

The logo of the University of Louvain (UCL) is displayed on a dark blue square background. It features the letters 'UCL' in a large, white, bold, sans-serif font. Above and below the 'UCL' text are thin white horizontal lines. Below the 'UCL' text, the words 'Université catholique de Louvain' are written in a smaller, white, sans-serif font, stacked in three lines: 'Université', 'catholique', and 'de Louvain'.

UCL

**Université
catholique
de Louvain**

**La conception de leurs rôles
par les médecins généralistes.**

**Focus sur le rôle de
promoteur de la santé.**

Analyse qualitative à partir d'entretiens semi-
dirigés auprès de 10 médecins généralistes en
Belgique francophone

Auteur : Pierre SASSE

Promoteur : Louis VAN MAELE

Travail de fin de master complémentaire en
médecine générale

Année 2020-2021

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à remercier mon promoteur de travail de fin d'étude, Louis Van Maele pour sa disponibilité, les réflexions enrichissantes et pour m'avoir orienté dans ce travail de recherche.

Je voudrais également remercier mon maître de stage, Olivier Hubert, pour son soutien durant cette année, ses bons conseils et sa précieuse relecture.

Ce travail n'aurait pas été possible sans les médecins généralistes qui ont donné de leur temps pour les entretiens. Je les remercie chaleureusement pour l'intérêt qu'ils ont porté à cette recherche et l'attention avec laquelle ils ont répondu à mes questions.

Merci à Marie pour son soutien inestimable dans les difficultés traversées et son aide dans la réflexion. Merci enfin à Anne et André d'avoir été là tout du long.

ABSTRACT

Depuis 20 ans, un questionnement sur les rôles professionnels des médecins a été entamé au Canada à travers le référentiel des CanMEDS. L'objectif est d'adopter une base de pratique commune et d'adapter au mieux l'enseignement théorique et pratique des médecins pour mener à bien ces rôles.

À partir de dix entretiens semi-dirigés, cette recherche explore d'abord la conception des rôles du médecin généraliste auprès de praticiens francophones belges avec la technique de la théorisation ancrée. Ce travail analyse ensuite plus particulièrement les entretiens pour un des rôles des CanMEDS, celui de promoteur de la santé sur base d'une analyse déductive.

Il en ressort deux observations. Premièrement, entre les intervenants, il ne semble pas exister de cadre théorique commun. Deuxièmement, les rôles sont conçus par les participants comme personnels et non pas communs à l'ensemble de la profession. Ce point met en lumière un certain cloisonnement de la profession.

Ces constatations pourraient être dues à l'absence de reconnaissance d'un référentiel de rôles commun à tous, à un cursus facultaire peu orienté sur le sujet et à l'absence d'espaces de réflexion et de démarche réflexive personnelle sur l'avenir commun de la profession.

Le focus sur le rôle de promoteur de la santé appuie cette vision personnelle des rôles et met l'accent sur le déficit du cursus facultaire quant à l'apprentissage de notions théorique et pratique nécessaires à la réalisation de ce rôle.

Ce travail ouvre par ailleurs la réflexion sur les implications pratiques de l'adoption d'un cadre théorique commun des rôles de la profession.

Mots-clés : médecine générale ; rôle professionnel ; promoteur de la santé ; défense de la santé

TABLES DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
ABSTRACT	2
INTRODUCTION	5
MÉTHODOLOGIE.....	8
1. Recherche dans la littérature	8
2. Etude qualitative	8
RÉSULTATS.....	12
1. Entretiens	12
2. Réflexion sur la conception des rôles.....	13
2.1. Difficultés rencontrées pour répondre à la question sur les rôles	13
2.2. Absence de cadre théorique commun.....	14
2.3. La vision personnelle des rôles	15
2.4. Facteurs influençant la construction de la vision personnelle	16
3. Focus sur le rôle de promoteur de la santé	17
3.1. Les niveaux d'action.....	17
3.2. Agir sur les déterminants sociaux de la santé	19
DISCUSSION.....	22
1. Forces et faiblesses du travail	22
2. Réflexion sur la conception des rôles.....	24
2.1. L'absence de cadre théorique commun	24
2.2. La vision personnelle des rôles	26
2.3. Facteurs influençant la vision personnelle	27
3. Focus sur le rôle de promotion de la santé.....	28
3.1. Les niveaux d'action.....	29

3.2. Agir sur les déterminants sociaux de la santé	31
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ANNEXES.....	39
1. Les CanMEDS	39
2. Rôle de promoteur de la santé des CanMEDS	41
A. Description du rôle.....	41
B. Concepts fondamentaux.....	42
C. Capacités et manifestations liées au rôle	43
3. Résultat de la recherche dans la littérature.....	44
A. Recherche sur les rôles des médecins généralistes.....	44
B. Recherche sur le rôle de promotion de la santé.....	46
4. Questionnaire.....	47
5. Guide d'entretien	49
6. Cartographie.....	50
7. Résultat des cartographies et profil des participants	51

INTRODUCTION

Au cours de mon assistantat, je me suis interrogé sur mon rôle en tant que médecin généraliste auprès de mes patients, et vis-à-vis de la société. Cette réflexion a été initiée, d'une part, par la diversité des pratiques observées au cours de mon assistantat. J'ai constaté que les médecins que j'ai rencontrés, bien que la profession soit animée par la mission commune d'améliorer la santé, utilisent leur temps de travail de manière différente. D'autre part, j'ai découvert par le biais de la littérature l'existence de plusieurs instances s'attellant à décrire les rôles du médecin généraliste. (1),(2) Parmi celles-ci, je pointerai la Société Européenne de Médecine Générale - Médecine de Famille (WONCA), le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (CRMCC) et the Accreditation Council for Graduate Medical Education - USA (ACGME).

