

Changements de pratique en médecine de famille : conséquences de la féminisation et des différences générationnelles

.....
Pierrette Fortin, doyenne des Études au campus d'Edmundston de l'Université de Moncton, détient un doctorat en philosophie de l'Université Laval. Elle est l'auteure de plusieurs articles arbitrés. Ses recherches portent sur les modèles de famille, l'éthique en santé et la pratique médicale.
.....

Marie-Pier Cloutier, membre du barreau depuis février 2014, a fait ses études de droit à l'Université McGill. Elle pratique actuellement au cabinet Woods s.e. n.c.r.l., à Montréal.
.....

Julie Easley, doctorante à l'Université du Nouveau-Brunswick, est coordonnatrice de la recherche à la Dalhousie University Family Medicine Teaching Unit au Nouveau-Brunswick. Ses recherches portent sur les survivants du cancer, sur les jeunes adultes ayant survécu au cancer, et sur les problématiques relatives aux communications et aux différences entre les sexes.
.....

Ryan Hamilton est détenteur d'un doctorat en psychologie de l'Université du Nouveau-Brunswick, où il est professeur adjoint en psychologie. Il enseigne des cours en thérapie comportementale et en amélioration des compétences. Ses recherches portent sur les personnes ayant survécu au cancer et sur leur bien-être psychologique.
.....

Résumé

À partir de 48 entrevues menées auprès de médecins de famille du Nouveau-Brunswick, cet article expose le triple phénomène qui frappe cette profession : la féminisation de la médecine, le désir des jeunes médecins de famille d'avoir un équilibre entre leurs vies professionnelle et personnelle ainsi que la réduction des heures de travail des médecins plus âgés. Ces trois phénomènes entraînent des changements de pratique à considérer pour évaluer les besoins futurs des effectifs médicaux.

Abstract

Based on 48 interviews with family doctors in New Brunswick, this article exposes the three phenomena that affect this profession: the feminisation of medicine, the desire of young family doctors to find a balance between their professional and personal lives, and the reduction of work hours for older doctors. These three factors bring changes in practice that must be considered in the assessment of future needs in medical staff.

Aujourd'hui, les femmes sont majoritaires (61 %) dans la population des médecins âgés de moins de 35 ans. Elles représentent 36,4 % de l'ensemble des médecins du Canada, 34, 9% au Nouveau-Brunswick, et 42,2 % au Québec (*Association médicale canadienne* 2012). Ces chiffres continueront d'augmenter, puisque 90 % des médecins qui ont plus de 60 ans et qui envisagent la retraite sont des hommes (Contandriopulos et Fournier 2007). Par ailleurs, le nombre de femmes qui reçoivent leur diplôme de médecine dans l'ensemble des universités canadiennes n'a fait qu'augmenter au cours des dernières décennies; les statistiques de 1940 à 2010 de l'Association des facultés de médecine du Canada, le démontrent clairement. De 32,3 %, en 1980, à 44 %, en 1990, à 49,6 %, en 2000, les finissantes se sont progressivement taillées leur place pour représenter 58,4 % de la classe de diplômés de 2010 à l'échelle du pays. Parmi celles-ci, un grand nombre choisira d'adopter un mode de pratique qui offre des conditions permettant de concilier plus facilement famille et travail, notamment par le biais d'horaires de travail flexibles (Mobilos, Chan et Brown 2008; Wright, Scott, Woloschuk et Brenneis 2004).

La littérature aussi bien que les médias clament haut et fort que les femmes médecins sont responsables du manque d'effectif médical en raison de la conciliation de leurs vies personnelle et professionnelle et de leurs choix de pratique et d'approche. Pourtant, cette seule réalité est insuffisante pour expliquer les changements qui frappent la médecine familiale. D'ailleurs, Contandriopulos et Fournier (2007) précisent qu'il faut nuancer la perception répandue voulant que ce soit l'entrée massive des femmes dans la profession qui soit responsable de la diminution des effectifs médicaux (p. 9), puisque les jeunes hommes médecins souhaitent également concilier leurs vies personnelle et professionnelle, pendant que les médecins âgés de 65 ans et plus réduisent leurs heures de travail, sans pour autant envisager la retraite (Sarma, Thind et Chu 2011). Par conséquent, des différences entre les générations au sein de ce milieu de travail révèlent des divergences importantes dans la façon de considérer la profession, qu'il s'agisse des valeurs qui y sont associées, du nombre d'heures accordées à la pratique, ou de l'équilibre souhaité entre les vies personnelle et professionnelle.

La pertinence d'étudier ces changements tient, d'une part, à l'importance de bien connaître le vécu des

médecins de famille en terme de conciliation des vies personnelle et professionnelle, puisque leur satisfaction au travail repose, entre autres, sur leur capacité à concilier efficacement ces deux priorités. D'autre part, analyser uniquement l'impact de la féminisation est insuffisant pour saisir pleinement l'ampleur du phénomène. L'objectif de cet article est donc de mettre en parallèle le triple phénomène qui frappe actuellement cette profession : féminisation de la médecine, nouvel équilibre désiré par les jeunes médecins et, finalement, la réduction des heures de travail des médecins plus âgés. Pour ce faire, 48 médecins de famille du Nouveau-Brunswick, hommes et femmes d'âges différents, ont participé à une entrevue semi-dirigée au cours de laquelle ils étaient invités à parler de leur vie professionnelle.

