

La profession médicale et l'implication des médecins : un don de soi

**Rapport présenté à la Faculté de médecine et au comité d'admission au doctorat en
médecine de l'Université Laval**

Par
Marc-André Bélanger
Eve Larouche Laliberté
Étudiants au Département de sociologie de l'Université Laval

Sous la direction de Madame Madeleine Pastinelli
et de Monsieur Dominique Morin
et
sous la supervision de Madame Emilie Raizenne

Avril 2010

REMERCIEMENTS

D'abord, un grand merci à tous les médecins qui ont généreusement accepté de nous raconter leur parcours et de nous faire part de leur vision de la profession médicale.

Nous tenons aussi à remercier nos informateurs pour leur contribution à une meilleure compréhension de notre sujet d'enquête.

Merci également à Dr Evens Villeneuve et à Monsieur Guy Labrecque qui nous ont permis d'entrer en contact avec des médecins susceptibles de participer à notre enquête.

Un merci spécial à Maude Larouche, Myriam Labelle et Eric Brassard pour leur précieuse aide.

Merci à Madame Madeleine Pastinelli, à Madame Emilie Raizenne et à Monsieur Dominique Morin pour le temps qu'ils nous ont consacré et pour leurs commentaires, critiques et encouragements qui ont été indispensables à la réalisation de cette recherche.

Enfin, merci à nos parents et amis qui nous ont supportés tout au long de la réalisation de ce projet.

RÉSUMÉ COURT

Cette recherche visait à identifier les conditions d'exercice de la profession, les caractéristiques et les représentations des médecins québécois qui s'impliquent de manière soutenue dans leur milieu social ou à une plus grande échelle. Pour ce faire, nous avons réalisé des entrevues semi-dirigées auprès de 18 médecins impliqués. Étant un choix personnel, l'implication des médecins se caractérise par une pratique médicale généralement rémunérée, mais se démarquant des activités obligatoires de la profession. L'engagement des médecins n'est pas constant, mais dépend des circonstances dans lesquelles ils se trouvent et de leur emploi du temps. Ce ne sont pas non plus tous les médecins qui étaient impliqués avant leurs études en médecine. C'est au moment où ils entament leur carrière médicale qu'ils s'engagent tous de façon significative, et ce, en lien avec le domaine de la santé. Finalement, si les médecins partagent certains éléments de leur représentation de la médecine, chacun adhère plus particulièrement à l'une ou plusieurs « valeurs médicales » qui sont cohérentes avec des manières de pratiquer et de s'impliquer.

FAITS SAILLANTS

- La Faculté de médecine et le comité d'admission au doctorat en médecine de l'Université Laval ont commandé cette enquête sur le profil des médecins réputés auprès de leurs collègues pour leur implication. Le but pratique de cette étude est de favoriser le recrutement d'étudiants susceptibles de s'impliquer plus tard en tant que médecins.
- Notre question de recherche est la suivante : Quelles sont les conditions d'exercice de la profession, les caractéristiques et les représentations des médecins québécois qui s'impliquent de manière soutenue dans leur milieu social ou à une plus grande échelle.
- Les entrevues semi-dirigées réalisées auprès de 18 médecins nous ont permis de mieux comprendre en quoi consiste l'implication chez les médecins : il s'agit d'une *pratique choisie et personnelle de la médecine ou dédiée à la cause d'une amélioration de la santé, qui s'effectue généralement dans le cadre rémunéré de l'activité professionnelle, mais qui est reconnue comme se démarquant des activités obligatoires de la profession médicale, et qui confère une formation personnelle et une identité améliorative de médecin déviant*. Ce n'est donc pas une activité bénévole en marge de la pratique du médecin.
- Le parcours d'implication des médecins n'est pas constant. L'implication pour une cause ou un organisme commence soit avant, pendant ou après les études en médecine. Par contre, tous les médecins impliqués rencontrés participaient de manière soutenue, avant leurs études en médecine, à des activités sportives, culturelles ou parascolaires.
- Une fois admis dans la profession, leur implication se dédie exclusivement à des activités en lien avec la médecine ou l'amélioration de la santé.
- Certains obstacles peuvent nuire de façon temporaire ou permanente à l'implication des médecins qui déclarent manquer de temps : la fatigue due au travail ou à une implication, la répartition inéquitable des tâches entre les membres du corps médical, la maladie ou le décès des proches, la maternité et la naissance d'un enfant.
- Les valeurs altruistes sont liées à une pratique plus engagée. Chez les plus âgés, ces valeurs sont très affirmées avant leurs études en médecine : c'est en réalité ce qui les a amenés à vouloir devenir médecins. Les plus jeunes racontent plutôt s'être inscrit au doctorat en médecine parce qu'ils avaient des résultats scolaires exceptionnels. Les

valeurs altruistes s'expriment davantage chez eux au moment où ils débutent leur carrière médicale.

- Ce sont les préoccupations des médecins qui les motivent à s'impliquer d'une manière plutôt que d'une autre et qui leur permettent d'opérer des choix parmi la multitude de formes d'implication à leur portée. Leurs intérêts particuliers viennent préciser encore davantage leur décision.
- La représentation que les médecins rencontrés avaient de la profession médicale avant d'entrer en médecine est relativement simple : ils considéraient le médecin comme une personne attentionnée qui apporte des soins aux gens souffrants.
- Les médecins rencontrés ont tous en commun de percevoir la médecine comme une pratique où l'on applique des connaissances scientifiques pour apporter des soins aux individus et pour apaiser leurs inquiétudes et leur souffrance. Le travail d'équipe, la compassion, la bonté universelle et la vocation font également partie des éléments de représentation que partagent les médecins impliqués. Tous pratiquent la médecine de façon cohérente avec cette représentation commune de la profession médicale.
- Il existe quatre types de pratiques déviantes de la médecine reconnues comme impliquées. Elles sont reliées à quatre valeurs inhérentes à la profession médicale : le curatif, le soin intégral de la personne, la santé publique et la médecine sociale. Le curatif est axé sur la pratique auprès d'un individu et qui requiert un savoir médical hautement spécialisé. Le soin intégral de la personne consiste à apporter des soins au patient, en tenant compte de ses habitudes de vie, du milieu dans lequel il habite, de ses relations familiales, de ses états d'âme, bref, de son bien-être global. La santé publique se pratique à un niveau plus large dans la mesure où les médecins appliquent leur savoir médical à des questions qui touchent l'ensemble de la population, par exemple l'environnement. La médecine sociale fait référence à une pratique qui porte attention à l'ensemble des besoins de groupes défavorisés, exclus, ou qui n'ont pas accès au système de santé.
- Plus un médecin adhère à l'une de ces valeurs, plus son engagement au sein de la profession sera important.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	8
CHAPITRE I : CONTEXTE DE L'ÉTUDE	
PROFESSION MÉDICALE ET SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS.....	13
<i>RÔLE DES MÉDECINS ET ÉVOLUTION DE LA PROFESSION MÉDICALE</i>	<i>13</i>
<i>GENÈSE DE LA PROFESSION MÉDICALE</i>	<i>14</i>
<i>MISE EN PLACE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC</i>	<i>19</i>
<i>Première réforme</i>	<i>20</i>
<i>Deuxième réforme</i>	<i>20</i>
<i>RÉALITÉ DANS LAQUELLE S'EXERCE LA PROFESSION MÉDICALE.....</i>	<i>23</i>
CHAPITRE II : PROBLÉMATIQUE	25
<i>IMPLICATION ET ENGAGEMENT.....</i>	<i>25</i>
<i>Qui s'engage et à quel moment?.....</i>	<i>26</i>
<i>Comment s'engagent-ils?.....</i>	<i>26</i>
<i>Pourquoi s'engagent-ils?.....</i>	<i>27</i>
<i>Pourquoi certains ne s'impliquent pas?.....</i>	<i>28</i>
<i>L'implication chez les médecins : certaines spécificités</i>	<i>28</i>
<i>DÉVIANCE ET CONFORMISME CHEZ MERTON.....</i>	<i>29</i>
<i>REPRÉSENTATIONS : EN COHÉRENCE AVEC LES PRATIQUES DÉVIANTES.....</i>	<i>31</i>
CHAPITRE III : QUESTION DE RECHERCHE, OBJECTIFS DE RECHERCHE ET	
HYPOTHÈSES	34
<i>QUESTION DE RECHERCHE</i>	<i>34</i>
<i>OBJECTIFS DE RECHERCHE.....</i>	<i>34</i>
<i>HYPOTHÈSES DE RECHERCHE</i>	<i>35</i>
CHAPITRE IV : MÉTHODE.....	37
<i>MÉTHODE D'ENQUÊTE</i>	<i>37</i>
<i>POPULATION ET ÉCHANTILLON</i>	<i>37</i>
<i>INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNÉES.....</i>	<i>39</i>
<i>Présentation de l'instrument de collecte de données.....</i>	<i>39</i>
<i>Pré-test de l'instrument de collecte de données</i>	<i>41</i>
<i>COLLECTE DE DONNÉES.....</i>	<i>42</i>
<i>PRÉ-ENQUÊTE : TRAVAIL EXPLORATOIRE</i>	<i>42</i>
<i>Importance des valeurs et des préoccupations et convictions sociales, politiques et communautaires... </i>	<i>43</i>
<i>Aspirations professionnelles et personnelles.....</i>	<i>43</i>
<i>PORTRAIT DES RÉPONDANTS.....</i>	<i>44</i>
CHAPITRE V : FORMES, VARIANTES ET DÉFINITION DE L'IMPLICATION CHEZ LES	
MÉDECINS.....	48
<i>CLASSIFICATION DES PRATIQUES D'IMPLICATION CHEZ LES MÉDECINS.....</i>	<i>48</i>
<i>La coopération internationale</i>	<i>49</i>
<i>La recherche médicale.....</i>	<i>50</i>
<i>L'enseignement</i>	<i>51</i>
<i>Le travail en région éloignée</i>	<i>52</i>
<i>La gestion ou la direction d'une institution en lien avec la santé</i>	<i>53</i>
<i>La pratique au sein d'un organisme communautaire.....</i>	<i>54</i>
<i>Le dévouement envers les patients.....</i>	<i>55</i>
<i>La pratique auprès de clientèles particulières.....</i>	<i>55</i>

<i>L'implication citoyenne et politique</i>	57
DÉFINITION GÉNÉRALE DE L'IMPLICATION CHEZ LES MÉDECINS	58
CHAPITRE VI : MOMENTS DE L'IMPLICATION DANS LA TRAJECTOIRE DU MÉDECIN..	61
<i>LES MOMENTS DE L'IMPLICATION</i>	61
<i>Avant les études en médecine</i>	61
<i>Pendant les études en médecine</i>	64
<i>Pendant la carrière médicale :</i>	66
<i>LES OBSTACLES À L'IMPLICATION : LE SOUCI DE SOI, DE SA FAMILLE ET DE SES PROCHES</i>	68
<i>DISPOSITIONS GÉNÉRALES À L'IMPLICATION :</i>	71
<i>Les valeurs : la trame de fond d'une pratique plus engagée</i>	71
<i>Les préoccupations comme motivations à l'implication</i>	73
<i>La profession médicale comme pratique intéressée</i>	75
CHAPITRE VII : REPRÉSENTATION DE LA PROFESSION MÉDICALE ET DE L'IMPLICATION DES MÉDECINS	79
<i>VISION COMMUNE DE LA PROFESSION MÉDICALE</i>	79
<i>REPRÉSENTATION DE LA PROFESSION MÉDICALE AVANT LES ÉTUDES EN MÉDECINE</i>	84
<i>REPRÉSENTATION DE LA PROFESSION MÉDICALE PENDANT LES ÉTUDES EN MÉDECINE</i>	84
<i>DIFFÉRENTES MANIÈRES DE VOIR ET DE PRATIQUER LA PROFESSION MÉDICALE</i>	87
<i>Axe 1 : Pôle relation humaine versus pôle science médicale</i>	87
<i>Axe 2 : Pôle individu versus pôle société</i>	93
CHAPITRE VIII : VALEURS INHÉRENTES À LA PRATIQUE MÉDICALE ET DON DE SOI..	98
<i>LE CURATIF</i>	99
<i>LE SOIN INTÉGRAL DE LA PERSONNE</i>	100
<i>LA SANTÉ PUBLIQUE</i>	101
<i>LA MÉDECINE SOCIALE</i>	102
<i>LE DON DE SOI</i>	105
CONCLUSION	107
<i>LA PROFESSION MÉDICALE</i>	110
BIBLIOGRAPHIE	112
ANNEXE I	117
SCHÉMA D'OPÉRATIONNALISATION	117
ANNEXE II	124
SCHÉMA D'ENTREVUE	124
ANNEXE III	131
FICHE D'INFORMATIONS PERSONNELLES	131
ANNEXE IV	134
LETTRE DE SOLlicitATION	134
ANNEXE V	136
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	136
ANNEXE VI	140
PLAN D'ANALYSE	140

INTRODUCTION

Dans l'esprit du serment d'Hippocrate, le rôle du médecin est de mettre à profit son savoir au service de la santé de la population. Les médecins ont la possibilité de s'investir davantage dans leur rôle en posant des actions qui vont au-delà de ce qui leur est ordinairement demandé. Une participation plus engagée au sein du système de santé et en périphérie de celui-ci rend possible une offre de services qui considère l'ensemble des besoins de la population en matière de santé. Par exemple, c'est grâce à la participation active de certains médecins que les étudiants en médecine peuvent recevoir une formation plus complète, que certains groupes démunis peuvent avoir accès à des soins de santé répondant à leurs besoins particuliers ou que des questions sociétales comme celle de la qualité de l'environnement peuvent être abordées du point de vue de la promotion de la santé. Les médecins qui s'engagent et se mobilisent socialement le font donc de manière à assurer des services qui sont en cohérence avec ce qu'ils considèrent être les besoins de la population. On saisit ainsi toute l'importance que prend l'implication des médecins. La Faculté de médecine et le comité d'admission au doctorat en médecine de l'Université Laval désirent en savoir davantage sur cette question.

La Faculté de médecine offre quatre programmes de formation de premier cycle, dont le doctorat en médecine. Le comité d'admission au doctorat en médecine est l'instance qui régit l'admission des étudiants dans ce programme. Composé du directeur du programme et d'au moins deux professeurs, le comité est responsable de sélectionner les meilleurs candidats selon trois modes d'évaluation établis par le Conseil universitaire : 1) la comparaison des performances scolaires (évaluées selon la cote R); 2) l'examen des réponses à un questionnaire autobiographique structuré mesurant les qualités personnelles du candidat; et finalement 3) l'évaluation des performances lors des *mini entrevues multiples*, qui consistent en une série d'entrevues et de mises en situation permettant d'observer les compétences et la personnalité des candidats. Pour être admis dans le programme de médecine, les candidats doivent donc non seulement présenter un dossier académique remarquable, mais faire la démonstration de qualités personnelles jugées essentielles à l'exercice de la profession.

La sélection des candidats au programme de doctorat en médecine ne s'est cependant pas toujours déroulée ainsi. Avant 1990, l'évaluation reposait sur l'examen du dossier académique

suiwi d'une entrevue au cours de laquelle un ou deux évaluateurs interrogeaient le candidat sur son parcours et les raisons pour lesquelles il désirait étudier en médecine. Depuis une quinzaine d'années, la Faculté de médecine de l'Université Laval s'efforce de sélectionner des candidats plus « complets », voire à la fois passionnés par le côté scientifique de la médecine et par le côté humain de sa pratique. Dans cette perspective, le Docteur Evans Villeneuve, président du comité d'admission au doctorat en médecine, ainsi que Monsieur Guy Labrecque, conseiller à la gestion des études, songent à la possibilité de réviser le profil des étudiants qu'ils recrutent. Ils aimeraient admettre plus de candidats présentant une certaine propension à s'impliquer de façon altruiste ou humanitaire, dans leur milieu ou à une plus grande échelle. Évaluer les candidats dans cet objectif suppose que l'on sache identifier lesquels seraient les plus susceptibles de devenir des médecins impliqués.

Pour cette raison, notre client souhaite mieux connaître le profil des médecins actuellement impliqués dans leur milieu et qui ont un impact positif sur celui-ci. Le but de notre étude est de dresser un profil des médecins actuellement impliqués, qui retrace leur parcours depuis ce qu'ils étaient et faisaient avant leur admission en médecine, et qui identifie les conditions dans lesquelles ceux-ci ont pu s'impliquer socialement. Le mandat d'enquête proposé au Laboratoire de recherche en sociologie l'automne dernier supposait que l'enquête auprès de médecins impliqués permettrait d'identifier chez ceux-ci des caractères communs que le comité d'admission devrait par la suite rechercher chez les candidats. Selon les observations du client, plusieurs médecins qui s'impliquaient de manière altruiste ou humanitaire avant d'intégrer le doctorat en médecine le font également pendant leurs études en médecine et tout au long de leur carrière. Le mandat considérait également que l'implication des médecins prenait généralement la forme d'actes bénévoles se situant en marge des activités professionnelles rémunérées. La rencontre de médecins considérés comme impliqués par leurs collègues nous a révélé que cette conception du phénomène n'est pas tout à fait juste.

Le premier chapitre de ce rapport précise le contexte dans lequel fut effectuée la présente recherche. Nous y définissons d'abord le rôle contemporain du médecin, avant de retracer comment sa profession et son engagement ont évolué et se sont formés depuis le XIX^e siècle. Ce chapitre se termine par une présentation générale de la situation et des défis actuels de la pratique médicale. Notre portrait sociohistorique de la profession médicale permet de mieux saisir dans quel contexte les médecins exercent leur profession, ce qui nous aide également à situer l'implication dans l'exercice actuel de la profession. S'insérant dans le système de

santé, la profession médicale est encadrée par l'État. L'exercice de la pratique et l'implication des médecins se situent alors à l'intérieur de ce cadre en fonction des exigences de celui-ci. Le système de santé a néanmoins permis l'ouverture de plusieurs milieux dans lesquels peuvent pratiquer et s'impliquer les médecins.

Le deuxième chapitre présente les notions, les éléments de théorie sociologique et quelques constats d'enquêtes antérieures qui orientent notre étude de l'implication des médecins. Nous définissons d'abord ce que sont l'implication et l'engagement : la participation, d'intensité variable, d'un individu dans une pratique. Ensuite, nous faisons état de résultats de recherches sur diverses dimensions du phénomène de l'implication bénévole : Qui s'engage et à quel moment? Comment ces gens en viennent à s'impliquer? Pourquoi s'engagent-ils et pourquoi certains ne le font pas? Nous nous attardons enfin à ce qui peut caractériser l'implication dans le cas particulier des médecins. Le fait que des médecins soient considérés comme impliqués sous-entend que la façon dont ils exercent la profession sort de l'ordinaire, qu'elle a quelque chose d'inhabituelle. Il s'agit d'un point essentiel dont nous traitons en nous inspirant de la théorie de la déviance chez Merton, qui explique comment les individus ne se conforment pas toujours à ce qui est considéré comme légitime et habituel dans la société. Nous verrons ensuite que cette pratique inhabituelle des médecins impliqués est liée à des représentations particulières de la profession médicale et de l'implication : c'est ce que nous expliquons dans un troisième temps. Ce sont principalement ces trois éléments explicatifs de l'implication des médecins (dimensions de l'implication, « déviance » et représentations) qui ont orienté notre recherche et qui nous ont permis de circonscrire le profil des médecins impliqués.

Dans le troisième chapitre, nous exposons la question de recherche que nous avons formulée à la lumière de nos lectures : Quelles sont les conditions d'exercice de la profession, les caractéristiques et les représentations des médecins qui s'impliquent de manière soutenue dans leur milieu social ou à une plus grande échelle? Nous présentons également nos objectifs de recherche et nos hypothèses au sujet de l'implication des médecins. Nous poursuivons les six objectifs suivant: comprendre en quoi consiste le phénomène de l'implication chez les médecins; identifier les médecins engagés et à quels moments de leur vie ils s'impliquent; comprendre comment ils en viennent à s'engager et pourquoi ils le font; identifier les obstacles à l'engagement; déterminer l'éventail des manières dont les médecins impliqués peuvent être des médecins « déviants »; et comprendre les représentations qu'ont les médecins de la profession médicale et de l'implication ainsi que le rapport entre ces représentations et l'exercice de la profession. Nous avons soumis comme première hypothèse que

le phénomène de l'implication des médecins se différencierait de celui du bénévolat. Nous supposons également qu'il existerait certaines dispositions générales (par exemple, les valeurs) à l'engagement des médecins. Nous imaginions dans un troisième temps que le phénomène de l'implication s'articulerait en fonction des circonstances dans lesquelles les médecins se trouvent. Nous nous attendions également à ce que les médecins impliqués partagent certaines motivations à s'impliquer. Nous avons soumis comme cinquième hypothèse que le manque de temps serait un obstacle important à l'engagement des médecins. Nous postulions comme sixième hypothèse que la plupart des médecins impliqués présenteraient un type de pratique « déviant » vis-à-vis du modèle culturel médical. Finalement, nous avons soumis comme dernière hypothèse que les médecins impliqués possèderaient une représentation particulière de la profession médicale et de l'implication, représentation qui serait cohérente avec leur manière de pratiquer la médecine.

Le quatrième chapitre est consacré à la méthodologie. Nous avons réalisé des entrevues semi-dirigées d'environ une heure auprès de 18 médecins impliqués. Nos discussions ont abordé avec chacun d'eux certains thèmes (type d'implication, motivations et obstacles à l'implication, valeurs et préoccupations, emploi du temps, représentation de la médecine et de l'implication) alors que le médecin racontait son parcours personnel, professionnel et d'implication. Une fiche d'informations personnelles a aussi été remplie par chaque répondant afin d'en savoir davantage sur la situation de son ménage, sur sa situation professionnelle et sur son origine. Le schéma d'entrevue ainsi que la fiche d'informations personnelles sont présentés en annexe du rapport.

Finalement, nous présentons les résultats de notre enquête dans les chapitres cinq, six, sept et huit. Dans le chapitre cinq, nous éclairons le phénomène de l'implication chez les médecins en dégagant neuf formes que celle-ci peut prendre, pour ensuite la définir par ses caractères généraux comme une pratique généralement rémunérée au sein de la pratique médicale, qui peut revêtir une multitude de formes, et qui se distingue comme une pratique « déviante », dans la mesure où elle est une prise en charge de tâches supplémentaires à celles qui sont obligatoires dans le cadre de la profession.

Nous retraçons dans le chapitre six le parcours d'implication des médecins, depuis le début de leurs études jusqu'à aujourd'hui, pour ensuite relever ce qui peut faire obstacle à leur engagement. Nous en venons alors à mettre en lumière que l'implication des médecins n'est pas un phénomène constant, mais s'articule de façon différente selon les moments de leur

trajectoire de vie. Nous constatons également que les médecins actuellement impliqués n'étaient pas tous engagés socialement avant d'exercer la médecine. Nous montrons finalement comment les préoccupations orientent et motivent un type d'implication plutôt qu'un autre. Nous révélons en effet qu'alors que les valeurs altruistes apparaissent comme un fond commun poussant les médecins à pratiquer la médecine de manière impliquée, ce sont leurs préoccupations qui les amènent à se consacrer à un ou certains types d'implication en particulier. Les intérêts personnels participent à ces préoccupations et contribuent à déterminer le type d'implication et de pratique des médecins.

Dans le chapitre sept, nous nous attardons aux représentations qu'ont les médecins de leur profession et de l'implication, en commençant par celles qu'ils avaient avant d'étudier en médecine. De façon générale, les médecins avaient une représentation de la médecine relativement simple avant leurs études en médecine. C'est surtout au moment où ils commencent à exercer la médecine que leur représentation de la profession se forge. Nous abordons ensuite les représentations actuelles de la profession médicale des médecins rencontrés. Nous commençons par dégager les éléments du noyau de leurs représentations, c'est-à-dire les éléments qui sont communs à tous les médecins, soit les connaissances scientifiques, les soins, l'apaisement du patient face à son état de santé et sa souffrance, le principe de bonté universelle, le travail d'équipe et la vocation (ou dévouement à la profession). Puis, nous discutons des éléments périphériques des représentations des médecins qui nous permettent de distinguer différents types de pratique et d'implication. Nous révélons d'abord qu'alors que certains insistent sur l'aspect « relation humaine » de la médecine, d'autres priorisent l'élément « science médicale ». Nous abordons ensuite deux autres éléments périphériques, ceux-ci faisant référence à l'objet sur lequel les médecins exercent leur profession : l'individu ou la société. Nous démontrons également comment la position qu'adopte chaque médecin vis-à-vis de chacun de ces éléments périphériques coïncide avec sa pratique et son implication. Le dernier chapitre se consacre à l'exposition d'une typologie des types de pratique et d'implication des médecins qui sont reliées à des valeurs inhérentes à la pratique médicale.

CHAPITRE I : CONTEXTE DE L'ÉTUDE

PROFESSION MÉDICALE ET SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

Ce chapitre propose un survol de l'évolution de la profession médicale au Québec afin de situer la pratique actuelle et le rôle des médecins dans son contexte social. Nous mettons également en lumière la façon dont la profession médicale fut institutionnalisée et inscrite dans une gestion étatique de la santé collective. Nous donnons finalement un aperçu des défis auxquels font face le système de santé québécois ainsi que les médecins. Cette mise en contexte vise à démontrer que le phénomène de l'implication chez les médecins va de pair avec la pratique de la profession médicale. Décrire l'évolution de cette profession et la mise en place graduelle du système de santé actuel permet également de rendre compte que les médecins peuvent s'impliquer de diverses manières à l'intérieur du système de santé qui encadre leur pratique.

Rôle des médecins et évolution de la profession médicale

Tout d'abord, il importe de définir le rôle des médecins et le rapport qu'ils entretiennent avec la collectivité. Selon Parsons, « le médecin est responsable du bien-être du malade, en ce sens qu'il fait de son mieux pour lui fournir les moyens de sa guérison. Pour faire face à cette responsabilité, on attend du médecin qu'il acquière et utilise une haute compétence dans le domaine des sciences médicales, et en tout ce qui touche aux techniques qui reposent sur elles » (PARSONS, 1955). Le médecin possède selon lui une expertise spécifique qui le met en rapport direct d'aide et d'autorité avec une personne nécessitant des soins de santé. Cependant, le rôle du médecin ne se limite pas seulement à ces compétences techniques. Pour Thiel, le médecin est quelqu'un « qui a acquis une grande habileté par la pratique; aussi un spécialiste qui peut être requis par un organisme pour éclairer de son avis, effectuer des vérifications ou appréciation techniques » (THIEL, 2003 : 273). D'après ces deux définitions, le rôle du médecin est d'appliquer un savoir technique et spécialisé en matière de santé au service d'un patient, de la population en générale ou d'une institution. La légitimité de ce rôle repose sur le pouvoir médical, c'est-à-dire sur « la capacité des médecins, comme individus dans leur pratique quotidienne ou comme collectivité dans leurs rapports avec d'autres acteurs sociaux, de faire prévaloir leur point de vue sur les questions qui les concernent » (LEMIEUX

et *al.*, 2003 : 262). Ces éléments résument quel est le rôle universel du médecin dans la société. Cela dit, il ne faut pas croire que la pratique médicale se limite à ces éléments de définition : pour certains médecins, la perception de leur rôle dépasse la définition qu'en donnent Parsons, Thiel et Lemieux, ce qui se traduira également dans leur manière de pratiquer. Il demeure néanmoins que fondamentalement, les médecins s'engagent par le serment d'Hippocrate à maintenir la santé des individus qui composent la société. Que ce soit par une action médicale directe à l'endroit d'un patient ou par la diffusion de son expertise, il s'implique dans des situations qui requièrent ses connaissances en tant qu'il est celui à qui l'on a confié la responsabilité d'assurer l'offre des soins et de conseils de santé. De plus, le rôle du médecin s'incarne dans une logique de profession libérale. Schnapper explique que les professions « étaient toujours définies par leur autonomie, lorsqu'elles étaient exercées sous forme libérale (médecins, avocats) ou, au moins, comme des professions qui pouvaient revendiquer une forme d'indépendance » (MENGER, 2003 : 205). Les médecins profitent en effet d'une relative autonomie dans la définition de leur pratique qui doit néanmoins respecter les structures légales et organisationnelles encadrant les activités du système de santé au Québec. Dans ce système, ils sont manifestement plus libres d'exercer leur profession d'une manière personnelle que les infirmiers et les autres travailleurs de la santé qui les assistent ou dont les pouvoirs sont plus limités.

Cela dit, la profession médicale a évolué avec le système de santé, et le rôle du médecin dans la société québécoise ainsi que la relation qu'il entretient avec ce système se sont transformés avec les années. Pour que l'on puisse mieux apprécier l'importance de cette évolution, nous allons examiner comment le médecin en est venu à occuper cette place dans le système de santé québécois, en remontant de sa situation à l'époque coloniale jusqu'à celle du début des années 1970, moment où la profession médicale a pris sa forme contemporaine.

Genèse de la profession médicale

L'offre de soins de santé était, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, peu spécifique à un groupe en particulier : plusieurs acteurs y participaient et on pouvait faire appel à un large éventail de soignants d'autorités diverses. La population pouvait « recourir aux services de médecins, chirurgien-barbier ou d'apothicaire [...], quérir une sage-femme [...] ou consulter des thérapeutes d'horizons divers tels des membres du clergé, des rebouteux (“ramancheurs”) ou

des guérisseurs » (LACOURSE, 2006 : 179). Ceux-ci œuvraient dans un contexte où la famille immédiate et la famille éloignée prenaient en charge les malades. En l'absence de proches acceptant d'assumer le fardeau des soins ou leurs coûts, c'était les congrégations religieuses et les œuvres de bienfaisance qui prenaient la relève. Cette pratique privée des soins de santé, plus communautaire que marchande, était légitimée par l'idéologie catholique. Le fonctionnement des hôtels-Dieu¹ et des hôpitaux généraux² apparaissant au milieu du XVII^e siècle était principalement assumé par les communautés religieuses. L'administration et le financement des soins offerts dans les institutions dépendaient donc surtout de représentants de l'Église catholique : « les augustines et les hospitalières, des communautés religieuses féminines venues d'Europe, prennent en charge l'établissement des hôpitaux, qui survivent grâce à des dons » (LACOURSE, 2006 : p 177). Ainsi, les médecins, par la légitimité de leur formation universitaire et en raison du caractère libéral de leur profession, travaillaient dans les hôpitaux sans y exercer une autorité administrative, et œuvraient également « au domicile de leurs patients, qu'ils recrutent parmi la bourgeoisie et la noblesse » (LACOURSE, 2006 : p 178). Mais leur rôle était principalement orienté en fonction de leur savoir, c'est-à-dire qu'ils « [posaient] des diagnostics et [prescrivaient] divers traitements, qu'ils [déléguent] aux chirurgiens » ainsi qu'aux autres soignants infirmières et aides infirmières (LACOURSE, 2006 : p 178). Les chirurgiens, qui étaient en surnombre par rapport aux médecins, avaient pour concurrents les « ramancheurs » ou guérisseurs considérés comme ayant des « dons ».

À l'époque coloniale, l'offre des soins de santé n'était donc pas restreinte à un groupe. L'engagement des médecins dans la communauté prenait une forme consultative, c'est-à-dire que la population pouvait avoir recours à leurs services, bien qu'elle avait également la possibilité de faire appel à d'autres soignants dans la communauté. Ce n'est qu'à partir du milieu du XIX^e siècle que « les chefs de file médicaux québécois parviennent à convaincre les autorités politiques compétentes de réserver aux seuls médecins qualifiés l'accès au marché des soins » (LEMIEUX et *al.*, 2003 : 262).

En 1867, année de la Confédération, on assiste à un premier évènement qui permettra de rendre effective cette démarche d'acquisition légale de pouvoirs exclusifs en matière de santé,

¹ Établissements qui s'occupent principalement de donner des soins aux malades et qui exercent une fonction curative (GUÉRARD, 1996).

² Établissements qui portent secours aux démunis et servent surtout de lieux d'enfermement (GUÉRARD, 1996).

soit l'union des médecins à l'échelle du Canada par la mise sur pied de l'« Association Médicale canadienne » (DESCHÊNES, 1981 : 358). Cette union permit d'organiser et d'uniformiser la profession médicale³. L'importance de cette association tenait au fait que celle-ci « avait consacré une grande partie de ses énergies à préparer un projet de loi fédérale qui visait à mettre en place un système uniforme d'éducation médicale, ainsi qu'à réglementer l'enregistrement des praticiens et l'octroi de licences par un bureau d'examineurs » (DESCHÊNES, 1981 : 358). Bien que ce projet ne fût pas accepté en 1872, il permit d'ouvrir la voie à plusieurs réalisations politiques qui allaient modeler la profession médicale, notamment la création d'un Bureau Provincial de Médecine en 1877 et la mise en place du Conseil d'hygiène de la province de Québec vers 1887 (DESCHÊNES, 1981 : 359-361). C'est à cette même époque que la médecine hygiéniste voit le jour au Québec, ce qui ne sera pas sans rendre l'engagement social des médecins de plus en plus présent.

Certains « médecins-hygiénistes vont élaborer une théorie sanitaire qu'ils s'efforceront de faire admettre et appliquer » (DESCHÊNES, 1981 : 361). Cette initiative prend la forme d'un mouvement que l'on nomme mouvement hygiéniste. Les buts poursuivis par ce mouvement sont d'améliorer les conditions hygiéniques de la population canadienne-française en vue d'éviter la propagation des maladies infectieuses et de réduire le taux de mortalité infantile. Par la création de ce mouvement, la communauté médicale démontre qu'elle veut s'engager dans l'amélioration de la santé de la population québécoise. Mais malgré leurs connaissances en matière de santé, les médecins doivent obtenir le consentement de l'État afin d'appliquer concrètement la théorie hygiéniste.

Comme le souligne Terry Copp, les hygiénistes n'ignorent pas que des mesures prophylactiques, comme la vaccination, peuvent atténuer le taux de mortalité des populations urbaines. Cependant, ils ne peuvent appliquer de telles mesures sans le concours des autorités civiles. Et pour faire bouger ces autorités, il faut constituer un groupe de pression organisé, suffisamment influent et crédible. De plus, il faudra éventuellement vaincre les préjugés (DESCHÊNES, 1981 : 362).

³ À cette époque, « diverses associations locales existent déjà au Québec, comme la Société Médicale de Québec qui tint sa première assemblée le 30 novembre 1826, la Société Médico-Chirurgicale de Montréal fondée en 1843 et le Collège des Médecins et des Chirurgiens de la province de Québec établi en 1847 » (DESCHÊNES, 1981 : 357-358).

L'implication des médecins commence alors à prendre une nouvelle forme : les médecins s'engagent dans une lutte active au niveau politique pour l'appropriation du mandat d'améliorer la santé de la population, mandat qu'ils réclament comme leur revenant de droit. Il faut néanmoins attendre l'épidémie de variole de 1886 pour que les autorités civiles voient la pertinence d'un contrôle des soins de santé par un groupe compétent, soit les médecins.

Devant l'ampleur du fléau qui décime Montréal, le gouvernement institue un Bureau Central de Santé le 4 septembre 1885. Ce bureau est dissous un an plus tard, lorsque l'épidémie est définitivement enrayée. La démonstration a été convaincante, les autorités provinciales perçoivent dorénavant les avantages qu'aurait une organisation sanitaire permanente à la fois préventive et curative, prête à agir dès l'apparition d'une nouvelle épidémie. Une loi sanitaire est donc adoptée en 1886, et le Conseil d'Hygiène formé l'année suivante. Le docteur E.-P. Lachapelle est nommé président et le docteur Elzéar Pelletier doit l'assister en tant que secrétaire du Conseil (DESCHÊNES, 1981 : 365).

Dès lors, le mouvement hygiéniste prend de l'ampleur et l'autorité médicale léguée aux médecins augmente du fait qu'ils participent à des instances comme le Conseil d'hygiène. Pendant les années qui suivent, la mise en place localement de bureaux d'hygiène, de campagnes de vaccination contre les maladies contagieuses comme la variole et les moyens d'éducation (conférences, brochures, articles dans les quotidiens populaires, l'enseignement de l'hygiène dans les écoles) contribuent grandement à populariser le mouvement. À ce moment, le rapport qu'ont les médecins aux malades et à la société prend la forme d'un engagement social plus large que seulement l'offre de service de soins à une communauté fixe. Leur expertise et leurs actions permettent d'améliorer la santé globale de la population dans un souci de bien-être collectif. La place du médecin dans la société est plus grande et ses compétences et actions lui permettent de s'affirmer en tant que professionnel compétent lorsqu'il s'agit de la santé publique.