Surpris que cette question n'ait pas été abordée durant mon cursus universitaire et déconcerté par les différentes approches – en pratique et dans la littérature - et par un certain manque de clarté quant aux actions que les référentiels de rôles suggèrent, j'ai choisi de mener une réflexion approfondie sur la question des rôles du médecin généraliste dans le cadre de ce travail de fin d'étude, et ce afin de questionner ma future pratique.

Pour ce faire, il m'a semblé intéressant de questionner les médecins généralistes sur le sujet afin d'explorer leur conception personnelle de leurs rôles. L'objectif poursuivi est de réaliser un état des lieux de la question et de dégager de nouveaux questionnements pour de futures recherches.

Cette étude est séparée en deux parties.

Dans un premier temps, j'ai choisi de réaliser une analyse inductive à partir d'un questionnaire très large sur la conception des médecins généralistes de leurs rôles afin de dégager des entretiens les caractéristiques principales de la conception des participants de leurs rôles.

Par la suite, il m'est apparu que, dans le cadre de ce travail, il ne me serait pas possible d'analyser chacun des rôles qui me serait présenté. J'ai donc fait le choix, pour mon deuxième questionnaire, d'un référentiel et d'un rôle en particulier.

J'ai choisi d'utiliser comme cadre de référence les rôles des CanMEDS (Canadian Medical Education Directions For Specialists) car il est « le référentiel de compétences des médecins le plus largement reconnu et adopté dans le monde. » (3) Plusieurs articles ont montré que ce référentiel était parfois incorporé dans l'éducation médicale en dehors du Canada.(4) La plupart des articles issus de ma recherche ont été rédigés par des médecins canadiens qui utilisent ce référentiel.(5) Il est, par ailleurs, plus récent que le référentiel proposé par WONCA EUROPE (2015 contre 2002) et, à mon sens, présenté de manière plus claire.

Les CanMEDS développent sept rôles (communicateur, leader, érudit, promoteur de la santé, collaborateur, expert médical et professionnel). Ces rôles, résumés en un mot, couvrent l'ensemble des activités et des compétences nécessaires à la pratique du métier de médecin. Un abrégé de ce référentiel se trouve en annexe [1].

Parmi ces rôles, j'ai décidé de me concentrer sur celui de promoteur de la santé afin d'analyser la conception qu'en ont les intervenants et la place de ce rôle dans leurs pratiques respectives.

En effet, il ressort de la littérature que ce rôle manque encore de clarté auprès des praticiens et que les activités qu'il contient ne sont pas encore tout à fait définies. (5),(4),(7) Ce constat rend ce rôle particulièrement intéressant à étudier. Il me semble en effet être le plus à même de dévoiler des différences d'approches et de points de vue entre les participants.

Les CanMEDS décrivent le rôle de promoteur de la santé comme suit : Une description complète de ce rôle se trouve en annexe [2].

« En tant que promoteurs de la santé, les médecins mettent à profit leur expertise et leur influence en œuvrant avec des collectivités ou des populations de patients en vue d'améliorer la santé. Ils collaborent avec ceux qu'ils servent afin d'établir et de comprendre leurs besoins, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement. » (2)

Dans la littérature, Hubinette et al. proposent de diviser en trois dimensions le rôle de promoteur de la santé.(8) Au niveau individuel, ils distinguent les dimensions clinique et paraclinique du rôle de promotion de la santé. « La dimension clinique consiste à répondre à un problème de santé immédiat dans le système de soins de santé. La dimension paraclinique du rôle consiste à aborder des besoins considérés comme périphériques mais parallèles aux soins de santé et au problème clinique immédiat. » Au niveau communautaire et systémique,

ils identifient la dimension supraclinique du rôle qui « correspond à l'action sur les déterminants sociaux de la santé pour une communauté ou une population avec pour objectif un changement de pratique ou de système. » (8)

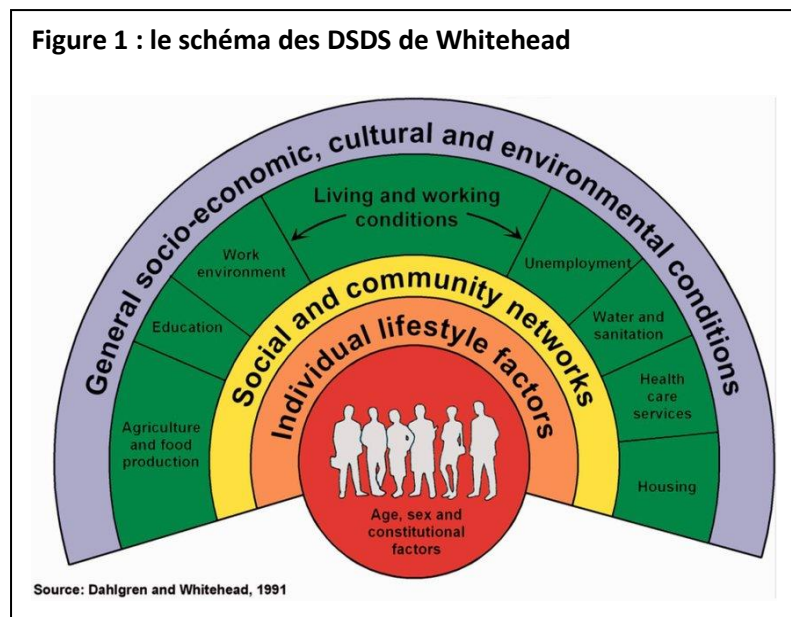
Au vu du manque de clarté décrit plus haut, J'analyserai ce rôle au travers de plusieurs concepts choisis sur base de la définition des CanMEDS et des différents articles que j'ai pu lire.