Bien que ce triple phénomène soit régulièrement abordé par les médias, peu de recherches canadiennes s'y sont spécifiquement attardées. Depuis le début des années 1990, plusieurs de ces recherches ont cependant analysé la féminisation des effectifs médicaux ainsi que les différences de pratique entre hommes et femmes médecins¹. Aux États-Unis, au cours des dernières années, plusieurs auteurs, dont Shangraw et Whitten (2007) ainsi que Shields et Shields (2003), ont discuté de façon plutôt anecdotique des différentes caractéristiques des générations qui se côtoient dans le milieu médical, visant ainsi une meilleure compréhension entre elles. En France, les auteurs qui ont abordé ces thématiques concluent que les changements de pratique s'expliquent à la fois par la féminisation et le désir des jeunes médecins, indépendamment de leur sexe, de concilier vie personnelle et professionnelle (Lapeyre et Robelet 2007; Lapeyre et Le Feuvre 2004, 2005; Lapeyre 2003). Au Canada, les auteurs Jovic, Wallace et Lemaire (2006) ont étudié à la fois la question de la féminisation et celle des différences générationnelles chez des spécialistes de la médecine interne pratiquant à la London Health Science Centre qui est affiliée à la University of Western Ontario (London, Ontario). Ils démontrent que bien que les jeunes médecins semblent moins engagés dans leur vie professionnelle que leurs aînés, il s'agit là d'une perception des Baby-boomers plutôt qu'une réalité. Quant à l'étude canadienne menée par Beaulieu (2008), pour laquelle on a interrogé des professeurs en médecine familiale et des étudiants en résidence sur leur identité professionnelle, elle a relevé des différences générationnelles qui rendent parfois

difficile la compréhension entre ces deux groupes; les étudiants se sentant jugés par les professeurs. Avant la présentation de la méthodologie et des résultats de recherche, la section suivante, grâce à la littérature pertinente, en premier lieu, situe le niveau d'activité des médecins de famille, puis dresse la situation quant à leur désir de concilier efficacement les vies personnelle et professionnelle, et en dernier lieu, soulève les questions liées aux différences générationnelles.

État des lieux

Niveau d'activités

En 2007, le *Sondage national des médecins* (2007) révélait qu'au Canada, les hommes médecins travaillaient en moyenne 52,5 heures par semaine à l'exclusion des heures de garde, tandis que les femmes en travaillent 7,1 de moins (soit, 45,4 heures par semaine). En 2010, l'écart a diminué pour se chiffrer à 5,1 heures de différence (*Sondage national des médecins* 2010). Les études démontrent clairement que les femmes souhaitent obtenir des heures de travail plus flexibles ou un nombre d'heures de travail réduit pour faciliter la conciliation des vies professionnelle et familiale (Crossley, Hurley et Jeon 2009; Jovic, Wallace et Lemaire 2006; Robelet, Lapeyre et Zolesio, 2006; Frank, Harvey et Elon 2000; Woodward, Ferrier, Cohen et Brown 2001). D'ailleurs, de façon générale, les femmes médecins voient moins de patients par jour que leurs homologues masculins (Contandriopulos et Fournier 2007; Gjerberg 2003; Woodward, Ferrier, Cohen et Brown 2001; Mobilos, Chan et Brown 2008; Robelet, Lapeyre et Zolesio 2006; Heiligers et Hingstman 2000; Jovic, Wallace et Lemaire 2006). Au Québec, les auteurs Contandriopulos et Fournier (2007) précisent que les femmes médecins voient 31 % moins de patients, et prennent généralement plus de temps avec chacun d'entre eux, diminuant ainsi de 6 % le nombre de visites par médecin (p. iii).

Frank, Harvey et Elon (2000, 136) expliquent qu'en général, les femmes médecins qui ont des enfants en bas âge, demeurent professionnellement actives, mais sont portées à diminuer leur nombre d'heures de travail tout en exprimant une ouverture à augmenter éventuellement leur implication professionnelle (Woodward, Ferrier, Cohen et Brown 2001; Robelet, Lapeyre et Zolesio 2006, 7). Par contre, l'étude néerlandaise de Heiligers et Hingstman (2000) apporte une nuance en précisant que les femmes médecins préfèrent travailler

moins d'heures que les hommes médecins, et ce, qu'elles aient des enfants ou non : « [...]It is remarkable that the preference by female MDs working full-time for reducing their working hours is not predicted by home domain characteristics » (p. 1244).

On remarque aussi, indépendamment du sexe, une tendance des jeunes médecins à réaménager leur temps de travail pour dégager des périodes consacrées au temps familial et domestique. L'étude d'Heiligers et Hingstman (2000) conclut que le désir de réduire les heures de travail, voire de travailler à temps partiel pour concilier plus efficacement les vies professionnelle et familiale, n'est pas une question de sexe puisqu'il est exprimé tant par les jeunes mères que les jeunes pères (p. 1244).

Conciliation travail / vie personnelle

Indépendamment de leur statut professionnel, les femmes demeurent, plus souvent qu'autrement, les premières responsables des tâches familiales et sont confrontées à leur double rôle : celles de mères et de médecins (Mobilos, Chan et Brown 2008). Ainsi, le nombre croissant de femmes en médecine a fait surgir de façon plus impérative la question de la conciliation des vies professionnelle et personnelle (Verlander 2004). Bien que de nombreux hommes conçoivent séparément leur travail et leurs responsabilités familiales, ce n'est pas le cas pour les femmes (Lapeyre 2003, 110) qui sont nombreuses à considérer que ces deux sphères s'entrechoquent (Jovic, Wallace et Lemaire 2006, 7; Verlander 2004). Même si les femmes médecins consacrent généralement moins d'heures au travail domestique que les autres professionnelles, celles qui s'y adonnent davantage vivent un niveau de stress plus élevé (Frank, Harvey et Elon 2000, 138; Swanson, Power et Simpson 1998, 251). Par ailleurs, pour plusieurs femmes médecins, atteindre un équilibre entre leurs vies professionnelle et personnelle demeure l'un de leurs plus grands défis (Mobilos, Chan et Brown 2008, 3). Elles doivent donc adopter certaines stratégies pour atteindre un équilibre de vie, en modifiant leurs heures de travail et en favorisant le partage des tâches au sein de la famille.