Parallèlement, le gouvernement provincial participe de plus en plus au maintien de la santé de la population. Le gouvernement provincial instaure, en 1922, la *Loi de l'assistance publique du Québec* qui « représente pour la première fois une forme de subvention à la santé et à l'assistance » (LACOURSE, 2006 : 180) et met sur pied des unités sanitaires dans les municipalités du Québec⁴, ce qui « marque le transfert des responsabilités municipales en

⁴ Ces unités sont sous la tutelle directe du gouvernement provincial avec l'aide de la fondation Rockefeller et ceux-ci organisent des « conférences auprès des mères de familles, dépistage auprès des enfants d'âge scolaire, vaccination, et éducation populaire. » Site du CCPB :

matière de santé à l'ordre de gouvernement supérieur » (LACOURSE, 2006 : 180). Tous ces événements permettent à la profession médicale de s'affirmer davantage en tant que source légitime des connaissances en matière de santé. Par les actions qu'il pose afin d'attribuer cette autorité aux médecins, le gouvernement provincial leur donne une place plus importante dans l'organisation et la réglementation de la santé au Québec tout en leur laissant leur autonomie de pratique. Cette coopération entre les médecins et le gouvernement provincial porte fruit : après la crise de 1929 et la Seconde Guerre mondiale, on constate que la santé des Québécois s'est nettement améliorée. Les institutions de santé se multiplient et la pratique de la profession médicale prend une place de plus en plus importante dans les hôpitaux. Une nouvelle approche de la santé s'y impose : « la médecine hospitalière et curative en vient à remplacer la médecine hygiéniste des années précédentes » (LACOURSE, 2006 : 181).

À partir des années 40, le nombre d'hôpitaux dit laïques se multiplie ainsi que le nombre de lits réservés aux malades. Les endroits de pratique se multiplient aussi, et le nombre de personnes y travaillant augmente. L'encadrement de ceux-ci est fait par des religieuses ou des personnes laïques. Pendant ces années, la profession médicale commence à s'exercer beaucoup plus dans les hôpitaux, car l'offre des soins de santé est centralisée dans les institutions qui sont en place. Le nombre de médecins augmente également : « entre 1945 et 1969, le nombre de médecins pour 1000 habitants passait de 97 à 129 » (GAUMER, 2008 : 124). Au même moment, la profession médicale continue à s'affirmer et « la spécialisation de la profession se développe » (GAUMER, 2008 : 124). Cette tendance aura un impact sur la représentation des médecins auprès du gouvernement et sur l'éventuelle institutionnalisation de leur profession.

En effet, la diversification de la profession médicale justifie la création de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en 1962 qui regroupe « les associations syndicales régionales mises sur pied depuis la Seconde Guerre mondiale » (GAUMER, 2008 : 125-126); et la Fédération des médecins spécialistes du Québec en 1965. Les points de vue des spécialistes et des généralistes divergent sur la question de « l'instauration d'un régime d'assurance des soins pour les personnes bénéficiant de la Loi sur l'assistance publique » (GAUMER, 2008 : 126). Il en est de même pour la nouvelle Loi sur l'assistance médicale de 1966 qui implique « un tarif unique et uniforme pour les spécialistes et les omnipraticiens »

(GAUMER, 2008 : 126). Mais au moment de l'instauration de l'assurance maladie, la même année, les fédérations s'opposent toutes deux à une « “médecine d'État”, c'est-à-dire à ce qu'elles craignent, la fonctionnarisation » (GAUMER, 2008 : 126) entraînant une perte d'autonomie des médecins dans leur pratique. Malgré leur accord sur ce point :

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), dès ses premières années d'existence, s'était prononcée en faveur d'un régime d'assurance publique, universel et obligatoire, défendant seulement le droit au désengagement pour les médecins qui refusaient ce régime, le maintien du paiement à l'acte et le contrôle de ce dernier par la profession ainsi que le respect strict du secret médical. La FMSQ, par contre, s'opposait au caractère obligatoire de l'adhésion, autant pour les malades que pour les médecins, souhaitant seulement le renforcement du système de paiement en cours : l'État pour les plus démunis et les compagnies privées d'assurances pour les autres (GAUMER, 2008 : 126).

Ce n'est qu'en 1970, après plusieurs ruptures des négociations de la part du FMSQ et une loi spéciale votée à l'assemblée, que la signature d'une entente est faite le 16 décembre. Les médecins deviennent alors des employés de l'État. Ainsi entre 1900 et 1970, tout en préservant son autonomie de profession libérale, la pratique de la médecine est devenue de plus en plus reconnue. L'autorité que l'on confère aux médecins leur permet de se distinguer des « charlatans, sages-femmes et autres thérapeutes “irréguliers” » (LEMIEUX et *al.*, 2003 : 262). De plus, le nombre de médecins augmente et la pratique médicale converge et se centralise dans les hôpitaux et autres institutions en lien avec la santé. Son évolution récente est quant à elle liée à la diversification des milieux de travail des médecins et aux problèmes particuliers qu'ils y rencontrent. Il nous semble donc important d'expliquer l'évolution du système de santé à partir des années 60 afin de préciser comment se sont formés les milieux de travail dans lesquels pratiquent les médecins.

Mise en place du système de santé au Québec

La mise en place du système de santé par le gouvernement québécois est une étape importante dans la définition du cadre dans lequel pratiquent les médecins. Ceux-ci œuvrent actuellement dans un cadre bureaucratique qui détermine le fonctionnement du système de santé : leur pratique et leurs actions doivent donc être conformes à ce cadre. Le système de santé, dans son état actuel, est alors le produit de deux réformes dont nous allons expliquer les grandes lignes.

Première réforme

Pendant les années 1960, de nombreux comités et commissions travaillent à l'organisation d'un système public de santé et de services sociaux. Au provincial, les actes s'enchaînent. En 1961, le Québec adhère au programme à frais partagés d'assurance hospitalisation; en 1963, le rapport du comité Boucher est déposé; en 1966, il y a création de la Commission d'enquête sur l'assurance maladie; et en 1970, la Commission Castonguay-Nepveu rend son rapport qui sera décisif pour l'organisation des services de santé et des services sociaux (GAUMER, 2008, et LEMIEUX et *al.*, 2003 : 94). Il faudra tout de même attendre les années 1970 pour que le système soit effectivement mis en place.

Dans les années 1970, 12 conseils régionaux de la santé et des services sociaux, 170 centres locaux de services communautaires, 32 départements de santé communautaire et plusieurs centres des services sociaux sont mis sur pied (LACOURSE, 2006 : 180). De plus, les hôpitaux sont regroupés en deux catégories : les centres hospitaliers de soins de courte durée et les centres hospitaliers de soins prolongés. Au début des années 1980, cette configuration est remise en cause et une deuxième réforme commence à se dessiner.

Deuxième réforme

Avant le dépôt du rapport de la Commission Rochon en février 1988, plusieurs facteurs incitent le gouvernement provincial à modifier le système de santé et des services sociaux. Les principales raisons qui soutiennent cette initiative sont les coûts toujours grandissants de la santé, les problèmes des groupes émergents (groupes ethniques, personnes âgées, etc.) et finalement le désir d'améliorer l'efficacité du système en place (LACOURSE, 2006 : 190). À la suite du rapport, en 1992, une nouvelle réforme mise en marche.

Celle-ci met l'accent sur les services de premières lignes (CLSC, ligne d'information Info-Santé, les cliniques privées), sur un virage ambulatoire⁵ et sur la modification du rôle des hôpitaux. Le gouvernement veut réduire la durée du séjour et augmenter le nombre de chirurgies d'un jour, ce qui justifie la conversion des milieux hospitaliers en des lieux de traitements hautement spécialisés. Aussi, une assurance médicaments accessible à tous et des groupes de médecins familiaux sont mis en place. La dernière étape de cette réforme est

⁵ « Le concept de virage ambulatoire est associé à celui du malade sur pied. En langage médical, l'adjectif « ambulatoire » signifie la capacité du malade de se déplacer, de déambuler » (LACOURSE, Marie-Thérèse, 2006 : 192), voire de se déplacer vers des services appropriés par lui-même.

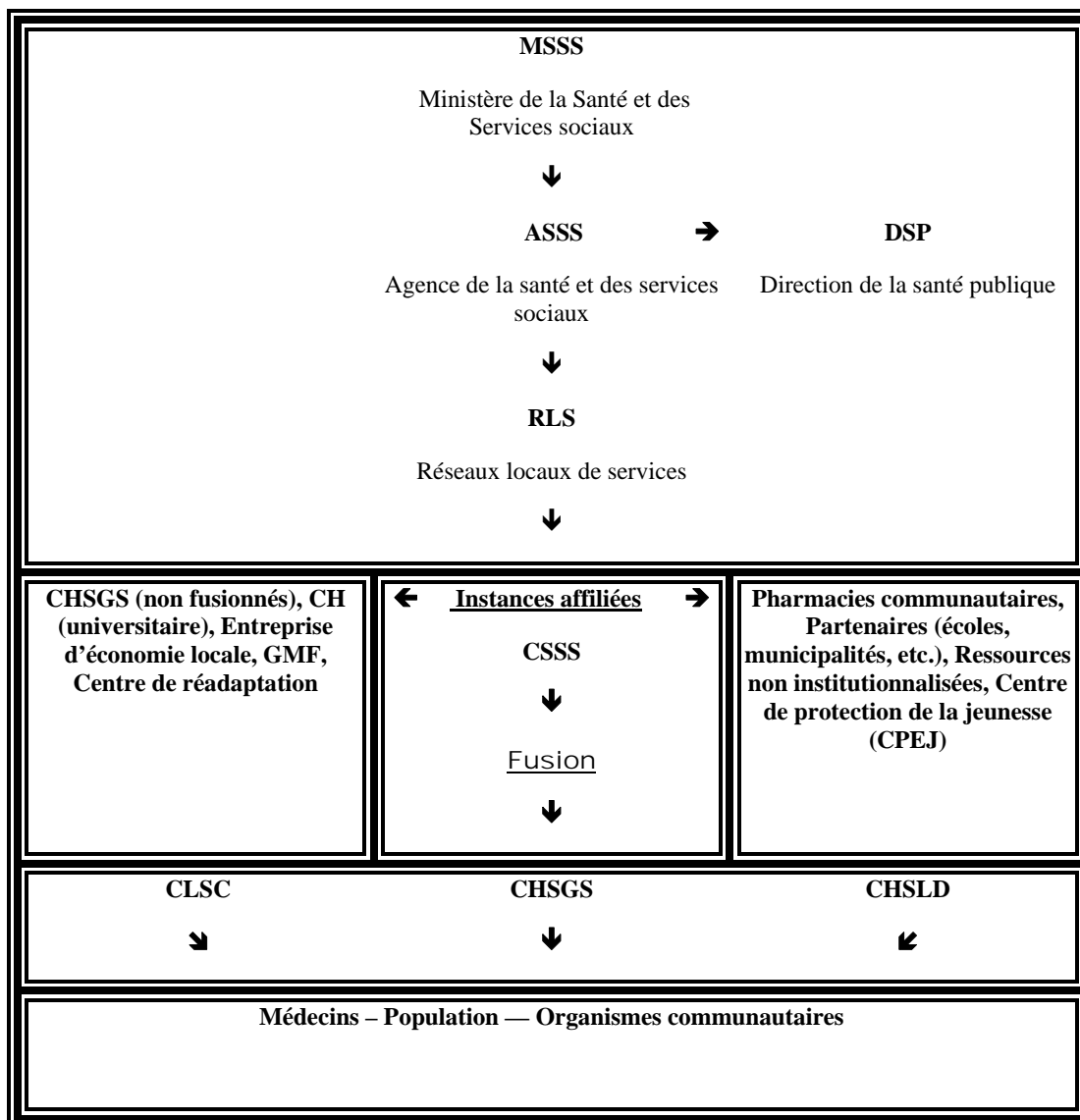
l'instauration des régies régionales de la santé et des services sociaux qui furent l'instance décisionnelle dans les différentes régions du Québec jusqu'à leur abolition en 2004.

En juin 2000, une nouvelle commission (Commission Clair) achève l'organisation actuelle du système de santé. Des réseaux locaux de services sont créés et chapeautent les centres de santé et de services sociaux, qui eux regroupent les CLSC, les centres de soins généraux et spécialisés et les centres d'hébergements et de soins de longue durée. Toutes les autres instances relatives à la santé se retrouvent également dans cette structure, comme nous pouvons le voir dans le schéma 1.1.

Finalement, à l'intérieur de ce système de santé, les médecins peuvent pratiquer la médecine dans divers milieux du fait que l'étatisation de la santé a permis leur mise en place. Il est alors possible de pratiquer dans des centres hospitaliers, des CLSC et des cliniques privées. Les médecins peuvent également œuvrer en santé publique, au sein d'organismes communautaires ou dans toutes autres instances relatives à la santé. Cependant, les médecins ne sont pas tout à fait autonomes dans l'exercice de leur pratique : ils ont des devoirs envers l'état et la société. En effet, au début de sa pratique, le médecin a le devoir de pratiquer en région pendant les premières années de sa carrière. Ce n'est qu'une fois qu'ils ont rempli cette exigence que les médecins peuvent choisir le ou les milieux dans lesquels ils souhaitent pratiquer. Les médecins effectuent alors des choix qui les amènent à pratiquer ou à s'impliquer dans un milieu plutôt qu'un autre à l'intérieur même de la structure étatique. Aussi, ayant comme devoir d'assurer les services de soins de santé auprès de la population, les médecins se retrouvent confrontés à plusieurs problèmes relatifs à la question de la santé au sein de la société québécoise. Actuellement, le système de santé doit encore continuer à s'ajuster et plusieurs défis devront être affrontés : les coûts qu'engendre le système, la rationalisation du système, les divers syndicats des professionnels de la santé, etc. (LACOURSE, 2006 : 199-201). Le rapport Castonguay⁶ publié en 2008 en fait état. Ce sont à ces difficultés que nous allons maintenant nous attarder, car elles font pression sur le système et sur les médecins qui doivent s'ajuster à ces réalités.

⁶ Site du gouvernement du Québec : http://www.financementsante.gouv.qc.ca/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf / 7 décembre 2009

Schéma 1.1 Système de santé québécois



Source : LACOURSE, Marie-Thérèse : 197 et 198

Réalité dans laquelle s'exerce la profession médicale

Comme nous l'avons explicité précédemment, le système de santé québécois a évolué depuis plusieurs années, et « la recherche d'une plus grande accessibilité aux services pour tous les citoyens, la maîtrise des coûts, l'augmentation de l'efficacité des services, la sensibilité des producteurs aux attentes des usagers, l'amélioration de la qualité des services ont figuré parmi les thèmes principaux dans le cadre de ces changements » (LEMIEUX et al., 2003 : 229). Dans ce contexte, les différents moyens qui ont été adoptés⁷ par les décideurs politiques ont grandement affecté « la manière dont les professionnels de la santé sont formés, sont employés et sont déployés » (LEMIEUX et al., 2003 : 269), et les médecins n'y font pas exception. Ces changements modifient les milieux dans lesquels ils pratiquent et les forcent à s'adapter aux rouages du système.

Certes, « le travail des médecins s'inscrit dans la gestion de la pénurie » (MARANDA et al., 2006 : 15), quoique la situation tende à s'améliorer comme l'indique le Collège des médecins du Québec : « lorsqu'on déduit le nombre de médecins décédés ou qui ont démissionné du tableau de l'ordre, on obtient un ajout net de 260 médecins, une des meilleures augmentations depuis 1997⁸ ». Cela est possible grâce à l'augmentation du nombre de places pour les nouveaux aspirants au doctorat en médecine dans les facultés de médecine par le gouvernement du Québec. Néanmoins, l'âge moyen des médecins continue d'augmenter : « il est de 52,3 ans, soit 50,6 chez les médecins de famille et 53,9 chez les spécialistes⁹ ». Malgré une légère augmentation des effectifs, la question du nombre de médecins est un facteur important dans le système de santé québécois.

De plus, les médecins doivent composer avec un large éventail de réalités sociales et leur pratique s'insère au cœur de celles-ci. Il est important de considérer « le vieillissement de la population, l'inflation des ressources médicales, technologies et diagnostics, et la présence accrue de maladies chroniques; ensuite le choix des services de soins à assurer dans le

⁷ Notamment « l'adoption de nouvelles pratiques de gestion, la promotion des services de premières ligne et du travail multiprofessionnel, la gestion coordonnée des services, les programmes d'amélioration continue de la qualité et la mise en place de mesures incitatives » (LEMIEUX et al., 2003 : 229).

⁸ Site du collège des médecins : *Communiqué* : <http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2009/2009-02-10/communiqué.aspx> 18 novembre 2009

⁹ Site du collège des médecins : *Communiqué* : <http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2009/2009-02-10/communiqué.aspx> 18 novembre 2009

contexte des ressources disponibles et des objectifs de santé pour la population; enfin la privatisation croissante des services » (LACOURSE, 2006 : 207). *Ipsa facto*, plusieurs facteurs viennent s'imposer à la pratique médicale et les médecins doivent savoir gérer ceux-ci.

Finalement, la profession médicale a connu plusieurs changements. Nous avons d'abord vu que le médecin s'est toujours montré engagé socialement, mais que cette implication s'est transformée relativement à l'espace qu'occupaient les médecins à l'intérieur de la société. Si au départ l'implication prenait une forme consultative, celle-ci s'est transformée pour prendre une forme politique et sociale (Union des médecins canadiens, mouvement hygiéniste) au moment où la profession commençait à s'uniformiser. De plus, nous avons montré que la pratique médicale, qui était auparavant privée, s'est graduellement institutionnalisée pour aboutir à une gestion publique de la santé dans laquelle s'insèrent actuellement les médecins à titre d'employés de l'État. Nous avons aussi vu que le gouvernement tient compte des problèmes relatifs à la santé de la collectivité et oriente le système et les actions des médecins en conséquence. Alors, en tenant compte de tout cela, nous constatons que l'implication des médecins s'effectue généralement à l'intérieur de leur pratique professionnelle et est en lien avec la santé. Le système de santé a permis l'ouverture de différents milieux dans lesquels les médecins peuvent œuvrer. Par conséquent, ceux-ci ont la possibilité de choisir des types de pratique et d'implication qui leur conviennent, en fonction de leurs valeurs et de ce qui les préoccupe plus particulièrement. Ces choix seront cependant toujours conséquents avec les réalités et les défis que présente le système de santé québécois. Nous verrons plus tard que le phénomène s'articulera également avec les obstacles rencontrés par les médecins ainsi que les réalités de leur type et de leurs milieux de pratique respectifs.

CHAPITRE II : PROBLÉMATIQUE

Au premier chapitre, nous avons examiné comment la pratique des médecins, de même que leurs implications, s'insèrent dans un contexte historique. Nous pouvons maintenant discuter du phénomène de l'implication dans sa forme actuelle. Ce deuxième chapitre présente le cadre théorique qui oriente notre étude. Nous proposons d'abord une première définition générale de l'implication et de l'engagement. Nous révélons ensuite ce que les études antérieures suggèrent au sujet de diverses dimensions de l'implication bénévole : le profil général des gens qui s'engagent, la manière dont ils en viennent à le faire, les motivations à s'impliquer dans une cause ou un organisme ainsi que les obstacles à l'engagement. Nous nous penchons ensuite sur ce qui caractérise le phénomène de l'implication chez les médecins. Les médecins qui sont considérés impliqués par leurs pairs ont nécessairement une pratique qui se démarque de celle des autres. Nous éclairons ce premier élément essentiel en nous inspirant de la théorie de la déviance de Merton, qui explique comment les individus ont parfois des façons de faire qui sortent de l'ordinaire. Nous nous attardons finalement aux représentations. Après avoir défini ce concept, nous voyons comment les représentations qu'ont les médecins de la profession et de l'implication peuvent être liées à des manières inhabituelles de pratiquer la médecine. Se pencher sur ces éléments théoriques permettra de mieux comprendre comment s'explique l'implication des médecins dans leur milieu.

Implication et engagement

Afin de mieux saisir ce qu'est un médecin impliqué, il est primordial de définir « l'implication ». De façon très large, il s'agit de l'« engagement, d'intensité variable, des individus dans une pratique » (AKOUN et ANSAR, 2006 : 272). Selon Monsieur Éric Gagnon, professeur associé au département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, il est important de s'en tenir à cette définition, car l'implication ou l'engagement est un vaste phénomène, qui se manifeste sous plusieurs formes. Dans le cas des médecins, Gagnon explique qu'il existe, dans le domaine médical, plusieurs champs et milieux de travail avec des organisations et des réalités différentes (omnipraticiens, médecins spécialistes, hôpitaux, Centre de santé et services sociaux [CSSS]...). Considérant cela, nous avons exploré le phénomène de l'implication de la façon la plus vaste et étendue possible, de manière à mieux saisir toutes les formes et les sens que peut prendre l'implication chez les médecins.

Qui s'engage et à quel moment?

Il importe, pour bien comprendre le phénomène de l'implication, de prendre en considération le parcours de vie des personnes impliquées. En effet, l'engagement est un phénomène qui se comprend dans l'histoire de vie de l'individu. Selon Guillaume et Quéniart, « l'engagement contemporain ne naît ni ne prend forme à partir de rien : il plonge ses racines dans une socialisation familiale, émerge à certains moments du parcours biographique en tant que composante d'un temps d'expérimentation, d'investissement stratégique ou de réorientation d'un parcours professionnel » (2004 : 13). Souvent, le désir de s'engager se manifeste à la suite d'un événement marquant, comme un deuil ou une rencontre, qui cause une rupture dans la vie de l'individu : l'engagement servira alors de moyen pour recomposer une identité nouvelle. À l'inverse, certains s'engageront tout au cours de leur vie afin d'assurer une stabilité de leur identité à travers les bouleversements qu'ils vivront (GAGNON et al, 2004 : 52).

Également, les gens qui s'engagent affichent généralement un profil semblable. D'abord, l'implication est souvent marquée par une ou des expériences de bénévolat dès la jeunesse, et par la présence dans l'entourage d'un modèle (parent ou autre) qui s'impliquait (GOTBLIN-CONN et BARR, 2006 : 23-24 et HALL et al, 2007 : 41). Smith écrit par ailleurs que les gens engagés ont habituellement de la compassion et un désir d'apporter de l'aide à autrui (SMITH, 1994). Il s'agit là de dispositions générales à l'implication. De plus, les individus ayant certaines préoccupations sociales, politiques ou communautaires semblent également disposés à l'implication¹⁰. Cependant, le passage à l'acte ne repose pas sur ces dispositions : ce sont les circonstances dans lesquelles l'individu se trouve qui seront déterminantes dans sa décision de s'impliquer.

Comment s'engagent-ils?

Les gens qui désirent s'engager au cours de leur vie le font donc à des moments divers et de façons différentes. Lorsqu'ils décident de le faire, ils doivent trouver un moyen de rendre effectif leur désir de s'impliquer. Mais comment le font-ils? D'après l'enquête canadienne « Canadiens dévoués, Canadiens engagés », « légèrement moins de la moitié des bénévoles (45 %) disent qu'ils ont proposé leurs services bénévoles eux-mêmes à l'organisme, tandis

¹⁰ Cet élément fut découvert lors de la pré-enquête. Nous développerons davantage ce point dans la section « pré-enquête. »

que 48 % ont été invités par quelqu'un à agir à titre de bénévole » (HALL et al, 2007 : 48). Cela montre qu'au moment de s'impliquer, certaines personnes vont prendre l'initiative de s'orienter par elles-mêmes vers tel ou tel organisme, tandis qu'autant d'autres seront sollicitées. Cependant, le choix du terrain d'implication varie aussi en fonction de l'histoire personnelle qui reste le point central de l'engagement.

Pourquoi s'engagent-ils?

Si les parcours d'engagement des individus sont différents pour chacun, on note que leurs motivations initiales à s'impliquer sont souvent les mêmes. À ce sujet, l'enquête menée par Gotblin-Conn et Barr relève trois motivations communes à l'ensemble des cinquante bénévoles interrogés : 1) redonner à la communauté, 2) aider autrui et 3) nouer des relations dans la communauté (2006 : 24). Outre ces motifs principaux, cette enquête indique également que les bénévoles s'attendent à acquérir des compétences et des connaissances lorsqu'ils s'engagent dans un organisme. De plus, la motivation de s'impliquer provient souvent d'un intérêt particulier pour la cause ou l'organisme en question (GOTBLIN-CONN et BARR, 2006 : 25). Il est important de noter que le désir de contribuer à la communauté, d'acquérir des compétences et de construire un réseau social, ainsi que le fait d'être touché par la cause que soutient l'organisme font également partie des facteurs de motivations révélés par l'étude de Hall *et al.* sur l'engagement des Canadiens (2007 : 49).

L'implication représente aussi, pour Gagnon et ses collaborateurs, un lieu privilégié où il est possible de composer, de recomposer et d'affirmer son identité individuelle, à un moment ou à un autre de leur trajectoire de vie (GAGNON *et al.*, 2004). Gagnon spécifie dans une autre étude que la liberté de s'impliquer, « la recherche d'une expérience significative », et la recherche d'une proximité et d'une relation avec l'autre constituent d'importants facteurs de motivations à l'implication (GAGNON et SÉVIGNY, 2000).

Une fois engagés au sein d'un organisme, les gens affirment retirer certains avantages qui les incitent à poursuivre dans cette voie. La satisfaction personnelle, le sentiment d'accomplissement, les témoignages de reconnaissance (GOTBLIN-CONN et BARR, 2006 : 24) ainsi que le sentiment d'être utile (BISSIX, 2006 : 1) semblent être les raisons principales qui motivent les gens à continuer de s'impliquer. *A priori*, rien ne porte à croire que les choses soient différentes chez les médecins.

Pourquoi certains ne s'impliquent pas?

À l'inverse, certains facteurs découragent l'entreprise ou la poursuite de l'implication. À ce sujet, l'étude de Hall dévoile que pour 68 % des répondants, la raison invoquée pour ne pas faire de bénévolat est le manque de temps. Aux yeux de Bissix, ce manque de temps résulte souvent des exigences imposées par la vie professionnelle ou familiale (BISSIX, 2006 : 1). Outre le manque de temps, des participants à l'étude de Hall affirment ne pas s'impliquer parce qu'ils ne sont pas en mesure de prendre un engagement à long terme (62 %) ou parce qu'ils n'ont simplement pas été invités à le faire (44 %). Certains se disent simplement peu intéressés à s'impliquer (26 %) (2007 : 51). Gagnon et Sévigny ajoutent que les contraintes, surtout celles provenant de l'organisme, peuvent être un important facteur démotivant les gens à s'impliquer ou à poursuivre leur implication. (GAGNON et SÉVIGNY, 2005 : 533). La médecine se pratique encore dans l'esprit altruiste du serment d'Hippocrate, mais on sait par ailleurs que les médecins ne manquent pas de travail, que la pénurie les presse de consacrer plus d'heures par semaine à leur pratique et qu'ils sont souvent l'objet de nombreuses sollicitations.

L'implication chez les médecins : certaines spécificités

Au-delà de ce que ces études révèlent sur l'engagement en général, il faut tenir compte des particularités de la profession médicale qui déterminent la variété des manières dont les médecins peuvent s'impliquer. La perception qu'ont les médecins de leur profession peut avoir un impact sur la façon dont ils exercent la médecine. Par exemple, si le médecin perçoit la médecine comme une vocation au sens weberien, où « l'accomplissement de l'activité professionnelle [devient] l'activité morale la plus élevée » (AKOUN et ANSAR, 2006 : 566), son travail devrait être considéré comme une implication sociale. Il pourrait s'impliquer intensément en effectuant un nombre d'heures plus élevé dans son milieu de travail, en s'engageant auprès d'un organisme, ou encore en se consacrant à la recherche afin de faire avancer la médecine, tout cela dans une perspective vocationnelle. Au contraire, il est probable qu'un médecin pour qui la médecine ne constitue pas une vocation risque d'exercer sa profession d'une façon différente, c'est-à-dire, que sa pratique pourrait dans ce cas être moins investie en temps et en engagement personnel. Une telle attitude n'exclurait toutefois pas la décision de donner du temps pour une cause estimée importante. Ainsi, nous croyons que la perception qu'un médecin a de sa profession et de l'implication risque d'être cohérente

avec sa décision et sa volonté de s'impliquer ou non, et avec la forme que cette implication peut prendre. Nous reviendrons sur ce point lorsqu'il sera question des représentations.

Comme il fut mentionné plus haut, il existe également des milieux de travail et des contextes différents dans lesquels les médecins peuvent exercer leur profession. Les types de pratique des médecins sont également extrêmement variés. Il importe de prendre en considération ces différences, puisqu'elles ont un grand impact sur la vie des médecins, et donc sur leur implication. A titre d'exemple, un médecin de famille qui œuvre au sein d'un centre de soins de longue durée pour les personnes âgées ne pratique pas de la même manière qu'un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique travaillant dans un grand hôpital. Le premier aura la chance de s'impliquer auprès de ses patients en leur apportant compassion, soutien et écoute, alors que le second risque plutôt de s'engager en faisant avancer la recherche en lien avec sa spécialité et en perfectionnant son savoir et ses techniques afin de pouvoir effectuer des opérations plus complexes. De la même manière, un médecin qui occupe un poste de gestion au Ministère de la Santé et des Services sociaux ne vivra pas les mêmes réalités professionnelles et personnelles qu'un autre qui travaille en clinique ou à l'urgence : les pratiques d'implication de ces médecins risquent alors d'être différentes et de s'articuler en fonction des milieux dans lesquels ils travaillent.

Déviance et conformisme chez Merton

Maintenant que nous en connaissons davantage au sujet de l'implication en général, il importe de nous pencher sur le cas particulier des médecins impliqués. Il nous semblait très probable que les médecins qui sont reconnus comme étant impliqués exercent la pratique médicale différemment de ce que l'on voit habituellement. Cette différenciation par rapport à l'exercice courant de la médecine peut être perçue comme déviant du cadre conventionnel dans lequel pratiquent généralement les médecins. C'est donc pour cela que certains médecins, par leur façon différente de pratiquer la médecine, peuvent être considérés comme des médecins déviant. Il nous apparaît alors nécessaire de présenter les grandes lignes de la théorie de la déviance de Merton et de montrer comment nous pouvons comprendre l'implication des médecins d'une manière sociologique originale et éclairante en s'inspirant de celle-ci.

D'abord, pour comprendre comment Merton conçoit et explique le conformisme et la déviance des individus, il faut distinguer deux éléments fondamentaux de la structure culturelle et sociale : les buts et les moyens. Les buts sont les objectifs et intérêts définis par la culture et qui deviennent légitimes pour une large proportion des membres de la société, alors que les moyens « définissent, régulent et contrôlent les manières acceptables d'atteindre ces buts » (MERTON, 1968 : 187). Chaque membre de la société réagit différemment face à la tentative de la société de lui imposer ces buts et moyens. Alors que le conformisme se définit par une acceptation des buts et des moyens culturellement reconnus comme « normaux », la déviance correspond au rejet partiel ou total du « modèle culturel » dominant, c'est-à-dire de ces mêmes buts et moyens. En un mot, Merton conçoit la déviance comme un mode d'adaptation différent du conformisme vis-à-vis des buts et moyens que communique et que juge légitime la culture.

Si Merton utilise cette théorie pour expliquer la déviance en société, nous pouvons aussi nous en inspirer pour éclairer la déviance à l'intérieur de la pratique médicale. De la même manière que chaque individu apprend la culture de sa société, un médecin assimile, au cours de ses études médicales et de son parcours professionnel, ce que l'on pourrait appeler la « culture médicale » et ses « modèles de pratique ». On lui enseigne par exemple quels sont les objectifs de sa profession, quel est son rôle en tant que médecin, comment il doit exercer sa profession, en échange de quel salaire, etc. Bref, on lui communique, tout au long de sa formation médicale, un modèle général de ce qu'est et de ce que fait un médecin, et des buts et des moyens légitimes de la profession. Ici, les buts correspondent aux rôles du médecin dont il fut question dans le premier chapitre (acquérir de hautes compétences scientifiques, soigner les gens, réduire la souffrance, donner son avis sur des sujets relatifs à la santé). Les moyens font référence à tout ce qui entoure la façon d'exercer la profession, ce qui, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, est encadré par l'État qui accorde tout de même un certain espace de liberté aux médecins.

Il nous apparaît clair que dans le cas particulier des médecins, on retrouvera toujours un minimum de conformisme vis-à-vis des buts et des moyens de la culture médicale. En effet, la profession médicale devant toujours s'inscrire à l'intérieur d'un cadre médico-légal et s'exercer en conformité avec le serment d'Hippocrate, les médecins sont contraints à un certain conformisme par rapport au modèle culturel défini et véhiculé dans la société. La façon dont les médecins se démarqueront et par laquelle se manifesteront leur déviance ne se

traduira donc pas, comme l'avait démontré Merton pour les individus dans la société, par un rejet des buts et ou des moyens. Ce sera plutôt par une utilisation de moyens supplémentaires aux moyens suggérés par la culture, et donc par une élévation au-delà des standards du modèle culturel que se manifesterà la « déviance » chez les médecins. Comme il fut mentionné plus haut, la déviance sera particulièrement présente chez les médecins reconnus impliqués, puisque ceux-ci doivent cette reconnaissance au fait qu'ils se démarquent de leurs pairs, de la communauté médicale, et du cadre défini par la culture médicale : ce sera par l'adoption de moyens originaux et additionnels à ceux qui sont légitimés par la culture qu'ils le feront. Aussi, il faut tenir compte, sans négliger les fins de la profession (soigner les malades), que le médecin peut aussi poursuivre d'autres buts : réduire les inégalités sociales, rendre les individus plus autonomes par l'éducation, lutter contre des formes de violence (excision, violence conjugale, âgisme, etc.), militer pour l'allongement des congés parentaux, etc. Il s'agit alors d'une poursuite de buts supplémentaires à ceux que sert « normalement » la pratique médicale.

A titre d'exemple, un médecin pourrait, tout en respectant le cadre médico-légal et le serment d'Hippocrate, imaginer une médecine différente de celle qui existe actuellement et orienter sa pratique en fonction de cet idéal. Un autre pourrait plutôt dévier du modèle culturel médical en choisissant de délaissier sa pratique médicale au profit d'une implication dans le domaine politique pour prendre part aux décisions de l'État, où il juge que ses actions font une plus grande différence quant à l'amélioration de la santé de la population. Il aura donc trouvé des moyens supplémentaires afin d'atteindre les buts définis par la culture médicale. Il ne s'agit là que d'exemples visant à illustrer de quelle façon la déviance et l'implication peuvent se manifester chez les médecins. Ce qu'il faut comprendre ici, c'est que les médecins qui se démarquent de la pratique médicale habituelle et qui sont reconnus comme impliqués ont toutes les chances d'être des médecins « déviants », c'est-à-dire des médecins qui se sont élevés au-dessus du modèle culturel transmis, en adoptant des moyens différents afin d'atteindre les buts communs de la pratique médicale ou d'autres qu'ils ont pu adopter.

Représentations : en cohérence avec les pratiques déviantes

Nous venons de voir que les médecins impliqués exercent leur profession d'une manière qui sort de l'ordinaire. Nous verrons dans cette section que ces pratiques déviantes sont

cohérentes avec les représentations qu'ont les médecins de leur profession et de l'implication. Avant toute chose, définissons en quoi consistent les représentations sociales.

Une représentation sociale se définit comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (JODELET, 1997 : 53). Cette représentation guide spontanément l'action de chaque individu, dans la mesure où elle lui donne une connaissance, une interprétation et une compréhension de son environnement avant qu'il ne sente, n'agisse ou ne réfléchisse dans une situation inédite. Autrement dit, et comme l'explique Thiel, les représentations permettent de « connaître le monde, de décrypter l'environnement, d'orienter les conduites, de juger d'un agir, d'anticiper une décision, d'expliquer un comportement, de légitimer des pratiques, de se justifier... » (THIEL, 2003 : 13). Alors, les représentations qu'ont les médecins de la pratique médicale et de l'implication seront cohérentes avec les formes de déviance des médecins impliqués. Ce sont ces représentations qui s'expriment lorsque les médecins cherchent des moyens supplémentaires et différents pour mieux soigner les gens et veiller à leur santé.