- **Les niveaux d'action**

Dans la définition reprise ci-avant comme dans la littérature, le rôle de promoteur de la santé est présenté comme prenant place à plusieurs niveaux d'action. Le niveau est individuel (ou microniveau) lorsque le bénéficiaire de l'action est un individu. Le niveau est communautaire (ou mesoniveau) lorsque les bénéficiaires d'une action sont un groupe de personnes ou une communauté. Et le niveau est systémique (macroniveau) lorsque les bénéficiaires de l'action sont l'ensemble de la population.

- **Les déterminants sociaux de la santé (DSDS)**

Différentes études, ainsi que les CanMEDS montrent la place importante des DSDS dans le rôle de promoteur de la santé. (2),(8),(5) Les inégalités en matière de santé dont les DSDS sont responsables sont établies.(9) Une distinction entre DSDS proches (éducation, logement, habitudes de vies, travail, ...) et



lointains (conditions socio-économiques, environnementales, culturelles générales), selon le schéma de Whitehead (figure 1), sera effectuée afin d'affiner la réflexion sur ce sujet.

Dans un second temps, le recherche abordera donc la conception les médecins généralistes du rôle de promoteur de la santé tel que décrit par les CanMEDS et des concepts connexes.

MÉTHODOLOGIE

1. Recherche dans la littérature

La recherche dans la littérature avait pour objectif de construire un cadre de recherche à partir de ce qui a déjà été réalisé sur le sujet. Cette recherche a été menée en deux temps. Une première recherche s'est concentrée sur les rôles du médecin généraliste et a été réalisée sur plusieurs moteurs de recherche (Pubmed, Minerva, Dynamed, Cebam). La deuxième recherche concernait le rôle de promoteur de la santé et a été réalisée uniquement sur Pubmed.

L'ensemble des informations concernant ces deux recherches bibliographiques se trouvent en annexe [3] : MeSH, critères d'inclusion et d'exclusion, équation de recherche et résultats.

2. Etude qualitative

J'ai choisi de réaliser une étude qualitative car ce type d'étude se prête mieux à l'exploration des points de vue des médecins généralistes.

Je n'ai pas d'hypothèse de base sur le sujet. Par conséquent, le caractère itératif de ce type d'étude ouvre une plus grande capacité d'adaptation en fonction des réponses et hypothèses découvertes en chemin.

- **Entretiens semi-dirigés**

J'ai choisi de réaliser des entretiens individuels afin de récolter des opinions, des vécus, des histoires et de pouvoir questionner pour comprendre au mieux le parcours et le point de vue de chaque interviewé.

Le caractère semi-dirigé a permis d'orienter la discussion sur les thèmes et concepts intéressants dans le cadre de la recherche tout en ayant la liberté d'approfondir des opinions ou vécus amenés par l'intervenant.

Les entretiens se sont déroulés en face-à-face sur le lieu de travail du participant, à son domicile ou par vidéoconférence (forcé par l'épidémie du Covid 19).

- **Echantillon**

Toute personne ayant un diplôme en médecine générale, pratiquant ou ayant pratiqué la médecine générale en Belgique francophone pouvait être incluse dans la recherche.

L'échantillon avait pour objectif d'être le plus hétérogène possible sur les critères suivants : Homme/Femme ; Pratique jeune/âgé ; Pratique solo ou en groupe ; Pratique uniquement médicale ou pluridisciplinaire ; Pratique rurale ou urbaine ; Forfait ou acte ; Conventionné/non conventionné ; Type de patientèle (socio-économique, origine et âge). Le seul critère d'exclusion était le suivant : connaissance du chercheur.

- **Recrutement**

Les personnes ont été contactées par e-mail et via les réseaux sociaux. Un appel pour participer à cette recherche et invitant à la diffusion a été réalisé par ces moyens à des collègues et anciens collègues, connaissances médicales, groupes d'auditoires de plusieurs années, séminaires loco-régionaux, cercle de médecine générale, groupes de garde (Bruxelles, Brabant Wallon et Province du Luxembourg).

Les personnes intéressées étaient invitées à remplir un questionnaire afin d'explicitier leur profil par rapport aux critères précités. Le questionnaire est disponible en Annexe [4]. Il est composé de 13 questions fermées.

- **Guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été construit à partir des articles lus au sujet des rôles du médecin généraliste.

Il contient 6 questions et une version est disponible en annexe [5]. La question 4, de manière à éviter les oublis du médecin et permettre d'aborder plus de sujet en un temps plus court, se présentait à l'aide d'une cartographie des activités hors des consultations attribuables à la profession de médecin généraliste. Un code couleur permettait de noter l'importance de chaque activité et l'implication du médecin dans chacune d'elle. Cette cartographie est disponible en annexe [6] et son utilisation est expliquée dans le guide d'entretien.