Bien que l'on se targue d'affirmer que le partage des tâches domestiques et familiales entre conjoints est de plus en plus égalitaire, l'enquête de Robelet, Lapeyre et Zolesio (2006, 13 et 16) démontre que l'organisation

« mentale » des activités de la maison appartient toujours aux femmes. D'ailleurs, lorsque le nombre d'heures travaillées par les médecins tient compte des tâches familiales et domestiques, il est clair que les femmes travaillent plus que les hommes (Gjerdingen, McGovern, Bekker, Lundberg et Willemsen 2000). Bien que certaines tentent encore, seules, de concilier travail et famille, bon nombre reconnaissent des contraintes importantes en terme de temps. Ainsi, les femmes médecins n'hésitent pas à embaucher une aide extérieure pour certaines tâches domestiques (ex : le ménage et le jardinage) (Frank, Harvey et Elon 2000, 136). De plus, bon nombre insiste pour que le conjoint participe aux tâches ménagères. Bien que les femmes relayent souvent leur carrière au second plan pour prioriser celle de leur conjoint, lorsqu'elles gagnent un salaire plus élevé que leur partenaire, la tendance s'inverse exigeant une plus grande participation de sa part dans l'exécution de tâches domestiques (Lapeyre et Le Feuvre 2005, 24, 49-50). Lorsque celui-ci refuse de s'impliquer, pour certaines la situation est telle qu'elles se voient obligées de changer de type de pratique et devenir des médecins salariés ou, plus radicalement, de se séparer ou de divorcer (Lapeyre 2003, 114).

Différences générationnelles

Bien que l'augmentation du nombre de femmes en médecine familiale engendre certains changements, les interactions entre les différentes générations de médecins dont les priorités divergent au sein d'un même milieu de travail, n'est pas sans causer certaines frictions. Les deux générations qui nous intéressent particulièrement sont celles des Baby-boomers et de la génération X, telles que classifiées par Jovic, Wallace et Lemaire (2006) : « Gen Xers include the twenty-and thirty-something women and men who were born between 1965 and 1980. In contrast, the Baby-boomer generation refers to the large cohort born between 1945 and 1964 (p. 1). »

Les jeunes médecins de la génération X, comme le laissent entendre O'Neil (2002) ainsi que Bickel et Brown (2005), ont une vie très différente que celle des Baby-boomers. Marqués par la perte de confiance envers les institutions, ils sont ouverts à la diversité, ils semblent accorder plus d'importance à la vie sociale et ils recherchent des expériences personnelles diverses, ce qui les amène à chercher différentes opportunités de

carrière plutôt qu'à s'investir au même endroit toute une vie (O'Neil 2002; Bickel et Brown 2005; Kennedy 2003). La génération des Baby-boomers a un rapport différent au travail. Elle a tendance, contrairement à la génération X, à être très loyale à ses employeurs (Jovic, Wallace et Lemaire 2006, 2). Ceci amène la génération X à blâmer celle des Baby-boomers de son trop grand souci de la hiérarchie, de sa compétitivité, de sa prudence et de sa loyauté aveugle (Flynn dans Jovic, Wallace et Lemaire 2006, 2). Les Baby-boomers, quant à eux, reprochent aux jeunes médecins leur manque d'engagement, car ces derniers donnent priorité à leur vie personnelle plutôt qu'à leur vie professionnelle (Jovic, Wallace et Lemaire 2006; O'Neil 2002; Bickel et Brown 2005; Kennedy 2003).

Ainsi, les écarts intergénérationnels créent une situation complexe, situation à laquelle le monde médical ne fait pas exception car il en subit également les effets. Les entrecroisements entre médecins de différentes générations amènent de nombreuses critiques. Les Baby-boomers, très engagés et impliqués dans leur carrière, parfois au détriment de leur vie personnelle, accusent les plus jeunes d'un manque de volonté à travailler et d'une perte de la valeur et de l'importance de la profession (Smith 2005). En retour, la génération X reproche aux médecins plus âgés de trop travailler aux dépens de leur famille et de leur vie personnelle. Qui plus est, la génération contemporaine de médecins considère sa carrière comme importante, mais elle ne la place pas nécessairement au premier plan par souci d'une vie plus équilibrée (Jovic, Wallace et Lemaire 2006, 5-6; Smith 2005). Ces différences font en sorte que ces deux générations prennent des décisions de carrière différentes, parfois incompréhensibles aux yeux des uns et des autres.

Malgré tout, les deux générations effectuent des heures de travail sensiblement similaires sur une base hebdomadaire. L'étude de Crossley, Hurley et Jeon (2006, 2009) démontre qu'entre 1982 et 2003 le nombre d'heures consacrées aux soins directs aux patients a diminué de 16 %, et que les hommes sont ceux qui les ont réduites le plus, diminuant ainsi l'écart entre les heures travaillées par les hommes et les femmes médecins. De même, 24,2 % des répondants au *Sondage national des médecins* (2010) disent avoir réduit leurs heures de travail hebdomadaires tandis que 37,9 % disent vouloir le faire dans les deux prochaines années. Comme le men-

tionnent Contandriopulos et Fournier (2007), « il faut donc nuancer la perception répandue que l'entrée des femmes dans la profession a entraîné une baisse significative de la disponibilité de services médicaux (...) » (p. 9). De plus, les attitudes envers les patients tendent à se ressembler. Finalement, beaucoup d'entre eux, et ce, dans des proportions similaires, reconnaissent que leur profession interfère avec leurs vies familiale et personnelle. La prochaine section aborde le cadre méthodologique qui a permis de mieux cerner la réalité des médecins de famille du Nouveau-Brunswick.

Cadre méthodologique

L'objectif de ce projet est d'examiner comment la dynamique changeante des genres en médecine familiale modifie l'environnement et la satisfaction du travail des médecins de famille du Nouveau-Brunswick. De cet objectif général s'est dégagé que les changements de pratique en médecine familiale sont influencés à la fois par l'arrivée massive des femmes en médecine, par le nouvel équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, désiré par les jeunes médecins et par la réduction des heures de travail des médecins plus âgés.

