médecine générale

Thèmes	Sous-thèmes
Choix études de médecine	Affinités avec domaine scientifique
	Etre indépendant dans son travail
	Large éventail de débouchés professionnels
	Venir en aide/soigner
	Certitude vs réflexion
	Expériences personnelles marquantes
	Avoir un statut social élevé
Avis sur études de médecine	Quant à l'humanité dans les études
	Quantité de travail importante
	Études théoriques (peu de contacts humains)
	Plaisir
	Structuration des études trop strictes
Choix MG comme spécialité	Certitude vs réflexion
	Hôpital comme figure repoussoir
	Structuration études
	Décision prise après les stages/cours de MG
	Pouvoir choisir son lieu d'exercice
	Choix par défaut
Représentation MG <i>a priori</i>	Diversité domaines
	Humain/rapports avec les patients
	Indépendance dans la pratique
	Difficultés organisationnelles ; gestion temps travail et vie personnelle
	Présence d'un médecin dans son réseau familial/amical
	Métier comme un autre
	Faire face à la perception négative de la MG (de l'entourage, des étudiants, des académiques, etc.)
Assistanat	Organisation du travail
	Choix en fonction lieu pratique
	Choix en fonction type pratique
	Choix en prévision installation future
	Doute vs certitude quant au fait de continuer
	Relations/rapports avec patients
	place et rôle du maître de stage/des séminaires
	Sur la place et l'intérêt du TFE
Confrontation pratique et représentation <i>a priori</i> de MG	Quant aux attentes
	Dimension humaine présente
Installation	Continuité avec assistanat
Evolution dans la pratique	Pour mieux gérer ses horaires et organisation de travail (en lien aussi avec vie familiale)
	Changement type de pratique
	Formations complémentaires/Activités hors pratique clinique de MG

	Pour augmenter sa patientèle
	Par connaissance antérieure MG
	Pour avoir plus d'échanges avec des collègues MG (support)
	Conflits de personnes/d'organisation
	Pour augmenter ses revenus
Arrêt MG (effectif ou réflexion)	Vie familiale et sociale vs vie professionnelle
	Réduction temps de travail
	Sentiment d'épuisement professionnel
	Plaisir de pratiquer malgré tout
	Charge de travail
	Faire une pause professionnelle/suivre une autre formation
	Relations/rapports aux patients
	Pour raisons financières
	Du fait de nouvelles opportunités professionnelles
Situation actuelle	Equilibre vie professionnelle et vie familiale
	Equilibre charge de travail et revenus
	Quant au type de pratique
	Réseau professionnel établi
	Relation établie avec ses patients
	Quant à l'organisation des gardes
	Quant aux échecs et erreurs médicales
	Activités autres que la MG
	Attrait nouveau métier par rapport à l'ancienne pratique de MG
	Regret par rapport à l'arrêt de MG
	Activité de maître de stage
Suggestions	Mieux faire connaître la réalité de la pratique de MG
	Aide à l'installation ou à la réorientation
	Groupes de soutien
	Valoriser financièrement la MG
	Stages de MG plus tôt et pour tout le monde
	Valoriser les compétences des MG
	Davantage d'homogénéité dans la profession
	Davantage de souplesse quant à l'encadrement législatif de la MG
	Cours de MG pendant l'assistantat/aide au TFE
	Etre attentif à la qualité des maîtres de stage
	Faire des stages dans des pratiques plus spécifiques durant l'assistantat
	Donner des cours de MG plus pratiques