L'interviewé découvrait la cartographie au milieu de l'interview pour éviter un biais d'influence dans les trois premières questions.

Le guide d'entretien a été testé à deux reprises avant d'être utilisé pour cette recherche.

- **Récolte de données**

La récolte de données a été réalisée avec un enregistreur et les entretiens ont été anonymisés et retranscrits par le chercheur.

- **Analyse des données**

Pour la première partie du travail concernant la conception des rôles par les médecins généralistes, une méthode d'analyse inductive a été utilisée afin de dégager des interviews des thèmes qui leur sont propres. La méthode utilisée est celle de la théorisation ancrée. L'étude se fait au départ de ce qui est partagé par les participants et l'objectif est de dégager des entretiens les points de vue de chacun et de les mettre en liens. Chaque entretien sera lu plusieurs fois afin que l'analyse se fasse par couches successives selon la méthode décrite par Paillé. (11) Cette méthode propose d'analyser le contenu des entretiens en restant d'abord proche du texte et en catégorisant et conceptualisant les propos au fil des lectures successives. L'objectif est de dégager une « théorie » globale à l'ensemble des entretiens.

La deuxième partie du travail sur le rôle de promoteur de la santé a été analysée par une approche déductive. L'analyse est alors axée sur la recherche dans les entretiens de thèmes prédéfinis.

Ces deux analyses ont été réalisées à l'aide de l'outil informatique Maxqda®.

- **Qualité**

Les données ne sont récoltées que par une seule méthode. Elles proviennent soit des entretiens semi-dirigés où différents points de vue sont explorés grâce à un échantillon varié, soit de la recherche dans la littérature. Il arrive qu'il y ait une triangulation des données pour certains sujets où la littérature confronte des données apportées lors d'un entretien.

Il y a un chercheur principal et son analyse est nuancée par les constatations du promoteur.

Le cadre théorique a été conçu grâce à un ensemble d'articles issus des recherches dans la littérature.

La méthodologie (autant pour la recherche dans la littérature que pour les entretiens) est décrite. Les choix de l'auteur sont expliqués.

Les biais potentiels de cette étude ont été recherchés par différents relecteurs et par le chercheur. Ils sont mentionnés dans la discussion.

Position du chercheur : Je travaille dans une maison médicale au forfait. Je suis affilié au Groupement Belge des Omnipraticiens et membre du collectif La santé en lutte.

- **Ethique**

Les entretiens ont été anonymisés. Les participants ont été dûment informés que les entretiens étaient enregistrés et analysés ensuite.

Une copie de l'entretien ainsi que du travail final est fournie au participant s'il le demande. Le participant a été systématiquement informé de la possibilité de ne pas répondre ou d'interrompre l'entretien s'il le souhaite.

Etant donné que seuls des médecins généralistes ont été interviewés, aucun avis n'a été demandé au comité d'éthique.

RÉSULTATS

1. Entretiens

Sur les 20 personnes ayant répondu à l'appel, quatre connaissaient l'auteur. Une personne a été contactée directement afin d'ajouter un profil particulier à l'étude (Med5). Sur les 17 médecins, 10 ont été retenus par l'étude, les autres n'ayant par la suite plus répondu aux e-mails. La présentation des participants se trouve dans le tableau 1.

J'invite le lecteur à imprimer ou décrocher l'annexe [7] afin de pouvoir avoir à l'œil les profils des participants lors de la lecture des résultats.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Médecin	Genre	Âge	Nombre d'année de pratique	Statut	Syndiqué	Pratique médicale	Pluridisciplinaire	Paiement	Fédération des MM	Conventionnement	Milieu de travail	Heures de travail par semaine	Patiente Socio-économiquement	Âge de la patiente	Origine de la patiente
Med1	F	32	5	Salarié	GBO	Association	Oui	À l'acte	Non	Oui	Urbain	43	Défavorisée	Mixte	Plutôt étrangère
Med2	H	59	30	Indépendant	GBO	Association	Oui	Au forfait	Oui	Oui	Urbain	20	Mixte	Plutôt jeune	Plutôt étrangère
Med3	F	28	1	Indépendant	Non	Solo	Non	À l'acte	Non	Oui	Urbain	40	Plutôt défavorisée	Mixte	Plutôt étrangère
Med4	F	45	18	Indépendant	Non	Solo	Non	À l'acte	Non	Oui	Rural	10	Mixte	Mixte	Plutôt belge
Med5	F	37	8	Salarié	Non	Association	Oui	Au forfait	Oui	Oui	Urbain	40	Plutôt défavorisée	Plutôt jeune	Plutôt étrangère
Med6	H	61	35	Indépendant	GBO	Solo	Non	À l'acte	Non	Oui	Urbain	50	Mixte	Mixte	Mixte
Med7	H	68	42	Indépendant	ABSYM	Association	Non	À l'acte	Non	Oui	Rural	60	Mixte	Mixte	Mixte
Med8	H	33	4	Indépendant	GBO	Association	Oui	Au forfait	Oui	Oui	Urbain	30	Plutôt défavorisée	Mixte	Plutôt étrangère
Med9	F	47	21	Indépendant	GBO	Association	Oui	Au forfait	Oui	Oui	Urbain	35	Défavorisée	Plutôt jeune	Plutôt étrangère
Med 10	H	56	28	Indépendant	GBO	Association	Oui	À l'acte	Non	Oui	Rural	60	Mixte	Mixte	Plutôt belge

Les entretiens ont été réalisés entre le 13.01.2021 et le 12.02.2021

Sur les 10 entretiens, quatre ont été réalisés au moyen de l'application Teams[®], un au domicile du médecin et cinq sur leur lieu de travail. Les entretiens ont duré en moyenne 56 minutes. Le plus long a duré 66 minutes et le plus court 47 minutes.