Nous avons retenu une approche qualitative par le biais d'études de cas multiples de type instrumental. Cette méthode est définie par Creswell (1997) comme « l'exploration d'un « système défini » ou cas (ou cas multiples) sur une certaine période, par une collecte de données en profondeur, détaillée, impliquant des sources d'information multiples riches en contexte » [traduction libre] (p. 61). L'étude de cas est définie comme instrumentale, car le cas sert à décrire le phénomène étudié plutôt que d'être une source d'intérêt en soi. Après avoir obtenu l'approbation des comités d'éthique de l'Université Dalhousie, l'Université de Moncton et l'Hôpital Dr Everett Chalmers, 48 entrevues, soit 24 cas, ont été menées avec des médecins de famille provenant de toutes les régions de la province. Chaque cas devait être constitué de deux entrevues différentes provenant de deux médecins avec des caractéristiques spécifiques similaires. Les quatre caractéristiques majeures retenues pour l'échantillonnage sont les suivantes : sexe (homme ou femme); lieu de la pratique (rural ou urbain); langue de la pratique (anglais ou français); année de la diplomation (moins de 10 ans, entre 10 et 20 ans et plus de 20 ans). Les entrevues étaient semi structurées, d'une durée moyenne d'une heure, et la plupart a eu lieu au bureau

du médecin. Le guide de questions a été construit pour répondre aux objectifs de l'étude en s'inspirant de la revue de la littérature et de l'état des lieux. Les questions étaient ouvertes et chaque participant était invité à raconter son vécu. L'orientation directrice pour l'entrevue portait sur les questions suivantes : 1) Pouvez-vous me parler de votre profession? 2) Décrivez brièvement vos rapports professionnels. 3) Comment répondez-vous aux exigences de votre travail tout en vous acquittant de vos responsabilités familiales? 4) Avez-vous l'impression que la pratique de la médecine affecte votre santé? 5) Avez-vous déjà été traité de manière inappropriée ou non respectueuse?

Les participants ont été recrutés par le biais du site Web du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick. On y compte approximativement 836 médecins de famille. Une stratégie de recrutement ciblée a été privilégiée. Une invitation par lettre expliquant la recherche a été acheminée à des participants potentiels en huit envois différents pour cibler les médecins qui répondaient aux critères de sélection. Le taux de réponse a été d'environ 35 %. Des 48 entrevues qui ont été menées, 18 cas sur 24 ont été complétés et six sont surreprésentés. Toutes les entrevues ont été transcrites verbatim et analysées par thème en utilisant une approche agrégée par catégorie. L'analyse des résultats a permis de générer des catégories thématiques. Les thèmes similaires ont ensuite été reliés pour obtenir des catégories majeures. Pour assurer la conformité, une synthèse des résultats a été transmise aux participants, mais aucun d'eux n'a acheminé de commentaires.

Résultats

Dans notre échantillon de 48 médecins de famille, 29 étaient des femmes et 19 des hommes. Vingt-sept vivaient en milieu rural, tandis que 21 provenaient des régions urbaines. Vingt-cinq étaient de langue maternelle française, tandis que 23 étaient anglophones. Dix-huit pratiquaient depuis moins de 10 ans, 18 avaient entre 10 et 20 ans de pratique, tandis que 12 en avaient plus de 20.

Certains thèmes majeurs sont ressortis de notre enquête, parmi lesquels 1) l'importance pour les jeunes médecins de concilier leur travail à leur vie personnelle; 2) les différences du choix de pratique et d'approche entre générations; 3) la tendance des jeunes femmes médecins de travailler à salaire plutôt qu'à l'acte et finale-

ment 4) les jugements portés sur la génération X par les Baby-boomers et vice versa. Les résultats révélant que les différences entre générations sont davantage une perception qu'une réalité, viennent rappeler que les anecdotes sont loin d'être suffisantes pour cerner une telle problématique.

Importance pour les jeunes médecins de concilier leur travail à leur vie personnelle

Toutes les femmes médecins soulignent l'importance de concilier leur travail à leur vie personnelle, voire familiale. Bien que leur travail soit important pour elles, il ne constitue pas nécessairement leur unique priorité. Certaines affirment clairement que leur identité maternelle précède leur identité professionnelle et que l'équilibre entre ces deux sphères est nécessaire à leur bien-être :

« Nous prenons des congés pour avoir des enfants. Nous travaillons à temps partiel. Nous ne voyons pas le travail comme notre priorité... Nous voulons une vie. Nous voulons profiter de notre famille, profiter de la vie autre que celle professionnelle. La médecine n'est plus ce que nous mangeons, dormons et respirons. » (Entrevue 1, femme médecin en milieu de carrière, traduction libre)

« Je ne me considère pas uniquement médecin. Je me considère mère et épouse avant d'être médecin. » (Entrevue 9, jeune femme médecin)

Nous ne pouvons cependant pas conclure que l'équilibre est le travail et la vie personnelle est uniquement une préoccupation pour les femmes médecins. Tous les jeunes hommes médecins, et même ceux en phase de milieu de carrière, clament la nécessité d'un tel équilibre :

« Je crois que les jeunes médecins protègent beaucoup plus leur qualité de vie. Ils mettent des limites, ils ont de plus petites pratiques. Déjà ma génération mettait plus de limites... » (Entrevue 26, homme médecin en milieu de carrière)

« Quand j'ai le choix, plutôt que faire un shift supplémentaire, je préfère avoir une fin de semaine à la maison, avoir du plaisir avec les enfants. Je les coach au hockey, j'aime faire cela. Ça ne paie pas les factures, mais il y a autre chose dans la vie que faire de l'argent ». (Entrevue 12, homme médecin en milieu de carrière, traduction libre)

Finalement, le choix de concilier travail et famille appa-

raît également comme une question de santé :

« Les médecins, hommes et femmes, acceptent, reconnaissent que pour être en forme psychologiquement et physiquement, nous avons besoin de concilier notre vie et notre travail. Je crois que le plus grand nombre de femmes dans la profession nous permet d'y mettre l'accent. » (Entrevue 33, jeune femme médecin, traduction libre)

Il est clair que chez les médecins plus jeunes et en milieu de carrière indépendamment de leur sexe, la pratique de la médecine n'est pas leur seule priorité et qu'ils souhaitent un équilibre entre leur vie personnelle et professionnelle favorisant leur épanouissement parentale ainsi que leur bien-être, ce qui a nécessairement une influence sur leur pratique.