Les représentations que possède chaque individu par rapport à son environnement et aux objets qui s'y trouvent se construisent à partir d'expériences à la fois individuelles et collectives, et se composent de deux types d'éléments : des éléments centraux et des éléments périphériques. Pour le dire simplement, les éléments centraux, qui composent le « noyau » (SÉCA, 2001) de la représentation, sont ceux que partagent l'ensemble des membres d'un groupe. Ces éléments fournissent aux individus une référence, une interprétation commune par rapport à leur environnement et aux objets qui le composent. Cela suppose que les représentations de tous les médecins, qu'ils soient impliqués ou non, sont constituées de certains éléments communs qui agissent comme un modèle que l'ensemble des médecins a intériorisé et coïncide avec leur façon d'agir, de sentir et de penser la médecine. L'exercice de la profession conformément au cadre médico-légal fait par exemple partie du noyau de la représentation de la profession médicale chez les médecins. Outre les éléments centraux, la représentation propre à chaque individu comporte des éléments périphériques. Ces éléments ne sont pas les mêmes chez tous : ils varient en fonction des expériences individuelles et du milieu de chacun, et viennent s'attacher au noyau de la représentation. Ce sont ces éléments périphériques, qui se modifient au fil de la trajectoire de chaque médecin en fonction de ce qu'il vit, qui font que les représentations de la profession médicale et de l'implication ne sont

pas exactement les mêmes d'un médecin à l'autre, et d'un moment à l'autre de leur vie. Cela dit, la représentation de la profession médicale avant d'entrer en médecine, exprimée par les aspirations professionnelles initiales du médecin, est aussi déterminante pour la pratique et l'implication futures des médecins.

Retenons que chaque individu, selon son expérience et sa culture, possède une représentation de la réalité qui est généralement assez cohérente avec les actions qu'il pose. Dans le cas des médecins, leurs représentations de la profession médicale et de l'implication vont de pair avec leur façon d'exercer la médecine. Chez les médecins impliqués, c'est une représentation particulière de la profession et de l'implication qui sera la source du sens de leurs « conduites déviantes » par rapport à la façon habituelle de pratiquer la médecine.

CHAPITRE III : QUESTION DE RECHERCHE, OBJECTIFS DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES

Question de recherche

Cette recherche vise à dresser un portrait des médecins impliqués dans leur milieu en portant une attention particulière au contexte actuel dans lequel ils pratiquent, à leurs dispositions générales à l'implication, leur trajectoire de vie, leurs motifs d'engagement, leur conformisme ou déviance vis-à-vis du modèle culturel dominant, ainsi que leurs représentations de la profession médicale et de l'implication.

Notre question de recherche est la suivante :

Quelles sont les conditions d'exercice de la profession, les caractéristiques et les représentations des médecins québécois qui s'impliquent de manière soutenue dans leur milieu social ou à une plus grande échelle?

Objectifs de recherche

Nous poursuivons les objectifs suivants :

1. Comprendre en quoi consiste le phénomène de l'implication chez les médecins;
2. Identifier qui sont les médecins engagés socialement et à quels moments de leur vie ils le font;
3. Comprendre comment ils en viennent à s'engager et pourquoi ils s'impliquent (motivations initiales);
4. Identifier les obstacles à l'engagement de certains médecins;
5. Déterminer la manière dont les médecins impliqués peuvent être des médecins « déviants »;

6. Comprendre quelles représentations ont les médecins de la profession médicale ainsi que de l'implication du médecin et examiner le rapport entre ces représentations et la pratique médicale.

Hypothèses de recherche

1. Nous avons soumis comme première hypothèse que l'implication des médecins se différencierait de celle des bénévoles, et que leur engagement se manifesterait de manières diverses et dans plusieurs milieux différents.
2. Nous supposons aussi que certaines dispositions générales à l'engagement pourraient être observées chez les médecins qui s'impliquent. Selon nous, les médecins impliqués adhèreraient à certaines valeurs et présenteraient certaines caractéristiques personnelles les disposant à s'engager comme celles mentionnées par Smith : la compassion et l'aide apportée à autrui (SMITH, 1994).
3. Nous imaginons également que certains événements et certaines situations dans la trajectoire de vie des médecins auraient un impact important sur l'implication. Ainsi, nous nous attendions à ce que l'implication apparaisse à un ou des moments spécifiques dans la vie de chacun et qu'elle soit relative aux circonstances dans lesquelles se trouvent les médecins (situation familiale, situation professionnelle, situation financière, etc.).
4. Nous supposons aussi que les médecins impliqués partageraient certaines motivations communes à s'engager dans leur milieu, et certaines raisons qui les amèneraient à poursuivre dans cette voie. Redonner à la communauté, aider autrui et nouer des relations dans la communauté (GOTBLIN-CONN et BARR, 2006 : 24) feraient entre autres partie de ces motivations communes.
5. Nous nous attendions ensuite à ce que le temps disponible soit un facteur important influençant la décision de s'impliquer, considérant les horaires de travail chargés de plusieurs médecins et les responsabilités familiales de certains. Comme le mentionnent Musick et Wilson, « L'important n'est pas de savoir combien de temps les gens

consacrent à leur travail, mais combien de temps libre ils ont¹¹» (MUSICK et WILSSON, 2008 : 157).

6. Nous supposons également que la plupart des médecins impliqués seraient des individus qui présentent, vis-à-vis du modèle culturel médical, un type d'adaptation « déviant ». Dans la mesure où les médecins impliqués sont souvent ceux qui se démarquent positivement des autres, nous croyions qu'ils innoveraient ou feraient montre de courage ou de générosité quant aux moyens par lesquels ils tentent d'atteindre les buts véhiculés par la culture médicale ou par la poursuite de buts qui ne sont pas communs dans la profession médicale : la réduction des inégalités, l'éducation, la défense des droits de l'homme, etc.

7. Nous nous attendions finalement à ce que les médecins impliqués possèdent une représentation particulière de la profession médicale et de l'implication, et que cette dernière nous permettrait de comprendre leur manière d'exercer leur profession. Nous imaginions également que les représentations qu'avait le médecin avant d'entrer en médecine allaient être déterminantes pour sa pratique et son implication.

¹¹ “The important question is not how much time people spend at work, but how many hours of free time they have.”

CHAPITRE IV : MÉTHODE

Méthode d'enquête

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons étudié la trajectoire personnelle de médecins, leur parcours professionnel et d'implication, ainsi que leurs représentations de la profession médicale et de l'implication en nous appuyant sur un corpus d'entrevues individuelles semi-dirigées. Cette technique de collecte de données consiste en un entretien au cours duquel le chercheur pose au répondant des questions moins directives que celles d'un questionnaire et appelant des réponses longuement développées, mais tout de même relatives à des thèmes déterminés sur lesquels il souhaite recueillir de l'information. Les entrevues individuelles semi-dirigées permettent au participant de s'exprimer librement et en profondeur en lui laissant la possibilité de développer sur d'autres sujets qui revêtent une importance à ses yeux. Il nous aurait été impossible de procéder, par exemple, par la méthode du questionnaire ou par une entrevue dirigée qui ne permet pas d'obtenir des réponses élaborées de la part des participants. En ce sens, l'entrevue semi-dirigée constituait la méthode d'enquête la plus appropriée pour notre problème de recherche qui comportait tout de même l'intention d'une collecte systématique d'informations permettant des comparaisons entre les cas rencontrés.

Population et échantillon

Dans le cadre de notre enquête, nous nous sommes intéressés seulement aux médecins qui demeurent au Québec. Dans cette population, nous avons interrogé un échantillon de 18 participants composé d'un groupe-test de 12 médecins reconnus pour leur implication et d'un groupe-témoin de 6 autres médecins, qui se sont tous avérés impliqués d'une quelconque manière dans leur milieu. En constituant un groupe témoin, nous voulions dégager des formes et des significations de l'implication différentes de celles retrouvées auprès des participants du groupe-test. En effet, le groupe-test étant constitué de médecins au profil assez semblable (médecins d'une cinquantaine d'années spécialistes en santé communautaire), nous avons jugé important d'interroger des médecins présentant un profil différent. Nous avons alors pu dégager des formes d'implication peut-être moins reconnues ou apparentes que celles des médecins du groupe-test, mais qui ne devaient pas être négligées pour autant. Bref, constituer un groupe-test nous a permis de réduire les risques d'un biais d'échantillonnage lié aux

jugements subjectifs désignant *a priori* certains médecins plutôt que d'autres comme étant impliqués.

Afin de constituer le groupe-test de notre échantillon, nous avons demandé à notre client de nous fournir une liste de médecins impliqués. Au cours du mois de septembre, Dr. Villeneuve a envoyé aux évaluateurs du comité d'admission un mémo dans lequel il leur demandait de lui fournir des noms de médecins qu'ils estimaient « être impliqués significativement de façon altruiste et/ou humanitaire dans leur milieu social ou à un niveau plus étendu. » C'est de cette manière que notre client a pu constituer une liste de 55 médecins reconnus comme impliqués de façon altruiste ou humaniste par au moins un de leurs pairs.

Nous avons construit le groupe-test par un échantillonnage par quotas, c'est-à-dire que nous avons sélectionné 12 individus parmi ces 55 médecins de façon à ce qu'il y ait, autant que possible, un nombre à peu près égal 1) d'hommes et de femmes 2) de médecins plus jeunes et plus âgés 3) de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes. Ces exigences nous ont permis de vérifier si ces dernières caractéristiques s'accompagnent de variations dans la nature, l'intensité et le sens de l'engagement. Nous voulions, au départ, que notre échantillon soit aussi constitué d'un nombre égal de médecins travaillant dans différents milieux (hôpitaux, centre local de services communautaires (CLSC), centre de recherche, cliniques privées). Cependant, en répartissant d'abord nos répondants en fonction des trois premiers critères mentionnés, il nous était ensuite impossible d'obtenir un nombre égal de répondants pour chaque milieu de travail. Bien que ce facteur ne faisait pas partie des critères de répartition des répondants de l'échantillon, nous nous sommes tout de même efforcés de rencontrer au moins un médecin œuvrant dans chaque type de milieu de travail. De plus, la plupart des médecins rencontrés travaillaient dans plusieurs milieux à la fois, ce qui nous a permis de considérer l'influence des milieux de travail sur l'implication des médecins dans l'analyse de nos résultats.

Pour ce qui est des 6 autres médecins, nous avons tâché nous-mêmes de trouver les répondants en recrutant par la technique boule-de-neige, ce qui « consiste à utiliser quelques individus de la population à l'étude pour en sélectionner d'autres » (ANGERS, 2005 : 110). De cette manière, le groupe-témoin comprenait des médecins sur lesquels nous ne possédions aucune information quant à leur implication, leur vie professionnelle et personnelle. Nous nous sommes efforcés d'inclure dans ce groupe des médecins d'un jeune âge et dont la

spécialité était autre que la santé communautaire, puisque nous n'avions que très peu de médecins avec ce profil dans le groupe-test.

Instrument de collecte de données

Présentation de l'instrument de collecte de données

Avant toute chose, nous avons construit un schéma d'opérationnalisation (annexe 1). Celui-ci dressait une liste d'indicateurs construite à partir des notions élaborées dans la problématique, et comportait quatre concepts fondamentaux : la trajectoire personnelle, la représentation de la profession médicale, la représentation de l'implication et le profil du répondant. Chacun de ces concepts était divisé en dimensions (parfois en sous-dimensions), puis en indicateurs. Les dimensions et sous-dimensions correspondaient à la décomposition de nos concepts en réalités qui y sont rattachées, alors que les indicateurs étaient des exemples concrets de la manière par laquelle ces dimensions et sous-dimensions pouvaient se manifester et s'observer dans la réalité. C'est à partir du schéma d'opérationnalisation que nous avons construit notre instrument de collecte de données, soit le schéma d'entrevue (annexe 2). Nous avons repris, pour l'essentiel, les concepts, dimensions, sous-dimensions et indicateurs du schéma d'opérationnalisation afin de formuler nos questions et de choisir nos thèmes d'entrevue.

Notre schéma d'entrevue est divisé en trois blocs sondant la trajectoire de vie du répondant, sa représentation de la profession médicale et sa représentation de l'implication. Ces trois thèmes principaux ont été abordés dans un ordre permettant aux répondants de raconter leur parcours et, ainsi, de faire une rétrospective de leur trajectoire avant de répondre aux questions concernant leurs représentations, qui sont plus abstraites et exigent davantage de réflexion. En procédant de cette façon, nous avons pu obtenir des réponses plus complètes, précises et nuancées aux dernières questions.

Afin de s'assurer que notre schéma d'entrevue était complet, nous avons procédé à deux pré-entrevues auprès de médecins impliqués. Nous avons décidé, à la suite de la première entrevue de pré-test, de diviser la trajectoire de vie en trois périodes : le parcours personnel antérieur aux études en médecine, les années de formation en médecine, et la carrière médicale. Il s'agissait de relever ce qui a pu influencer les répondants dans leur trajectoire personnelle, et plus particulièrement dans leur parcours professionnel et d'implication. Les

médecins étaient interrogés sur l'évolution de trois dimensions de leur situation de personne impliquée : 1) leurs pratiques d'implication (type d'implication, motivations initiales et à poursuivre, contexte ayant mené à l'implication, obstacles rencontrés et modèles suivis), 2) leur personnalité (révélée par la perception de l'entourage et les rapports entretenus avec les pairs) et 3) leurs valeurs (exprimées par les préoccupations et convictions sociales, politiques et communautaires). En demandant au répondant de raconter son parcours, nous avons également pu avoir une meilleure idée des circonstances dans lesquelles un individu s'implique ou non, et nous avons pu ainsi mieux situer et saisir les moments et circonstances qui favorisent l'implication. De plus, demander au médecin comment ses pairs le perçoivent nous donnait un indice de son mode d'adaptation aux modèles véhiculés dans le milieu médical.

Outre l'implication, la personnalité et les valeurs, nous avons recueilli dans le récit de chaque période des informations au sujet de dimensions de la vie du médecin spécifiques à ces moments du parcours professionnel. Nous avons d'abord tenté de savoir quelles avaient été les activités, les formations suivies et les emplois occupés par le répondant, afin d'évaluer si ces expériences avaient été déterminantes dans l'implication future du médecin. Nous avons ensuite interrogé le médecin sur le contexte dans lequel il a choisi la profession médicale afin de vérifier si ses aspirations initiales ou encore les raisons pour lesquelles il a choisi la médecine avaient influencé sa pratique future, et du coup, son implication¹². Dans la section de l'entrevue consacrée à la carrière médicale, nous avons enfin questionné le répondant sur son emploi du temps, dans l'objectif de vérifier si le manque de disponibilité peut réellement faire obstacle à l'implication. Cela donnait également l'occasion au répondant de s'exprimer au sujet des limites ou obstacles à l'implication imposés par son milieu de travail et les responsabilités qu'il y assume.

Dans une deuxième partie de l'entrevue, nous avons abordé les représentations de la profession médicale du participant. Il s'agissait d'abord de connaître ses perceptions antérieures et actuelles de sa profession afin de comprendre comment elles ont pu évoluer dans le temps et comment elles peuvent être liées à sa pratique ou à son implication. Nous avons également demandé aux répondants quelles étaient leurs attentes par rapport à leur

¹² Nous expliquerons la pertinence de cet élément plus en détail dans la section de ce chapitre sur la pré-enquête.

formation médicale et qu'est-ce que cette dernière leur avait permis d'acquérir réellement, le but étant toujours de saisir comment se transforment les représentations.

Finalement, dans la dernière partie de l'entrevue, nous avons questionné le répondant sur sa représentation de l'implication. Nous avons ici pu voir si les éléments périphériques des représentations des médecins coïncidaient avec des implications particulières.

Notre quatrième concept, le profil du répondant, ne correspondait pas à un bloc de l'entrevue, étant donné que la plupart des questions s'y rattachant suggéraient des réponses courtes. À l'exception de la dimension « caractéristiques personnelles », où nous retrouvions comme sous-dimensions les valeurs et la personnalité, nous avons recueilli les informations relatives au profil du répondant à l'aide d'une fiche d'informations personnelles (annexe 3). Connaître la situation du ménage, la situation professionnelle et l'origine socio-économique du répondant nous a permis de nous pencher sur les liens pouvant exister entre ces circonstances et l'implication du médecin.

Pré-test de l'instrument de collecte de données

Afin de vérifier la validité de notre instrument de collecte de données et l'exhaustivité de l'information qu'il recueille pour remplir nos objectifs de recherche, nous avons effectué un pré-test de notre schéma d'entrevue auprès de deux médecins, l'un figurant dans la liste de médecins impliqués constituée par le client, l'autre ayant été trouvé par le biais de nos contacts. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, ces premières entrevues nous ont indiqué qu'il était préférable de diviser la trajectoire de vie en trois périodes plutôt que de poser une seule question englobant tout le parcours du médecin. Nous avons pris cette décision après la première entrevue et la seconde a confirmé que cette modification facilite autant la tâche du répondant devant structurer son récit dans le temps que celle du chercheur devant suivre son propos et repérer les informations données ou à solliciter par de nouvelles questions. Nous avons également convenu, à la suite de nos deux pré-tests, de porter une attention particulière au conformisme et à la déviance des médecins, ce qui nous a conduits à ajouter une section sur ce point dans la problématique.

Collecte de données

Au début du mois de décembre, nous avons établi un premier contact avec les médecins sélectionnés pour notre échantillon. Nous avons choisi 15 premiers médecins parmi la liste fournie par notre client selon nos quotas, puis nous leur avons fait parvenir une lettre de sollicitation cosignée avec le commanditaire de l'étude (annexe 4) dans laquelle nous leur annonçons qu'ils seraient contactés par téléphone au cours de la semaine du 14 décembre. Nous avons ensuite pris rendez-vous avec les intéressés. Lorsque certains n'acceptaient pas ou n'étaient pas disponibles pour nous accorder une entrevue, nous cherchions dans la liste d'autres répondants présentant les mêmes caractéristiques (sexe, âge, médecin généraliste ou médecin spécialiste) que ceux ayant refusé l'entrevue, et nous les contactons de la même manière que les 15 premiers médecins. Nous avons procédé de cette façon jusqu'à ce que nous ayons constitué un échantillon de 12 médecins impliqués correspondant aux critères établis. Pour ce qui est des 6 autres médecins, nous avons également commencé à constituer notre échantillon au début du mois de décembre. Au fur et à mesure que nous trouvions des médecins intéressés, nous leur faisons aussi parvenir une lettre de sollicitation avant de les contacter par téléphone ou par courrier électronique.

Nous avons laissé aux médecins la liberté de choisir le lieu et la date qui leur convenaient pour procéder à l'entrevue. Quelques jours avant de les rencontrer, nous leur avons fait parvenir par courriel les questions qui allaient leur être posées lors de l'entrevue ainsi que la fiche d'informations personnelles. Nous avertissions les répondants que nous apporterions une copie imprimée de cette fiche le jour de l'entrevue, au cas où ils préféreraient la remplir sur place. Avant de débiter l'entrevue, nous expliquions brièvement les modalités de l'entrevue et faisons signer aux répondants un formulaire de consentement (annexe 5). Avec l'accord du participant, nous enregistrons l'entrevue sur cassettes. L'entrevue était généralement d'une durée d'environ une heure, mais nous laissons au répondant la liberté de parler davantage s'il le désirait.

Pré-enquête : travail exploratoire

Avant de procéder aux entrevues, nous avons effectué un travail exploratoire dans le but d'enrichir et d'approfondir ce que nos premières lectures nous avaient permis d'apprendre. Nous avons consulté des documents biographiques sur deux médecins reconnus comme

impliqués, le Dr. Patch Adams et le Dr. Réjean Thomas, puis nous avons posé quelques questions à un médecin impliqué dans le cadre d'un entretien exploratoire. Il est à noter que ce médecin ne fait pas partie de l'échantillon : il ne fut rencontré qu'à titre d'informateur. Ce travail nous a confirmé la pertinence des éléments qui avaient déjà retenu notre attention lors de nos premières lectures, mais également de découvrir d'autres facteurs pouvant être déterminants pour l'implication des médecins.

Importance des valeurs et des préoccupations et convictions sociales, politiques et communautaires

Notre travail exploratoire nous a révélé l'importance des valeurs motivant les médecins impliqués. En effet, les trois médecins sur lesquels portait notre travail exploratoire chérissaient tous certaines valeurs, comme la compassion, la justice et l'égalité, ce qui s'exprimait par leurs convictions et préoccupations sociales, politiques ou communautaires. Si ces valeurs n'influençaient pas directement la pratique et l'implication des médecins, elles occupaient une grande place dans leur discours et dans leur vie. Par exemple, pour le Dr. Adams, c'est l'importance qu'il accorde à la justice, à la paix et à l'amour qui guide sa pratique et qui est déterminante dans son implication : « J'abhorre la violence et l'injustice. J'abhorre le fait que notre monde soit basé sur l'argent ainsi que sur un pouvoir dominateur et sans compassion. Je travaille à changer les choses » (MICHAUD, 2002 : 59). Le Dr. Thomas est également habité par des valeurs humanistes, qu'il exprimera par ses préoccupations sociales. Dans son livre, il insiste notamment sur les bienfaits du système public et de la gratuité des soins de santé, et sur l'urgence de prendre en charge le problème de la pénurie de professionnels de la santé. Il exprime également sa préoccupation devant la bureaucratisation du système de santé et la déshumanisation de la médecine qui en découle. Il abordera finalement des sujets tels l'identité culturelle, le racisme et les préjugés envers les gens atteints du SIDA... Bref, puisqu'elles semblent être déterminantes pour leur implication, il nous apparut primordial d'accorder une attention particulière aux valeurs des médecins, en les questionnant sur leurs préoccupations et convictions sociales, politiques et communautaires.

Aspirations professionnelles et personnelles

Dans un deuxième temps, le travail exploratoire effectué lors de notre pré-enquête nous a permis de remarquer l'importance des représentations de la profession médicale avant les études faisant partie du contexte ayant mené au choix de la profession médicale. Les trois

médecins sur lesquels nous nous sommes penchés ont tous en commun d'avoir choisi la médecine avec des objectifs humanistes, et donc avec une représentation plus humaine de la médecine. Le Dr. Adams s'est dirigé en médecine dans l'intention de « servir l'humanité » (MICHAUD, 2002 : 59). Le Dr. Thomas, quant à lui, explique qu'il a fait ce choix parce qu'il correspondait à ses valeurs et son désir de venir en aide aux autres : « très jeune, naturellement, j'ai penché vers une profession avec un côté humain, social, près des gens » (BOULANGER, 2008 : 26). Le médecin rencontré en entretien exploratoire nous a également souligné comment la façon dont on exerce la profession dépend des aspirations que l'on avait au départ. Voilà pourquoi il nous semble essentiel de questionner les médecins sur le contexte les ayant menés au choix de la profession médicale et sur les aspirations qu'ils avaient au départ.

Ces deux éléments, dont nous avons découvert l'importance et la pertinence lors du travail exploratoire, furent ajoutés à notre schéma d'opérationnalisation et à notre schéma d'entrevue. Nous y avons donc porté attention lors des entrevues et de l'analyse de nos résultats.

Portrait des répondants

Nous avons rencontré au total dix-huit médecins : sept femmes et onze hommes que nous identifions dans ce rapport par des pseudonymes. Tout au long du rapport, les noms de famille fictifs des participants dont nous parlons sont précédés d'une Dre ou d'un Dr selon qu'il s'agit d'une femme ou d'un homme. Le tableau 4.1 présente leur profil en indiquant pour chacun, outre le sexe de l'interviewé, la catégorie d'âge dans laquelle il se situe, le type de pratique médicale qui l'occupe principalement à l'heure actuelle et son ou ses principal(aux) milieu(x) de travail.

Parmi les sept femmes interrogées, trois étaient médecins de famille et quatre étaient médecins spécialistes en santé communautaire. Chez les hommes, nous retrouvons une plus grande diversité quant au type de pratiques : nous avons rencontré quatre médecins de famille, trois médecins spécialistes en santé communautaire, et quatre médecins dont la spécialité était la neurochirurgie, la néphrologie, la pédiatrie sociale et la médecine interne. Chez les femmes, nous avons interrogé deux médecins dans la trentaine, une autre dans la quarantaine et quatre dans la cinquantaine. Pour ce qui est des hommes, nous en avons rencontrés un dans la

trentaine, huit dans la cinquantaine, un dans la soixantaine ainsi qu'un autre ayant au-delà de soixante-dix ans. Les milieux de travail des médecins rencontrés sont plutôt diversifiés, certains travaillant dans plusieurs organisations de santé à la fois. La diversité des milieux de pratique des médecins nous a d'ailleurs permis de distinguer plusieurs types d'implications différentes, ces dernières étant souvent liées au milieu dans lequel le médecin travaille.

Il faut cependant souligner que malgré nos efforts de recrutement, nous n'avons pas pu rencontrer de médecins « non-impliqués. » En effet, la liste fournie par le client était constituée exclusivement de médecins réputés engagés, et les médecins qui nous ont été référés par nos contacts se sont tous avérés être impliqués. Nous supposons qu'il en est ainsi parce que généralement, les médecins prêts à accorder une entrevue sont à la base des médecins qui donnent de leur temps, voire qui sont impliqués. Par conséquent, nous avons dû nous référer au discours de nos répondants et à nos constats d'analyse afin de dégager un portrait général de ce que serait un médecin non-impliqué, et de voir en quoi les médecins rencontrés se distinguent de celui-ci. Malgré cette lacune, le fait que ce soit toujours des médecins impliqués qui nous aient été référés démontre que ceux-ci sont repérables et se distinguent du groupe médical.

Il aurait aussi fallu, pour être en mesure de faire des comparaisons plus probantes entre les générations, rencontrer un plus grand nombre de médecins dans la trentaine et dans la quarantaine. Il fut difficile de trouver des médecins de ces tranches d'âge, surtout chez les hommes. D'abord, la liste de médecins impliqués fournie par notre client ne comportait que très peu de médecins de cet âge, ce que l'on pourrait expliquer par le fait que les médecins, pour être considérés comme impliqués, doivent avoir eu assez d'expériences pour être reconnus dans leur milieu. Il fut également difficile de trouver de jeunes médecins impliqués par l'intermédiaire de nos contacts personnels. Cette situation s'explique en partie par le fait que les médecins, au début de leur carrière, doivent pratiquer en région pendant un certain nombre d'années, ce qui limite le nombre de jeunes médecins en milieu urbain. De plus, la moyenne d'âge des médecins au Québec est de 50,8 ans chez les omnipraticiens et de 54 ans chez les spécialistes¹³, ce qui explique en partie pourquoi un plus grand nombre de médecins disponibles se situaient à l'intérieur de la tranche d'âge « 50 à 59 ans ». Ceci limite nos

¹³ Site du Collège des médecins du Québec (CMQ) : *Âge moyen des médecins* : <http://www.cmq.org/Medias/CopyTravailObligations/Copy%20of%20Statistiques/AgeMoyen.aspx/> 20 mars 2010

interprétations dans la mesure où nous ne possédons que très peu d'informations nous permettant de comparer nos médecins hommes plus âgés à des médecins plus jeunes. En plus, nous ne pouvons pas estimer avec autant de certitude si les observations faites chez les quelques médecins plus jeunes de notre échantillon sont représentatives de cette génération. Cela dit, rencontrer un plus grand nombre de médecins âgés apporte une certaine richesse à notre enquête : cela nous a permis d'observer comment s'articule le phénomène de l'implication sur une plus longue période de temps et d'avoir un meilleur aperçu des différents milieux dans lesquels les médecins peuvent travailler au cours de leur carrière. Il faut mentionner également que la liste de médecins impliqués fournie par le client ne comportait que très peu de médecins ayant une spécialité autre que la santé communautaire. Afin d'obtenir une plus grande diversité dans notre échantillon, nous avons tenté d'en trouver par l'intermédiaire de nos contacts. Nous avons ainsi pu ajouter à notre corpus d'entrevue trois médecins spécialistes supplémentaires.

Tableau 4.1 : Caractéristiques des répondants

Pseudonymes	Sexe	Catégories d'âge	Médecins omnipraticiens/spécialistes	Milieus de travail actuel
Dre Trottier	F	30-39 ans	Omnipraticienne	Centre local de services communautaires/Hôpital/Organisme communautaire/Université
Dre Proulx	F	50-59 ans	Omnipraticienne	Hôpital
Dre Brassard	F	50-59 ans	Omnipraticienne	Centre local de services communautaires
Dre Fortin	F	30-39 ans	Spécialiste en santé communautaire	Ministère de la santé et des services sociaux/Hôpital
Dre Hamel	F	40-49 ans	Spécialiste en santé communautaire	Ministère de la santé et des services sociaux
Dre Demers	F	50-59 ans	Spécialiste en santé communautaire	Conseil /Agence de la santé et des services sociaux/Association
Dre. Sauvé	F	50-59 ans	Spécialiste en santé communautaire	Ministère de la santé et des services sociaux
Dr. Désilet	H	50-59 ans	Omnipraticien	Hôpital/Centre local de services communautaires/Université/Organismes communautaires
Dr. Martel	H	50-59 ans	Omnipraticien	Ministère de la santé et des services sociaux/Hôpital/Université
Dr. Boisvert	H	50-59 ans	Omnipraticien	Université
Dr. Loïselle	H	70 ans et plus	Omnipraticien	Centre de soins palliatifs
Dr. Gagné	H	50-59 ans	Spécialiste en santé communautaire	Ministère de la santé et des services sociaux
Dr. Bergeron	H	50-59 ans	Spécialiste en santé communautaire	Agence de la santé et des services sociaux/Université/Association
Dr. Buisson	H	50-59 ans	Spécialiste en santé communautaire	Université
Dr. Talbot	H	30-39 ans	Spécialiste en médecine interne	Hôpital/Université
Dr. Boulianne	H	50-59 ans	Spécialiste en neurochirurgie	Hôpital
Dr. Lapointe	H	50-59 ans	Spécialiste en néphrologie	Hôpital
Dr. Letendre	H	60-69 ans	Spécialiste en pédiatrie sociale	Centre de pédiatrie sociale

CHAPITRE V : FORMES, VARIANTES ET DÉFINITION DE L'IMPLICATION CHEZ LES MÉDECINS

Ce chapitre présente la première partie des résultats de notre enquête. Nous y exposons d'abord les neuf formes d'implication qu'il fut possible de dégager chez les médecins rencontrés, avant de proposer une définition du phénomène de l'implication des médecins. Nous dévoilons que l'implication des médecins se situe généralement dans le cadre rémunéré de la pratique médicale et se caractérise par une pratique professionnelle déviante, dans la mesure où elle s'élève au-delà des activités obligatoires de la profession. Nous démontrons également que l'implication des médecins peut prendre plusieurs formes d'activité choisie par le médecin. Ce premier chapitre d'analyse nous permet de répondre à notre premier objectif, qui était de comprendre en quoi consiste le phénomène de l'implication chez les médecins.

Classification des pratiques d'implication chez les médecins

En partant d'une définition large de l'implication, que nous envisageons comme un engagement d'intensité variable de la part d'un individu dans une pratique, nous avons relevé un éventail de manières de s'impliquer chez les médecins interrogés que nous avons regroupées en une classification de neuf formes d'implication. Nous allons d'abord décrire chacune de ces formes d'implication afin d'en abstraire des caractéristiques générales, et ce, dans le but de formuler une première définition de l'implication chez les médecins. Pour chacune de ces formes d'engagement, nous définirons les tâches générales qu'elles impliquent et nous identifierons les médecins qui y ont déjà participé.¹⁴ Lorsqu'il est possible de le faire, nous révélerons également à quel moment et de quelle façon les médecins en viennent à s'engager pour chacune des formes d'implication. Puis, nous présenterons un bilan général du type de médecins (âge, sexe, médecin de famille/médecin spécialiste) que nous retrouvons généralement pour chaque type d'implication. Ces types sont : 1) *la coopération internationale*, 2) *la recherche médicale*, 3) *l'enseignement*, 4) *le travail en région éloignée*, 5) *la gestion ou la direction d'une institution en lien avec la santé*, 6) *la pratique au sein d'un organisme communautaire*, 7) *le dévouement envers le patient*, 8) *la pratique auprès de clientèles particulières* et 9) *l'implication citoyenne et politique*.

¹⁴ Il est à noter que pour certaines formes d'implication, nous n'identifierons pas tous les médecins qui s'y sont impliqués. Nous ne mentionnerons que les cas qui nous apparaissent les plus significatifs.

La coopération internationale

La première forme d'implication que nous avons relevée est *la coopération internationale* consistant à pratiquer la médecine dans des pays défavorisés, comme l'ont fait notamment les Dr Loiselle, Dre Brassard, Dre Sauvé et Dr Letendre. La pratique dans les pays en voie de développement implique que les médecins apprennent à exercer leur profession dans des conditions plus difficiles que celles dans lesquelles ils ont appris la médecine lors de leur formation : ils doivent savoir innover et se débrouiller avec les moyens qui sont à leur disposition. Ils doivent également s'adapter aux conditions de vie et à la culture de la région dans laquelle ils vivent pendant cette période de temps. Comme la Dre Brassard le mentionne : « *on doit composer avec ce qu'on a, avec les conditions de transport, le climat... Il faut s'adapter, s'habituer à l'eau, à l'alimentation, au rythme de vie, à la philosophie de vie* ». Ce type d'implication exige souvent des médecins qu'ils exercent leur rôle à temps plein, dans la mesure où le manque d'effectifs médicaux dans certaines régions fait d'eux des ressources indispensables pour la population. Par exemple, dans la région où la Dre Brassard pratiquait, elle était l'unique médecin pour une population de 40 000 habitants. Il faut toutefois mentionner que ce ne sont pas dans toutes les régions que le ratio médecin-patients est aussi faible. Il demeure tout de même qu'il est essentiel, pour les médecins qui s'impliquent en coopération internationale, d'être disponible pour offrir des soins de santé à la population. La plupart des médecins vont aussi effectuer des tâches d'éducation et de prévention auprès de la population. Nous remarquons que les médecins qui s'impliquent en coopération internationale le font toujours sur une base volontaire, et souvent en début de leur carrière, parfois avant même d'avoir commencé à exercer la médecine au Québec. Certains vont exercer ce type d'implication pendant une longue période, alors que d'autres le feront en alternance avec une pratique au Québec. Il faut aussi mentionner que pour quelques-uns, dont le Dr Loiselle et la Dre Brassard, dès qu'ils sont entrés en médecine, il était clair qu'ils se destinaient à pratiquer dans des pays en voie de développement. Déjà à cette époque ces médecins avaient un penchant pour une médecine qu'on pourrait dire plus « sociale » et humaniste. C'est généralement au moment où les médecins recherchent une pratique qui s'articule mieux avec un style de vie plus stable qu'ils vont cesser ou encore diminuer leur implication en coopération internationale. Certains continueront par contre de s'impliquer au sein d'organismes ou de fondations en coopération internationale, notamment en préparant les médecins qui veulent aller pratiquer dans des pays en voie de développement. Pour ce qui est du profil général des médecins qui s'impliquent en coopération internationale, nous

remarquons qu'il y a dans l'échantillon autant d'hommes que de femmes, et autant de médecins spécialistes que de médecins omnipraticiens. Nous constatons aussi que les médecins qui se sont impliqués de cette manière ont généralement plus de 55 ans actuellement. Souvenons-nous toutefois qu'il est possible que les médecins plus jeunes soient enclins à s'impliquer de cette façon, mais le faible nombre de médecins rencontrés dans la trentaine et la quarantaine ne nous permet pas de le relever. Ceci est vrai pour l'ensemble des observations que nous ferons dans notre analyse. Il en ira de même pour les remarques que nous ferons relativement aux différences entre les types de médecin : étant donné que nous avons dans notre échantillon davantage de médecins omnipraticiens et spécialistes en santé communautaire, il est possible que leur présence plus marquée au sein d'une catégorie d'implication (comparativement aux autres médecins spécialistes) soit due à leur plus grand nombre dans notre échantillon.