L'entretien du médecin 10 a dû être interrompu avant la fin et l'audio a été perdu. J'ai utilisé des notes comme source de données pour cet entretien.

2. Réflexion sur la conception des rôles

Pour cette réflexion, j'ai pris en compte les données avant la présentation de la cartographie (sauf pour le médecin 9 qui avait lu la cartographie avant l'entretien) pour éviter que les participants soient influencés par celle-ci.

2.1. Difficultés rencontrées pour répondre à la question sur les rôles

La première question concernant la conception de leurs rôles en tant que médecins généralistes (« pouvez-vous décrire ce que sont, selon vous, les différents rôles du médecin généraliste ? ») semblait difficile.

- **Les participants exprimaient leur difficulté à répondre à cette question.**

Med1 : « Grosse question ça. A chaud comme ça. En fait ç'aurait été bien de pouvoir préparer. »

Med6 : « C'est compliqué, ça. »

Med8 [A la fin de sa réponse] : « Je pense. Je ne sais pas si ça répond à ta question. »

- **Certains ont répondu à côté de la question.**

Certains ont répondu en donnant leur vision de la médecine.

Med5 : « Donc, la vision qu'on a, à Médecine Pour Le Peuple, de la santé, c'est que la santé est déterminée par plusieurs choses. »

Un participant a plutôt décrit des caractéristiques du métier.

Med2 : « C'est un médecin qui se trouve un petit peu au carrefour de beaucoup de choses du point de vue du patient, puisque c'est un médecin qui partage souvent des aspects de la vie du patient, quelle qu'elle soit, sa vie au travers de sa santé mais pas seulement. »

- **Les réponses étaient parfois peu compréhensibles.**

Med4 : « il y a un rôle de vision globale qui est comparable à un rôle de conseil. »

- **Le mot « rôle » était parfois utilisé de manière inappropriée.**

Certains ont utilisé le mot « rôle » pour parler de compétence nécessaire à la réalisation d'un rôle.

Med4 : « Je pense que le premier rôle, c'est vraiment un rôle de compétence scientifique. »

2.2. Absence de cadre théorique commun

Trois constats ont rendu complexe le travail de catégorisation et de mise en lien des propos des participants. Ces constats renforcent l'idée que les réponses des participants (peu importe la richesse individuelle de celles-ci) ne se fondent pas sur un cadre théorique commun.

- **Absence d'utilisation d'un référentiel officiel**

La plupart des participants n'ont pas évoqué d'instance de médecine générale pour décrire les rôles de la profession. Une seule personne sur les dix participants a mentionné les CanMEDS :

Med5 : « Oui, il y a les rôles CanMEDS qu'on a comme coordinateur de soins. »

- **La signification des mots**

Il n'était pas toujours aisé de comprendre exactement ce que les participants signifiaient par les mots utilisés pour décrire les rôles. Dans certains cas, les actions sous-tendues par les mots utilisés ne laissent pas de doute. Le mot se rapporte à une activité précise.

Med7 : « Un rôle de prévention, donc assurer la vaccination, le dépistage »

Med3 : « On a un rôle d'écoute, c'est indéniable. »

Cependant, la plupart du temps, les mots utilisés étaient des concepts assez vastes pouvant impliquer des actions très différentes.

Med9 : « Pour moi, [le rôle] c'est un accompagnement médico-psycho-social. »

Med6 : « Il y a un certain rôle de défense de nos patients auprès de différents niveaux. »

Med9 : « C'est un rôle d'information. »

- **Sémantique différente**

La figure 2 rassemble l'ensemble des mots les plus utilisés dans les extraits des entretiens relatifs aux rôles du médecin généraliste. La taille du mot est proportionnelle au nombre de fois qu'il est mentionné.

La plupart des mots (les plus petits) ont été mentionnés trois fois dans l'ensemble des extraits. On constate que les mots utilisés par les participants sont souvent différents. Cela participe à la difficulté de l'auteur à créer des catégories.

Figure 2 : les mots les plus utilisés pour décrire les rôles du médecin généraliste



2.3. La vision personnelle des rôles

Les rôles professionnels étaient présentés comme des concepts propres à chacun et non commun à l'ensemble de la profession.

D'après certaines personnes interviewées, la conception des rôles de la profession peut être très différente d'une personne à l'autre.

Med9 : « Non. Je pense que chacun a des perceptions qui sont très différentes. Non, sûrement pas. Oui, chacun a une perception de rôle, mais différente. »

Med5 : « C'est un peu particulier chez Médecine pour le peuple. Nous considérons le rôle du médecin généraliste, à mon avis, un peu plus large que ce qu'un généraliste classique va considérer comme son rôle. C'est basé sur la vision qu'on a de la santé. »

2.4. Facteurs influençant la construction de la vision personnelle

En répondant à la question sur l'origine de la conception des rôles (« Comment expliquez-vous cette conception des rôles du médecin généraliste ? D'où vous vient-elle ? »), les médecins ont tous répondu en décrivant ce qui avait influencé ce qu'il y avait de personnel dans leur réponse, ce qui faisait la particularité de leur conception des rôles.