Différences du choix de pratique et d'approche entre générations

Traditionnellement, les médecins avaient des pratiques avec un grand nombre de patients, ce qui exigeait de leur part de longues semaines de travail. Les jeunes médecins refusent ce type de pratique, préférant voir moins de patients dans une journée pour avoir la flexibilité de prendre plus temps avec chaque patient en question. Plus sélectifs, certains médecins préfèrent la pratique de groupe, tandis que d'autres évitent des formes de pratique, ou encore, choisissent d'avoir de plus petits bureaux ou tout simplement de ne pas en avoir. Quoiqu'il en soit, il est clair que les jeunes médecins de famille ne souhaitent pas avoir des semaines de travail qui n'en finissent plus :

« Je considérerais être à salaire, mais je ne pratiquerais jamais en solo ou avec un seul partenaire. J'aime la pratique de groupe, les liens collégiaux que nous avons et la possibilité d'être remplacée si je prends une journée de congé. » (Entrevue 31, jeune femme médecin, traduction libre)

« Comme j'ai dit, je travaille fort, je travaille beaucoup, je m'occupe très bien de mes patients. Je suis très satisfaite de la façon dont je m'en occupe, mais je n'ai pas 3000 patients, je ne suis pas prête à avoir 3000 patients et je n'accepterai pas d'en avoir 3000, parce que je n'accepterai pas de faire 70 à 80 heures. » (Entrevue 31, jeune femme médecin)

Déjà en début de carrière, les jeunes médecins savent ce qu'ils veulent et ce qu'ils ne veulent pas faire. Ils prennent donc les moyens, dès le départ, pour limiter leur nombre d'heures de travail ainsi que le nombre de pa-

tients qu'ils acceptent de prendre en charge. Dans le cas de certains, plus souvent des femmes que des hommes, ils choisiraient de travailler à salaire pour éviter une trop grosse pratique.

Tendance des jeunes femmes médecins de travailler à salaire plutôt qu'à l'acte

Dans certaines régions du Nouveau-Brunswick, depuis quelques années, les médecins de famille peuvent choisir d'être à salaire au lieu d'être à l'acte. Les semaines de travail sont de 37,5 heures et, en fonction du contrat qu'ils ont négocié, ils doivent accepter des patients jusqu'à ce qu'ils aient atteint un nombre particulier qui varie en fonction des autres obligations professionnelles qu'ils assument. Ce nombre sera plus important s'ils ne travaillent qu'en bureau et en milieu de soins hospitaliers. Il sera réduit si, à cela, s'ajoutent des heures, par exemple, en clinique de santé sexuelle ou en salle opératoire. Par ailleurs, les médecins à salaire ont accès à des avantages sociaux, tels que les congés de maternité ou de maladie. Ainsi, certaines femmes médecins font ce choix soit pour favoriser leur vie familiale ou pour pouvoir prendre un congé de maternité. Certains ont une perception positive de ces conditions de travail, tandis que d'autres, souvent des médecins plus âgés, en ont une perception négative.

Perception positive :

« À salaire, tu bénéficies de journées de formation, de maladie, d'une pension, de congé de maternité... » (Entrevue 22, femme médecin en milieu de carrière)

« Dans les contrats à salaire, il y a des congés de maternité. Les femmes ont besoin de passer du temps avec leur nouveau-né, pour allaiter, pour créer ce « bonding ». » (Entrevue 27, jeune femme médecin)

Perception négative :

« Tu ne peux pas juste avoir des médecins à salaire, qu'ils payent tant, puis qui voient rien que douze patients par jour. » (Entrevue 13, homme médecin en milieu de carrière)

« S'ils vont à salaire, ils ne se défonceront pas à travailler comme nous le faisons. Ils vont vouloir avoir un équilibre entre leur travail et leurs autres intérêts. » (Entrevue 42, homme médecin plus âgé, traduction libre)

Ainsi, si certaines femmes choisissent le travail à salaire pour avoir accès à des avantages sociaux, elles doivent vivre avec la perception négative des hommes médecins plus âgés. Ces derniers ne portent pas uniquement des jugements négatifs sur les jeunes femmes médecins à salaire, mais plutôt sur l'ensemble des jeunes médecins. À remarquer que ces derniers le leur rendent bien.

Jugements portés sur la génération X par les Baby-boomers et vice versa

Les Baby-boomers critiquent sévèrement les jeunes médecins qui ne veulent pas pratiquer en milieu rural, qui veulent travailler durant moins d'heures ou qui sont sélectifs, choisissant, par exemple, de ne travailler uniquement qu'en salle d'urgence, plutôt que d'avoir une pratique de bureau :

« Les jeunes vont choisir, ils ont le choix. Ils peuvent choisir des activités, disons qui sont moins exigeantes, qui impliquent moins de responsabilités. » (Entrevue 42, homme médecin en milieu de carrière)

« Le fardeau du soin des malades est beaucoup plus important au bureau que quand tu fais de l'urgence. De plus en plus de jeunes médecins ont peur de faire face à ça... » (Entrevue 43, homme médecin plus âgé)

Les jeunes médecins, quant à eux, reprochent à leurs aînés d'avoir une grosse pratique, de ne pas avoir une approche globale et de ne pas établir suffisamment de relation avec leurs patients :

« On a tendance à faire beaucoup plus d'éducation, de conscientiser les patients juste parce qu'on sort de notre formation, puis c'est ce qu'on nous apprend à faire, on n'a pas encore perdu nos bonnes habitudes. » (Entrevue 37, jeune femme médecin)

« Les patients vont souvent dire qu'ils aiment bien avoir des femmes médecins... Les nouveaux hommes médecins sont souvent dans la même lignée de pensée que les femmes... Ils ne sont pas comme les anciens médecins. C'étaient des hommes qui travaillaient fort, dur, qui prenaient beaucoup de patients. Donc, ils n'avaient pas grand temps avec chaque patient, parce qu'ils avaient des grosses, grosses clientèles, puis ils étaient plus directs au but. Je pense que les patients voulaient plus que ça de leur médecin. » (Entrevue 10, jeune femme médecin)