La recherche médicale

Certains médecins s'impliquent plutôt en faisant de *la recherche*, en visant des objectifs aussi variés que d'améliorer et de préserver la santé de la population, de protéger l'environnement, ou encore d'élaborer des traitements pour certaines maladies. À titre d'exemple, le Dr. Martel, omnipraticien travaillant dans le secteur de la santé publique, est appelé à effectuer des recherches dans le domaine de la santé au travail, ce qui, dit-il l'« *amène aussi à traiter de sujet de pollution, de dégradation de l'environnement, etc.* » Le Dr Loïsele, après s'être impliqué en coopération internationale, a œuvré au sein d'une équipe de recherche par rapport à certaines maladies. Le Dr Boulianne, quant à lui, a travaillé activement à la progression d'un dossier relatif au traitement d'une maladie reliée à la neurologie. Il explique qu'il « *s'implique dans la recherche pour faire avancer les choses* ». Les façons de s'impliquer en recherche peuvent être complètement différentes selon l'expertise et le champ d'intérêt du médecin. Les Dre Fortin, Dre Sauvé, Dre Demers et Dr Désilet participent également à des projets de recherche qui sont axés sur les éléments périphériques à la santé. Comme le mentionne la Dre Fortin : « *moi c'est mes valeurs en promotion! Trop tard s'ils tombent malades! [...] Mon but, c'est de travailler en amont des problèmes* ». La recherche se fait de manière continue ou ponctuelle, tout dépendant de la pratique du médecin. Par exemple, le Dr Boulianne va prioriser la chirurgie et la clinique avant de faire de la recherche, tandis que la Dre Fortin, qui occupe un poste en santé publique, a une charge de travail qui suppose plus de recherche que

de clinique. Il faut souligner l'importance que prend la recherche scientifique dans le domaine médical : sans cette implication de la part des médecins, la base scientifique sur laquelle se fonde la médecine ne pourrait pas se développer. Dans cette optique, la recherche est une pratique d'implication qui est en quelque sorte déterminée par la conviction générale que la médecine, pour avancer, nécessite obligatoirement de la recherche. Nous remarquons alors que l'implication des médecins tend à être motivée par leur croyance que la recherche est d'une haute importance pour leur domaine professionnel spécifique. Selon ce que nous avons constaté, il y a un peu plus d'hommes que de femmes qui s'impliquent en recherche, ce qui est toutefois peut-être dû au fait que notre corpus comporte davantage de médecin de la gende masculine. Nous retrouvons en revanche autant de médecins plus jeunes que de plus âgés. De plus, excepté le Dr Boulianne, les médecins qui s'impliquent en recherche sont généralement ceux qui ont une spécialité en santé communautaire ou qui ont décidé de travailler dans un secteur qui s'y rattache.

L'enseignement

Plus de la moitié des répondants de notre échantillon s'impliquent par ailleurs dans *l'enseignement*, soit en donnant des cours aux étudiants du préexternat, soit en enseignant aux résidents et en les supervisant dans les hôpitaux afin de transmettre leur savoir médical. Certains vont également faire de la formation continue, en préparant des documents et en donnant des cours aux médecins afin qu'ils puissent mettre leurs connaissances à jour. Ce type d'implication très répandue comprend plusieurs tâches. Comme l'exprime la Dre Trottier, il faut notamment « *donner des capsules d'enseignement, préparer des cours, préparer des documents d'enseignement qui servent à l'Université au complet...* » Tout comme la Dre Trottier, onze autres médecins participent à une forme ou une autre d'enseignement. La matière enseignée par chacun d'eux est relative à leur type de pratique. La Dre Brassard, la Dre Proulx, la Dre Trottier, le Dr Boisvert et le Dr Loiselle donnent des cours ou s'occupent des résidents en médecine générale. Le Dr Bergeron, la Dre Demers et le Dr Désilet donnent des cours en rapport avec la santé communautaire. Finalement, le Dr Boulianne, le Dr Lapointe, le Dr Letendre et le Dr Talbot qui ont des pratiques plus spécialisées, enseignent à des étudiants et prennent en charge des résidents qui font des études en lien avec leur spécialité. Les moments de l'enseignement varient également en fonction des médecins : certains enseignent de manière continue tandis que d'autres le font

ponctuellement. Cela dit, les cours ne se donnent pas à tout moment et la prise en charge de résidents dépend de la présence ou non de ceux-ci. De plus, l'enseignement, tout comme la recherche, fait partie de la structure de la profession médicale. Les médecins y participent afin de transmettre un savoir qui est essentiel à la formation de futurs médecins. Nous retrouvons, chez les médecins impliqués dans l'enseignement, des médecins de tous les âges et de tous les domaines d'expertise, ce qui est dû au fait que peu importe la spécialité du médecin, la transmission du savoir est nécessaire. Nous relevons aussi un nombre à peu près égal d'hommes et de femmes pour ce type d'implication.

Le travail en région éloignée

Une quatrième forme d'implication est celle du *travail en région éloignée*. En début de carrière, les médecins doivent pratiquer un certain temps en région (généralement deux ans). Ils sont contraints d'y aller parce que cela fait partie des obligations mises en place dans le système de santé québécois quant à la pratique des médecins. Cependant, certains médecins y sont restés de façon volontaire. C'est le cas du Dr Bergeron, du Dr Boisvert, du Dr Buisson, du Dr Martel, de la Dre Demers, du Dr Désilet, de la Dre Proulx, de la Dre Trottier et du Dr Boulianne. Par exemple, le Dr Bergeron a travaillé pendant quelques années au sein de la communauté Cri au Nunavik, alors que le Dr Buisson a passé « *trois belles années* » sur la Basse-Côte-Nord. Le Dr Boisvert a aussi été amené à plusieurs reprises à travailler comme médecin-conseil dans les régions les plus isolées du Québec. Ceux qui ont pratiqué plus longtemps en région nous ont expliqué le caractère plus général des tâches qu'ils doivent y effectuer. Le Dr Désilet explique qu'« *on fait tout et on fait beaucoup de choses [...] On est dans une perspective globale [...] On va beaucoup plus au fond des choses [...] On a la possibilité de faire des soins intensifs, de faire de l'urgence, de faire de l'obstétrique, des accouchements, etc.* » Même les spécialistes comme le Dr Boulianne doivent être plus polyvalents lorsqu'ils pratiquent en région du fait qu'ils ne sont pas beaucoup : « *c'est d'être toujours de garde tous les jours, toutes les fins de semaine, parce que j'étais le seul neurochirurgien* ». La Dre Hamel explique :

C'est sûr que plus on va en milieu éloigné, plus la pratique doit être polyvalente. À Québec ou à Montréal le monde pouvait se spécialiser puis faire... de la clinique très très spécialisée... Même un omnipraticien, faire de la clinique de varice ou peu importe... Sans qu'il y ait cette notion de... il

y a plus de latitude si on veut. Quand on va en régions éloignées, ça devient plus difficile, les besoins sont tellement importants, il y a beaucoup moins de spécialistes. Donc, la pratique du médecin de l'époque qui faisait tout le tour est très valorisée.

C'est surtout en début de carrière que la pratique en région est présente. La plupart des répondants sont revenus pratiquer en ville après quelques années. Il n'y a que le Dr Boisvert et le Dr Bergeron qui pratiquent en région éloignée depuis le début de leur carrière et qui y pratiquent encore aujourd'hui. Pour ce qui est du profil des médecins, nous constatons qu'il y a plus d'hommes que de femmes qui s'impliquent en allant travailler en région éloignée. Parmi ceux qui se sont impliqués de cette façon, nous comptons cinq médecins omnipraticiens, trois médecins spécialistes en santé communautaire, et un spécialiste en neurochirurgie.

La gestion ou la direction d'une institution en lien avec la santé

La gestion ou la direction d'une institution en lien avec la santé constitue une cinquième forme d'implication regroupant un grand nombre de médecins de notre échantillon. Il s'agit des médecins qui, comme la Dre Sauvé, ont siégé sur les conseils d'administration de certains organismes pendant plusieurs années, ou encore des médecins, tel le Dr Boulianne, le Dr Letendre et le Dr Bergeron qui sont devenus membres de comités ou présidents d'organismes qui visaient certains objectifs en matière de santé. Dans tous les cas, l'implication exige nécessairement du temps consacré aux réunions, aux rencontres et à la prise de position concernant l'organisme en question. Des médecins tels le Dr Gagné, le Dr Talbot, la Dre Hamel et le Dr Buisson, qui occupent des postes de direction ou de gestion au sein d'organismes ou d'institutions en lien avec la santé sont également des exemples de la façon dont peut se manifester ce type d'implication. Le Dr Buisson explique dans ce passage quelles sont les tâches et les objectifs reliés à son travail de gestion :

Dans la job que je fais, mon travail c'est de m'impliquer partout. C'est d'être sur plusieurs tables, sur plusieurs tribunes pour faire en sorte que l'ensemble de l'entreprise converge vers sa mission qui est la formation des étudiants, qui est le développement de la connaissance, le transfert des connaissances, qui est un réseau d'enseignement clinique capable d'accueillir les clients, de bien les former, qui développe leurs compétences professionnelles, qui ait des praticiens adaptés à bien répondre aux besoins de la société québécoise.

Dans la plupart des cas, les médecins s'impliquent dans la gestion ou la direction d'une institution en lien avec la santé après avoir cumulé une certaine expérience de travail. De plus, c'est généralement après s'être fait solliciter que les médecins s'engagent de cette façon. C'est ce qu'explique le Dr Boulianne : « *un moment donné, tu traînes ta réputation. Je veux dire moi... je me suis construis, je peux être content de ça, une certaine réputation positive là, autant à l'agence qu'au ministère [...] Tu es le bon gars alors tout le monde te donne une petite tape sur l'épaule « Vas-y là! Vas-y! On a besoin de toi!»* ». Ainsi, ce sont de façon générale les médecins de plus de cinquante ans qui occupent des postes de gestion ou de direction au sein d'une institution en lien avec la santé. De plus, l'institution au sein de laquelle ces médecins s'impliquent est liée à leur expertise médicale spécifique. Nous constatons aussi une plus forte tendance à ce type d'implication chez les médecins spécialistes en santé communautaire. Nous notons encore une fois un nombre à peu près semblable d'hommes et de femmes pour ce type d'implication.

La pratique au sein d'un organisme communautaire

La pratique au sein d'un organisme communautaire constitue la sixième forme d'implication des médecins. C'est ce que font entre autres le Dr Désilet, la Dre Trottier et la Dre Sauvé, qui travaillent pour des organismes qui offrent des services de soins à la communauté dans des milieux alternatifs. Ces organismes permettent à certains groupes d'individus d'accéder à des soins sans avoir à passer par le système de santé en tant que tel. Le Dr Désilet explique :

L'offre de soins est très normative. Vous allez à l'urgence [...] il faut attendre patiemment 6 à 8 heures, il ne faut pas crier et ensuite vous êtes vu pendant quelques minutes par un médecin ou alors il faut prendre rendez-vous. Ça, c'est une dimension qui fait que les gens doivent jouer le jeu s'ils veulent avoir accès aux soins de santé [...] alors on doit venir en aide aux infirmières qui travaillent avec les toxicomanes [...] les travailleurs de rue, les jeunes qui ont des problèmes sociaux [...] c'est un rôle très différent.

Les médecins viennent en support aux autres professionnels qui sont présents et mettent en pratique leur connaissance médicale en collaboration avec ceux-ci. C'est une dimension que la Dre Trottier ne retrouve pas dans son milieu de travail habituel : « *il n'y a pas de travailleur social, il n'y a pas d'intervenant, c'est vraiment... je suis toute seule au monde avec un énorme problème [...] On travaille pour rien et on utilise mal les médecins. Je*

pourrais en voir bien plus des patients si je n'avais pas tout ça à gérer ». Cette forme d'implication apparaît à des moments différents de la trajectoire des médecins, et débute avec un désir du médecin de venir en aide à des populations qui n'ont pas accès aussi facilement aux soins de santé que la clientèle régulière. Nous ne remarquons toutefois aucune caractéristique commune (sexe, âge, type de médecin) chez ces médecins qui nous permettraient de dresser un profil des médecins qui s'impliquent de cette manière.

Le dévouement envers les patients

Le dévouement envers les patients correspond à la septième forme d'engagement que nous avons identifiée. Bien que tous les médecins soulignent l'importance de la relation médecin-patient, cette relation prend une forme d'implication lorsque pour le médecin, la pratique médicale se définit essentiellement par l'écoute du patient et par la compassion dont il faut faire preuve envers lui. C'est le cas par exemple de la Dre Brassard qui exprime bien ce que représente cette forme d'implication : « *la médecine, c'est une relation médecin-patient, une relation entre deux humains [...] Si, quand quelqu'un sort de votre bureau vous n'êtes pas capables de dire la couleur de ses yeux, vous avez manqué quelque chose* ». C'est également ce qu'exprime ici le pédiatre Dr Letendre :

Moi je peux sentir les enfants à l'oeil, je sais exactement ce qui se passe quand ils arrivent, je m'en occupe beaucoup, tu sais, je vais toujours parler à l'enfant avant de parler aux adultes. [...] puis là ils expriment des affaires dans le non-dit, puis là je vais jouer avec les enfants habituellement [...] Et j'en viens à comprendre une situation et je vais jouer là-dedans beaucoup.

Selon ce que nous avons observé, les médecins qui se dévouent envers leurs patients le font dès le début de leur pratique médicale et continuent de le faire tout au long de leur carrière. De plus, il faut mentionner que ce type d'implication a été relevé autant chez les hommes que chez les femmes, et autant chez les spécialistes que chez les omnipraticiens

La pratique auprès de clientèles particulières

Les médecins peuvent également s'impliquer en travaillant auprès de *clientèles particulières*. Nous entendons par clientèles particulières certains groupes qui ne sont pas considérés

comme une clientèle « facile » et avec lesquels les médecins, en général, n'apprécient pas travailler. Comme l'exprime la Dre Trottier, qui intervient notamment auprès d'une clientèle toxicomane :

Pour quelqu'un qui est toxicomane, qui est dans la rue, qui l'a pas eu facile, ou... mettons travailleur du sexe, c'est extrêmement, extrêmement, extrêmement difficile de venir consulter... dans le fond... dans les hôpitaux et les cliniques traditionnelles, parce que pour venir consulter dans une clinique traditionnelle, il faut que tu aies une carte d'assurance maladie sur toi valide. Puis eux autres ils l'oublient, ils l'ont perdu, ils ne l'ont pas renouvelée. Après ça, ben quand tu es dans la salle d'attente, tu te fais regarder tout croche, tu ne te sens pas dans ton milieu. Tu sais, imaginez que vous êtes parmi des gens qui ne sont pas comme vous [...] En plus, dès que les gens savent qu'ils sont toxicomanes, bien ils se font juger, ils ont de mauvaises expériences, ils vont à l'urgence, ils se font traiter comme de la marde, parce que ce sont des toxicomanes.

La Dre Demers, qui exerce sa pratique dans un centre de réadaptation en dépendance, ajoute:

Les médecins qui veulent faire ça sont rares. Ils ont de la misère à recruter les gens [...] parce que les clients toxicomanes sont très très particuliers... ils vont presque tous en prison, il y en a beaucoup qui ont des maladies psychiatriques par-dessus le marché à cause des substances qui sont consommées, ce n'est pas des clients faciles... Ils ont tous l'hépatite C [...] Ce sont des gens qui vivent beaucoup de préjugés par rapport au reste des médecins du réseau de santé et de la population.

Parmi les médecins qui s'impliquent auprès d'une clientèle particulière, nous faisons également référence aux médecins comme la Dre Sauvé, qui a travaillé avec des gens atteints de maladies mentales, le Dr Letendre, qui pratique auprès d'enfants défavorisés, et la Dre Brassard qui exerce maintenant la médecine auprès d'immigrants, où la barrière linguistique peut rendre plus difficile sa pratique. Nous constatons que le moment où débute ce type d'implication varie d'un médecin à un autre. De plus, nous retrouvons pour ce type d'implication deux médecins omnipraticiens, deux médecins spécialistes en santé communautaire et un médecin spécialiste en pédiatrie : il semble donc que les médecins peuvent s'impliquer de cette manière peu importe leur domaine d'expertise. Nous remarquons toutefois une tendance un peu plus forte à s'impliquer auprès d'une clientèle particulière chez les femmes.

L'implication citoyenne et politique

La dernière forme d'implication que nous avons identifiée est *l'implication citoyenne et politique* des médecins qui prennent publiquement position sur certains sujets relatifs à leur quartier, à leur communauté, et qui posent des gestes, petits ou grands, afin d'améliorer les choses. À titre d'exemple, la Dre Fortin s'est engagée à marcher jusqu'à l'école avec sa fille et tous les enfants du quartier qui le veulent, puisqu'elle juge aberrant d'utiliser l'automobile ou l'autobus alors que l'école primaire est seulement à quinze minutes de marche. Elle précise : « *je m'intéresse beaucoup à la participation citoyenne [...] C'est ça qui est important, au final, c'est la communauté que tu crées qui est important* ». La Dre Proulx, quant à elle, participe à des émissions de radio et de télévision, son but étant de faire la promotion de la santé et d'informer l'ensemble de la population sur des sujets relatifs à son expertise. Elle mentionne : « *je trouve que c'est un beau défi d'avoir à expliquer à des gens que tu ne vois pas, tel problème de santé* ». La participation du Dr Martel à des projets en santé-environnement est également un exemple d'une implication citoyenne et politique. Cette forme d'implication se manifeste de manière volontaire par les médecins. Il est vrai qu'après que les médecins aient commencé à s'engager de cette manière, ils sont parfois sollicités à continuer de le faire. Par exemple, pour le Dr Martel, ce sont ces motivations et convictions qui l'ont d'abord amené à s'impliquer, mais il a ensuite été sollicité pour occuper certains postes, pour participer à certains projets en lien avec ses implications antérieures. Il demeure toutefois que les médecins ne sont pas contraints d'y participer du fait qu'ils sont médecins et qu'ils travaillent au sein du système de santé québécois. Et malgré le caractère volontaire de ce type d'implication, nous remarquons que les actions des médecins sont toutes en rapport, d'une manière ou d'une autre, avec les objectifs de leur profession. Nous comptons, chez les médecins de l'échantillon qui s'engagent de manière citoyenne et politique, un médecin spécialiste en santé communautaire et deux médecins omnipraticiens. Nous ne notons aucune spécificité quant au sexe et à l'âge de ceux-ci.

Définition générale de l'implication chez les médecins

Nous venons de définir, de décrire et d'illustrer neuf formes d'implication chez les médecins. Tentons maintenant d'en abstraire une définition générale du phénomène, c'est-à-dire de caractériser ce qu'est l'implication des médecins et ce qu'elle n'est pas chez ceux que nous avons rencontrés.

Nous constatons d'abord que peu importe la forme que prend l'implication des médecins, celle-ci est toujours *liée au domaine de la santé*. Même une implication citoyenne et politique, par exemple, aura pour but de prévenir les problèmes de santé ou encore de promouvoir la santé de la population. Il en va de même pour les médecins qui s'impliquent dans la gestion ou la direction : ils choisissent toujours de le faire au sein d'une institution liée à la santé. En réalité, les médecins ne donnent pas de leur temps à des causes qui n'ont pas de lien avec le domaine de la santé, bien qu'il en existe bien d'autres.

Nous remarquons également qu'il existe une distinction entre la définition de l'engagement des médecins et celle que l'ont pourrait donner de l'engagement des bénévoles : contrairement aux bénévoles, les médecins sont généralement *rémunérés* pour leurs activités d'implication, du fait qu'elles s'effectuent dans le cadre de leur pratique professionnelle.

Nous définissons alors l'implication chez les médecins comme étant le fait d'accepter d'œuvrer dans certaines conditions ou de participer à des tâches qui vont au-delà de ce qui est obligatoire dans leur pratique quotidienne. Comme le souligne la Dre Trottier : « *c'est tout ce qui sort du travail obligatoire du médecin* ». Nous avons mentionné, dans le chapitre II que nous nous attendions à ce que les médecins impliqués soient déviants, c'est-à-dire qu'ils utilisent des moyens différents et supplémentaires aux moyens suggérés par la communauté médicale pour atteindre les buts visés par la profession, soit soigner les gens, réduire la souffrance, etc. Si nous considérons que les médecins impliqués sont effectivement des médecins qui participent à des tâches et travaillent dans des conditions qui ne leur sont pas personnellement imposées, nous pouvons dire que ceux-ci *pratiquent de manière volontairement déviante*. La déviance peut aussi prendre la forme d'une pratique plus sociale, qui poursuit des buts plus larges que ceux visés par la profession. Outre la pratique vis-à-vis d'un individu en particulier, les médecins peuvent s'engager à réduire les inégalités sociales, l'exclusion des membres de la société, les facteurs qui nuisent à l'environnement, etc. Bref, il

s'agit d'améliorer la santé de la population en général d'une manière peu commune mais jugée souhaitable. C'est ce qui fait que ces médecins se démarquent du corps médical dans l'estime publique.

Comme nous l'avions supposé au départ, l'implication des médecins peut prendre une multitude de formes différentes. Nous avons souligné dans le chapitre I que la médecine étant une profession libérale, elle permet une certaine autonomie des médecins par rapport à leur pratique : le médecin peut ainsi choisir la discipline médicale et l'implication qui lui conviennent le mieux à l'intérieur du système de santé. Le Dr Lapointe résume parfaitement cette idée dans ce passage :

La profession médicale peut prendre tellement de formes différentes... tellement de domaines différents. Tu peux être en psychiatrie, en dermatologie, en médecine familiale, tu peux être en obstétrique [...] Tu peux travailler à temps partiel, à temps complet, tu peux avoir une famille, tu peux arrêter pendant un an [...] C'est tellement polyvalent, ça peut prendre tellement de formes différentes, probablement plus que presque n'importe quelle autre profession... Alors donc, ça te permet ça de t'impliquer de toutes sortes de façons différentes.

La diversité des implications des médecins est évidemment aussi liée à l'existence de plusieurs types de pratiques et plusieurs milieux de travail à l'intérieur du système de santé (schéma 1.1). Les médecins ont la possibilité d'œuvrer dans des milieux différents et donc de s'impliquer de manières particulières dans chaque milieu et ce, peu importe leur domaine de spécialisation. Nous avons en effet observé que pour la plupart des formes d'implication (excepté la gestion ou la direction d'une institution en lien avec la santé et la recherche, qui regroupaient davantage de médecins spécialistes en santé communautaire ou œuvrant dans ce domaine), nous retrouvons des médecins dont les domaines d'expertise sont variés. Nous n'avons généralement pas observé non plus de différences notables quant au sexe et l'âge des répondants dans l'orientation vers un type d'implication plutôt qu'un autre. Il n'y a que pour la pratique auprès d'une clientèle particulière que nous avons noté un nombre manifestement plus important de femmes que d'hommes. Par conséquent, il semble que les médecins, peu importe leur domaine d'expertise, leur âge et leur sexe, choisissent un ou certains types d'implication qui les interpellent davantage. Nous verrons comment ils font ce choix dans les sections à venir. Notons simplement que l'implication chez les médecins repose sur des *choix personnels* qu'ils opèrent entre les différents milieux ainsi que les divers types de pratique et d'implication qui sont à leur portée.

Néanmoins, lorsqu'elle n'est pas contrainte comme dans le cas des années de service obligatoire en région éloignée, la pratique impliquée de la médecine est toujours liée au choix de spécialisation professionnelle de celui qui s'y engage. Nous la dirons ainsi *spécialisée* et *personnelle* par opposition à une implication n'exigeant pas une qualification particulière et ne contribuant pas à la distinction de la personne qui la pratique par la formation et la réputation qu'elle se donne. Nous le préciserons plus loin.

Somme toute, l'implication des médecins rencontrés se présente toujours comme *une pratique choisie et personnelle de la médecine ou dédiée à la cause d'une amélioration de la santé, qui s'effectue généralement dans le cadre rémunéré de l'activité professionnelle, mais qui est reconnue comme se démarquant des activités obligatoires de la profession médicale, et qui confère une formation personnelle et une identité méliorative de médecin déviant*. Alors, un médecin qui serait non-engagé dédierait probablement aussi sa profession à l'amélioration de la santé. Cependant, sa pratique se limiterait aux activités quotidiennes, régulières et obligatoires dans le cadre de la profession médicale. Comme l'exprime l'un des médecins interrogés : « *la médecine, c'est rendue presque juste de prescrire des médicaments, les autres formes de traitement physique, sociale ou familiale sont comme disparues [...] Ce ne devrait pas être juste prescrire de petites pilules, mais aussi développer une relation qui n'existe plus la plupart du temps* ». Les médecins engagés se distinguent donc de ce type de pratique, à travers l'une ou plusieurs des neuf formes d'implication que nous avons mises en lumière ci-haut. Le prochain chapitre révélera comment ces médecins en viennent à s'impliquer de telles manières.

CHAPITRE VI : MOMENTS DE L'IMPLICATION DANS LA TRAJECTOIRE DU MÉDECIN

Dans ce chapitre, nous montrons comment les médecins en viennent à s'impliquer de la manière définie plus haut. Pour ce faire, nous retraçons le parcours d'implication des médecins engagés, tel qu'ils nous l'ont raconté, et qui débute parfois avant leurs études en médecine. Nous voyons ainsi s'il est possible d'évaluer dès l'admission si un candidat au doctorat en médecine est susceptible de mener une carrière de médecin impliqué sur la base de ses engagements antérieurs. Nous mettons aussi en lumière que le phénomène de l'implication n'est pas constant, mais varie en fonction des moments de la trajectoire de vie du médecin.

Les moments de l'implication

Avant les études en médecine

Bien que la plupart des médecins avaient déjà participé, avant leurs études en médecine, à des activités parascolaires (sport, théâtre, musique...), nous ne pouvons pas dire que ceux-ci s'impliquaient tous de manière aussi significative. En effet, pour neuf de nos répondants, si une « implication » était présente, elle répondait à un intérêt personnel et prenait la forme d'une participation à des activités ludiques ou sportives. Bien que ces activités prenaient surtout la forme d'un divertissement pour nos répondants, nous remarquons que ces derniers y consacraient néanmoins beaucoup de temps et d'énergie. Alors que la Dre Sauvé a commencé à faire du basketball et du badminton au cégep pour le bien-être que cela lui procurait, la Dre Demers nous a révélé que c'était la musique qui l'intéressait : « *je faisais partie d'une harmonie, je jouais de la flûte traversière et on avait quand même des pratiques deux soirs par semaine. Ça et mes études, je n'avais pas le temps de faire autre chose là* ». Le Dr Talbot confie également que les activités sportives occupaient la majeure partie de son temps. La Dre Hamel, quant à elle, a commencé à faire du waterpolo en secondaire cinq et a ensuite fait son cours de sauveteur pour travailler en tant que monitrice de natation alors qu'elle était au cégep. Puisqu'il s'agit d'un travail, nous n'avons pas considéré cette activité comme étant de « l'engagement social ». Il faut néanmoins souligner que le travail occupé par la Dre Hamel à ce moment démontrait déjà chez elle un intérêt pour la forme physique, la sécurité et la prévention. Un intérêt aussi marqué pour la santé avant les études en médecine est toutefois

chose rare chez les médecins rencontrés. La Dre Proulx nous révèle avoir été, dès le secondaire, passionnée de sport et de musique : elle a suivi des cours de piano pendant dix ans, et a commencé à s'intéresser aux sports dès l'âge de 14 ans. Depuis ce temps, elle est passionnée de sport. Elle a d'ailleurs travaillé dans ce domaine avant ses études en médecine : déjà à cette époque, elle était préoccupée par la santé physique. Le Dr Buisson et le Dr Martel ont fait partie des scouts, ce qui, disent-ils, constituait davantage une activité qu'un engagement social à leurs yeux. Le Dr Boulianne, bien qu'il ne s'engageait pas à ce moment auprès d'un organisme ou pour une cause, occupait plusieurs emplois à la fois et souligne qu'il n'avait « *pas de temps mort!* » Il n'y a que le Dr Désilet qui nous a révélé ne pas avoir « *fait grand-chose* » par rapport à l'implication avant de pratiquer la médecine. Par contre, il s'adonnait tout de même à certaines activités, par exemple la voile. Ainsi, nous constatons que même ceux qui ne s'impliquaient pas de manière significative étaient presque tous actifs d'une certaine manière et avaient un horaire assez chargé. De plus, lorsqu'ils participaient à des activités, ils ne le faisaient pas de façon occasionnelle, mais plutôt de manière constante et intense.

C'est cependant seulement chez la moitié de nos participants que nous notons une implication manifestant un engagement envers une cause ou une institution. Par exemple, la Dre Fortin a remis sur pied le journal étudiant et a participé activement à la mise en place d'un premier groupe de promotion pour l'environnement à son école. La Dre Trottier nous a également révélé avoir participé, alors qu'elle était à l'école secondaire, à des émissions de radio et à des comités qui organisaient des activités pour des groupes communautaires qui touchaient les enfants, les personnes âgées, etc. Elle a cependant été moins active au Cégep, puisqu'elle « *[faisait] quand même un DEC qui était exigeant* ». Le manque de temps semble donc être un obstacle à l'implication des étudiants. Nous pouvons supposer que les étudiants qui désirent entrer en médecine peuvent choisir de consacrer davantage de temps à leurs études collégiales afin d'obtenir des notes assez élevées pour être acceptés, ce qui laisse évidemment moins de temps pour des activités d'implication sociale. Aussi, certains médecins s'impliquaient avant leurs études en médecine auprès de leur paroisse ou d'autres organismes affiliés à celles-ci. C'est le cas du Dr Lapointe, du Dr Loiselle, du Dr Letendre, de la Dre Brassard et du Dr Boisvert. C'est ce que relate ici le Dr Lapointe : « *j'ai été impliqué quand j'étais jeune... à la paroisse. J'ai souvent été actif au niveau de... de mouvements, de groupes d'animation liturgiques... puis j'ai appris à jouer de la guitare, j'accompagnais la messe à la guitare, tout ça* ». La Dre Brassard, en plus d'avoir été impliquée au sein de la Société Saint-

Vincent de Paul, démontrait déjà un intérêt pour la santé : elle a été ambulancière St-Jean et a travaillé pendant un été comme aide-infirmière à un hôpital, où elle a appris « *quels étaient les besoins de base d'un patient* ».

Aussi, parmi les neuf médecins déjà impliqués, deux ont eu un parcours scolaire atypique, n'étant pas passés directement des études collégiales à la formation en médecine. Pour ces derniers, l'implication n'a débuté qu'après leur cégep, alors qu'ils étaient plus âgés et qu'ils vivaient un évènement ou une situation particulière. Pour le Dr Bergeron, son désir de s'impliquer s'est manifesté pour la première fois alors qu'il était en voyage et qu'il était témoin des effets désastreux des tremblements de terre dans la région où il travaillait : « *en mai 1970..., il y a eu un tremblement de terre important au Pérou, très important qui a détruit une grande partie du village dans la chaîne des Andes. Et là je me suis organisé pour entrer dans une équipe de secours* ». Se manifeste alors chez lui une préoccupation pour le bien-être de cette population, ce qui l'incite à venir en aide à celle-ci. Il en va de même pour le Dr Gagné, qui a également eu un parcours scolaire atypique. Son implication a débuté alors qu'il était étudiant au baccalauréat en biologie. Après avoir vécu une initiation assez décevante à son entrée à l'Université, il a voulu s'impliquer au sein du comité d'organisation de l'initiation l'année suivante. Son but était donc de faciliter l'intégration du nouveau groupe. Il explique ici dans quelle logique il en est venu à s'y engager :

Nous on arrive donc, et on se fait initier. On est victime d'une initiation, et on est quelques-uns un peu indignés, et en réaction à ça on se dit « ben l'année prochaine, on... les initie, mais dans une logique qui va être noble. On va faire en sorte que les gens qui arrivent d'un peu partout au Québec [...] qui sont souvent complètement perdus, on va faire en sorte que l'initiation favorise leur mise en réseau. [...] » Moi je faisais partie des gens qui s'investissaient là-dedans parce qu'on avait une croyance forte à l'importance de, de créer cette mise en réseau, à l'importance de faire en sorte que des gens puissent encore une fois bénéficier de conditions qui sont favorables [...] Que ces gens là puissent se dire « il y a du monde pour m'appuyer»!

Bref, ce ne sont pas tous les médecins impliqués qui étaient engagés de manière significative avant leurs études en médecine. Cela dit, pour ceux qui n'étaient pas impliqués socialement avant les études en médecine, nous relevons tout de même chez eux une capacité à se donner à certaines activités qui les intéressent. À cette époque, ceux-ci ne semblaient pas nécessairement manifester le désir de s'impliquer dans le futur, mais le fait qu'ils consacraient du temps et de l'énergie à des activités personnelles (sport, musique...) nous laisse supposer

qu'une fois médecin, il est possible qu'ils s'investissent de la même manière. Voyons maintenant comment ceux-ci en sont venus à s'engager et ce qu'est devenue l'implication des autres.

Pendant les études en médecine

Parmi les répondants qui étaient déjà engagés avant de débiter leurs études en médecine, plus de la moitié ont continué à s'impliquer alors qu'ils étudiaient en médecine. Pour la plupart, le type d'implication est demeuré le même. Par exemple, la Dre Trottier et la Dre Fortin ont continué à participer au journal étudiant de leur Université. Le Dr Loïselle a poursuivi son engagement au sein d'œuvre caritative. Le Dr Gagné, qui avait organisé l'initiation des premières années alors qu'il était dans un autre programme, a participé à des organisations par rapport à la condition des étudiants. Cela dit, nous pouvons constater que l'engagement n'est pas un phénomène d'une constance à toute épreuve puisque deux des participants qui étaient impliqués avant d'entrer en médecine ont cessé de l'être, ou du moins, ont diminué leur implication pendant leurs années d'études en médecine. Le désir de se concentrer sur ses études et de profiter au maximum de ce que peuvent apporter les années d'études en médecine (tant au niveau académique qu'au niveau des loisirs) semble être les raisons principales expliquant cette diminution de l'engagement pendant cette période. Le Dr Martel, qui n'avait jamais été impliqué de façon significative, souligne également que l'argent peut, dans certains cas, empêcher l'engagement des étudiants en médecine : *« on n'était pas une famille riche alors il fallait travailler, des emplois d'été et je continuais un peu pendant l'hiver là... une semaine sur deux, j'étais au boulot. Je faisais un peu de sport... C'était pas mal ça ».*

Alors que certains ont cessé ou diminué leur implication pendant leurs années d'études en médecine, quatre de nos répondants ont commencé à s'engager à ce moment. Souvent, ce sont les activités proposées par l'Université qui amenaient ces étudiants à s'impliquer : les stages de coopération internationale, le journal étudiant, la radio étudiante et les comités d'organisation font partie des activités d'implication citées par les médecins qui ont débuté leur implication pendant leurs études en médecine. C'est notamment le cas du Dr Martel : *« en médecine, j'étais impliqué dans la radio étudiante, j'étais impliqué dans la revue concert qui était un évènement annuel, un spectacle... bénéfice là, qui était organisé par les étudiants et qui convoque tous les étudiants et tous les professeurs... »* La Dre Demers, qui avait toujours été intéressée par l'écriture, nous a confié avoir été rédactrice en chef du journal

étudiant de l'Université. Le Dr Talbot, quant à lui, a commencé à s'impliquer en médecine en organisant les partys de sa faculté. Il a également effectué un voyage humanitaire en Afrique, bien qu'il spécifie qu'il le faisait davantage sur la base d'un désir personnel, celui de découvrir un autre pays : *« je suis allé en Afrique, je suis parti quatre mois, mais pour moi, ce n'était pas un stage en médecine, c'était pour voir l'Afrique, c'était plus pour l'expérience personnelle d'aller voir un autre pays, voir une autre culture »*. Pour certains médecins qui sont actuellement dans la cinquantaine, l'implication sociale pendant les années d'étude s'est plutôt manifestée par l'organisation de grèves étudiantes visant à améliorer la pédagogie : l'engagement peut donc aussi se former à partir de l'initiative des étudiants, et non uniquement sur la base des activités proposées par l'institution.