Il est intéressant de noter que cette particularité concernait pour tous les participants la prise en charge globale, l'action sur les déterminants sociaux de la santé, la vision holistique ou la prise en charge médico-psycho-sociale. Le fait de voir le patient dans sa complexité, sans connaître les niveaux d'implication de chaque participant, semble être prédominant dans leur vision respective.

Les médecins généralistes ont mentionné plusieurs facteurs ayant influencé leur vision de la médecine générale.

- **La personnalité et le vécu personnel**

Med9 : « Moi, je dirais, il y a seulement trois choses : la personnalité, ma personnalité à la base, les études, les personnes que j'ai rencontrées durant mes études, mes stages. »

Med1 : « Je pense que c'est des rencontres. [...] Je pense [que] j'avais sans doute une certaine sensibilité. J'ai une mère qui était infirmière, ça m'a apporté une certaine sensibilité. »

- **L'expérience sur le terrain de la médecine générale**

Med2 : « Elle s'est développée avec la pratique évidemment. »

- **Les études**

Med4 : « Je pense que je peux quand même dire qu'elle me vient de ma formation. Je trouve qu'on a été éduqué à une formation en médecine générale très, assez holistique. »

- **Les stages en pays en voie de développement**

Med8 : « Je crois qu'il y avait inévitablement beaucoup de bagages d'avant qui m'ont influencé, notamment de retourner en PVD pour faire mes stages [...] »

- **Les formations complémentaires**

Med7 : « Non, je pense que c'est venu... C'est venu au fil des années [...], au fil des formations aussi. [...] Tout au long de ma carrière, je me suis toujours beaucoup formé. À des formations continues, si je peux dire. Et donc tout ça est venu au fil des années. »

Med8 : « On a eu des trucs un peu sur les déterminants de la santé après. Mais moi j'ai fait la médecine tropicale. Je l'ai eu beaucoup plus là. Finalement. Ce qui est normal. »

3. Focus sur le rôle de promoteur de la santé

Le rôle de promoteur de la santé n'est jamais mentionné par les médecins généralistes.

Une seule participante a utilisé les mots de promotion de la santé pour évoquer une activité ne faisant à son avis pas partie du rôle du médecin généraliste.

Med1 : « [concernant l'enseignement des non-soignants sur des sujets de santé] Oui, ça peut être un médecin, mais c'est plus de la promotion de la santé. »

Les termes « défense de la santé », une traduction littérale de « Health Advocacy » (version anglaise des CanMEDS) a été utilisée par une intervenante.

Med5 : « Pour moi, c'est quand même le rôle le plus important que le médecin est le défenseur de la santé pour tous. »

3.1. Les niveaux d'action

Les champs d'action du médecin généraliste peuvent être classés en trois niveaux : individuel, communautaire ou systémique (à l'échelle d'une population). Si le champ d'action individuel est évident pour les participants, ils n'avaient par contre pas les mêmes considérations concernant les champs d'action communautaire et systémique.

- **Les rôles s'étendent au-delà du champ d'action individuel.**

Quelques médecins ont mentionné que les rôles du médecin généraliste s'étendaient sur plusieurs niveaux d'action.

Med1 : « Moi je vois différents niveaux de rôles en fait. Individuel dans la prise en charge de chaque patient. [...]. De prendre soin de chaque patient de façon individuelle. [...] Et puis, avoir un rôle au niveau sociétal, plus santé publique. En tant que médecin, on a un rôle à jouer là-dedans. »

Med6 : « il y a un certain rôle de défense de nos patients auprès de différents niveaux. »

Un médecin ajoutait qu'au-delà du niveau individuel, l'action du médecin n'est plus d'ordre professionnel mais plutôt citoyen.

Med2 : « Et donc, je pense que c'est bien du coup d'être impliqué dans les instances communautaires pour apporter cette vision [témoignage de la réalité]. On a un rôle citoyen. »

Certains exprimaient que le cursus facultaire était trop ciblé sur l'action individuelle par rapport à l'action sociétale.

Med5 : « Oui, ça [l'action au niveau de la population] vient surtout de mes expériences après mes études parce que [...] pendant mes études (moi j'ai étudié à la KULeuven de 2000 à 2007), j'étais assez déçue du peu de bagage du rôle dans la société du médecin qu'on reçoit dans nos cours de médecine. On nous donne beaucoup d'informations médicales. On nous donne une bonne base au niveau purement médical. »

- **Les rôles ne s'étendent pas au-delà du niveau individuel**

Pour certains, tout ce qui s'étend au-delà du niveau individuel n'est plus le champ d'action du médecin généraliste.

Med8 : « La maison médicale maintenant avec le projet de santé communautaire et tout ça, c'est une autre force de la maison médicale. Mais là, on n'est plus vraiment dans la médecine générale, en tant que pratique. »

Med9 [par rapport à la place du médecin dans en politique] : « Le médecin généraliste, sans doute pas, mais il peut être un outil, en tout cas un partenaire. Après, à l'échelle, par exemple communale, pourquoi pas ? Ou d'un village, oui, pourquoi pas ? Mais à l'échelle du pays, c'est le ministère de la Santé ou de l'Enseignement ou de la Petite enfance qui doit décider. Et le médecin généraliste peut être partenaire. »

Une participante précisait qu'elle se méfiait des actions aux niveaux communautaire et systémique, les trouvait incompatibles avec l'action individuelle et énergivores.