La vision de ces deux générations diffère en ce qui a trait au professionnalisme; la première, valorisant une pratique élargie et un grand nombre de patients vus

dans une journée, tandis que l'autre valorise plutôt le temps passé avec chaque patient, misant davantage sur la prévention que sur l'approche curative. De là découlent des jugements de valeurs importants de part et d'autres. Pourtant, tel que le démontrent les résultats du *Sondage des médecins de famille du Canada* (2010), 48,2 % des médecins entre 55 et 64 ans réduisent ou souhaitent réduire leur nombre d'heures de travail faisant les mêmes choix que les jeunes médecins, mais à un moment fort différent de leur carrière. Certains reconnaissent donc positivement le choix des plus jeunes avec peut-être même une pointe d'envie :

«Je crois que c'est une bonne chose. Vous savez pourquoi, parce que les hommes ont travaillé de trop longues heures, et ont créé les problèmes actuels de la profession. Vous savez travailler seize ou dix-sept heures par jour, je crois que c'est rafraîchissant pour un médecin de pouvoir dire, j'ai deux enfants, toodaloo. [...]

Les femmes ont des familles, elles ont des conjoints, elles ont des enfants... Je crois qu'elles ont les bonnes priorités comparé aux hommes qui, comme moi, travaillent douze heures par jour.» (Entrevue 41, homme médecin plus âgé, traduction libre)

Discussion

Bien que le *Sondage des médecins de famille du Canada* (2010) relève que l'écart dans le nombre d'heures travaillées par les hommes et les femmes médecins n'est que de 5,1 heures par semaine, la perception que les femmes travaillent beaucoup moins d'heures que les hommes, persiste. Pourtant lorsqu'on analyse le phénomène, on constate que les hommes, quel que soit leur âge, choisissent de réduire leur nombre d'heures de travail pour concilier les divers aspects de leur vie. Les différences relèvent cependant davantage de l'approche que du nombre d'heures travaillées, les jeunes médecins qui privilégient une approche globale, préfèrent voir moins de patients, passer plus de temps avec chacun d'entre eux pour aborder leurs différentes préoccupations et ainsi faire de la prévention. De manière concrète, certaines femmes privilégient travailler à salaire, pour éviter d'avoir une clientèle trop importante et avoir des avantages sociaux, ou encore la pratique de groupe pour partager plus facilement les responsabilités associées à leur clientèle, tandis que certains hommes évitent le travail de bureau et choisissent de travailler en salle d'urgence et en clinique sans rendez-vous pour

contrôler leurs responsabilités professionnelles. Par ailleurs, bien que les médecins plus âgés portent des jugements négatifs à l'égard des choix faits par les plus jeunes, visant particulièrement les femmes, un nombre assez important d'entre eux fait ou désire faire des choix similaires. Cela explique que le nombre d'heures travaillées par ces deux générations soit sensiblement le même, malgré la perception persistante que les jeunes médecins travaillent moins que les plus âgés.

Les résultats de notre étude confirment indéniablement ceux des études canadiennes de Beaulieu (2008) et de Jovic, Wallace et Lemaire (2006, qui ne portaient pas sur les médecins de famille), et valident les anecdotes de plusieurs auteurs : ces deux générations, ne possédant pas la même vision du professionnalisme, se jugent mutuellement. La génération des Baby-boomers qui a surtout travaillé à l'acte, a été poussée à voir de plus en plus de patients dans une même journée et à faire de longues semaines de travail. Elle est maintenant confrontée à la génération X qui met davantage l'accent sur la « qualité » et non sur la quantité, et qui priorise la conciliation travail / vie personnelle plutôt que le dévouement inconditionnel à la pratique de la médecine. Un vide communicationnel se crée ainsi entre ces deux générations en question, chacune reprochant à l'autre de ne pas être suffisamment « professionnelle ». À cela s'ajoute que les plus âgés craignent de ne pas pouvoir effectivement réduire leur nombre d'heures de travail, tandis que les plus jeunes craignent une intensification obligatoire de leur rythme de travail, chaque génération rendant l'autre responsable de cette situation.

Pourtant, bien que ce soit pour des raisons différentes, un grand nombre de médecins de famille au Nouveau-Brunswick refuse le dévouement inconditionnel à la pratique de la médecine. Oubliant les différences générationnelles, ils ont devant eux une belle opportunité de faire front commun pour améliorer leurs conditions de travail. D'ailleurs, Lapeyre (2003) rappelle que l'intensification du rythme de travail comporte des risques pour la santé, car il augmente le stress du médecin, ce qui peut nuire à la qualité des soins octroyés aux patients et diminuer les temps d'écoute (p. 107). Campolieti, Hyatt et Kralj (2007) soulignent que l'augmentation du nombre de patients vus au cours d'une journée augmente le stress relié au patient (ex : problèmes avec le patient, manque d'appréciation, attentes

irréalistes...) (p. 245). Évidemment, l'amélioration des conditions de travail des médecins de famille passe par une augmentation des effectifs et par une redistribution des responsabilités entre professionnels.

Au Nouveau-Brunswick, comme dans plusieurs provinces canadiennes, le gouvernement a entrepris en 2005 une réforme des soins de santé primaires qui mise, entre autres, sur la collaboration interprofessionnelle pour accroître l'accessibilité et améliorer la continuité des soins. Par contre, compte tenu des différents facteurs relevés, si cette stratégie n'est pas jumelée à une augmentation des effectifs médicaux, il sera impossible de répondre aux besoins en santé d'une population vieillissante, ce que soulignent Beaulieu, Rioux, Rocher, Samson et Boucher (2008), même si d'autres professionnels assument davantage de responsabilités. L'étude présentée a cependant des limites, entre autres, elle ne permet pas de comparer quantitativement les différences en terme d'heures de travail et de productivité ou encore le lien entre la durée de la visite et le nombre de visites par patient, seule une méta-analyse permettrait de mieux explorer les questions multiples qui restent en suspens, et pour lesquelles des réponses sont nécessaires pour planifier adéquatement les ressources médicales qui seront nécessaires dans les prochaines années.