Parallèlement, nous remarquons que pour certains, l'implication se fera sur la base d'une motivation individuelle alors que pour d'autres, la présence d'un groupe d'amis semble favoriser l'engagement. Il semble que ce soit en raison du fait que certaines activités, par exemple le journalisme, peuvent se faire de manière individuelle alors que des manifestations ou encore l'organisation d'une initiation étudiante nécessitent l'intégration au sein d'un groupe. Certaines personnes se dirigeront naturellement vers des activités d'implication plus personnelles. Généralement, ces individus commencent dès un jeune âge à participer à des activités individuelles en y mettant un effort soutenu, par exemple le piano, la natation ou encore l'écriture. Ce sont ces étudiants qui, une fois en médecine, vont s'occuper par exemple de la rédaction du journal étudiant ou autres activités se réalisant sur la base d'une motivation individuelle. D'autres seront plutôt disposés à l'implication grégaire. Sans nécessairement avoir été impliqués dans la passé, ces individus sont susceptibles de le faire lorsque des événements concernant un groupe d'individus surviennent. C'est le cas par exemple pour l'organisation d'une grève universitaire ou de la participation à un comité d'initiation étudiante : ces événements appellent certaines personnalités qui sont plus disposées à s'impliquer au sein d'un groupe pour améliorer la condition de leur semblable. Toutefois, il faut noter que ces deux profils ne se présentent pas de manière aussi tranchée dans tous les cas. Il demeure néanmoins que certaines personnalités semblent disposées à l'implication plus solitaire, et d'autres à l'implication grégaire. L'une comme l'autre sont nécessaires, et nous ne notons aucune différence manifeste quant à la manière de s'impliquer plus tard en tant que médecin selon ces deux profils. Ainsi, un étudiant qui s'impliquait au départ de façon solitaire peut lors de sa carrière médicale s'engager au sein d'un groupe, et vice-versa.

Pour presque tous les médecins de notre échantillon, l'engagement a cessé pendant les années d'externat et de résidence qui sont beaucoup plus exigeantes selon plusieurs. C'est ce qu'exprime ici la Dre Fortin, qui a toujours été un modèle d'implication : *« on l'a parti [le projet] pendant la première année d'externat... mais tu sais je n'avais pas le temps, je faisais l'externat alors... [...] À l'internat, ça a été pas mal mollo... [...] Externat, résidence, ça a été [...] à partir de là, l'implication a beaucoup beaucoup diminué »*. C'est également ce que nous confie la Dre Demers, qui a commencé à s'impliquer pendant ses études en médecine : *« par contre, les deux années où tu tombes à l'externat et les stages cliniques, là là je ne faisais plus rien. On faisait plus de sport, on faisait plus de journal, plus rien, plus d'écriture. On faisait juste les stages et on essayait de survivre! »* Nous voyons alors encore une fois que le phénomène de l'implication peut apparaître et disparaître à différents moments dans la trajectoire de vie des médecins qui n'ont pas toujours autant le loisir de s'engager.

Pendant la carrière médicale

C'est finalement le début de la carrière médicale qui a marqué le commencement de l'implication sociale pour quatre médecins de notre échantillon : le Dr Désilet, le Dr Boulianne, la Dre Hamel et la Dre Proulx. Pour le Dr Désilet, son implication a débuté alors qu'il s'est installé en milieu urbain après avoir migré un peu partout au Québec et au Canada. Le moment où il a commencé à s'impliquer comme médecin coïncide donc avec un moment de sa vie où il est devenu plus sédentaire : il devenait alors possible pour lui de s'impliquer socialement dans son milieu. Le Dr Boulianne a pour sa part commencé à s'engager dès le moment où il est devenu médecin. Souvenons-nous que le Dr Boulianne avait toujours eu un horaire très chargé et organisé : pendant ses études en médecine, il occupait plusieurs emplois à la fois et faisait partie d'un orchestre. Lorsqu'il est devenu médecin, il a commencé à consacrer toutes ses énergies à la profession médicale. C'est ainsi que son engagement a commencé. Nous devinons qu'il s'est passé la même chose pour la Dre Hamel. Elle souligne : *« j'ai décidé de le faire en trois ans [son cours de médecine], pour me permettre de travailler là... Je pense que je travaillais 10 à 12 heures... pour moi, c'était important de pouvoir me sentir valorisée dans autre chose que la médecine »*. Jusqu'au moment où elle est devenue médecin, elle était donc très occupée à travailler et à étudier, et n'avait probablement pas le temps de s'engager socialement. Et comme pour le Dr Boulianne, le moment où elle est devenue médecin correspond au moment où elle a eu plus de temps à consacrer à un engagement social. Pour la Dre Proulx, qui travaillait déjà dans le domaine de la santé avant

les études en médecine, sa préoccupation pour la santé des gens l'a aussi menée, dès le début de sa carrière comme médecin, à s'engager socialement en faisant la promotion de la santé. En fait, pour ces quatre médecins, l'engagement social a débuté de façon très naturelle dès le moment où ils sont devenus médecins. Ceci est cohérent avec le fait que leur objectif, en entrant en médecine, était de venir en aide à autrui, de faire une différence : c'est donc ce qu'ils ont tous fait lorsqu'ils sont devenus médecins, leur profession leur permettant de poser des gestes ou de travailler dans des conditions qui font d'eux des personnes engagées socialement. Ainsi, même si un individu n'a jamais été impliqué de façon significative durant son parcours, cela ne veut pas dire qu'il ne sera pas un médecin engagé socialement. Et nous supposons que les buts qu'ils visaient et la façon dont ils voyaient la médecine avant d'entrer dans la profession y sont pour quelque chose.

Pour ce qui est de ceux qui étaient déjà impliqués avant et pendant leurs études en médecine, nous remarquons que dès qu'ils commencent à exercer la profession médicale, leur engagement prend une nouvelle orientation : toutes leurs activités d'implication deviennent alors liées à la santé et à leur domaine d'expertise, comme nous l'avons vu lorsque nous avons défini l'implication des médecins. Le moment où l'on devient médecin marque donc une transition importante dans le parcours d'implication des médecins : pour ceux qui n'étaient pas engagés avant la médecine, ce moment correspond au début de l'implication, alors que pour ceux qui étaient déjà engagés, le début de leur carrière transforme leur manière de s'impliquer. Par exemple, le Dr Martel, qui organisait de spectacles bénéfiques et qui participait à des émissions de radio étudiante lors de ses études en médecine, s'implique maintenant dans des dossiers et des projets touchants la santé-environnement. Bref, c'est généralement au moment où les médecins commencent à exercer leur profession et qu'ils ont une expertise dans ce domaine qu'ils s'impliquent de la manière que nous avons définie plus haut. C'est à ce moment qu'ils font partie du groupe médical et que, par conséquent, ils doivent répondre à la demande que leur imposent les membres de la société relativement aux soins de santé. En tant que groupe, ils ont la responsabilité et le devoir de faire profiter la population de leur expertise pratique et de leur savoir. Il faut aussi ajouter que si tous les médecins de notre échantillon sont maintenant considérés comme des médecins engagés, leur implication n'est encore une fois pas constante, mais varie en fonction des circonstances de leur vie.

Les obstacles à l'implication : le souci de soi, de sa famille et de ses proches

Les obstacles à l'implication prennent souvent la forme d'évènements qui, dans la trajectoire du médecin, orientent sa vie, sa pratique et son engagement. Par exemple, avoir des enfants fait partie des évènements qui mettent un frein de façon temporaire à l'implication sociale. C'est ce qui est arrivé au Dr Boisvert qui a pris la décision de travailler à l'urgence, alors qu'il avait quatre jeunes enfants et qu'il poursuivait ses études dans un domaine autre que la médecine. Comme il nous l'a expliqué, *« quand tu fais de l'urgence, tu peux travailler 15 fois par mois, pendant des périodes de huit heures. Et une fois que tu as fait ton travail, tu es libéré pour le reste »*. Les propos de la Dre Hamel rejoignent ceux du Dr Boisvert :

J'ai eu un deuxième bébé puis à mon retour de mon congé de maternité, là, il y avait eu plusieurs départs au niveau du service de médecine familiale, de médecine générale à l'hôpital de Rimouski, puis ils ont obligé les gens à... revenir sur la liste de garde de façon beaucoup plus soutenue. Et je ne me voyais pas avec deux jeunes enfants à recommencer à faire de la garde de nuit de soir de fin de semaine en plus du travail que je faisais à la clinique. Et là, je suis arrivée vraiment à un tournant dans ma carrière où je devais me dire est-ce que je continue ce modèle là de fatigue, qui ne me convient pas. Est-ce que je m'en vais de Rimouski s'il n'y a pas d'autres possibilités? Et finalement, on m'a offert un poste à la direction de santé publique. [...] Ça me permettait de rester à Rimouski sans avoir les obligations de la garde.

Il faut toutefois souligner que pour certains, les enfants deviendront, comme l'exprime le Dr Buisson, un *« catalyseur à l'implication »* : *« les enfants t'amènent à te dépasser et à t'ouvrir sur le monde »*. Comme il nous l'a expliqué, avoir des enfants ouvre des portes qui peuvent mener à l'implication : leur participation à des activités permet aux parents de prendre contact avec différentes organisations ou des équipes sportives, ce qui favorise leur engagement dans un milieu. Il demeure malgré tout que la période au cours de laquelle les médecins ont de jeunes enfants sera généralement marquée par un ralentissement de l'implication. Par exemple, pour la Dre Fortin : *« la priorité en ce moment dans ma vie, c'est ma famille [...] Il faut que j'investisse dans cette période là, les premiers cinq ans de l'enfance sont les plus importants [...] C'est ce que j'ai à offrir en ce moment »*. Elle consacre donc une certaine période de sa vie à l'éducation de ses enfants. Ce n'est qu'après que ses enfants auront atteint un certain âge qu'elle souhaite recommencer à s'impliquer à nouveau.

Outre le fait d'avoir des enfants, le décès ou la maladie d'un proche peut faire obstacle à l'implication des médecins. Cinq médecins ont également été contraints de cesser ou de diminuer leur implication à cause d'une maladie, d'une dépression ou encore d'une fatigue excessive. Dans certains cas, c'est l'implication elle-même qui conduit les médecins à l'épuisement et qui les pousse à laisser certaines tâches de côté. Comme le mentionne le Dr Boulianne :

C'est exigeant. Tu peux faire ça [l'implication] pendant quelques années ou plusieurs années, et un moment donné tu peux ralentir un petit peu [...] Un moment donné ça devient fatiguant toutes ces réunions là, le matin le soir puis tout.... Tu continues de faire les deux... Tu fais ça en plus de ta job. Alors là, un moment donné, tu dis oups là! Tu regardes tes confrères à côté puis tu dis bon, il y en a qui ont une meilleure qualité de vie à côté [...] Alors un moment donné...

Plusieurs confirmeront le témoignage du Dr Boulianne et ajouteront que dès qu'un médecin commence à s'impliquer, il sera toujours sollicité pour s'impliquer davantage. Comme l'explique la Dre Brassard : « souvent, c'est comme une roue. Ça fait une chose qui en appelle une autre qui en appelle une autre qui appelle une autre. Là, j'ai 57 ans, alors j'ai dû ralentir, mais... C'est sûr qu'un moment donné, c'est plus difficile d'organiser puis bon, il y a une fatigue qui s'installe ». Le Dr Talbot, qui est dans la fin de la trentaine, constate qu'il y a effectivement une tendance chez les médecins plus âgés à ralentir leur implication, notamment dans l'enseignement : « souvent les médecins de 50 ans et plus sont comme un peu tannés, épuisés, alors c'est plus difficile d'aller les chercher [...] Mais on s'entend qu'on ne peut pas demander la même chose à un médecin de 60 ans qu'à un gars de 30 ans, ça c'est sûr, sauf que... C'est ça, je pense que ça devient normal de devenir un peu plus tanné ». Il confie toutefois que dans son domaine de spécialisation, les plus jeunes prennent la relève de façon naturelle. D'autres expriment néanmoins une certaine frustration par rapport au fait que ce soit toujours les mêmes qui s'impliquent, et donc toujours les mêmes qui sont sollicités pour le faire. En réalité, il semble que certains médecins prennent sur leurs épaules la charge du groupe médical dont ils font partie. En voyant que les autres ne participent pas aux tâches qui dépassent le simple cadre de leurs fonctions, les médecins engagés ne voient d'autres choix que de le faire eux-mêmes. Comme le dit la Dre Trottier : « c'est ça le problème avec l'engagement tu sais, c'est que c'est toujours les mêmes gens qui sont engagés, parce que c'est toujours les mêmes qui sont sollicités, alors un moment donné... Ceux qui disent toujours non, on les laisse tranquilles! [...] C'est vraiment difficile de dire non, alors c'est

comme un cercle vicieux malsain ». Elle ajoute, elle aussi, que l'implication peut causer un épuisement qui mène à un certain désengagement de la part des médecins :

Je pense que l'implication, ce serait donc une belle affaire, mais je pense qu'on est trop sollicité, on nous demande trop de nous impliquer, toutes pour des choses importantes là, mais on nous demande trop, on n'a pas assez de médecins, on est déjà essoufflés parce qu'on ne suffit pas à la tâche puis euh... on finit par se brûler avec l'implication [...] Et moi c'est vraiment plate à dire là... mais je vais vraiment beaucoup moins m'impliquer.

Le discours de plusieurs répondants nous permet de constater que les contraintes à l'intérieur du système de santé et le manque de participation de l'ensemble du groupe médical, outre la pratique quotidienne, peuvent nuire à l'implication des médecins. Contrairement au bénévolat, ce ne sont pas les contraintes d'un organisme qui démotivent les médecins à s'impliquer, mais plutôt les contraintes à l'intérieur du système de santé, soit la charge de travail, le manque de médecin ou le manque d'implication de la part des autres médecins afin de supporter la charge que les membres de la société imposent au corps médical.

Nous avons supposé que le temps constituerait un obstacle à l'implication. Bien que ce facteur n'ait pas toujours été mentionné explicitement comme obstacle à l'implication, il est évident que les circonstances et les événements de la vie qui furent mentionnés diminuent le temps disponible à l'implication. Si les médecins décident de réduire leur implication par fatigue ou par épuisement, c'est probablement en raison du fait qu'ils manquent de temps pour se reposer. Même chose pour certains événements de la vie, par exemple la naissance d'un enfant. Il semble donc que le fait d'avoir le temps de s'impliquer est aussi un facteur décisif quant à la décision de s'engager ou non. Peut-être faut-il également avoir envie de prendre le temps de le faire, comme le laisse entendre la Dre Proulx : « *ce serait difficile de leur [les autres médecins] demander d'ajouter ça en plus de tout le reste [...] Parce que... à moins d'être passionné comme moi je le suis, c'est vrai que tu n'as pas le temps. [...] On est toujours en train de manquer de temps!* » Ainsi, nous pouvons considérer que de façon générale, le temps constitue bel et bien un obstacle important à l'implication des médecins.

Il est intéressant de voir que certains médecins ont réussi à trouver une solution au problème du manque de temps en organisant leur pratique de façon à pouvoir s'impliquer. C'est ce que fait, par exemple, le Dr Gagné qui a choisi un emploi qui fait de lui quelqu'un d'impliqué :

« je considère que le fait de rentrer en santé communautaire, par le fait de mes convictions personnelles, a fait en sorte que ça m'a permis, et ça me permet encore aujourd'hui, de travailler dans quelque chose pour lequel je vois là ce qui peut être mon implication sociale. Parce que je vois qu'on est dans un domaine professionnel qui peut avoir une influence ». Pour d'autres comme la Dre Proulx, la solution sera plutôt d'organiser son emploi du temps de façon à y introduire les implications qui lui tiennent à cœur. Ainsi, en même temps qu'elle voit des patients en clinique et qu'elle enseigne aux résidents, ce qui constitue sa partie « *plus affiliée médicale* », elle consacre aussi du temps à la partie « *beaucoup plus prévention/promotion* » : « *c'est que pour moi, tout ça fait partie de ma semaine, mais dans le cadre de mes fonctions de médecin euh... tout ce qui a rapport à la prévention/promotion, je n'aurais pas besoin de faire ça* ». Elle intègre alors à son horaire de la semaine les activités d'implication qui lui tiennent à cœur.

Nous avons donc vu que la naissance d'un enfant, le décès ou la maladie d'un proche, la fatigue ainsi que le manque de temps constituent des événements ou des circonstances de la vie qui peuvent nuire temporairement à l'implication des médecins. Voyons maintenant ce qui les motive à s'impliquer, et plus particulièrement, ce qui les amène à s'engager d'une manière plutôt que d'une autre.

Dispositions générales à l'implication

Les valeurs : la trame de fond d'une pratique plus engagée

Comme nous l'avions supposé dans le chapitre II, l'ensemble des médecins partagent certaines valeurs qui semblent guider leur pratique. Il a d'abord été possible de relever un fond de valeurs catholiques (l'engagement social, la charité, le don de soi, aider son prochain) chez certains médecins qui ont grandi à une époque où celles-ci étaient plus présentes, soit les années 1930 à 1950. En effet, pour les médecins qui ont plus de 55 ans, s'engager socialement et venir en aide à son prochain semblent aller de soi, et on peut supposer que l'influence qu'a eu la religion sur cette génération y est pour beaucoup. Pour le Dr Loiselle, qui a terminé son cours de médecine alors que l'assurance-maladie n'était pas encore instaurée au Québec, il était hors de question qu'il fasse « *de la médecine privée* » et qu'il ait l'« *obligation de cette relation exécrable d'argent entre ton patient et toi* ». Cette façon de pratiquer la médecine allant contre ses valeurs fondamentales, il décida de pratiquer la médecine en Afrique. Il

explique ici ce qui a guidé une telle décision : « *en 1963, quand j'ai eu fini l'université, on était encore en plein contexte religieux [...] donc ça a certainement marqué l'orientation de plusieurs personnes, et probablement la mienne aussi* ». Ainsi, la religion catholique a eu une influence sur la manière de pratiquer des médecins d'une certaine génération, dans la mesure où elle leur a transmis des valeurs de charité, de don de soi et d'engagement altruiste.

Si ce ne sont pas tous les médecins qui ont été influencés par le contexte religieux de cette époque, tous partagent des valeurs similaires : les valeurs altruistes comme la compassion, le désir d'aider autrui et le don de soi. Cela dit, on ne pourrait pas affirmer que ces valeurs communes ont nécessairement amené les médecins à s'impliquer, comme c'était le cas dans les études réalisées sur le bénévolat. Ces valeurs altruistes apparaissent plutôt comme étant celles qui ont poussé les médecins à vouloir étudier en médecine. En effet, pour la plupart des répondants, c'est le désir de venir en aide et d'être utile qui les a conduits, parfois inconsciemment, à faire une demande d'admission en médecine. C'est ce qu'exprime ici la Dre Fortin : « *pourquoi j'ai choisi d'être en médecine? Ça a été long avant que je choisisse la médecine... Mais j'ai l'impression que c'était vraiment pour le sentiment d'utilité, c'est utile la médecine. Moi je voulais être utile* ». C'est également ce que rapporte la Dre Hamel :

C'est probablement... Un espèce de sentiment de vouloir aider les gens, de vouloir travailler avec les gens, de... je m'imaginai pas faire un travail ou j'aurais été toute seule à mon bureau... tripoter des chiffres par exemple [...] L'espèce de conscience sociale de vouloir travailler dans un domaine qui est signifiant, qui a une certaine valeur pour moi... Pour moi c'est important qu'il y ait une cause derrière ça, quelque chose qui soit perçu comme... utile là, pour les gens, pour la société.

Il faut toutefois noter que chez les médecins dans la trentaine, ce n'est pas nécessairement le désir d'être utile qui les amène à choisir la médecine comme domaine d'étude. C'est surtout le fait qu'ils aient un dossier scolaire remarquable qui les porte naturellement à « essayer » la médecine. Cependant, cela n'exclut pas chez eux les valeurs altruistes que nous avons constatées chez les médecins en général. Bref, les valeurs altruistes constituent une valeur commune à l'ensemble des médecins rencontrés et une motivation fondamentale de leur implication et de leur type de pratique. Toutefois, si la présence de ces valeurs explique peut-être pourquoi la majorité des répondants ont choisi la profession médicale et pourquoi ils l'exercent d'une manière engagée, il faudra aller un peu plus loin dans notre investigation pour comprendre comment ils en sont venus à s'impliquer d'une manière ou d'une autre.

Les préoccupations comme motivations à l'implication

Nous avons constaté que ce sont les préoccupations des médecins qui motivent leur manière de pratiquer la médecine et qui expliquent pourquoi ceux-ci en viennent à s'engager sous plusieurs formes. Bien qu'il ait été possible d'identifier dans notre échantillon un grand nombre de préoccupations qui étaient cohérentes avec la façon dont ils pratiquaient la médecine, nous décrivons ici les plus importantes, ce qui permettra peut-être d'illustrer la logique qui sous-tend le phénomène de l'implication des médecins.

D'abord, les médecins préoccupés par les *inégalités sociales* vont généralement choisir une pratique qui leur permet d'agir directement sur celles-ci. On peut le voir avec ce qu'exprime le Dr Désilet, qui travaille notamment au sein d'organismes communautaires :

On peut être préoccupé de justice sociale et d'inégalités et autres choses, et il y a toute une frange de la population actuellement, fortement en milieu de pauvreté, qui n'a pas accès aux soins pour toutes sortes de raisons [...] Moi résolument, je suis de l'autre côté en me disant, on va essayer d'aller rejoindre les gens et venir en support et en soutien aux gens qui sont des personnes dans le besoin.

Il est pertinent de mentionner que cette préoccupation pour les inégalités sociales ainsi que celle pour la *prévention et la promotion de la santé* sont partagées par la majorité des médecins spécialistes en santé communautaire et par ceux qui œuvrent dans ce domaine. Cela semble cohérent dans la mesure où l'un des mandats de cette spécialité est d'intervenir « *dans l'implantation de programmes d'intervention en santé des populations* » et d'aider « *à la prévention de maladies, de pandémies, d'endémies et autres problématiques pouvant affecter des groupes de personnes*¹⁵ ». À ce sujet, le Dr Gagné explique comment la découverte de cette spécialité a été pour lui une révélation, celle-ci correspondant parfaitement à ces préoccupations :

Et par hasard, au moment où je fais ma demande soit en médecine de famille, soit en spécialité, je réalise qu'il existe une spécialité de santé communautaire, ce que je ne savais pas [...] Tout à coup, je me suis dit wow, c'est ce que je veux faire, c'est ce qui m'intéresse. Pourquoi entre autres? Parce que cette dimension là de santé publique, j'avais le sentiment que je pourrais exercer une médecine extrêmement soucieuse de travailler sur les déterminants environnementaux, donc sur la modification des

¹⁵ Site du Ministère de la Santé et des Services sociaux : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/rsq/index.php?id=49,89,0,0,1,0/> / 20 mars 2010

facteurs qui jouent pour que la personne puisse être davantage capable d'adopter de saines habitudes de vie, de les maintenir... davantage capable d'être dans des conditions de vie, des conditions socioéconomiques qui favorisent la santé, plutôt qu'être dans des conditions qui peuvent aller à l'encontre.

Pour des médecins qui sont plutôt préoccupés par *la qualité et le type d'enseignement* que reçoivent les étudiants en médecine, une part de leur horaire de travail sera consacrée à l'enseignement. Par exemple, le Dr Boisvert enseigne parce que son implication lui permet de transmettre ce qu'il appelle le « *jugement clinique* », qui constitue selon lui la « *contrepartie artistique essentielle au savoir médical* ». La Dre Brassard, pour qui la compassion et la sensibilité aux différences culturelles doivent être inculquées aux futurs médecins, se réserve certains moments pour enseigner et donner des conférences aux étudiants. Bref, les médecins qui sont préoccupés par la transmission d'un savoir ou d'une approche de la médecine qu'ils jugent essentiel s'impliqueront souvent dans l'enseignement. Nous nous demandons d'ailleurs si une préoccupation aussi présente et partagée chez les médecins pour la qualité et le type d'enseignement pourrait provenir du fait que la majorité d'entre eux nous ont révélé avoir été déçus par l'enseignement reçu, surtout en ce qui concerne le cours préclinique qu'ils jugent trop technique et pas assez axé sur la compassion. C'est ce qu'exprime la Dre Brassard ici : « *je pense qu'il manquait la sensibilisation aux différents milieux sociaux, à la misère, la vulnérabilité des gens, à comment on vit à l'étranger [...] et qu'est-ce qu'un médecin peut y faire* ».

Dans un autre ordre d'idées, certains médecins préoccupés par la *désorganisation* d'une institution, d'un organisme ou encore d'une communauté, auront tendance à orienter leur carrière de façon à pouvoir, comme le dit le Dr Buisson, « *organiser le désorganisé* ». Pour ce faire, ces médecins travailleront et s'impliqueront dans la gestion ou la direction d'un organisme, d'une institution, ou choisiront de travailler dans des milieux qui sont particulièrement désorganisés. C'est par exemple cette préoccupation pour la désorganisation qui a amené le Dr Buisson à aller travailler en Basse-Côte-Nord ou encore la Dre Hamel à travailler en santé publique, ce qui lui permet de remédier à cette réalité :

Ce que j'ai découvert en santé publique, je pense que c'est cet élément là d'avoir l'impression d'avoir un impact mais à plus grande échelle. De pouvoir travailler à structurer des projets, à pouvoir réorienter des choses de façon plus globale que d'individu à individu comme dans le cadre d'un entretien médecin-patient. [...] C'est beaucoup d'organiser des choses,

bâtir des projets, de... solliciter des gens à l'adhésion d'un projet. Tu sais, c'est vraiment ça qui m'emballe. Donc..., d'amener de nouvelles idées, d'amener des gens de différents horizons à s'entendre sur des choses à faire, puis ensuite les opérationnaliser pour que ça roule, moi c'est quelque chose qui me « drive » beaucoup.

Suivant la même logique, le Dr Boulianne, pour qui il est primordial d'obtenir des nouveaux équipements afin de pouvoir faire des chirurgies dans les hôpitaux, s'impliquera dans la progression de ce type de projets. Les médecins comme la Dre Sauvé, le Dr Gagné et la Dre Fortin, qui nous révèlent qu'ils ont toujours voulu « *changer le monde* » vont s'impliquer davantage dans la coopération internationale. Les médecins qui sont fortement préoccupés par le fonctionnement du système de santé vont plutôt travailler à offrir une médecine qui correspond à leur façon de voir les choses. Il faut également mentionner que chez les médecins qui ont eu un parcours scolaire atypique, leurs préoccupations sont plus clairement définies au moment où ils entrent en médecine, du fait qu'ils ont plus d'expériences de vie. À ce sujet, le Dr Letendre nous a d'ailleurs confié ceci : « *faut que les jeunes, à mon sens, fassent leur preuve avant d'entrer [en médecine], qu'ils n'arrivent pas juste du cégep avec des grosses notes, ça c'est la pire chose! Ils n'ont pas de vécu, il faut en avoir [...] Il faut qu'on s'enlève de l'idée que la cote est importante* ».

Bref, ce que nous pouvons constater, c'est que l'implication est motivée par les préoccupations propres à chaque médecin. Si, comme nous l'avons souligné plus tôt, les médecins possèdent tous des valeurs altruistes qui les amènent à pratiquer la médecine d'une façon plus humaniste, ce sont les préoccupations qui les conduisent vers un type de pratique plutôt qu'un autre, et vers une implication plutôt qu'une autre. Il faut mentionner également qu'il arrive que ces préoccupations trouvent leur source dans des événements qu'ont vécus les médecins et qui les ont profondément touchés. Ajoutons aussi que les médecins ont tous en commun une préoccupation centrale, soit celle de la santé. À celle-ci s'ajouteront une ou plusieurs autres, qui, comme nous l'avons vu, les disposent à une implication en particulier et en lien avec la santé.

La profession médicale comme pratique intéressée

Outre les préoccupations, il arrive aussi que certains intérêts personnels viennent préciser encore davantage le type de pratique et d'implication des médecins. Par exemple, pour la Dre

Fortin, l'écriture a toujours été une passion : « *moi, c'était plus l'écriture, la diffusion de la nouvelle, j'avais un côté journalistique en moi... Moi je ne suis pas une fille à pancarte, je trouve que le pouvoir des mots de journalisme permet d'orienter l'information* ». Or, la Dre Fortin allie son expertise médicale, sa préoccupation pour les problèmes sociaux à sa passion pour l'écriture et le journalisme en produisant des recherches, en publiant des écrits pour véhiculer et diffuser les informations en matière de santé. Il en va de même pour la Dre Proux dont l'intérêt pour l'activité physique et la communication publique spécifie encore plus la façon dont elle exerce sa profession : elle consacre une part de son temps à faire la promotion de la santé, de saines habitudes de vie à la radio, à la télévision et sur des blogs. C'est également le cas pour le Dr Boulianne, qui pratique en neurochirurgie : « *en deuxième année il y a eu comme un "flash"! On a eu un cours sur les sciences neurologiques... puis bon, le cerveau est devenu comme... wow! Tu sais c'est devenu ma passion à ce moment-là de telle sorte que je me suis dit que ça allait être la neurologie* ». Pour le Dr Boisvert, c'est sa passion pour la nature qui l'amène à travailler en région éloignée : « *je ne pense pas que j'aurais eu accès ou que j'aurais eu ce cheminement là si je n'avais pas déjà été aguerri au monde de la forêt ou de la nature* ». C'est également le cas du Dr Martel qui travaille sur des dossiers en lien avec l'environnement : « *la nature c'est important pour moi! J'aime ça... les animaux, le fleuve [...] c'est quelque chose qui est important pour moi* ». Aussi, le Dr Lapointe qui s'implique beaucoup en enseignement explique qu'il a toujours aimé acquérir des connaissances : « *j'aimais apprendre [...] Je me souviens que je suis allé voir "Jaws" [...] J'étais sorti du cinéma puis j'étais allé à la bibliothèque municipale puis j'avais lu sur les requins pendant trois heures* ». Le Dr Gagné qui pratique en santé publique et qui touche donc à une dimension « sociale » de la médecine mentionne : « *alors que les gens regardaient curieusement les cours d'anthropologie de la santé, moi j'étais en train de "triper" comme ça ne se pouvait pas* ». Le Dr Talbot explique également qu'il s'implique dans la gestion d'une institution en lien avec la santé parce qu'il apprécie avoir une pratique variée, qui va au-delà du rôle de soignant : « *comment j'en suis venu là? Ben moi j'aime ça varier mes approches, j'aime ça faire plein de choses, puis, faire toujours la même chose, ça peut être ennuyant. Je ne me serais pas vu faire toujours la même chose : faire du bureau et voir des patients tout le temps [...] Moi j'aime ça varier* ». Ainsi, pour certains médecins, les intérêts personnels précisent encore davantage l'orientation qu'ils donnent à leur carrière, bien que nous sentons que de façon générale, l'importance de ces intérêts soit moins fondamentale que celle des préoccupations.

Finalement, tout comme les bénévoles, les médecins font montre de certaines dispositions à l'implication : ils ont en effet des valeurs, des préoccupations et des intérêts qui les motivent à l'implication. Nous supposons qu'un médecin non-engagé ne partagerait pas les valeurs et les préoccupations relevées chez les médecins rencontrés. En réalité, le discours de certains de nos répondants nous amène à croire qu'un médecin non-engagé pourrait par exemple être préoccupé et intéressé par autres choses, voire le salaire et le prestige liés à la profession. Un médecin nous relate par exemple qu'il existe « *des médecins qui se gonflent la tête dans la formation et développe un rapport « distorsionné » avec l'argent, et donc ils s'impliquent moins... pratiquent de façon plus individualiste* ». D'autres soulignent que certains médecins n'ont simplement pas de préoccupations apparentes, et qu'ils exercent donc leur profession d'une manière plutôt typique : ils font ce qui est attendu d'eux, ni plus, ni moins. C'est ce que confie ici un des médecins : « *en médecine, il y en a de tous les genres, [...] il y a des gens qui, au contraire, sont plus dans leurs petites affaires, qui aiment plus faire d'autres choses [que la médecine], [...] moi je ne pense pas que tous les médecins devraient être impliqués, des médecins qui font du huit à cinq, c'est tout à fait raisonnable, s'ils le font bien, ce n'est pas un problème* ».

Pour en revenir aux médecins engagés, il ne semble pas y avoir, dans l'ensemble des cas, un modèle dans leur entourage qui a pu les inciter à s'engager. Nous n'avons pas non plus cerné de moments précis où la sollicitation soit le facteur déterminant qui les amène à s'engager. C'est plutôt la formation médicale en elle-même ainsi que leur intégration au sein du corps médical qui agit dans le sens d'une sollicitation. Aussi, dans le cas des médecins que nous avons rencontrés, l'implication semble aller de soi. La question n'est donc pas de savoir s'ils vont s'impliquer, mais de comprendre pourquoi ils le font d'une manière plutôt que d'une autre et avec quelle intensité. Il importe également de souligner que l'implication, définie au chapitre précédent comme une pratique choisie et personnelle, demeure néanmoins une activité de groupe dans la mesure où on ne la commence que lorsqu'on est admis dans la profession, que les sollicitations et les opportunités se présentent exclusivement aux membres d'un corps médical désigné comme responsables de jouer certains rôles, et que le refus de s'impliquer de certains est ressenti comme un fardeau par les autres. Les constats de ce chapitre suggèrent donc que l'implication ne dépend pas seulement de l'individu, mais également de l'état de la société et de l'activité du corps médical qui peuvent mobiliser ses membres ou les décourager. Quoi qu'il en soit, il demeure évident que les valeurs, les préoccupations et les intérêts y sont pour quelque chose, mais n'y a-t-il pas un élément plus

central chez tous les médecins qui nous permettrait de mieux comprendre le phénomène de l'implication chez ceux-ci? C'est ce que nous allons tenter d'approfondir dans le chapitre suivant sur la représentation qu'ont les médecins de la pratique de la profession médicale.

CHAPITRE VII : REPRÉSENTATION DE LA PROFESSION MÉDICALE ET DE L'IMPLICATION DES MÉDECINS

Dans le chapitre V, nous avons vu que les médecins, du fait qu'ils exercent une profession libérale, peuvent s'impliquer d'une multitude de façons. Nous avons aussi révélé que ce sont leurs valeurs, leurs préoccupations et leurs intérêts qui les motivent et les disposent à certains types d'implication en particulier. Cette section vise à expliquer plus en profondeur le lien qui existe entre les représentations qu'ont les médecins de la profession médicale et leur manière de pratiquer la médecine et de s'y impliquer. Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre II, leur représentation de la médecine comporte un « noyau » (SÉCA, 2001) qui est commun à l'ensemble des médecins. Il existe également des éléments périphériques moins généraux qui viennent préciser la vision que les médecins peuvent avoir de la médecine et de la façon de la pratiquer et de s'y impliquer. Dans ce chapitre, nous exposons ce que nos entrevues nous ont appris sur les éléments qui composent les représentations des médecins. Nous dégagons d'abord les éléments du noyau, pour ensuite examiner comment leur représentation de la pratique médicale s'est construite et comment elle s'est éventuellement concrétisée avec le temps.

Vision commune de la profession médicale

Comme nous l'avons souligné plus haut, la représentation actuelle des médecins présente des éléments qui forment un noyau commun à tous. Ces éléments de représentation correspondent en partie à la définition de base du rôle du médecin que nous avons proposée dans le chapitre I, soit un individu qui possède un savoir spécialisé dans le domaine des sciences et qui s'engage à l'utiliser afin de maintenir la santé des individus qui composent la société et de donner son avis à la population sur des questions relatives à son domaine d'expertise. Tous les médecins ont intégré à leur représentation de la profession ces éléments fondamentaux. Le Dr. Buisson nous le résume très bien : « *c'est une profession qui ralliait les défis scientifiques et les défis humains. C'est une profession d'aide... d'aide à tes pairs, à tes frères humains qui sont en souffrance* ». Ce passage met en évidence deux éléments essentiels de la médecine : la science et les soins. Pour les médecins rencontrés, il s'agit en réalité de mettre à profit ces deux éléments en vue de venir en aide aux autres et d'apaiser les malades face à leur souffrance et leurs inquiétudes : la médecine est donc une profession qui se caractérise par son

esprit d'humanité, de bonté et de compassion. Cet élément s'ajoute alors à la définition de base de la médecine donnée plus haut.

Nous venons de dire que la médecine est une profession qui se base d'abord sur la *science médicale*. Il s'agit d'un savoir essentiel puisque c'est cette première dimension qui permet aux médecins de pratiquer leur profession et de venir en aide aux autres, comme l'explique le Dr Désilet :

Pour être médecin il faut un bon niveau de connaissance [...] il faut le garder à jour [...], mais c'est juste le fondement, le ciment qui vous permet de monter votre mur de compétences, mais nous sommes dans un contexte humanitaire où on est encore une fois face à des gens qui sont en souffrance.

Dans le même ordre d'idées, le Dr Bergeron révèle que c'est la nécessité d'acquérir cette base scientifique qui l'a poussé vers la médecine : « *je me suis rendu compte que j'avais besoin de plus que... que ce que j'avais d'étude si je voulais vraiment aider les gens* ». Le Dr Buisson ajoute : « *il y a le volet scientifique où tu as besoin d'acquérir des notions dans une trentaine de sciences de base, et c'est aussi une science clinique très centrée sur la relation d'aide* ».