Med4 : « On est tellement basé sur l'individu que je me méfie [de la collaboration avec] des instances, mais pourquoi pas ? » ; « C'est juste deux visions différentes. Si je prône la vision centrée sur la relation médecin-malade, relation soignant à un niveau de proximité, je crois que ces deux niveaux ne sont pas compatibles. » ; « Ce qui est sensibilisation. Je n'y crois plus, j'ai fini ma phase maison médicale. Je préfère la sensibilisation individuelle. Les campagnes ça prend une énergie bête. »

3.2. Agir sur les déterminants sociaux de la santé

A. Considération des DSDS

Pour rappel, les déterminants sociaux de la santé (DSDS) regroupent l'ensemble des facteurs sociaux influençant la santé. Ils peuvent être « proches » comme les habitudes de vie, éducation, logement, travail, famille, etc. ou « lointains » comme les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

Des participants mentionnaient leur conscience et l'importance des DSDS proches et lointains.

Med5 : « Donc, il y a la personne avec ses facteurs de risque personnels, son bagage génétique, etc. Puis, il y a des déterminants sociaux de la santé qui sont des conditions de vie du patient, son travail, son logement, son accès aux soins de santé [...], [le] fait qu'il a eu une éducation ou pas. Tous ces déterminants sociaux sont plus déterminants de la santé que des choix de style de vie et le bagage génétique d'un patient. Mais encore plus important pour nous, c'est la couche la plus large du schéma de Whitehead [voir introduction], c'est les conditions socio-économiques et culturelles et sociétales. Pour nous, ces choses-là, les conditions sociétales, socio-économiques d'un pays déterminent plus la santé de la personne, encore plus que des déterminants sociaux de la santé individuelle. »

Med1 : « Il y a plein de déterminants génétiques et biologique, mais il y a aussi son logement, les liens sociaux, le système social et socio-économique dans lequel il vit, les inégalités sociales. »

Plusieurs participants expliquaient l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé sans quoi l'impact des soins prodigués serait éphémère.

Med8 : « Et pour moi fait partie parce que hum c'est parfois se figer seulement sur, sur le curatif n'a pas de sens. Ce n'est qu'un sparadrapp qui postpose des problèmes à plus tard quoi. »

B. Les DSDS proches

Toutes les personnes interrogées ont montré une conscience de l'impact de DSDS proches et expliquaient s'investir dans leur prise en charge auprès du patient.

Un médecin ne considérait et ne s'impliquait que dans les DSDS proches.

Med7 : « Je pense que c'est important de voir comment les gens vivent, quelles sont leurs habitudes, quelles sont leurs, éventuellement, assuétudes, leurs défauts et les relations qu'ils ont [dans la sphère] intrafamiliale, extra familiale, professionnelle. Tout cela intervient [...] dans le développement de certaines pathologies, et il faut pouvoir intégrer tous ces éléments [...] dans la prise en charge du patient. »

D'autres en parlaient sans les mentionner comme tel.

Med3 : « Donc, j'étais dans un lieu de stage où on avait une population assez défavorisée et donc du coup, on se rend compte assez vite que si on s'en tient simplement à la plainte du patient, est ce qu'on l'aide vraiment ? [...] Est ce qu'on fait de la bonne médecine simplement en répondant à la plainte X ? Finalement, non, parce que ce qu'il faut se poser, [c'est] la question : est-ce que la personne a les outils de se dire : "tiens, ça fait longtemps que je n'ai pas fait ma mammographie ou est-ce que j'ai, est-ce que même j'ai fait une mammographie dans ma vie ?" »

Une participante pointait que l'action sur les DSDS proches était un rôle du médecin généraliste.

Med4 : « Et je pense qu'il y a aussi un rôle de soins de la famille, de l'environnement, parce que c'est vrai que notre spécificité, c'est qu'on atteint plusieurs membres, plusieurs articulations dans un même système familial ou sociétal. »

Cette action a également été considérée par des participants comme une vision personnelle dans laquelle chacun s'investirait en fonction de son intérêt.

Med8 : « Mais je crois que chacun a son degré d'intensité par rapport à ça [rôle d'agir sur les DSDS proches] et se retrouve quelque part dans le spectre, avec certains qui [n'] en ont rien à cirer et qui font que du médical pur. Et voilà. Je ne critique pas. Chacun son choix [...]. »

C. Les DSDS lointains

La conscience de l'impact des DSDS lointains sur les patients semble majoritaire (seul le Med7 ne les mentionnait pas). En revanche, la considération de l'action sur les DSDS lointains entre les médecins généralistes semblait très différente (tableau 2) d'un participant à l'autre.