Remerciement

Dr Baukje (Bo) Miedema est chercheure principale du projet de recherche qui a permis la rédaction de cet article. Elle est professeure associée de sociologie à l'Université du Nouveau-Brunswick et directrice de recherche à la *Dalhousie University Family Medicine Teaching Unit* (FMTU) au Nouveau-Brunswick. Elle est l'auteure de plusieurs livres et articles arbitrés. Ses recherches portent sur un nouveau modèle de soins et de suivis pour les jeunes adultes ayant survécu au cancer, sur le besoin de réadaptation des jeunes femmes atteintes du cancer du sein, et sur la pratique de la médecine familiale.

Notes

¹ Par exemple: Contandriopoulos et Fournier 2007; Crossley, Hurley et Jeon 2009; Dedobbeleer, Contandriopoulos et Desjardins 1995; DeKoninck 1992; DeKoninck, Bergeron et Bourbonnais 1994; DeKoninck, Bergeron, Bourbonnais et Trembley 1997; Incitti, Rourke, Rourke et Kennard 2003; Keane, Woodward, Ferrier, Co-

hen et Goldsmith 1991; Mobilos, Chan et Brown 2008; Radomsky 2000; Rotter, Hall et Aoki 2002; Woodward, Cohen, Ferrier 1990; Woodward, Ferrier, Cohen et Brown 2001; Woodward et Hurley 1995; Woodward, Williams, Ferrier et Cohen 1996; Williams, Woodward, Ferrier et Cohen 1997; Williams, Domnick-Pierre, Vayda, Stevenson et Burke 1990.

Bibliographie

Association des facultés de médecine du Canada. s. d. Données et publications. Diplômes MD décernés par les universités canadiennes de 1940 à 2008. Page consultée le 21 juillet 2008. <<http://www.afmc.ca/publications-statistics-2007-f.php>>

Association des facultés de médecine du Canada. s. d., Données et publications. Diplômes MD décernés par les universités canadiennes de 1960 à 2010. Page consultée le 10 janvier 2012. <<http://www.afmc.ca/pdf/gradssection2011cmes.pdf>>

Association médicale canadienne. 2012. Number of Active Physicians by Age, Sex and Province/Territory, Canada. Page consultée le 21 juillet 2013. <http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Statistics/04AgeSexPrv.pdf>

Beaulieu, Marie-Dominique, Marie Rioux, Guy Rocher, Louise Samson, et Laurie Boucher. 2008. « Family Practice: Professional Identity in Transition. A Case Study of Family Medicine in Canada. » *Social Science & Medicine* 67 : 1153-1163.

Bickel, Janet, et Ann J. Brown. 2005. « Generation X: Implications for Faculty Recruitment and Development in Academic Health Centers. » *Academic Medicine* 80, no. 3 : 205-210.

Campolieti, Michele, Douglas Hyatt, et Boris Kralj. 2007. « Determinants of Stress in Medical Practice: Evidence from Ontario Physicians. » *Relations industrielles* 62, no. 2 : 226-257.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2008. « The National Physician Survey. Beyond the numbers. » *MD Pulse*, 56p.

- Contandriopoulos, André-Pierre, et Marc-André Fournier. 2007. « Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec. » Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine. Montréal: Université de Montréal.
- Creswell, John W. 1997. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks, London: Sage Publications.
- Crossley, Thomas F., Jeremiah Hurley, et Sung-Hee Jeon. 2009. « Physician Labour Supply in Canada: A Cohort Analysis. » *Health Economics* 18 : 437-456.
- Crossley, Thomas F., Jeremiah Hurley, et Sung-Hee Jeon. 2006. « Physician Labour Supply in Canada: A Cohort Analysis. » Center for Health Economics and Policy Analysis. Hamilton: McMaster University.
- Dedobbeleer, Nicole, André-Pierre Contandriopoulos, et Sylvie Desjardins. 1995. « Convergence or Divergence of Male and Female Physicians' Hours of Work and Income. » *Medical Care* 33, no. 8 : 769-805.
- De Koninck, Maria. 1992. « Femmes et médecine: enquête auprès des médecins du Québec: formation, pratique, santé. » Québec: Université Laval.
- De Koninck, Maria, Pierre Bergeron, et Renée Bourbonnais. 1997. « Women Physicians in Quebec. » *Social Science & Medicine* 44, no. 12 : 1825-1832.
- De Koninck, Maria, Renée Bourbonnais, Pierre Bergeron, et Marc-Adélar Tremblay. 1993. « Femmes et médecine: enquête auprès des médecins du Québec sur leur formation, leur pratique et leur santé: rapport de recherche. » Québec: Université Laval.
- Flynn, Gillian. 1996. « Xers vs. Boomers: Teamwork or Trouble? » *Personality Journal* 75 : 86-89.
- Frank, Erika, Lynn Harvey, et Lisa Elon. 2000. « Family Responsibilities and Domestic Activities of US Women Physicians. » *Archives of Family Medicine* 9, no. 2 : 134-140.
- Gjerberg, Elisabeth. 2003. « Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. » *Social Science & Medicine* 57, no. 7 : 1327-1341.
- Gjerdingen, Dwenda, Patricia McGovern, Marrie Bekker, Ulf Lundberg, et Tineke Willemssen. 2000. « Women's Work Roles and Their Impact on Health, Well-being, and Career: Comparisons Between the United States, Sweden, and The Netherlands. » *Women Health* 31, no. 4 : 1-20.
- Heiligers, Phil J.M., et L. Hingstman. 2000. « Career Preferences and the Work-Family Balance in Medicine: Gender Differences Among Medical Specialists. » *Social Science & Medicine* 50, no. 9 : 1235-1246.
- Incitti, Filomena, James Rourke, Leslie L. Rourke, et Mary-Ann Kennard. 2003. « Rural Women Family Physicians. Are They Unique? » *Canadian Family Physician* 49 : 320-327.
- Jovic, Emily, Jean E. Wallace, et Jane Lemaire. 2006. « The Generation and Gender Shifts in Medicine: An Exploratory Survey of Internal Medicine Physicians. » *BMC Health Services Research* 6 : 55.
- Kennedy, Marilyn Moats. 2003. « Managing Different Generations Requires New Skills, Insightful Leadership. » *Physician Executive* 29 : 20-23.
- Keane, David, Christel A. Woodward, Barbara M. Ferrer, May Cohen, et Charles H. Goldsmith. 1991. « Female and Male Physicians: Different Practice Profiles. » *Canadian Family Physician* 37 : 72-81.
- Lapeyre, Nathalie. 2003. « Professional and Domestic Work Arrangements of Women General Practitioners in France. » *International Journal of Sociology and Social Policy* 23, no. 4/5 : 97-122.
- Lapeyre, Nathalie, et Nicky Le Feuvre. 2004. « Concilier l'inconciliable? Le rapport des femmes à la notion de 'conciliation travail-famille' dans les professions libérales en France. » *Nouvelles questions féministes* 23, no. 3 : 42-58.
- Lapeyre, Nathalie, et Nicky Le Feuvre. 2005. « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles

- dans le champ de la santé. » *Revue française des affaires sociales* 59, no. 1 : 59-82.
- Lapeyre, Nathalie, et Magalie Robelet. 2007. « Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. » *Sociologies Pratiques* 1, no. 14 : 19-30.
- Mobilos, Sophia, Melissa Chan, et Judith Belle Brown. 2008. « Women in Medicine: The Challenge of Finding Balance. » *Canadian Family Physician* 54 : 1285-6.
- O'Neil, Edward. 2002. « Shaping America's Health Care Professions: How the Health Sector Will Respond to 'Generation X'. » *Western Journal of Medicine* 176 : 139-141.
- Radomsky, Nellie A. 2000. « Women family doctors. An emerging force in the 21st century. » *Canadian Family Physician* 46 : 1273-1283.
- Robelet, Magali, Nathalie Lapeyre, et Emmanuelle Zolesio. 2006. « Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le Conseil national de l'ordre des médecins: GRAPHOS. » Université de Lyon III et Équipe Simone-SAGESSE. Université Toulouse II.
- Roter, Debra L., Judith A. Hall, et Yutaka Aoki. 2002. « Physician Gender Effects in Medical Communication: A Meta-analytic Review. » *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 288, no. 6 : 756-764.
- Sarma, Sirira, Amardeep Thind, et Man-Kee Chu. 2011. « Do New Cohorts of Family Physicians Work Less Compared to their Older Predecessors? The Evidence from Canada. » *Social Science & Medicine* 72 : 2049-2058.
- Shangraw, Robert E., et Charles W. Whitten. 2007. « Managing Intergenerational Differences in Academic Anaesthesiology. » *Current Opinion in Anaesthesiology* 20 : 558-563.
- Shields, Mark C., et Margaux T. Shields. 2003. « Working With Generation X Physicians. » *Physician Executive* 29, no. 6 : 14-18.
- Smith, Lawrence G. 2005. « Medical Professionalism and the Generation Gap. » *The American Journal of Medicine* 118, no. 4 : 439-442.
- Sondage national des médecins de famille/National Physicians Survey: National Results by Province and Canada. 2007. Page consultée le 21 juillet 2008. <www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2007_Survey/Results/physician2_can-e.asp>.
- Sondage national des médecins de famille/National Physicians Survey: National Results by Province and Canada. 2010. Page consultée le 10 janvier 2012. <<http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/surveys-fr/sondage-2010/resultats-du-sondage-2010/>>.
- Swanson, V., Katharine G. Power, et Richard J. Simpson. 1998. « Occupational Stress and Family Life: A Comparison of Male and Female Doctors. » *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 71, no. 3 : 237-260.
- Verlander, Glese. 2004. « Female Physicians: Balancing Career and Family. » *Academic Psychiatry* 28, no. 4 : 331-336.
- Williams, A. Paul, Karen Dominick-Pierre, Eugene Vayda, H. Michael Stevenson, et Mike Burke. 1990. « Women in Medicine: Practice Patterns and Attitudes. » *Canadian Medical Association Journal* 144, no. 1 : 194-201.
- Williams, A. Paul, Christel A. Woodward, Barbara Ferrier, et May Cohen. 1997. « Cohort, Gender and Practice Organization: Examining the Bounds of Collaborative Medicine among Newly Established Female and Male Family Physicians in Ontario. » *Health Service Management Resource* 10, no. 2 : 121-131.
- Woodward, Christel A., May Cohen, et Barbara M. Ferrier. 1990. « Career Interruptions and Hours Practiced: Comparison Between Young Men and Women Physicians. » *Canadian Journal of Public Health* 81, no. 1 : 16-20.
- Woodward, Christel A., Barbara Ferrier, May Cohen, et Judy Brown. 2001. « Professional Activity. How is

Family Physicians' Work Time Changing? » *Canadian Family Physician* 47, no. 7 : 1414-1421.

Woodward, Christel A., et Jeremiah Hurley. 1995. « Comparison of Activity Level and Service Intensity of Male and Female Physicians in Five Fields of Medicine in Ontario. » *Canadian Medical Association Journal* 153, no. 8 : 1097-1106.

Woodward, Christel A., A. Paul Williams, Barbara Ferrier, et May Cohen. 1996. « Time Spent on Professional Activities and Unwaged Work. Is it Different for Male and Female Primary Care Physicians who have Children at Home? » *Canadian Family Physician* 42 : 1928-1935.

Wright, Bruce, Ian Scott, Wayne Woloschuk, et Fraser Brenneis. 2004. « Career Choice of New Medical Students at Three Canadian Universities: Family Medicine versus Specialty Medicine. » *Canadian Medical Association Journal* 170, no. 13 : 1920-30.