En effet, *les soins apportés aux gens souffrants* prennent aussi une place importante, car c'est l'objectif central véhiculé à l'intérieur de la culture médicale. Comme nous le verrons plus loin, certains médecins visent d'autres objectifs que celui de soigner la population. Nous démontrerons par exemple qu'une part des médecins en santé communautaire poursuivent des objectifs tels prévenir les problèmes de santé ou réduire les inégalités. Il demeure tout de même qu'ils sont tous d'accord avec le fait que le rôle du médecin, à la base, est celui d'apporter des soins. C'est ce qu'affirme la Dre Hamel, médecin spécialiste en santé communautaire : « *le médecin doit être en mesure de comprendre la demande des gens qu'il rencontre, qu'il consulte, en mesure de préciser les étapes subséquentes pour être capable de tenter de corriger le problème [...] puis tout ça dans un contexte où il y a un accueil, un contexte et une stratégie négociée avec la personne* ». Le Dr Boisvert spécifie :

C'est une job extraordinaire à certains points de vue, réellement, c'est une job de soignant là... mais en même temps, c'est un rapport qui est perpétuel à la souffrance, à la misère puis à la mort. Il y en a qui sont superbement bien faits pour faire ça [...] qui sont des nurses dans l'âme [...] puis eux-

autres, ce qu'ils aiment dans la vie, c'est recevoir du monde malade, les panser, les diagnostiquer, les porter, les transporter.

Nous voyons donc qu'en s'appuyant sur leur expertise, les médecins peuvent apporter des soins, ce qui aidera les patients à mieux comprendre leur état de santé et à trouver des solutions pour l'améliorer si nécessaire. Les actions posées par le médecin seront également cohérentes avec un *principe de bonté universelle, d'aide et de compassion*, ce qui n'était pas mentionné dans la définition de base de la profession médicale. Les médecins ont donc une représentation commune de leur rôle qui est plus complète que la définition qu'en avaient donnée Parsons, Thiel et Lemieux.

À ces premiers éléments de représentation s'ajoute également *la vocation*, qui est présente chez la majorité des médecins. Le Dr Gagné explique : « *je suis convaincu qu'un paquet de collègues arrivaient avec ce côté vocation [...] c'est un fait qu'historiquement la dimension médicale était décrite comme une vocation* ». Le Dr Lapointe précise que la profession médicale devrait être perçue comme une vocation pour ceux qui y entrent, parce que « *c'est un appel la médecine. C'est un appel que font les gens souffrants pour qu'on s'occupe d'eux* ». Il importe toutefois de souligner que le côté vocation de la médecine est plus explicite chez les médecins de 55 ans et plus, comme nous pouvons le voir par exemple chez le Dr Loiselle ainsi que chez le Dr Désilet :

La médecine était un deuxième sacerdoce [...] si tu ne pouvais pas être prêtre, t'allais en médecine. (Dr Loiselle)

Le Québec m'a formé comme médecin, j'ai un devoir de retour que je fais volontiers. C'est comme naturel... c'est comme une vocation pour moi d'aller dans le sens de ce rôle là [...] moi je fais partie de la génération des 50 ans passés. Je fais partie de la génération de médecins pour qui les horaires n'existaient pas, les samedis et dimanches, ça n'existait pas. (Dr Désilet)

Dans le cas des médecins de moins de 55 ans, l'élément vocationnel, voire « quasi religieux », semble prendre un autre sens. En effet, si les plus jeunes ne sentent pas que la médecine soit une vocation pour eux, ils démontrent tout de même clairement un dévouement à la pratique médicale et un sentiment de devoir envers la société. Le Dr Talbot explique : « *étant donné le privilège qu'on a... Parce que quand tu es médecin, t'as un privilège là : on a un salaire payé par tout le monde, ça c'est incroyable là... alors le médecin a un rôle social envers les gens... il a un rôle social parce que tout ce qu'il fait est dû à la population* ». Alors, si pour les

jeunes médecins la médecine ne prend pas la forme d'un « appel » comme le soulignaient les médecins plus âgés, elle implique quand même un dévouement envers la pratique et la collectivité une fois qu'ils y sont entrés. L'élément « vocationnel » est alors encore présent chez les jeunes médecins, bien que ces derniers ne le mentionnent pas explicitement.

Aussi, les médecins s'entendent généralement pour dire que la médecine représente déjà *une implication en soi*, du fait que le médecin se voue au maintien de la santé des individus. Il prend en charge les souffrances et les inquiétudes des individus qui se fient sur eux lorsqu'il est question de leur santé, et dans certain cas, de leur vie. Selon le Dr Bergeron, « *le fait d'être médecin implique nécessairement des implications [...] Ne serait-ce que les contacts fréquents avec la maladie, avec la mort, la détresse [...] Donc c'est sûr que quelque part ton implication c'est quelque chose qui reste qui est toujours là* ». C'est également ce qu'exprime la Dre Proulx dans ce passage :

La pratique en-soi, c'est clair que c'est une grosse implication, parce qu'émotionnellement, tu vis toutes sortes d'affaires [...] Tu vas perdre un enfant, tu vas perdre un patient... Je trouve que c'est une grosse implication, mais c'est aussi d'accepter de vivre avec la souffrance humaine. [...] Aussi, quand tu as fini d'étudier, tu n'as jamais fini : il faut toujours que tu te gardes à jour. Tu ne peux pas ne pas être à jour. Ça aussi c'est une grosse implication.

Ainsi, pour l'ensemble des médecins, la profession médicale implique à la base une part d'engagement. Ceci semble d'ailleurs cohérent avec le fait que plusieurs ont une représentation vocationnelle (ou de dévouement) de la profession médicale. Comme nous l'avions souligné dans le chapitre II, si les médecins perçoivent la médecine comme une vocation et qu'ils la pratiquent de cette manière, il va de soi que leur pratique constitue une implication pour eux, puisqu'ils y sont dévoués. C'est probablement en ce sens que les médecins sentent généralement que leur profession constitue en elle-même une implication, un engagement social. Un médecin qui se représente la médecine comme une implication ou comme une « vocation » exercera sa profession de manière plus engagée.

Enfin, le dernier élément du noyau de la représentation de la profession médicale est *l'importance du travail d'équipe*. L'ensemble des médecins ont souligné l'importance de travailler avec d'autres médecins, avec les infirmières, et avec d'autres professionnels, voire

des intervenants, des travailleurs sociaux, des sociologues, des anthropologues, etc. C'est ce que nous rapporte la Dre Demers :

Pour prendre en compte tous les facteurs d'un patient, il faut travailler en équipe, se consulter... un médecin seul en clinique ne peut pas faire cela [...] Je pense que l'avenir de la médecine va être de peut-être travailler pas tout seul, mais avec d'autres personnes pour bénéficier de l'ouverture de l'autre personne qui aide sur certains points que le médecin ne peut pas aider.

Le Dr Boisvert, qui travaille à l'occasion en région éloignée, partage aussi cette vision du travail d'équipe :

Comme moi, je suis là pour supporter le personnel infirmier, parce que parfois il y a des infirmières seules dans les dispensaires. Quand il y a un gros cas la nuit, elles m'appellent moi qui est à 5 kilomètres, tout se règle par téléphone, puis s'il y a des problèmes trop graves, on envoie un avion chercher les patients, on peut envoyer l'avion ambulance. C'est le type de travail de la médecine générale dans le Nord. C'est plus un travail-conseil.

Les connaissances scientifiques, les soins, la bonté et la compassion universelle pour l'être humain, l'apaisement du patient face à son état de santé et sa souffrance, le travail d'équipe et la vocation (ou dévouement à la profession) constituent donc le noyau de la représentation de la profession médicale chez les médecins impliqués. En outre, la pratique médicale comporte plusieurs éléments qui vont au-delà du simple fait d'offrir des soins de santé. Pour les médecins engagés, la profession médicale n'est pas perçue comme un simple travail que l'on exécute en échange d'un salaire. Il s'agit d'un engagement intense au sein de leur profession afin d'assurer le bien-être des individus qui requièrent leur attention. A l'inverse, un médecin non-impliqué n'aura probablement pas cette vision de la pratique médicale. Il n'aura pas intégré l'élément vocationnel de la pratique et la vision que la médecine constitue en elle-même une implication. Sa représentation sera alors plus près de la définition donnée par Parsons, Thiel et Lemieux. Quoi qu'il en soit, à la représentation d'ensemble des médecins rencontrés s'ajoutent des éléments périphériques, qui nous permettent de distinguer des manières de voir et de penser la médecine. Dans la prochaine section, nous retracerons le parcours des médecins afin de dégager ces éléments périphériques et d'examiner comment ceux-ci sont cohérents avec différents types de pratique et d'implication.

Représentation de la profession médicale avant les études en médecine

Avant d'entrer en médecine, la majorité des médecins avaient une représentation relativement simple de la pratique médicale. Par relativement simple, nous entendons qu'ils voyaient le médecin comme une personne qui apaise la souffrance, qui soigne et qui s'occupe des gens malades. Le Dr Boulianne estimait que « *c'était quelqu'un de gentil qui soignait les bobos et qui guérissait le monde, qui enlève la douleur et la souffrance. C'était une bonne personne qui aidait les autres* ». Cette représentation de la médecine est d'ailleurs un élément important dans le choix de la médecine comme domaine professionnel. Comme nous l'avons souligné dans le chapitre V, le choix de la médecine est généralement motivé par les valeurs altruistes, soit l'entraide, la charité, le désir d'aider leur prochain et de soigner les gens, ce qui est cohérent avec la représentation que les médecins ont de la médecine à ce moment. La médecine est donc le moyen qu'ils ont choisi pour exprimer leurs valeurs, car même sans avoir une représentation élaborée de la pratique médicale, les médecins savaient qu'il s'agissait d'une profession permettant de venir en aide aux autres. Cela dit, l'apprentissage et l'exercice de la profession ont contribué à nuancer et différencier leur vision des choses.

Représentation de la profession médicale pendant les études en médecine

Nous remarquons que pendant le préexternat, la plupart des médecins tendent à découvrir ce qui les intéresse le plus et le moins dans la profession médicale. Plus de la moitié des médecins ont témoigné qu'ils n'avaient pas apprécié l'imposante masse de connaissances théoriques du cours de médecine, et qu'ils auraient apprécié qu'il y ait un côté plus « humain » à l'apprentissage de leur profession. C'est surtout le cas des médecins qui ont 50 ans ou plus. La Dre Sauvé explique :

C'était une absence de sens! Quand tu te retrouves à trois cent assis sur une chaise, pas beaucoup d'interaction avec le professeur en avant [...] le cours que j'ai suivi avant d'aller en clinique n'était pas du tout compatible avec un tas d'habiletés requises pour bien composer avec le métier de médecin. Dans le sens où [...] c'est sûr que tu es obligé comme étudiant en médecine de faire le plein de connaissances, il faut que tu utilises ta mémoire de façon très importante, mais c'était très mécanique, sans les interactions des étudiants entre eux.

Le Dr Martel ajoute que « *la médecine, c'est beaucoup de par cœur, c'est peu de compréhension. Au niveau du cours initial... c'est un peu blasant dans ce sens là. Tu es obligé de te bourrer le crâne et de régurgiter dans les examens. Faire un cours de médecine, ça demande de la mémoire* ». Néanmoins, les médecins de ce groupe d'âge ont mentionné qu'ils estimaient que la formation médicale s'était améliorée depuis l'époque où ils ont suivi leur cours de médecine. D'un autre côté, quelques médecins ont rapporté avoir apprécié le côté théorique du préexternat. Dans le cas du Dr Lapointe, il révèle qu'avec ses amis, « *on faisait les petites cinq minutes. C'est que tous les trois, on disposait de cinq minutes seulement pour résumer aux autres ce qu'on avait appris dans la soirée. Puis ça, c'est se créer, nous-mêmes, une façon stimulante et amusante d'apprendre* ». Le Dr Talbot, qui a toujours eu de la facilité et du plaisir à acquérir de nouvelles connaissances, affirme également avoir apprécié le préexternat : « *moi je n'ai pas trouvé ça si difficile que ça. Même que ça a été très amusant. J'ai eu beaucoup de plaisir, je me suis fait plein d'amis tout le temps [...] j'ai... j'ai bien aimé cette période là* ». Le préexternat constitue donc un moment de la formation médicale qui est principalement centré sur l'apprentissage théorique de la médecine. Si certains ont réalisé qu'ils appréciaient moins le côté théorique et scientifique de la médecine, cette première partie de la formation médicale a néanmoins peu d'impact sur la représentation de la profession médicale chez les étudiants. C'est ce que relate le Dr Talbot, lorsqu'on lui demande si sa vision de la médecine a évolué depuis les premières années de ses études en médecine :

Dans les premières années d'université en médecine, à l'époque, les trois premières années on n'était qu'à l'Université et on n'allait même pas dans les hôpitaux là. Donc... c'est sûr que ça [sa représentation de la profession] a changé depuis [...] Moi, c'est depuis que je suis en résidence que j'ai peut-être cette vision là... Quand t'es confronté à la maladie et que t'es confronté à la mort et tout ça... je pense que tu te remets en question beaucoup et tu te poses des questions...

C'est donc à l'externat et à la résidence, moment où les médecins sont placés dans un contexte de pratique réelle, que la représentation des médecins se précise et évolue davantage. En effet, pour l'ensemble des médecins, leurs expériences dans divers milieux pendant ces périodes leur ont permis de construire une conception plus juste et plus claire de la pratique médicale. Comme le mentionne le Dr Boulianne à propos de ses stages en chirurgie : « *j'ai aimé le domaine chirurgical où il y avait de l'action, c'était super actif... les urgences, c'était du travail manuel* ». C'est à ce moment que plusieurs médecins ont pu prendre conscience des

milieux et des aspects de la médecine qu'ils apprécient ou au contraire, qu'ils n'apprécient pas. C'est ce que nous confie la Dre Hamel : *« beaucoup de mes collègues ont ça à cœur, la relation médecin-patient, de changer le monde, de faire de la coopération internationale, tu sais, c'est très présent. Et malheureusement, souvent le modèle dans lequel on nous met quand on arrive en stage... quand on arrive plus particulièrement en milieu hospitalier, ça... fait disparaître souvent cette flamme là »*. Certains médecins généralistes nous ont révélé la même chose au sujet du milieu hospitalier. Il s'agit donc d'un passage où les médecins démystifient le monde médical et commencent à prendre conscience de ce qu'impliquent la pratique médicale et ses différents milieux et types de pratique. Pour certains, comme le Dr Boulianne, le Dr Lapointe, le Dr Talbot et le Dr Letendre, leurs expériences dans les milieux connexes à leurs spécialités respectives leur ont permis de confirmer le choix de leur pratique. Pour les autres qui ont fait leur résidence de médecine générale, c'est un premier vrai contact avec divers milieux, par exemple les hôpitaux, les CLSC, les unités de médecine familiale... Cela dit, c'est finalement au début de la carrière médicale que les médecins commencent à se situer réellement, à trouver leur place dans le monde médical et que leur représentation de la médecine se concrétise en actes.

En effet, une fois qu'ils ont entamé leur carrière, leur représentation de la médecine s'éclaircit par rapport à celle entretenue pendant leurs études. Leur image de la médecine se précise au cours de leur carrière, et ce, à la suite des expériences qu'ils ont vécues pendant leurs années de pratique. Comme le précise la Dre Sauvé : *« mon regard sur la santé, sur le système de santé, la maladie a été beaucoup coloré par mes expériences de santé internationale parce que ça relativise beaucoup »*.

Le Dr Letendre nous a exprimé la même chose lorsque nous lui avons demandé des précisions sur le type de pratique et d'approche qu'il mettait en œuvre dans un centre de pédiatrie sociale.

Une pratique intense, avec des enfants qui ont de gros besoins. Puis, tu sais, ça s'est précisé là. Au début, tu as l'intuition que c'est ça que tu veux, mais il faut préciser. Puis à la longue, avec des expérimentations diverses [...], ça t'aide à formater. Tu as l'idée de base, puis tu ajoutes des couches à partir d'expérimentations.

Il nous a également confié que ce sont entre autres ses expériences de voyage dans certaines communautés éloignées qui l'ont amené à avoir une idée aussi claire de ce qu'il voulait faire

en tant que médecin. Ce sont donc leurs expériences, par exemple leurs cours, leurs rencontres de modèles, les événements qu'ils vivent, leurs implications, qui ont permis aux médecins d'avoir une représentation de plus en plus élaborée par rapport à celle qu'ils entretenaient au départ. Voyons maintenant en quoi consistent les éléments périphériques de leur représentation qui viennent s'ajouter au noyau commun à tous.

Différentes manières de voir et de pratiquer la profession médicale

En analysant les discours de nos répondants, nous avons pu dégager quatre éléments périphériques dans la représentation que les médecins peuvent avoir de la profession médicale. Les deux premiers éléments que nous présentons dans cette section ont déjà été soulignés dans le noyau commun aux médecins : il s'agit de la *relation humaine* et de la *science médicale*. Bien que ces deux aspects de la médecine soient intégrés dans la représentation de l'ensemble des répondants, nous remarquons que chaque médecin tend à insister davantage sur l'un ou sur l'autre. Nous décrivons donc d'abord chacun de ces deux éléments périphériques, puis nous démontrons comment ceux-ci sont cohérents avec les particularités des pratiques des médecins qui les valorisent davantage. Nous nous attardons enfin à deux autres éléments périphériques de la représentation qu'ont les médecins de leur profession : la *pratique orientée vers l'individu* et la *pratique tournée vers la société*.

Axe 1 : Pôle relation humaine versus pôle science médicale

Le premier élément périphérique est celui que nous appellerons l'élément « *relation humaine* ». Nous entendons par le terme « relation humaine » le fait de se soucier du patient dans son ensemble, dans sa globalité : on s'intéressera alors non seulement à ses besoins physiques, mais on portera une grande attention à ses émotions, au milieu dans lequel il vit, à ses habitudes de vie, etc. L'aspect « relation humaine » comporte aussi une part de prévention des troubles de la santé auprès des patients, plutôt que de ne concentrer son énergie que sur le traitement de leurs problèmes de santé. En un mot, il s'agit d'une approche où le médecin cherche non seulement dans la science médicale, mais aussi dans la biographie et la sociographie de l'individu pour comprendre le problème et définir la solution qui lui convient. La Dre Sauvé, qui a travaillé comme médecin de famille pendant quelques années avant de

faire sa spécialité en santé communautaire, résume bien dans ce passage ce qu'implique ce premier élément périphérique de sa représentation de la médecine :

C'est des gens, même si tu ne les revois pas souvent, c'est des gens dont tu connais l'histoire. C'est des gens, dans ton questionnaire, tu dois t'intéresser à d'où ils viennent, qu'est-ce qu'ils font, dans quel contexte de vie ils sont, quelles sont leurs habitudes de vie, c'est qu'est-ce qu'il se passe au niveau des enfants, de la famille, tu es comme obligé d'avoir une vision très globale. Ce qui fait que, quand tu vois quelqu'un que tu as vu l'année d'avant, là tu t'assoies et tu regardes le trauma dans le dossier et tu sais tout ce qu'elle est cette personne là, et tu construis à partir de ça. [...] Je trouve que la médecine générale se distingue par rapport à ça.

Il faut ajouter qu'il s'agit aussi d'être présent pour les individus. C'est ce que signale le Dr Letendre, qui travaille dans un centre de pédiatrie sociale dont l'objectif est de combler tous les besoins des enfants :

Le modèle [du centre où il exerce sa pratique] s'est construit sur des concepts comme ça. Des concepts d'approches réseaux, d'approches globales, bien sûr. Et ça finit par... L'idée c'était de créer autour des enfants tout un système qui permet de toujours être présent quand ils en ont besoin, s'assurer qu'ils ne manquent de rien... c'était ça qu'on... C'est à ça qu'on est pas mal arrivé.

Parallèlement, l'aspect « relation humaine » implique que le médecin consacre du temps à son patient pour pouvoir l'écouter, et qu'il lui témoigne de la compassion. Cet élément est bien exprimé par la Dre Demers, qui a toujours apprécié pratiquer la médecine auprès de personnes âgées : « moi c'était vraiment d'aider le monde, mais je pense que le besoin de contact... c'est ce que j'aimais beaucoup avec les gens âgés [...] je pouvais prendre le temps, le temps de les écouter [...], j'ai toujours accordé beaucoup d'importance à écouter la personne ». Bref, le côté « relation humaine » de la médecine, c'est d'avoir de la considération et de la compassion pour son patient. C'est aussi de prendre en compte tous les aspects qui peuvent influencer son bien-être, et de mettre à sa disposition tout ce dont il a besoin pour le maintien de celui-ci.

L'élément périphérique « science médicale » correspond plutôt au côté technique de la médecine, c'est-à-dire à une connaissance plus spécialisée et plus poussée des méthodes de traitement des maladies et du fonctionnement du corps humain. Par exemple, ceci fait référence aux faits de savoir prescrire un médicament pour un problème de santé précis, de

perfectionner sa dextérité pour pouvoir opérer ou son savoir sur le fonctionnement d'une partie du corps, ou encore de connaître les équipements permettant de faire une chirurgie particulière. Il s'agit, finalement, de l'expertise poussée qui permet de soigner, de comprendre et de traiter les problèmes de santé particuliers des individus. Le Dr Boulianne, spécialiste en neurochirurgie, illustre bien dans ce passage ce que représente l'aspect « science médicale » de la médecine :

Cette sur-spécialité là te permet d'aller éventuellement... tu vas juste à des congrès de ton domaine, tu deviens super pointu dans un domaine de la neurochirurgie. Et la neurochirurgie est probablement l'une des disciplines chirurgicales, des spécialités qui a le plus évolué récemment depuis les quinze dernières années. C'est à cause de la haute technologie, toute l'information, toutes les reconstructions tridimensionnelles du cerveau, tout ce qui est système de navigation pour opérer, toute l'imagerie du cerveau [...] que la neurochirurgie a beaucoup évolué.

Comme nous l'avons dit plus tôt, la science médicale et la relation humaine sont deux éléments essentiels à la pratique médicale pour l'ensemble des médecins : pour exercer la profession, il faut savoir faire appel à ces deux éléments à la fois. Cela dit, nous remarquons que chaque médecin accorde une plus grande importance à un aspect plutôt qu'un autre, ce qui se reflète autant dans leurs discours que dans leur manière de pratiquer. D'abord, les médecins qui, dans leur représentation de la médecine, insistent davantage sur la relation humaine pratiquent dans des milieux où il leur est possible d'adopter une telle approche. Les médecins de famille, dont le mandat est justement « d'être spécialiste de toute la personne » (Dre Brassard), partagent tous cet élément périphérique de la médecine. La Dre Proulx exprime d'ailleurs ici comment les relations humaines doivent être la préoccupation principale d'un médecin qui travaille en clinique familiale, par exemple :

La première chose à faire pour être médecin, c'est aimer suivre des patients. Moi je trouve ça primordial [...] Il faut aimer travailler en relation humaine, et ensuite il faut avoir la préoccupation pour tout mettre en œuvre pour que le patient reste en santé le plus longtemps possible.

L'aspect « relation humaine » de la médecine comme élément périphérique de la représentation de la profession n'est cependant pas spécifique à la médecine familiale : nous avons également retrouvé des médecins spécialistes qui tendent à donner beaucoup d'importance à la relation humaine. Ce seront toutefois des médecins dont les particularités de la spécialité leur permettent de pratiquer de façon à accorder une attention plus particulière

aux besoins globaux du patient. Par exemple, le Dr Letendre exprime clairement l'importance de cet aspect dans l'orientation qu'il a donnée à sa spécialité en pédiatrie sociale :

Comme nous [l'équipe du centre de pédiatrie qu'il a mis sur pied] [...], les besoins physiques finalement... sont une petite partie de la pratique. Nous, la plus grosse partie, c'est les souffrances des enfants, ce qui touche à la santé physique, mais qui touche au développement, au comportement, adaptation, même la santé mentale... [...] C'est une technique très très proximale là. Il faut vraiment que tu sois proche, il faut toucher au monde, il faut les prendre. C'est très très proximal.

Le Dr Lapointe, spécialiste en néphrologie, pratique également une spécialité à l'intérieur de laquelle le contact humain peut prendre une place importante au côté d'un aspect plus technique qui l'intéresse. L'équilibre qu'il peut atteindre entre ces deux pôles constitue d'ailleurs une des raisons pour lesquelles il a choisi cette spécialité : « *c'est intéressant la néphrologie. C'est un domaine de la médecine... quand on est dedans, qui se comprend très bien, mieux que d'autres domaines. Et puis... quand les patients sont malades, quand les reins ne marchent plus du tout, on est capable de les aider avec les machines de dialyse, les transplantations de rein...* » C'est également ce qu'affirme le Dr Talbot, spécialiste en médecine interne qui a la chance de « *gérer ces deux côtés* » dans l'exercice de sa spécialité.

En un mot, les médecins qui valorisent particulièrement le côté « relation humaine » de la médecine se tournent vers un type de pratique qui leur permet de mettre en valeur cette dimension qu'ils jugent essentielle.

Le Dr Boulianne et le Dr Talbot, qui sont probablement les médecins possédant le savoir médical le plus spécialisé dans notre échantillon, sont les seuls à avoir insisté sur l'importance de l'aspect technique. Bien qu'ils ne nient aucunement la valeur du côté humain de la médecine, leur discours porte davantage sur le savoir de la science, ce qui est cohérent avec les besoins et les réalités de leur type de pratique. Le Dr Boulianne souligne notamment l'importance de s'assurer, dès l'externat, de voir le plus de chirurgies possible : « *si tu veux être capable d'opérer seul un jour, plus tu vas avoir vu de cas, de cas difficiles autant que faciles, plus tu vas être prêt à faire face à n'importe quoi* ». Il exprime également sa préoccupation vis-à-vis des problèmes auxquels les spécialistes sont confrontés en ce qui a trait au développement et au progrès technique :

Dans les hôpitaux, un médecin qui amène une nouvelle technique, ou qui amène de nouveaux patients coûte cher à l'hôpital. Or, les hôpitaux doivent boucler un budget, arriver dans leur budget, alors toutes dépenses supplémentaires, bien ils sont contres. Nos directions d'hôpitaux maintenant ne sont pas pour le développement, ils sont anti-développement. Le ministère leur donne un budget, ils doivent arriver avec ce budget, et s'ils arrivent avec ce budget, bien ils ont des bonus. Ils ne peuvent pas permettre du développement. [...] Et quand tu arrives avec un projet de développement, c'est tellement long l'évolution du dossier que tu abandonnes.

Il ajoute plus loin :

Tu vas dans les congrès, tu vois ce qui se fait ailleurs sur la planète, tu vois les nouvelles techniques, les nouveaux appareils, et là tu reviens chez vous, et tu dis « bon, nous on n'a pas ça, ça nous prendrait ça. » Et là tu pars le dossier. Comme là, on a un appareil, un bras robotisé qui donne de la radiothérapie [...] Alors là, j'ai parti le dossier à l'hôpital, mais ça va prendre 3 ans, 4 ans avant que ce soit acheté là. C'est ça qui est déprimant, c'est que ça fait déjà quelques années que c'est sorti ailleurs. [...]

Pour ce qui est du Dr Talbot, nous notons également chez lui une préoccupation et un intérêt marqué pour le côté qu'il dit « *intellectuel* » de la médecine. Ayant toujours aimé apprendre, il a d'ailleurs choisi une spécialité qui nécessite une haute spécialisation et une connaissance poussée de la science médicale : « *en médecine interne, on est très intellectuel dans notre approche, dans le sens qu'on aime ça essayer de trouver des liens entre plusieurs maladies pour expliquer l'ensemble du tableau. [...] Donc on s'occupe des maladies rares, très très compliquées [...] Il faut savoir beaucoup de choses, il faut toujours se mettre à jour [...] c'est la plus belle spécialité la médecine interne! (rires)* » L'importance et l'intérêt qu'il porte aux connaissances scientifiques de la médecine sont donc cohérents avec le type de pratique qu'il exerce, celui-ci lui demandant de faire appel à son savoir scientifique.

Nous voyons que l'importance que prend le côté « science médicale » dans la représentation de ces deux médecins est nécessairement liée au fait qu'ils pratiquent une médecine hautement spécialisée, qui s'attaque à des maladies et des problèmes de santé très particuliers. Cela ne signifie pas nécessairement que l'aspect humain ne prend pas une place dans leur pratique, mais que la réalité de leur spécialité suppose une approche qui se base davantage sur la recherche, les connaissances scientifiques et la technologie : pour pouvoir opérer, faire avancer les choses dans leur domaine d'expertise ou encore poser un diagnostic

précis, ces médecins doivent nécessairement penser au fonctionnement du corps humain et au progrès technique et scientifique de leur domaine de spécialisation. Il en irait probablement de même pour d'autres médecins qui possèdent aussi une expertise hautement spécialisée.

Nous avons expliqué jusqu'à maintenant que les médecins valorisent davantage un aspect de la médecine plutôt que l'autre, ce qui sera cohérent avec les particularités de leur type de pratique. Nous notons également une tendance particulière chez les médecins qui priorisent le côté « relation humaine » de la médecine : non seulement ils privilégient cet aspect de la médecine, mais ils l'opposent au côté « science médicale », qui pour plusieurs prend une place trop importante dans la pratique médicale. Le Dr Lapointe l'exprime ici très bien :

Je pense qu'il y avait peut-être une chose qui n'était pas assez développée, pas assez développé en médecine, je ne dis pas que c'est absent c'est... Je pense que ça l'est un peu plus, c'est l'aspect compassion. Je pense que c'est comme réservé à certaines branches de la médecine, mais ça ne devrait pas l'être, ça devrait faire partie de la profession médicale pour tous les médecins. On a mis l'accent sur la technologie, sur les médicaments, la technique de la médecine, ce qui n'est pas mauvais... mais on a délaissé un peu cet aspect là [compassion]...

Comme nous l'avons souligné plus tôt, le Dr Boisvert exprime lui aussi cette opposition entre la partie technique et la « *contrepartie artistique* » ou le « *jugement clinique* », qui fait référence à la capacité du médecin de comprendre le patient dans son ensemble et de faire preuve de jugement lorsqu'il se trouve devant lui :

L'évolution puis la masse des connaissances en science sont tellement immenses que les étudiants en médecine apprennent probablement, ont probablement 10 fois la matière à apprendre que moi j'avais à apprendre il y a 35 ans. [...] L'accumulation des connaissances est tellement immense que si ça, c'est laissé tout seul, sans la contrepartie artistique que moi j'appelle, ou sans l'utilisation d'une fonction artistique ou plus irrationnelle, sans tenir compte de ce facteur là, à ce moment-là, il y a une distorsion importante dans le jugement. [...] Si la science prend toute la place, et que tu n'as pas la contrepartie artistique, ben à ce moment-là tu es en déphasage, tu es de moins en moins capable de juger des cas.

Nous constatons alors qu'il existe une opposition entre les médecins impliqués dont la pratique s'oriente vers la relation humaine, vers les besoins globaux du patient et celles des médecins impliqués qui ont une pratique médicale plus « savante » : les premiers auront une représentation de la médecine qui priorise la relation humaine, les deuxièmes privilégieront

plutôt la science médicale ou ils chercheront à atteindre un équilibre entre les deux. Ainsi, bien que la « science médicale » et la « relation humaine » fassent tous deux parties du noyau de la représentation de la médecine, ces deux aspects s'opposent, dans la mesure où chaque médecin accorde une plus grande importance à l'un plutôt qu'à l'autre. Ces deux éléments périphériques de la médecine correspondent donc à ce que l'on appellera un premier « axe d'opposition », où la position (relation humaine ou science médicale) qu'adopte chaque médecin par rapport à celui-ci sera située entre deux « pôles » extrêmes.

Dans la prochaine partie, nous présenterons la deuxième opposition qu'il a été possible de dégager, celle-ci étant relative à l'objet sur lequel les médecins exercent leur profession : *l'individu* ou *la société*. Comme nous l'avons fait pour le premier axe d'opposition de la médecine, nous décrirons chaque pôle que comprend ce deuxième axe, pour ensuite démontrer comment les médecins exercent leur profession de façon cohérente avec le pôle qu'ils valorisent le plus.

Axe 2 : Pôle individu versus pôle société

Alors que certains médecins agissent sur des individus, d'autres exercent leur profession sur un univers social qui affecte la santé de la population. Selon ce que nous avons pu constater, ces deux types de pratiques relèvent de logiques différentes, voire opposées. D'abord, le pôle « *individu* » correspond à la manière habituelle dont les médecins exercent leur pratique, c'est-à-dire par rapport à des patients, des individus. Il s'agit par exemple de médecins qui font de la clinique ou qui opèrent des patients. La plupart des exemples mentionnés dans la section précédente illustrent ce type de pratique. À l'inverse, le pôle « *société* » se caractérise par la place qui est laissée à la dimension sociale. Nous remarquons que les médecins qui intègrent davantage cette dimension dans leur représentation de la médecine accordent de l'importance à deux aspects particuliers : *la prévention/promotion* et *la médecine sociale*. Ce sont à ces deux aspects qui font partie du pôle social du deuxième axe d'opposition que nous nous attarderons maintenant. Nous verrons aussi que bien que ces deux aspects fassent partie du même pôle, ils se distinguent sur un point : l'un se rapproche plus de la relation humaine et l'autre, de la science médicale.

Le premier élément que nous avons observé chez les médecins qui valorisent une approche plus axée sur la société, c'est *la prévention de la maladie et la promotion de la santé*. Comme l'exprime la Dre Demers, spécialiste en santé communautaire : « *moi je travaille en prévention du suicide, donc je suis en prévention/promotion. Je ne suis pas en maladie* ». Plusieurs médecins ont fait cette opposition entre la maladie et la santé, la maladie étant considérée comme le rapport à l'individu, et la santé, le rapport à la population. C'est ce que nous explique ici la Dre Hamel :

Il y a l'univers dans lequel on travaille en médecine, mais il y a aussi ce qu'il y a autour, ce qui... la capacité à prendre conscience de ce qui se passe dans son milieu, des raisons pour lesquelles on se ramasse toujours avec les mêmes types de problèmes récurrents... cette capacité à avoir le goût de... de regarder un petit peu plus large et de s'investir à faire d'autres choses.

Dans un même ordre d'idées, le Dr Bergeron rapporte que :

Quand, du côté, physique ou psychologique ou social il y a un problème, là, on va amener les connaissances qui essaient de donner des attitudes qui vont faire qu'on n'aura pas à faire face à ces problèmes-là [...] La médecine s'insère dans le continuum de prévention, de dépistage et d'intervention.

Nous avons aussi constaté que les médecins qui pratiquent aujourd'hui en prévention/promotion estiment qu'ils n'ont pas nécessairement d'impact en travaillant seulement sur l'individu. Leur pratique et leurs implications s'orientent donc dans des sphères où ils vont pouvoir avoir un impact sur des acteurs qui peuvent influencer la situation globale de la santé au Québec. Le cas de la Dre Fortin en est un bon exemple :

Mon plan de traitement, ce n'est pas mes collègues médecins. Mon plan de traitement c'est les politiciens, c'est les économistes... c'est les fonctionnaires des autres ministères. C'est là que je dois appliquer mon plan de traitement. Mes collègues, je les respecte, mais ils ne sont pas dans la même cour que moi. Ils sont dans la cour de la maladie. Moi je suis dans la cour d'avant, puis... Je suis dans d'autres sphères. Il y a un volet commun qui est celui de la promotion de saines habitudes de vie, toute la prévention.

Cela explique pourquoi certains médecins, plutôt que de valoriser une approche individuelle, vont privilégier une pratique leur permettant d'avoir un impact à plus grande échelle. Une

telle approche ne peut être mise en œuvre au sein des mêmes milieux que ceux où les médecins pratiquent ou s'impliquent par rapport à l'individu. En effet, la majorité des médecins qui priorisent une approche axée sur la population travaillent dans des milieux qui leur permettent de le faire, par exemple l'Institut national de santé publique ou d'autres institutions similaires qui relèvent du Ministère de santé et de services sociaux. Parallèlement, les médecins qui valorisent l'aspect « prévention/promotion » vont également tendre vers une approche basée un peu plus sur la science, dans la mesure où ils sont souvent appelés à produire des recherches démontrant les impacts de certains facteurs sur la santé des gens. C'est de cette manière qu'ils peuvent atteindre leurs objectifs en matière de santé.

Le deuxième élément que nous avons retrouvé chez les médecins qui valorisent le pôle « société » est celui d'*une médecine plus sociale* : il s'agit d'une pratique engagée qui vise à apporter des soins à des gens qui, pour toutes sortes de raisons, sont « exclus » du système de santé. Ainsi, contrairement à ceux qui valorisent l'aspect « prévention/promotion », les médecins qui priorisent la médecine sociale vont être plus près de la relation humaine que du côté de la science. En général, les gens auxquels ils viennent en aide sont pauvres, ont des problèmes de dépendance à l'alcool ou à la drogue, ou vivent tout simplement dans la misère. Comme l'exprime la Dre Trottier, qui intervient notamment auprès d'une clientèle toxicomane :

Pour quelqu'un qui est toxicomane, qui est dans la rue, qui l'a pas eu facile, ou... mettons travailleur du sexe, c'est extrêmement, extrêmement, extrêmement difficile de venir consulter... dans le fond... dans les hôpitaux et les cliniques traditionnelles, parce que pour venir consulter dans une clinique traditionnelle, il faut que tu aies une carte d'assurance maladie sur toi valide. Puis eux autres ils l'oublient, ils l'ont perdue, ils ne l'ont pas renouvelée.

Les médecins qui travaillent auprès de ces groupes doivent alors travailler en périphérie du système de santé afin de les rejoindre. C'est ce qu'explique le Dr Désilet :

Depuis 2006-2007, je travaille comme praticien-chercheur, justement ici, et on essaie justement de travailler... C'est développer plusieurs projets de médecine sociale, de proximité, de travail avec des populations qui sont... qui n'ont pas accès au système de soins auquel les gens s'adressent habituellement.

Comme c'était le cas pour l'aspect « prévention/promotion », nous remarquons que les médecins qui privilégient une médecine sociale exercent leur profession dans des milieux de

travail particuliers. Ils pratiquent et s'impliquent généralement dans des organismes communautaires, dans des régions éloignées, dans les secteurs plus pauvres des milieux urbains, ou dans des pays en voie de développement.

En outre, l'ensemble des médecins qui sont en santé communautaire travaillent sur l'un ou les deux aspects du pôle « société » de la pratique médicale. Cela dit, nous retrouvons des médecins généralistes et un médecin spécialiste qui y œuvrent également. Il faut souligner que ces deux manières de pratiquer et de s'impliquer (prévention/promotion et médecine sociale) dévient particulièrement du cadre traditionnel de la pratique médicale. Comme nous l'avons spécifié lorsque nous avons défini le phénomène de l'implication chez les médecins, les médecins qui ont une pratique engagée sont tous déviants, puisqu'ils recherchent des moyens supplémentaires à ceux suggérés par la culture médicale pour soigner la population et apporter la paix du corps et de l'âme aux individus. Nous notons toutefois une tendance déviante plus prononcée chez les médecins qui valorisent le pôle « société » de la pratique : en plus de chercher des moyens supplémentaires, ils visent également des buts autres que ceux plus valorisés dans la culture médicale. En effet, lorsqu'ils privilégient l'aspect « prévention/promotion » ou l'aspect « médecine sociale », les médecins orientent leurs actions dans des buts autres ou supplémentaires à celui de soigner la population : ils veulent prévenir les maladies, promouvoir la santé de la population et réduire les inégalités sociales relatives à la santé en pratiquant auprès de groupes plus défavorisés.

Ce sont également ces objectifs qui les mèneront à mettre en œuvre des moyens qui dévient souvent fortement du cadre établi par la culture médicale. Par exemple, le Dr Loiseau mentionne qu'il « *y avait toujours chez moi une espèce de tendance à être en dehors des sentiers battus [...] J'aimais bien ça être pris avec de gros défis et puis me démerder pour trouver des solutions* ». Dans le cas de la Dre Trottier, elle explique qu'il est parfois difficile de pratiquer dans un milieu communautaire ou plus social, du fait que ce sont des milieux et des types de pratique qui sont plus déviants et moins valorisés par la culture médicale : « *quand tu fais de l'hôpital, ou de l'urgence, du sans rendez-vous tu "flash" plus [...] J'ai l'air de quelqu'un qui ne travaille pas beaucoup. J'ai l'air de quelqu'un qui fait de la médecine facile* ». La Dre Fortin explique :

On est tellement marginale [...] Je pense que les gens qui sont en santé communautaire ont vraiment la passion. Je dis à mes collègues « je suis en santé communautaire », là, ça y est, ça fait plus partie de la conversation.

Tu ne vois pas de patients, tu ne fais pas de médecine, tu ne sauves pas personne... On est loin de la valorisation que j'avais dans le quotidien de la pratique en omnipratique.

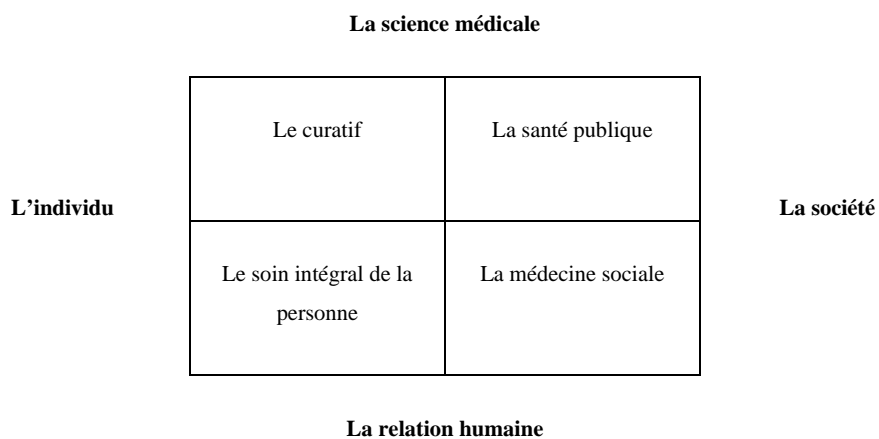
Le Dr Boisvert et le Dr Désilet ont également confié que leur pratique était considérée comme étant « déviante » et « particulière » par rapport aux pratiques d'ensemble du corps médical. Il faut spécifier que c'est le rapport à ce groupe qui fait que certains médecins peuvent se sentir et se penser comme déviant. La forme plus « déviante » du pôle « société » démontre que l'opposition entre une pratique sur l'individu et une pratique sur la société en général est renforcée par la perception qu'ont les médecins de ceux-ci. Pour se situer plus vers un pôle plutôt qu'un autre, les médecins doivent évaluer lequel de ces deux pôles va avoir un plus grand impact sur la santé des gens. Autrement dit, ils vont se placer du côté de l'approche qui, pour eux, est la plus cohérente. Cela dit, rien n'empêche que les médecins, tout comme dans l'opposition mentionnée plus haut entre la relation humaine et le savoir médical, tentent de trouver un équilibre entre les deux. Les médecins qui travaillent sur l'individu vont par exemple aussi faire de la promotion/prévention auprès de leurs patients. D'autres qui valorisent davantage le pôle « société » de la médecine vont tout de même continuer d'exercer la médecine auprès de patients.

Bref, les éléments périphériques de la représentation de la profession médicale s'opposent sur deux axes. L'un qui comporte un pôle « relation humaine » et un pôle « science médicale », et l'autre qui se compose d'un pôle « individu » et d'un pôle « société ». Mais comment, plus précisément, les médecins en viennent-ils à se situer plus ou moins proche d'un pôle ou de l'autre de ces deux axes? C'est ce à quoi nous allons tenter de répondre dans le chapitre suivant.

CHAPITRE VIII : VALEURS INHÉRENTES À LA PRATIQUE MÉDICALE ET DON DE SOI

En nous appuyant sur la représentation qu'ont les médecins de leur profession et des actions qu'ils posent, nous avons pu dégager deux axes relativement auxquels ils exercent la médecine et s'y impliquent : 1) une approche basée sur la relation humaine s'opposant à une approche qui se rattache à la science médicale, et 2) une pratique agissant sur l'individu qui s'oppose à une pratique portant sur la société. En croisant ces deux axes, nous avons pu construire une typologie nous permettant de situer quatre valeurs inhérentes aux diverses pratiques et implications déviantes des médecins : 1) le curatif (pôles « *individu* » et « *science médicale* »), 2) la santé publique (pôles « *société* » et « *science médicale* »), 3) le soin intégral de la personne (pôles « *individu* » et « *relation humaine* ») et 4) la médecine sociale (pôles « *société* » et « *relation humaine* »). C'est ce que schématise la figure 8.1.

Figure 8.1



Ce sont ces quatre valeurs (*curatif, santé publique, soin intégral de la personne et médecine sociale*) qui sont reliées aux différents types de pratique et d'implication des médecins de notre échantillon. Chacune des catégories de la typologie permet donc de situer l'engagement des médecins en fonction des valeurs qu'ils ont plus fortement intégrées dans leur pratique médicale. Il faut néanmoins savoir que dans la réalité de la pratique, on ne retrouve pas ces catégories sous une forme aussi ordonnée : leur catégorisation est un effort théorique afin de mieux comprendre leur engagement en tant que médecin. De plus, les quatre valeurs peuvent faire partie, à tout moment, de la pratique de chaque médecin. Ainsi, le fait de placer un médecin dans une case plutôt que l'autre ne suppose pas qu'il se voue entièrement à celle-ci. Le médecin peut se situer, à des moments différents, dans l'une ou l'autre des cases selon la valeur qui guide une pratique ou une implication précise. Ceci est d'autant plus vrai lorsque l'on considère que la plupart des médecins s'impliquent de plusieurs manières différentes au cours de leur trajectoire.

Après avoir expliqué ce en quoi consiste chacune de ces valeurs, nous démontrerons comment ces dernières coïncident avec certains types de milieux, de pratique et d'implication des médecins. Nous démontrerons aussi que chaque valeur, à laquelle se rattachent les implications et les types de pratique déviantes, vise des objectifs qui sont réalisés en adoptant des moyens différents. Nous pourrions finalement déterminer, de façon générale, quels sont les médecins qui se situent à l'intérieur de chaque catégorie en fonction des actions concrètes qu'ils posent et des discours qu'ils tiennent.

Le curatif

Un médecin qui adhère à la valeur « *curatif* » pratiquera la médecine de manière à donner des soins à un individu qui est atteint d'une maladie quelconque ou qui nécessite une intervention chirurgicale. De façon générale, les types de pratique qui se rattachent au curatif (chirurgie, soins d'urgence ou palliatifs) sont présents dans les milieux hospitaliers où sont concentrés les effectifs nécessaires à celles-ci. Les médecins qui valorisent la valeur « *curatif* » vont donc travailler dans ces milieux, où l'accent est mis sur les soins donnés à l'individu et sur la nécessité de la part du médecin d'avoir un niveau élevé de savoir médical. Les implications qui se rattachent à ce type de pratique sont aussi en lien avec cette perspective, c'est-à-dire l'intégration plus forte de cette valeur. Un médecin qui est du côté curatif peut, par exemple,

s'impliquer au sein de la gestion d'un hôpital afin de travailler sur des dossiers qui permettent d'acquérir du matériel médical hautement sophistiqué ou d'assurer une organisation plus efficace de son milieu de travail en vue d'apporter de meilleurs soins aux individus. Il peut effectuer les mêmes tâches en régions éloignées, comme l'a fait le Dr Boulianne. Aussi, les médecins peuvent s'engager dans des recherches qui visent à améliorer le curatif en trouvant de nouvelles techniques chirurgicales ou en travaillant sur de nouveaux remèdes pour l'ensemble des maladies qui touchent les individus, comme l'a également fait le Dr Boulianne. L'implication au sein d'organismes de bienfaisance dans le but de recueillir les fonds nécessaires à l'avancement du développement technologique ou à la guérison des maladies est également cohérente avec l'importance qu'un médecin accorde au curatif. L'enseignement est aussi en lien avec cette valeur lorsque les médecins s'y impliquent en formant les étudiants dans une logique curative, dans le but d'assurer la pérennité des soins curatifs. C'est ce que fait le Dr Lapointe, spécialiste en néphrologie. C'est également le cas du Dr Talbot, qui consacre une grande part de son temps à former des étudiants résidents dans son domaine de spécialisation. Aussi, une adhésion plus forte à la valeur « curatif » amène les médecins à travailler en collaboration avec d'autres médecins et avec des infirmières : c'est de cette manière qu'ils peuvent atteindre les objectifs relatifs à cette valeur.

Le soin intégral de la personne

L'adhésion à la valeur « *soin intégral de la personne* » sera également liée à une pratique orientée vers un individu. Mais contrairement à la valeur « curatif », « le soin intégral de la personne » met plutôt l'accent sur la relation humaine. L'objectif est donc encore une fois d'apporter des soins au patient, mais le moyen utilisé pour y parvenir sera de sonder ses habitudes de vie, le milieu dans lequel il habite, ses relations familiales, ses états d'âme, bref, son bien-être global. On cherche également, dans la mesure du possible, à éviter les interventions chirurgicales, les prescriptions de médicaments et autres mesures curatives lorsqu'elles ne sont pas absolument nécessaires. Ceci est possible dans des milieux qui permettent aux médecins de prendre le temps d'écouter le patient attentivement et de développer avec lui une stratégie qui vise à améliorer sa santé. Les médecins qui valorisent le « soin intégral de la personne » vont donc œuvrer dans des unités de médecine familiale, dans des CLSC, dans des organismes communautaires, bref dans les milieux où le médecin a plus de temps à consacrer à son patient. Puisque les spécialistes font également du travail clinique,

il leur est aussi possible d'articuler leur pratique en cohérence avec la valeur « soin intégral de la personne ». Il s'agit ici de distinguer le bureau du médecin de la salle d'opération ou de la réalité en urgence où les cas doivent être traités rapidement. Ainsi, l'implication en lien avec cette valeur peut prendre la forme du travail en région éloignée comme le fait le Dr Boisvert; de la coopération internationale comme dans le cas de la Dre Sauvé et du Dr Loisel; ou encore de la participation au sein d'organismes communautaires ou auprès d'une clientèle particulière comme le font la Dre Trottier et la Dre Brassard. Le dévouement envers le patient prend également une place centrale dans l'implication des médecins qui adhèrent plus fortement à cette valeur. Finalement, les médecins qui s'impliquent en enseignement et qui valorisent de façon plus significative la valeur « soin intégral de la personne » vont évidemment s'assurer de transmettre cet élément en insistant sur son importance, comme le fait notamment la Dre Brassard. Les médecins qui adhèrent plus fortement à la valeur « soin intégral de la personne » considèrent important de travailler avec d'autres professionnels qui peuvent contribuer au bien-être global de l'individu. Le travail d'équipe se fait donc avec d'autres médecins et avec des infirmières, mais également avec des travailleurs sociaux, des intervenants et des psychologues.

La santé publique

Pour ce qui est de la valeur « *santé publique* », elle implique des pratiques qui sont orientées vers l'amélioration de la santé de la population en général, plutôt que sur la maladie en soi. Cette valeur se base également sur le savoir médical, qui donne une légitimité à la prévention et la promotion de la santé. Le type de pratique en cohérence avec la valeur « santé publique » se retrouve principalement au sein de la fonction publique. Elle relève d'institutions gouvernementales comme les bureaux de la Direction de la santé publique qui sont présents dans plusieurs régions du Québec. Ce sont ces milieux dans lesquels travaillent des médecins comme le Dr Bergeron et le Dr Gagné, qui accordent une haute importance à la valeur « santé publique ». Ceux-ci travaillent sur un ensemble de facteurs qui affectent le bien-être de la population en œuvrant auprès du gouvernement, d'économistes, d'environnementalistes ou de tout autre groupe susceptible d'avoir un impact plus global sur la santé de la population. Les médecins qui adhèrent à la valeur « santé publique » vont avoir tendance à s'impliquer au niveau de la gestion ou de la direction d'un établissement en lien avec la santé, au sein de coopératives internationales, dans des régions éloignées ou en recherche. C'est le cas

notamment du Dr Martel et de la Dre Fortin, qui font des recherches et travaillent sur les facteurs environnementaux (par exemple, la pollution) qui affectent la santé de la population. Dr Gagné, qui travaille également dans le domaine de la santé publique, s'implique aussi en tentant d'agir sur d'autres facteurs affectant la population, par exemple la sécurité routière et la santé au travail. La santé publique peut aussi correspondre à une forme d'implication citoyenne et politique lorsque les médecins orientent leurs actions en fonction de cette valeur. C'est ce que fait par exemple la Dre Fortin lorsqu'elle travaille avec diverses instances gouvernementales pour atteindre ses objectifs en matière de santé. Ces implications leur permettent tous de mettre en pratique leur savoir médical tout en agissant sur la santé d'un groupe de la population en particulier. C'est aussi ce qu'ont fait tout récemment les médecins à Sept-Îles dénonçant les dangers d'une exploitation de l'uranium dans leur région.

La médecine sociale

La valeur « *médecine sociale* » est relative à une pratique qui assure l'accès aux soins de santé à tous les membres de la population, peu importe leur situation sociale. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, certains groupes dans le besoin n'ont pas accès à des soins de santé ou sont exclus d'une manière ou d'une autre du système de santé. Cela incite les médecins à venir combler cette lacune. Les médecins qui adhèrent à la valeur « *médecine sociale* » exerceront auprès de ces individus qui sont pauvres, itinérants, aux prises avec des problèmes de toxicomanie ou vivant dans des milieux sociaux défavorisés. Cette pratique cadre dans une logique de soins qui est plus « *humanitaire* » et qui prend en compte les différentes conditions sociales des individus. Ce qui est vrai pour la manière de pratiquer des médecins l'est aussi pour leur manière de s'impliquer : les médecins qui partagent la valeur « *médecine sociale* » s'investissent dans des activités d'implication relatives à celle-ci. Ils s'impliquent par exemple en coopération internationale dans des pays pauvres ou en voie de développement, comme l'ont fait la Dre Sauvé et le Dr Loïselle. Le Dr Désilet, qui participe à des projets de proximité pour des clientèles particulières dans des organismes communautaires, le fait également dans cette logique. L'implication en région éloignée peut aussi être liée à cette valeur, comme c'est le cas pour le Dr Buisson. Il a pratiqué la médecine dans des régions au Québec où les gens n'ont pas accès à des soins aussi organisés que ceux que l'on retrouve dans les milieux urbains. La population autochtone dans certaines régions est également aux prises avec ce type de problème : c'est ce qui a amené le Dr Boisvert à y pratiquer. L'enseignement et la

recherche peuvent aussi être orientés vers une médecine plus sociale pour les médecins qui participent à ces formes d'implication. Également, ces types d'engagement relèvent d'une implication citoyenne et politique, car les médecins le font dans un espoir d'améliorer la condition de l'ensemble de la population, et particulièrement celle des groupes qui sont dans la pauvreté et l'exclusion. La médecine sociale nécessite également la collaboration d'autres médecins ainsi que de sociologues et des anthropologues, lorsqu'il s'agit de travailler sur le social.

Ce sont donc essentiellement ces valeurs médicales moins communes qui caractérisent l'engagement des médecins impliqués. À la suite de leur formation médicale, leur manière de s'impliquer est transformée comme nous l'avons vu dans le chapitre VI. L'engagement n'est pas aléatoire, mais plutôt toujours en lien avec la santé. Une fois cette base établie, les valeurs médicales nous permettent de distinguer l'implication qui est priorisée par chaque médecin en tant qu'il adhère davantage à certains idéaux. Par contre, comme nous l'avons mentionné plus haut, les médecins ne sont pas nécessairement unidimensionnels par rapport aux valeurs médicales, et ce, même s'ils accordent plus d'importance à certaines plutôt qu'à d'autres.

Reprenons enfin la figure 8.1 afin de voir où se situent les médecins en fonction de leurs valeurs. Il est important de spécifier que cette classification n'exclut pas le fait qu'un médecin soit sensible aux trois autres valeurs. Il s'agit simplement de classer les médecins en fonction de la ou des valeurs qui ont été les plus présentes dans leur discours. Comme nous l'avons mentionné, ce sont des valeurs abstraites dans le sens où elles représentent un idéal à atteindre pour chacun quant à la pratique médicale et l'implication.

Figure 8.2

La science médicale		
L'individu	Le curatif Dr Boulianne, Dr Lapointe, Dr Désilet, Dr Talbot	La santé publique Dr Bergeron, Dr Martel, Dr Gagné Dre Fortin, Dre Proulx, Dr Buisson Dre Hamel
	Le soin intégral de la personne Dr Boisvert, Dre Sauvé, Dr Loiselle, Dre Proulx, Dr Lapointe , Dre Demers, Dre Trottier, Dr Letendre, Dre Brassard	La médecine sociale Dr Désilet, Dr Buisson, Dr Letendre Dr Boisvert, Dr Bergeron, Dr Loiselle Dre Demers, Dre Trottier, Dre Brassard Dre Sauvé, Dr Martel
La relation humaine		

Comme mentionné plus haut, nous pouvons constater que la majorité des médecins se situent à la fois dans deux catégories. Cela implique qu'ils n'adhèrent pas seulement à l'une des valeurs, mais fortement à deux à la fois. Or, les médecins qui adhèrent à plus d'une valeur doivent généralement pratiquer dans différents milieux. Si un médecin veut pratiquer la médecine sociale et la médecine curative, il doit le faire à des moments différents : il va se trouver soit dans un hôpital, soit dans un organisme communautaire. C'est d'ailleurs le cas du Dr Désilet qui pratique dans un hôpital, mais aussi au sein d'organismes communautaires. C'est également le cas de la Dre Proulx, qui pratique en clinique et qui participe à des émissions qui visent à rejoindre la population afin de faire de la prévention/promotion. Cette réalité nous amène à constater que certains engagements sont propres à certains milieux dont la structure permet un type d'engagement particulier en cohérence avec une valeur spécifique. Cela démontre que certains milieux sont contraignants pour certaines formes d'implication et à l'inverse, favorables pour d'autres formes.

La majorité des médecins impliqués se situent également du côté du pôle « société ». Un tel constat ne nous amène pas à croire pour autant que les médecins qui se situent du côté de l'individu ne s'impliquent pas. D'ailleurs, la moitié des médecins rencontrés se retrouvent dans la case du soin intégral de la personne. Ceci peut s'expliquer par la surreprésentation de médecins moins spécialisés dans notre échantillon. Nous n'avons rencontré que deux

médecins hautement spécialisés, ce qui peut laisser croire que si nous avons pu en rencontrer d'autres, ils seraient peut-être plus nombreux dans le curatif. De plus, la plupart des médecins rencontrés ont été sélectionnés à partir des 55 médecins figurant sur la liste fournie par notre client, qui était composée de médecins considérés comme étant socialement impliqués. Ce sont également eux qui se situent majoritairement du côté « social » de la pratique médicale. Cela s'explique peut-être par le fait qu'un engagement social est plus visible parce qu'il se réalise dans des sphères publiques ou sociales.

Finalement, le fait que les médecins s'impliquent selon l'une ou l'autre des valeurs ou en fonction de plus d'une nous permet de constater que les quatre valeurs sont aussi importantes les unes que les autres par rapport à la pratique et à l'engagement des médecins. Comme nous l'avons explicité plus haut, chaque valeur correspond à un moment d'implication et la plupart des médecins tendent à s'impliquer de plusieurs manières. Il s'agit finalement de voir pourquoi les médecins s'impliquent avec une intensité plus ou moins grande.

Le don de soi

Notre analyse nous a permis de dégager un autre axe inhérent à l'implication des médecins. Cet axe oppose deux types de médecins : l'« engagé » et le « désengagé ». L'implication des médecins peut effectivement se faire à différents niveaux d'intensité. Comme l'explique le Dr Buisson :

Si je suis avec mon malade qui vient me voir parce qu'il vit un épisode dépressif et je lui donne des antidépresseurs, c'est très clinique. Si je le questionne un peu plus et je vois qu'il a des problèmes sociaux importants, que ce n'est pas juste une question de pilule, il aurait peut-être besoin d'un travailleur social... je fais les démarches pour m'arranger pour que ça marche... là je m'implique un peu plus, ça commence à ressembler à de l'implication. Si mon malade... ça fait plusieurs que je vois comme ça et je réalise qu'il y a un problème social important dans la communauté et que je suis même capable de faire partie d'une... d'un regroupement de citoyens qui vise à changer les choses... ça, c'est de l'implication. C'est pas mal plus important... ça peut aller jusqu'au politique dans le but d'améliorer.

Le médecin désengagé va rester au niveau le plus standard de la pratique médicale, tandis que le médecin engagé va élever sa pratique de façon à améliorer le sort d'un individu ou de la société : c'est un don de soi. Il vise à dépasser la pratique désengagée en posant des actions qui sont significatives et qui lui permettent d'atteindre un niveau d'implication plus grand.

Comme le dirait Parsons, il s'agit de voir avec quelle intensité un individu va agir en fonction de ses valeurs. Plus concrètement, si l'on met à plat la typologie des valeurs sur un axe horizontal, le don de soi peut être représenté par un axe vertical qui traverse les valeurs. Plus les valeurs du médecin vont être fortes, plus le médecin va s'engager dans sa pratique, alors plus le don de soi va être élevé. Les médecins que nous avons rencontrés en sont de bons exemples. Dans le cas du Dr Boulianne, son implication dans le curatif est à la base un don de soi envers le patient. La recherche qu'il effectue ainsi que sa participation à des fondations et à l'amélioration des soins au sein de l'hôpital démontrent un don de soi encore plus élevé. De son côté, la Dre Sauvé s'implique auprès de ses patients, mais également dans des conseils d'administration d'organismes communautaires. Elle a aussi travaillé dans des pays sous-développés en coopération internationale. Somme toute, les médecins que nous avons rencontrés sont impliqués de manière élevée dans divers milieux et champs de la pratique médicale. Chacun le fait à sa façon et en cohérence avec les valeurs médicales auxquelles il adhère avec conviction.

Cependant, il importe de rappeler que le principal obstacle à l'implication est le devoir de se donner ailleurs ou le sentiment d'avoir assez donné. Les discours de certains répondants nous amènent à constater que l'envie, le courage et l'énergie de se donner peuvent être réduits ou augmentés par la vie familiale et les relations avec les collègues et collaborateurs. De plus, la solitude, le manque de soutien et le manque de reconnaissance sont des obstacles réels au commencement et à la poursuite de l'implication. Ainsi, malgré la volonté des médecins de s'impliquer dans leur profession, il existe néanmoins des limites à ce don de soi. Pour se consacrer et se donner à la médecine, les médecins doivent avant toute chose être dans des conditions et des circonstances de vie qui leur permette et leur donne envie de le faire.

CONCLUSION

Cette recherche visait à identifier les conditions d'exercice de la profession, les caractéristiques et les représentations des médecins québécois qui s'impliquent de manière soutenue dans leur milieu social ou à une plus grande échelle. En procédant à des entrevues semi-dirigées auprès de 18 médecins impliqués, nous avons d'abord pu découvrir que les médecins qui s'engagent le font généralement à l'intérieur du cadre rémunéré de leur profession. À la différence du bénévolat, le phénomène de l'implication chez les médecins prend la forme d'une participation à des activités au sein même des fonctions du médecin. Ceci nous amène à dire que les médecins engagés, puisqu'ils utilisent tous des moyens supplémentaires à ceux proposés par la culture médicale, exercent leur profession de façon « déviant ». De plus, du fait que la profession médicale est une profession libérale, les médecins peuvent pratiquer la médecine et s'impliquer d'une multitude de façons.

Nous avons également retracé le parcours d'implication des médecins, depuis leur vie avant qu'ils entrent en médecine jusqu'à aujourd'hui. La moitié des médecins étaient déjà impliqués de manière significative avant leur admission en médecine en s'engageant pour une cause ou auprès d'un organisme quelconque. Pour la seconde moitié, bien qu'ils ne démontraient pas un tel engagement, ils participaient tout de même à des activités sportives, culturelles ou parascolaires de manière soutenue. Ainsi, même si ces derniers ne s'engageaient pas de la même manière que les autres, ils avaient tout de même un emploi du temps assez chargé et s'adonnaient à certaines activités. Certains d'entre eux ont commencé à s'impliquer pendant leurs études en médecine, alors que d'autres se sont engagés pour la première fois au début de leur carrière médicale. Aussi, certains qui étaient auparavant impliqués ont cessé de l'être pendant leurs années d'étude en médecine. Nous retenons donc que les médecins aujourd'hui engagés, même avant leur carrière médicale, se sont généralement dévoués à certaines activités, bien que parfois à un niveau plus personnel. Il semble alors que les étudiants qui, déjà à un jeune âge, sont impliqués dans diverses activités et ont un horaire chargé, sont susceptibles de s'impliquer plus tard en tant que médecin. Par contre, nous avons également constaté qu'au terme de la formation médicale, l'implication des médecins se transforme. Tous s'impliquent dans des activités relatives à la santé. En effet, la profession médicale constitue un incitatif à l'implication dans la mesure où elle outille les médecins qui désirent le faire. On devient aussi l'objet d'une sollicitation en qualité de médecin, voire de spécialiste. Il

est donc possible qu'une personne qui ne s'impliquait pas ou qui ne participait pas de manière soutenue à des activités commence à s'impliquer en pratiquant la médecine.

De plus, le phénomène de l'implication n'est pas constant : il apparaît et disparaît au cours de la trajectoire de vie des médecins. De façon générale, ce sont les événements personnels, par exemple le deuil ou la maladie, qui amènent les médecins à mettre en veille leur engagement pendant une certaine période de temps. La fatigue, parfois liée à l'implication des médecins elle-même, a aussi été identifiée comme élément pouvant mener à une diminution de l'engagement. La charge de travail qu'imposent les membres de la société aux médecins en matière de soins de santé exerce une pression sur les médecins qui décident de s'engager. Du fait que certains médecins ne s'impliquent pas, les médecins engagés portent sur leurs épaules la charge du groupe médical dont ils font partie. De plus, tel qu'attendu, le manque de temps constitue bel et bien un obstacle important à l'implication des médecins.

Nous avons également dégagé certaines dispositions à l'implication des médecins. Communes à l'ensemble des médecins rencontrés, les valeurs altruistes (la compassion, le don de soi, le désir d'aider autrui) les amènent à pratiquer la médecine de manière engagée. Cela dit, ce sont les préoccupations et les intérêts des médecins qui les disposent et les motivent à s'impliquer d'une manière particulière. Ainsi, il serait profitable, si ce n'est pas déjà fait, de sonder les candidats à l'admission en médecine sur ce qui les préoccupe et les intéresse afin d'avoir une meilleure idée de ce qui pourrait les amener à s'impliquer plus tard. Cela est d'autant plus vrai pour des étudiants ayant un parcours atypique, du fait qu'ils ont vécu des expériences qui les ont amenés à développer ces préoccupations et intérêts.

De plus, nous avons découvert que les représentations sont cohérentes avec les manières de s'impliquer des médecins. La représentation de la profession médicale, qui était relativement simple au moment où ils sont entrés en médecine, s'est surtout formée alors qu'ils ont commencé à exercer la profession. Ce sont leurs expériences de pratique qui les ont amenés à avoir la représentation qu'ils ont actuellement. Aujourd'hui, tous ont en commun une certaine représentation de la médecine : cette profession, qui constitue déjà une implication en soi et qui prend un caractère vocationnel, se caractérise par l'acquisition de connaissances scientifiques, l'apport de soins aux malades, l'apaisement de la souffrance et le travail d'équipe. Il s'agit également d'une profession qui est imprégnée de bonté, de compassion et d'humanité. Il existe aussi des éléments périphériques qui permettent de distinguer les

manières de pratiquer des médecins impliqués. En effet, alors que certains insistent sur l'importance de la relation humaine de la médecine, d'autres privilégient la science médicale. Les représentations s'opposent aussi selon qu'elles insistent sur une pratique ayant pour objet l'individu ou la société. La position qu'adopte chaque médecin vis-à-vis de ces deux axes d'opposition est cohérente avec le type de pratique et d'implication des médecins.

En croisant ces deux axes d'opposition, nous avons pu construire une typologie des valeurs auxquelles adhèrent les médecins et qui sont inhérentes à leur manière déviante de pratiquer et de s'impliquer : *le curatif, la santé publique, le soin intégral de la personne et la médecine sociale*. Le curatif nécessite un savoir médical hautement spécialisé que le médecin met en pratique auprès d'un individu. Le soin intégral de la personne consiste à apporter des soins au patient, en tenant compte de ses habitudes de vie, du milieu dans lequel il habite, de ses relations familiales, de ses états d'âme, voire de son bien-être global. La santé publique se pratique à un niveau plus global. Les médecins appliquent leur savoir médical afin d'avoir un impact sur des facteurs qui touchent la santé de la population, par exemple l'environnement. La médecine sociale est axée sur une pratique qui porte attention à l'ensemble des besoins de groupes défavorisés, exclus, ou qui n'ont pas accès au système de santé. Ce sont donc finalement ces valeurs qui sont reliées de façon spécifique aux actions posées par les médecins à un moment ou à un autre de leur carrière médicale.

Somme toute, le phénomène de l'implication chez les médecins apparaît fortement lié à la pratique médicale. Il semble donc juste d'affirmer que la profession médicale est, en fait, un catalyseur à l'implication. Comme nous l'avons mentionné, c'est au moment où débute la carrière médicale que l'ensemble des médecins de notre échantillon s'est résolument impliqué de manière significative. Nous imaginons néanmoins que ce n'est pas le cas de tous les médecins qui font partie du corps médical. Certains médecins nous ont confié côtoyer des médecins dont la pratique se limite aux activités obligatoires à l'intérieur du cadre de la profession. Comme le rapporte un des médecins rencontrés : « *il me semble qu'un médecin devrait s'impliquer, mais les médecins ne s'impliquent pas* ». La profession médicale n'implique donc pas automatiquement un engagement de la part du médecin. Elle leur permet de le faire, mais encore faut-il que certains d'entre eux aient envie de s'y investir davantage. Ces médecins qui acceptent d'en faire plus sont réputés impliqués du fait qu'ils se démarquent du corps médical par leurs pratiques déviantes. C'est le cas de l'ensemble des médecins que nous avons interrogés. Rencontrer des médecins « non-impliqués » nous aurait permis de voir

que ce ne sont pas tous les médecins qui sont déviants, dans la mesure où c'est l'implication qui permet aux médecins de se démarquer du groupe. Finalement, les pratiques déviantes des médecins impliqués sont cohérentes avec des représentations particulières de la profession médicale. Mais n'y a-t-il pas un autre facteur, cette fois relatif au contexte dans lequel les médecins pratiquent, qui pourrait expliquer les pratiques déviantes et le désir d'en faire plus de certains d'entre eux?

La profession médicale

Tout d'abord, notre recherche nous a permis d'entrevoir une certaine transformation au sein même de la profession médicale. Celle-ci se manifeste lorsqu'il est question du caractère de vocation de la médecine. Dans le cas des médecins plus âgés, la vocation au sens fort du terme semble aller de pair avec la profession. Chez les plus jeunes, la vocation est encore présente, mais à un niveau différent. Il s'agit plutôt d'un dévouement envers la pratique qui se manifeste une fois que leur carrière est entamée. Il n'est plus question d'un « appel » qui amène un individu à vouloir pratiquer la médecine. C'est ce que nous ont révélé les médecins plus âgés qui en sont venus à pratiquer dans le but de changer les choses, d'apaiser la souffrance, bref de faire une différence dans le monde. Pour les plus jeunes, il semble plutôt que ce sont leurs performances académiques qui leur ouvrent la porte vers la pratique médicale, et ils y entrent donc dans une logique « d'opportunité de carrière ». Cela n'implique pas qu'une fois qu'ils deviennent médecins, ils ne se vouent pas à leur profession. Au contraire, au moment où ils se retrouvent confrontés à la réalité de la pratique médicale, leur vision de celle-ci les amène à exercer leur profession d'une manière plus engagée. Pour les deux groupes d'âge, le fait qu'ils se vouent à la profession les amène alors à dépasser le cadre habituel de la pratique médicale.

Dans le système de santé qui norme l'offre de soins, l'implication est peut-être pour certains médecins une manière de se libérer d'une pratique médicale qui les ennueie, où ils se sentent moins utiles et où leurs fonctions sont plus ou moins propices à une contribution personnelle fidèle à leurs valeurs. C'est ce que nous a relaté un des jeunes médecins :

Quand je fais mon bureau ici, j'ai l'impression d'être complètement inutile. Parce que c'est du monde qui consulte puis dans le fond, ils n'ont pas besoin de moi là. Tu sais... ils pourraient être vu par une infirmière, ou bien

ils vont bien là, ils ont des ressources... [...] J'ai l'impression de perdre beaucoup mon temps puis les gens font des demandes un peu bidon. Tandis que quand je vais dans des organismes communautaires, quand ils viennent parce qu'ils ont je ne sais pas quoi, tu sais ça vaut la peine, ils ne viennent pas pour rien! Puis tu fais une petite affaire puis ils sont super contents, c'est comme si tu leur avais donné la lune. Tandis que les clientèles régulières sont beaucoup exigeantes et sont peu reconnaissantes.

L'implication se présente donc ici comme un acte d'émancipation des imperfections d'un système de santé que l'on souhaite dépasser. En effet, nos entrevues nous ont révélé que la majorité des médecins pratiquent et s'impliquent socialement et en fonction des valeurs auxquelles ils adhèrent fortement. D'ailleurs, leurs implications sociales se font souvent à l'intérieur de la structure médicale, mais en périphérie des hôpitaux, des CLSC, etc. Il est question de s'engager dans des organismes communautaires, des milieux défavorisés, sur la place publique, en coopération internationale, etc. Plus de la moitié des médecins s'impliquent également auprès de clientèles qui sont particulièrement dans le besoin. Cela est vrai autant pour les jeunes médecins que pour les plus vieux.

Finalement, ayant subie une transformation au même titre que la société québécoise, la profession médicale est étroitement liée à la structure sociale qui l'encadre. Lorsque l'on pense l'implication des médecins, qui est d'ailleurs fortement liée à la pratique médicale, il s'agit peut-être de se demander si le système de santé dans lequel on insère les médecins est favorable à l'implication sociale de ceux-ci. De toute évidence, la réponse à cette question dépasse largement le cadre de notre recherche et nous n'allons pas tenter d'y répondre ici. Cependant pour mieux comprendre l'implication professionnelle des médecins, il serait intéressant de pousser plus loin cette piste de réflexion. On pourrait également se demander qu'en est-il des autres professions libérales. Les professions d'avocat et d'enseignant ont-elles, elles aussi, subi des transformations au sein de la société québécoise ? Il semble alors également pertinent de se pencher sur ces autres professions libérales qui, tout comme la médecine, présentaient un fort caractère de vocation, et ce, afin de voir si elles ont évolué dans le même sens.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGERS, Maurice
2005 *Initiation pratique à la méthodologie des Sciences humaines*, Québec, Éditions CEC.
- AKOUN, André et Pierre ANSART (dirs)
2006 *Dictionnaire de sociologie*, Tours, Le Robert/Seuil.
- BERGER, Peter et Thomas LUCKMAN
1996 *La construction sociale de la réalité*, Paris, France, Masson & Armand Colin Éditeurs.
- BERNIER, Jacques
1989 *La médecine au Québec : naissance et évolution d'une profession*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- BISSIX, Glyn et al.
2006 *Motivations des bénévoles et obstacles au bénévolat : Comparaison entre le Comté de Kings et Glace Bay, Nouvelle-Écosse*, Toronto, Imagine Canada.
- DORSCH, Kim et al.
2002 *Qu'est-ce qui influence l'engagement bénévole?*, Toronto, Canadian Center of Philanthropy.
- DURKHEIM, Émile
1930 *Le suicide*, Paris, France, Presses Universitaires de France.
- DURKHEIM, Émile
1988 *Les règles de la méthode sociologique*, France, Flammarion.
- GAGNON, Éric et FORTIN, Andrée
2002 « L'espace et le temps de l'engagement bénévole : essai de définition », *Nouvelles pratiques sociales*, volume 15, numéro 2 : 66-76.
- GAGNON, Éric, Andrée FORTIN, Amélie-Elsa FERLAND-RAYMOND et Annick MERCIER
2004 « Donner du sens. Trajectoires de bénévoles et communautés morales », *Lien social et politique*, numéro 51 : 49-57.
- GAGNON, Éric, Andrée FORTIN, Amélie-Elsa FERLAND-RAYMOND et Annick MERCIER
2007 « Les temps du soi. Bénévolat, identité et éthique », *Recherches sociographiques*, volume 48, numéro 1 : 43-64.
- GAGNON, Éric et Andrée SÉVIGNY
2000 « Permanence et mutations du monde bénévole », *Recherches sociographiques*, volume 41, numéro 3 : 529-544.

- GAUMER, Benoît
2008 *Le système de santé et services sociaux du Québec : une histoire récente et tourmentée 1921-2006*, Québec, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- GOTLIB-CONN, Lesley et Cathy BARR
2006 *Les bénévoles essentiels : analyse des valeurs, attitudes et comportements à la base du bénévolat soutenu au Canada*, Toronto, Imagine Canada.
- GUAY, Jérôme
1984 *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*, Chicoutimi, Québec, Gaëtan Morin Éditeurs.
- GUÉRARD, F.
1996 *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Québec, Boréal.
- GUILLAUME, Jean-François et Anne QUÉNIART
2004 « Engagement social et politique dans le parcours de vie », *Lien Social et Politiques*, numéro 51 : 5-14.
- HARVARD Duclos, Bénédicte et Sandrine NICOURD
2005 *Pourquoi s'engager? Bénévoles et militants des associations de solidarité*, Paris, Payot.
- HALL, Michael et al.
2007 « Canadiens dévoués, canadiens engagés : points saillants de l'enquête canadienne de 2007 sur le don, le bénévolat et la participation », *Statistique Canada*, numéro 71-542-X.
- JODELET, Denise
1997 *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France.
- LACOURSE, Marie-Thérèse
2006 *Sociologie de la santé*, Montréal, Québec, Les Éditions de la Chenelière inc.
- LEMIEUX, Vincent, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN et Gérard BÉLANGER
2003 *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux*, Saint-Nicolas, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- LÉVI-STRAUSS, Claude
1985 *La potière jalouse*, France, Plon.
- LÉVI-STRAUSS, Claude
1973 *L'anthropologie structurale*, Paris, Plon.
- MARANDA, Marie-France, Marc-André GUILBERT, Louise SAINT-ARNAUD et Michel VÉZINA
2006 *Détresse des médecins : un appel au changement*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

- McCULLOUGH, Laurence, B.
1998 *John Gregory and the invention of professional medical ethics and the profession of medicine*, The Netherlands, Kluwer Academic Publishers.
- MAUSS, Marcel
2007 *Essai sur le don*, Paris, Presses Universitaires de France.
- MENGER, Pierre-Michel
2003 *Les professions et leurs sociologies : modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, France, Édition de la Maison des sciences de l'homme.
- MERTON, Robert
1968 *Social Theory and Social Structure*, New-York, USA, The Free Press.
- MICHAUD, Marie-Andrée
2002 « D'amour et d'humour », *Guide ressources*, volume 18, numéro 4 : 58-60.
- MUSICK A. Marc et John WILSON
2008 *Volunteers : A Social Profile*, Bloomington , Indiana University press.
- PARSONS, Talcott
1955 *Éléments pour une sociologie de l'action*, introduction et traduction de F. Bourricaud, Paris, Plon.
- PIERRE-DESCHÊNES, Claudine
1981 « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec 1870-1918 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, volume 35, numéro 3 : 355-375.
- RILEY Pierre et Barbra TREMBLAY
2009 « L'engagement social des retraités : une richesse inestimable », *Bénévol'Action*, année 4, numéro 3 : 3-6.
- SÉCA, Jean-Marie
2001 *Les représentations sociales*, Paris, Armand Colin.
- SMITH, D. H.
1994 « Determinants of voluntary association participation and volunteering : A literature review », *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, volume 23, numéro 6 : 243-263.
- THIEL, Marie-Jo
2003 *Où va la médecine? Sens des représentations et pratiques médicales*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg.
- TUBINA, Maurice
1995 *Histoire de la pensée médicale : Les chemins d'Esculape*, France, Flammarion.
- VERENA, Aebischer et Dominique OBERLÉ
1998 *Le groupe en psychologie sociale*, Paris, Dunod.

WEBER, Max
1959 *Le savant et la politique*, Paris, Plon.

Sites web :

CCBP:

<http://sites.google.com/site/wwwccpbca/premiere-unite-sanitaire-su-quebec> / 30 novembre 2009

Classiques des sciences sociales :

http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/Socio_et_philo/ch_1_representations/representations.pdf / 19 novembre 2009 / 18 novembre 2009

Collège des médecins du Québec (CMQ) : *Âge moyen des médecins* :

<http://www.cmq.org/Medias/CopyTravailObligations/Copy%20of%20Statistiques/AgeMoyen.aspx> / 20 mars 2010

Collège des médecins du Québec (CMQ) : *Travail et obligations du médecin* :

<http://www.cmq.org/fr/Public/TravailObligations.aspx> / 13 septembre

Collège des médecins du Québec (CMQ) : *Communiqué* :

<http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2009/2009-02-10/communiquer.aspx> / 18 novembre 2009

Faculté de médecine de l'Université Laval : *Admission, inscription et contingent* :

http://www.fmed.ulaval.ca/site_fac/index.php?id=1457/ / 2 novembre 2009

Faculté de médecine de l'Université de Montréal :

http://www.med.umontreal.ca/etudes/programme_formation/doctorat_medecine/admission/processus_selection.html / 2 novembre 2009

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec :

<http://www.fmoq.org/Accueil/Accueil/Index.aspx> / 13 septembre 2009

Fédération des médecins spécialistes du Québec :

<http://www.fmsq.org/f/sectionaccueil/pournousjoindre.html> / 13 septembre 2009

Fondation pour la promotion de la Pédiatrie sociale :

<http://www.pediatriesociale.org/Notesbiographiques.html> / 14 septembre 2009

Gouvernement du Québec :

http://www.financementsante.gouv.qc.ca/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf / 7 décembre 2009

Ministère de la Santé et des Services sociaux :
<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/rsq/index.php?id=49,89,0,0,1,0/> 20
mars 2010

Premier ministre :
<http://www.premier-ministre.gouv.qc.ca/salle-de-presse/communiqués/2006/fevrier/com20060216.shtml/> 2 novembre 2009

ANNEXE I

SCHÉMA D'OPÉRATIONNALISATION

Concept 1	Dimensions	Sous-dimensions		Indicateurs	
Trajectoire personnelle	Avant les études en médecine (1)	Parcours scolaire (1.1)		Formation (1.1)	
				Impact sur la trajectoire (1.1)	
		Emploi(s) (1.2)		Emploi(s) occupé(s) (1.2)	
				Impact sur la trajectoire (1.2)	
		Implication (1.3)	Type(s) d'implication (1.3.1)	Bénévolat (1.3.1)	
				Activité(s) parascolaire(s) (1.3.1)	
				Activité(s) extrascolaire(s) (1.3.1)	
			Motivation(s) initiale(s) (1.3.2)	Affirmer son identité (1.3.2)	
				Aider autrui (1.3.2)	
				Nouer des relations (1.3.2)	
				Acquérir des compétences (1.3.2)	
				Intérêt pour la cause ou l'organisme (1.3.2)	
				Autre(s) (1.3.2)	
			Motivation(s) à poursuivre (1.3.3)	Sentiment d'accomplissement (1.3.3)	
				Témoignages de reconnaissance (1.3.3)	
				Sentiment d'utilité (1.3.3)	
				Autre(s) (1.3.3)	
			Obstacle(s) (1.3.4)	Manque de ressources (1.3.4)	
				Manque de temps - exigences familiales - exigences professionnelles - autres activités (1.3.4)	
				Autre(s) (1.3.4)	
	Contexte ayant mené à l'implication (1.3.5)	Sollicitation (1.3.5)			
		Motivation individuelle (1.3.5)			
	Modèle(s) d'implication (1.3.6)	Parent(s) (1.3.6)			
Famille élargie (1.3.6)					
Ami(s) (1.3.6)					
Membre(s) de la communauté (1.3.6)					
Collègue(s) (1.3.6)					
Personnage(s) connu(s) (1.3.6)					
Autre(s) (1.3.6)					
Études en médecine (2)	Contexte ayant mené au choix de la profession médicale (2.1)		Aspirations professionnelles et personnelles (2.1.1)		
			Influence(s) menant au choix (2.1.2)		

		Occupation du temps (2.2)		Temps consacré aux ami(s), à la famille (2.2.1)
				Temps consacré aux études (2.2.2)
				Temps consacré à l'implication (2.2.3)
				Temps consacré à d'autres activités (2.2.4)
		Implication (2.3)	Type(s) d'implication (2.3.1)	Bénévolat
				Activité(s) parascolaire(s)
				Activité(s) extrascolaire(s)
			Motivation(s) initiale(s) (2.3.2)	Affirmer son identité
				Aider autrui
				Nouer des relations
				Acquérir des compétences
				Intérêt pour la cause ou l'organisme
				Autre(s)
			Motivation(s) à poursuivre (2.3.3)	Sentiment d'accomplissement
				Témoignages de reconnaissance
				Sentiment d'utilité
				Autre(s)
			Obstacle(s) (2.3.4)	Manque de ressources
				Manque de temps - exigences familiales -exigences professionnelles -autres activités
Autre(s)				
Contexte ayant mené à l'implication (2.3.5)	Sollicitation Motivation individuelle			
Modèle(s) d'implication (2.3.6)	Parent(s)			
	Famille élargie			
	Ami(s)			
	Membre(s) de la communauté			
	Collègue(s)			
	Personnage(s) connu(s) Autre(s)			
Carrière médicale (3)	Occupation du temps (3.1)		Conciliation famille/travail (3.1.1)	
			Conciliation temps libre/travail (3.1.2)	
	Implication (3.2)	Type(s) d'implication (3.2.1)	Bénévolat (3.2.1)	
			Activité(s) liée(s) au domaine médicale (3.2.1)	
		Activité(s) extra-professionnelle(s) (3.2.1)		

			Motivation(s) initiale(s) (3.2.2)	Affirmer son identité (3.2.2)
				Aider autrui (3.2.2)
				Nouer des relations (3.2.2)
				Acquérir des compétences (3.2.2)
				Intérêt pour la cause ou l'organisme (3.2.2)
				Autre(s) (3.2.2)
			Motivation(s) à poursuivre (3.2.3)	Sentiment d'accomplissement (3.2.3)
				Témoignages de reconnaissance (3.2.3)
				Sentiment d'utilité (3.2.3)
				Autre(s) (3.2.3)
			Obstacle(s) (3.2.4)	Manque de ressources (3.2.4)
				Manque de temps - exigences familiales -exigences professionnelles -autres activités -situation financière (3.2.4)
				Autre(s) (3.2.4)
			Contexte ayant mené à l'implication (3.2.5)	Sollicitation (3.2.5)
				Motivation individuelle (3.2.5)
			Modèle(s) d'implication (3.2.6)	Parent(s) (3.2.6)
				Famille élargie (3.2.6)
				Ami(s) (3.2.6)
				Membre(s) de la communauté (3.2.6)
				Collègue(s) (3.2.6)
				Personnage(s) connu(s) (3.2.6)
Autre(s) (3.2.6)				

Concept 2	Dimensions	Sous-dimensions	Sous-sous-dimensions	Indicateurs
Représentation de la profession médicale	Avant les études en médecine	Formation scolaire (5)	Attentes vis-à-vis de la formation (5.1)	Apprentissage de connaissances scientifiques et de la mise en pratique de ces connaissances (5.1)
				Acquisition de compétences relationnelles (5.1)
				Transmission d'une vision humaine de la médecine (5.1)
		Rôle(s) et caractéristique(s) du médecin (4)	Devoirs envers la société (4.1)	Responsabilités sociales (4.1)
				Pression sociale quant au rôle de médecin (4.1)
				Statut social (4.2)
			Avantages et inconvénients d'être médecin (4.2)	Privilèges (4.2)
				Style de vie (4.2)
				Rôle technique et scientifique (4.3)
			Nature du rôle (4.3)	Rôle d'accompagnement des malades, apaiser la douleur (4.3)
				Avoir un impact positif sur la santé des gens (prévention/information) (4.3)
				Conditions de travail (4.4)
	Salaire (4.4)			
	Milieu de travail (4.4)			
	Après les études en médecine	Formation scolaire (5)	Rétrospective par rapport à la formation (6)	Correspondance aux attentes (6)
				Points forts (6)
				Points faibles (6)
		Rôle(s) et caractéristique(s) du médecin (7)	Devoir envers la société (7.1)	Responsabilité(s) sociale(s) (7.1)
				Pression sociale quant au rôle de médecin (7.1)
				Statut social (7.2)
			Avantages et inconvénients d'être médecin (7.2)	Privilèges (7.2)
				Style de vie (7.2)
				Rôle technique et scientifique (7.3)
			Nature du rôle (7.3)	Rôle d'accompagnement des malades, apaiser la douleur (7.3)
Avoir un impact positif sur la santé des gens (prévention/information) (7.3)				
Conditions de travail (7.4)				Nombre d'heures de travail (7.4)
	Salaire (7.4)			
	Milieu de travail (7.4)			

Concept 3	Dimensions	Sous-dimensions	Indicateurs
Représentation de l'implication du médecin	Le contexte de l'implication (8)	Le travail perçu comme une implication (8.1)	Nombre d'heures au travail (8.1)
			Type(s) d'action posée(s) (8.1)
			Impact sur le patient, le milieu de travail et le milieu social (8.1)
			Lieu(x) de travail (hôpitaux, CHSLD, cliniques privées, CLSC, domaine d'intervention) (8.1)
			Nature des liens entretenus avec les patients (8.1)
			Attitude par rapport au travail (8.1)
		Autre(s) (8.1)	
		Activités d'implication liées à la profession médicale (8.2)	Type(s) d'activité(s) (8.2)
			Nombre d'heures consacrées (8.2)
	Activités d'implication non liées au domaine médical (8.3)	Type(s) d'activité(s) (8.3)	
		Nombre d'heures consacrées (8.3)	
	Rémunération (9)		
			Activités non-rémunérées (9)

Concept 4	Dimensions	Sous-dimensions	Indicateurs	
Profil du répondant	Caractéristiques physiques		Age (1)	
			Sexe	
	Situation du ménage	Situation financière		Revenu (6)
				Personnes à charge (4)
		Situation familiale (2)		
				Seul(e) (2)
				Famille monoparentale (2)
				Couple sans enfant (2)
				Couple avec enfants (2)
			Nombre d'enfants (2)	
	Situation professionnelle	Type de médecin		Spécialiste (type) (7,8)
				Généraliste (7)
		Contexte de travail		Lieu de travail (9)
				Fonction (10)
				Ancienneté (11)
			Nombre d'heures de travail par semaine (12)	
	Origine socio-économique	Logement et histoire familiale		Ville(s) ou village(s) d'origine (13)
				Quartier(s) habité(s) (14)
				Type(s) de logement (15)
				Emploi(s) des parents (16)
Caractéristiques personnelles	Valeurs (1.4)(2.4)(3.3)		Préoccupations et convictions politiques (1.4.1)(2.4.1)(3.3.1)	
			Préoccupations et convictions sociales (1.4.2)(2.4.2)(3.3.2)	
			Préoccupations communautaires (1.4.3)(2.4.3)(3.3.3)	
	Personnalité (1.5)(2.5)(3.4)			Perception de l'entourage (1.5.1) (2.5.1)(3.4.1) :
				Déviance vs conformisme
				Traits de personnalité (1.5.2)(2.5.2)(3.4.2)
				Interactions sociales (1.5.3)(2.5.3)

ANNEXE II

SCHÉMA D'ENTREVUE

BLOC I : Trajectoire de vie

- A. *J'aimerais d'abord que vous me racontiez votre parcours personnel et professionnel, incluant vos implications sociales et comme médecin. Mais commencez par me parler de qui vous étiez et de ce que vous faisiez avant d'entrer en médecine.*
- B. *Pouvez-vous maintenant me parler de vos années d'étude en médecine, en commençant par me dire comment vous en êtes venu à choisir la médecine comme domaine d'étude et professionnel?*
- C. *J'aimerais maintenant que vous me parliez de votre carrière médicale, incluant vos implications sociales et comme médecin.*

SONDES

1. Avant les études en médecine :

1.1 Formation scolaire et impacts sur la trajectoire

1.2 Emplois occupés et impacts sur la trajectoire

1.3 Implication

- 1.3.1 **Type(s)** (bénévolat, activités parascolaires, activités extrascolaires)
- 1.3.2 **Motivations initiales** (affirmer son identité, aider autrui, nouer des relations, acquérir des compétences, intérêt pour la cause ou l'organisme, autre(s))
- 1.3.3 **Motivations à poursuivre l'implication** (sentiment d'accomplissement, témoignages de reconnaissance, sentiment d'utilité, autre(s))
- 1.3.4 **Obstacles** (manque de ressources, manque de temps (exigences familiales, exigences professionnelles, autre(s) activité(s)), autre(s))
- 1.3.5 **Contexte ayant mené à l'implication** (sollicitation ou motivation individuelle)
- 1.3.6 **Modèle d'implication** (parent(s), famille élargie, membre(s) de la communauté, ami(s), collègue(s), personnage(s) connu(s), autres)

1.4 Valeurs

- 1.4.1 **Préoccupations et convictions politiques**
- 1.4.2 **Préoccupations et convictions sociales**
- 1.4.3 **Préoccupations communautaires**

1.5 Personnalité

- 1.5.1 **Perception de l'entourage**
- 1.5.2 **Traits de personnalité**
- 1.5.3 **Interactions sociales**

2. Études en médecine

2.1 Contexte ayant mené au choix de la profession médicale

- 2.1.1 **Aspirations professionnelles et personnelles**
- 2.1.2 **Les influences menant au choix**

2.2 Occupation du temps

- 2.2.1 **Temps consacré aux amis, à la famille**
- 2.2.2 **Temps consacré aux études**
- 2.2.3 **Temps consacré à l'implication**
- 2.2.4 **Temps consacré aux autres activités**

2.3 Implication

- 2.3.1 **Type(s)** (bénévolat, activités parascolaires, activités extrascolaires)
- 2.3.2 **Motivations initiales** (affirmer son identité, aider autrui, nouer des relations, acquérir des compétences, intérêt pour la cause ou l'organisme, autre(s))
- 2.3.3 **Motivations à poursuivre l'implication** (sentiment d'accomplissement, témoignages de reconnaissance, sentiment d'utilité, autre(s))
- 2.3.4 **Obstacles** (manque de ressources, manque de temps (exigences familiales, exigences professionnelles, autre(s) activité(s)), autre(s))

2.3.5 **Contexte ayant mené à l'implication** (sollicitation ou motivation individuelle)

2.3.6 **Modèle d'implication** (parent(s), famille élargie, membre(s) de la communauté, ami(s), collègue(s), personnage(s) connu(s), autres)

2.4 Valeurs

2.4.1 **Préoccupations et convictions politiques**

2.4.2 **Préoccupations et convictions sociales**

2.4.3 **Préoccupations communautaires**

2.5 Personnalité

2.5.1 **Perception de l'entourage**

2.5.2 **Traits de personnalité**

2.5.3 **Interactions sociales**

3. Carrière médicale

3.1 Occupation du temps

3.1.1 **Conciliation famille/travail**

3.1.2 **Conciliation temps libre/travail**

3.2 Implication

3.2.1 **Type(s)** (bénévolat, activité(s) liée(s) au domaine médical, activité(s) extraprofessionnelle(s))

3.2.2 **Motivations initiales** (affirmer son identité, aider autrui, nouer des relations, acquérir des compétences, intérêt pour la cause ou l'organisme, autre(s))

3.2.3 **Motivations à poursuivre l'implication** (sentiment d'accomplissement, témoignages de reconnaissance, sentiment d'utilité, autre(s))

3.2.4 **Obstacles** (manque de ressources, manque de temps (exigences familiales, exigences professionnelles, autre(s) activité(s)), situation financière, autre(s))

3.2.5 **Contexte ayant mené à l'implication** (sollicitation ou motivation individuelle)

- 3.2.6 **Modèle d'implication** (parent(s), famille élargie, membre(s) de la communauté, ami(s), collègue(s), personnage(s) connu(s), autres)

3.3 Valeurs

- 3.3.1 **Préoccupations et convictions politiques**
- 3.3.2 **Préoccupations et convictions sociales**
- 3.3.3 **Préoccupations communautaires**

3.4 Personnalité

- 3.4.1 **Perception de l'entourage**
- 3.4.2 **Traits de personnalité**

BLOC II : Représentation de la profession médicale

D. J'aimerais maintenant que vous me parliez de votre perception de la profession médicale et de vos attentes par rapport à la formation avant d'entrer en médecine.

SONDES

4. Rôles et caractéristiques du médecin

- 4.1 Devoir envers la société** (responsabilités sociales, pression sociale quant au rôle du médecin)
- 4.2 Avantages et inconvénients d'être médecin** (style de vie, privilèges, statut social)
- 4.3 Nature du rôle** (rôle technique et scientifique, rôle d'accompagnement des malades, apaiser la douleur, avoir un impact positif sur la santé des gens (prévention/information))
- 4.4 Conditions de travail** (nombre d'heures de travail, milieu de travail (hôpitaux, CHSLD, cliniques privées, CLSC, domaine d'intervention), salaire)

5. Formation scolaire

- 5.1 Attentes vis-à-vis de la formation** (apprentissage de connaissances scientifiques et de la mise en pratique de ces connaissances, compétences relationnelles, transmission d'une vision humaine de la médecine)

E. *Est-ce que la manière dont on vous a formé à la médecine correspondait à vos attentes?*

SONDES

6. **Formation scolaire**

6.1 Rétrospective par rapport à la formation (correspondance aux attentes, points forts et points faibles de la formation)

F. *Est-ce que votre perception de la profession médicale a changé, du fait de votre expérience?*

SONDES

7. **Rôles et caractéristiques du médecin**

7.1 Devoir envers la société (responsabilités sociales, pression sociale quant au rôle du médecin)

7.2 Avantages et inconvénients d'être médecin (style de vie, privilèges, statut social)

7.3 Nature du rôle (rôle technique et scientifique, rôle d'accompagnement des malades, apaiser la douleur, avoir un impact positif sur la santé des gens (prévention/information))

7.4 Conditions de travail (nombre d'heures de travail, milieu de travail (hôpitaux, CHSLD, cliniques privées, CLSC, domaine d'intervention), salaire)

BLOC III : Représentation de l'implication du médecin

G. *En considérant les particularités de votre profession, comment peut se manifester selon vous l'implication des médecins de façon concrète? Ou autrement dit, quels sont les médecins que vous considérez impliqués?*

SONDES

8. **Le contexte de l'implication**

8.1 Le travail perçu comme une implication (nombre d'heures de travail, type(s) d'action posée(s), impact sur le patient, sur le milieu de travail et sur le milieu social, lieu(x) de travail, nature des liens entretenus avec les patients, attitude par rapport au travail, autre(s))

8.2 Activités d'implication liées à la profession médicale (type(s) d'activité(s), nombre d'heures consacrées)

8.3 Activités d'implication non liées au domaine médical (type(s) d'activité(s), nombre d'heures consacrées)

9. Rémunération (activités rémunérées, activités non rémunérées)

ANNEXE III

FICHE D'INFORMATIONS PERSONNELLES

Fiche d'identification du répondant _____

1. Âge : _____

Situation du ménage

2. Ménage :

- seul (e) famille monoparentale ⇨ nombre d'enfant(s) : _____
 couple sans enfant couple avec enfants ⇨ nombre d'enfant(s) : _____

Pour ceux et celles qui cochent la case « seul(e) » ou « famille monoparentale », passez à la question 4

3. Votre conjoint (e) occupe-t-il (elle) un emploi actuellement? _____
Si oui, lequel? _____

4. Avez-vous des personnes à votre charge?

- Oui
 Non ⇨ *passez à la question 6*

5. Combien de personnes avez-vous à votre charge? _____

5.1. Qui sont les personnes à votre charge ?

6. Quel est le revenu annuel moyen net de votre ménage ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inférieur à 99 999\$ | <input type="checkbox"/> Entre 300 000\$ et 399 999\$ |
| <input type="checkbox"/> Entre 100 000\$ et 199 999\$ | <input type="checkbox"/> Supérieur à 400 000\$ |
| <input type="checkbox"/> Entre 200 000\$ et 299 999\$ | |

Situation professionnelle

7. Êtes-vous :

- Médecin généraliste ⇨ *passez à la question 9*
 Médecin spécialiste

8. Quelle est votre spécialité ? _____

9. Où travaillez-vous ? _____

10. Quelle est votre fonction ? _____

11. Depuis combien d'années exercez-vous la profession médicale ? _____

12. En moyenne, combien d'heures rémunérées travaillez-vous par semaine?

Origine

13. Dans quelle(s) ville(s) ou village(s) avez-vous vécu votre enfance ?

14. Si vous habitez en ville, dans quel(s) quartier(s) ?

15. Dans quel(s) type(s) de logement(s) habitez-vous ?

16. Quel(s) emploi(s) ont occupé(s) vos parents lorsque vous étiez enfant ?

Père

Mère

17. Quel(s) emploi(s) avez-vous occupé(s) avant de devenir médecin?

ANNEXE IV

LETTRE DE SOLLICITATION

Québec, le ...

Dr. _____

Vous nous avez été recommandé par _____ pour participer à une enquête sociologique par entrevue sur l'implication des médecins dans leur milieu. Cette étude est réalisée dans le cadre du Laboratoire de recherche en sociologie de l'Université Laval pour le compte du comité d'admission au doctorat en médecine de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Notre objectif est de mieux connaître les conditions et les dispositions personnelles facilitant l'implication des médecins, ainsi que les significations que prennent pour eux leurs implications. Nos entrevues retracent le parcours scolaire, professionnel et d'implication du médecin avant de l'interroger sur ses représentations de la profession médicale, de l'implication et de son milieu de travail. Nous souhaitons également connaître les facteurs pouvant faire obstacle à l'implication des médecins.

Entre le _____ et le _____, nous vous contacterons par téléphone pour savoir si vous acceptez de nous accorder une entrevue d'une durée d'environ une heure à un moment de votre convenance.

Sachez que toutes les informations personnelles recueillies resteront confidentielles et ne seront dévoilées sous aucun prétexte.

Votre collaboration à la réalisation de cette recherche serait très appréciée.

Ève Larouche Laliberté
Étudiante en sociologie
Université Laval
eve.larouche-laliberté.1@ulaval.ca
(418) 682-0541

Marc-André Bélanger
Étudiant en sociologie
Université Laval
marc-andre.belanger.4@ulaval.ca
(418) 683-4984

Dr. Evens Villeneuve
Psychiatre, professeur agrégé
Président du Comité d'Admission
Doctorat en Médecine
Université Laval

ANNEXE V

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

L'implication des médecins dans leur milieu Formulaire de consentement

Cette recherche est effectuée dans le cadre du Laboratoire de recherche en sociologie de l'Université Laval (enseignement pratique de la recherche de 1^{er} cycle), en réponse à un appel d'offres de la Faculté de médecine et du comité d'admission au doctorat en médecine de l'Université Laval.

Objectifs

Cette recherche vise à mieux connaître les conditions d'exercice de la profession, les caractéristiques et les représentations des médecins qui s'impliquent de manière soutenue dans leur milieu social ou à une plus grande échelle.

Modalités de participation à la recherche

La participation à la recherche consiste à prendre part à une entrevue individuelle, d'une durée d'une heure ou plus, selon la disponibilité du participant, portant sur le parcours de vie du médecin et abordant les thèmes suivants :

- le parcours du médecin, de son adolescence à aujourd'hui, en insistant sur l'évolution de sa personnalité, de ses valeurs personnelles, de ses aspirations personnelles et professionnelles, de ses convictions sociales et politiques, et de ses implications;
- la pratique professionnelle du médecin et ses implications actuelles;
- les représentations du médecin relatives à la profession médicale et à l'implication.

Le participant n'est pas tenu de répondre à toutes les questions lui étant adressées.

Risques, inconvénients et avantages pour le participant

Cette recherche ne présente pas de risques connus. La participation à la recherche permettra aux participants de contribuer à ce que leur point de vue soit représenté dans l'analyse et la réflexion sur les différentes formes et intensités de l'implication chez les médecins, et sur les facteurs qui influencent celles-ci.

Participation volontaire et droit de retrait

Le participant est libre de participer à ce projet de recherche et peut en tout temps décider de s'en retirer sans avoir à se justifier et sans subir de préjudice quelconque. S'il décide de mettre fin à sa participation, il peut communiquer avec l'un ou l'autre des étudiants-chercheurs au numéro de téléphone indiqué dans ce document. Tous les renseignements personnels le concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Toutes les informations obtenues dans le cadre de cette recherche demeureront confidentielles. Les noms et prénoms des participants [de même que les titres ou fonctions qui les rendraient aisément identifiables] ne paraîtront sur aucun rapport. Si des extraits d'entrevue devaient être cités dans le rapport de recherche, ceux-ci seront présentés de façon à protéger l'anonymat des participants.

Les données seront conservées au domicile des étudiants-chercheurs et seront détruites à la fin de la recherche.

En cas de plaintes ou de critiques, le répondant est invité à s'adresser à la direction du département de sociologie.

Téléphone : 418-656-2227

Courriel : soc@soc.ulaval.ca

Adresse : 2325 rue de l'Université, Pavillon Charles-De Konick, Bureau 3469, Québec, Qc, G1V 0A6, Canada

Diffusion des résultats

Un rapport faisant état des résultats de la recherche sera diffusé en avril 2010 auprès des personnes et organismes intéressés et sera remis à la Faculté de médecine et au comité d'admission au doctorat en médecine de l'Université Laval. Les résultats de la recherche pourront être ultérieurement l'objet de publications dans des revues, de conférences ou d'autres formes de diffusion.

Signatures

Je soussigné(e) (nom du participant) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « l'implication des médecins dans leur milieu ». J'ai pris connaissance du formulaire et je me déclare satisfait des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies quant à ma participation à ce projet. Je comprends que je peux mettre fin à ma participation en tout temps sans avoir à subir de conséquence ou de préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature du participant, de la participante

Date

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant, avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et avoir fait l'appréciation de la compréhension du participant.

Signature de l'étudiant-chercheur

Date

Étudiants-chercheurs

Marc-André Bélanger

Étudiant en sociologie

Université Laval

418-683-4984

marc-andre.belanger.4@ulaval.ca

Eve Larouche Laliberté

Étudiante en sociologie

Université Laval

418-682-0541

eve.larouche-laliberte.1@ulaval.ca

ANNEXE VI

PLAN D'ANALYSE

I. Profil du répondant

1. Identifier qui sont les médecins
 - a. Âge et année d'obtention du diplôme
 - b. Sexe
 - c. Revenu
 - d. Personne(s) à charge
 - e. Situation familiale
 - f. Origine socio-économique
 - g. Valeurs
 - h. Personnalité
 - i. Expériences de vie avant la médecine (formations scolaires, emplois, implications (types))
 - j. Raisons d'entrer en médecine

II. Implication

1. Identifier les moments d'implication dans la trajectoire de vie des médecins
 - a. Avant les études en médecine
 - b. Pendant les études en médecine
 - c. Pendant la carrière médicale
2. Comprendre comment ils en viennent à s'engager
 - a. Sollicitation
 - b. Motivations individuelles
3. Comprendre pourquoi ils s'impliquent (motivations initiales)
4. Pourquoi ils continuent de s'impliquer
5. Identifier les obstacles à l'engagement des médecins
6. Modèle d'implication

III. Représentations

1. Comprendre quelles représentations ont les médecins de la profession médicale
 - a. Avant les études en médecine : Rôles et caractéristiques du médecin
 - b. Après les études en médecine : Rôles et caractéristiques du médecin
 - c. Explorer comment la formation scolaire et le milieu de travail peuvent influencer et transformer les représentations
2. Comprendre quelles représentations ont les médecins de l'implication du médecin
 - a. Le travail perçu comme une implication
 - b. Activités d'implication liées à la profession médicale
 - c. Activités d'implication non liées au domaine médicale
 - d. Rémunération

IV. Enjeux structurels et normatifs

1. Vérifier comment les réalités des différents milieux de formation et de travail influencent l'implication des médecins
 - a. Admission et activité de formation
 - b. Réalité des types de médecin (généraliste vs spécialiste)
 - c. Contexte de travail (lieu de travail, fonction, ancienneté, nombre d'heures de travail par semaine)
 - d. Vie domestique et conciliation famille-travail (seul ou en couple, avec ou sans personne à charge, participation à une économie domestique)
 - e. Conformisme et déviance