Tableau 2 : la considération de l'action sur les DSDS lointains par les participants

	Caractéristiques	Agir sur les DSDS lointains
Med1	F; 37; Urbain; asso multidisciplinaire à l'acte	Fait partie de sa vision
Med2	H; 59; Urbain; asso multidisciplinaire au forfait	Est de l'ordre de la responsabilité sociale des médecins
Med3	F; 28; Urbain; solo	Ne se sent pas actrice
Med4	F; 45; Rural; solo	N'en parle pas
Med5	F; 37; Urbain; asso multidisciplinaire au forfait	Fait partie de sa vision
Med6	H; 61; Urbain; Solo	Fait partie de sa vision
Med7	H; 68; Rural; asso médicale à l'acte	N'en parle pas
Med8	H; 33; Urbain; asso multidisciplinaire au forfait	N'est pas le rôle du médecin généraliste mais fait partie de sa vision
Med9	F; 47; Urbain; asso multidisciplinaire au forfait	N'est pas le rôle du médecin généraliste mais fait partie de sa vision
Med10	H; 46; Rural; asso multidisciplinaire à l'acte	N'en parle pas

Une participante mentionnait un changement de société impliquant les DSDS lointains mais ne se plaçait pas en actrice et n'en faisait pas un objectif professionnel.

Med3 : « Je pense que aussi le fait que la médecine, dans le cadre de la prison, soit sous [...] le ministère de la Justice. Il faudrait le passer au ministère de la Santé puisque la justice n'a rien à voir avec la gestion médicale. Donc je pense que ça jouerait beaucoup, en tout cas en grande partie [sur la prise en charge médicale moins bonne des prisonniers par rapport à la population générale]. »

Pour un participant, l'implication pour promouvoir un changement impliquant des DSDS lointains n'est pas le rôle du médecin généraliste, mais il conçoit y participer.

Med8 : « Chercheur : Est-ce que ça devrait être prioritaire pour les médecins de lutter pour ça [suivi éducatif plutôt que prison] ? MED : Je crois que le médecin doit faire partie de ça. Priorité absolue, non. Ce n'est pas notre rôle, ça ne nous appartient pas, mais c'est intéressant d'y être, de participer. »

Pour un médecin, agir sur les DSDS lointains fait partie de notre responsabilité sociale.

Med2 : « J'agis à mon niveau en me mettant dans différentes instances, en organisant différents points d'accès à la médecine générale pour que tout le monde puisse y avoir accès. Mais c'est un point extrêmement important et ça fait partie de notre responsabilité sociale. »

Certains ont mentionné un objectif de changement de société impliquant les DSDS lointains comme faisant partie de leur vision de la médecine générale.

Med5 [en parlant de sa vision de la médecine générale] « Mais on veut aussi lutter à l'échelle nationale pour arriver à une société plus juste où la santé est plus mise en avant. Ça veut dire qu'on mène des campagnes nationales pour l'accès aux médicaments, pour la médecine de première ligne gratuite. »

Plusieurs participants considéraient que les déterminants sociaux de la santé étaient trop peu enseignés à la faculté.

Med6 : « Peut-être que d'autres, oui, mais dans mon cas, pas du tout. Franchement, c'était très scientifique et technique. Il n'y avait pas vraiment d'autre ambition que celle-là, en tout cas. Peut-être qu'il y avait, mais je n'ai pas perçu à ce moment-là. »

Plusieurs mentionnaient le fait que la plupart de nos stages étaient effectués en milieu hospitalier qui est connu pour se focaliser sur les problèmes médicaux.

Med3 : « Pendant nos études de médecine, on est plus souvent à l'hôpital et les approches sont tout à fait différente parce qu'à l'hôpital, les rapports avec le patient sont différents. On les voit beaucoup moins. On se focalise fort aussi sur la pathologie en elle-même. »

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses du travail

- **Au niveau du sujet**

Une force du sujet est qu'il concerne l'ensemble de la profession. Il est à ma connaissance peu abordé et ouvre ainsi une réflexion pouvant être utilisée pour des travaux ultérieures.

- **Au niveau de la revue de la littérature**

Il existe probablement un biais de sélection car les articles trouvés sur le sujet des rôles du médecin généraliste sont des articles qui s'intéressent à un changement de paradigme. La littérature privilégie donc plutôt une vision progressiste que conservatrice du sujet.

La plupart des articles sont rédigés par des auteurs canadiens ou américains. Ils ne sont donc que partiellement transposables dans le contexte belge.

- **Au niveau de l'échantillon**

Les personnes ayant participé à l'étude étaient préalablement informées du thème, il est donc probable que l'échantillon ait réuni des personnes particulièrement intéressées par le sujet (biais de sélection).

L'échantillon est suffisamment varié pour collecter une diversité de points de vue et cela représente une force de ce travail.

Cependant, il faut noter que certains profils sont absents ou trop peu présents. Aucun médecin non-conventionné n'a participé. Il aurait également été intéressant d'avoir plus de participants travaillant seul, en milieu rural ou affiliés à l'ABSYM.

Vu l'échantillon réduit, il n'est pas possible de généraliser les résultats.

- **Au niveau du guide d'entretien**

J'ai conçu un guide d'entretien très ouvert qui permettait aux médecins généralistes d'aborder de nombreux sujets. Cela représentait une force pour la spontanéité des réponses et la richesse des données mais une faiblesse pour l'analyse.

Je n'ai pas été en mesure d'analyser les réponses des participants au fur et à mesure des entretiens car ils ont été organisés de manière trop rapprochée dans le temps. Cette pratique m'aurait permis de modifier, abandonner, ajouter des questions en fonction du thème se précisant.

Les résultats ont montré que les participants éprouvaient des difficultés à répondre à la première question (« pouvez-vous décrire ce que sont, selon vous, les différents rôles du médecin généraliste ? »). Le mot « rôle » semblait ne pas faire référence aux mêmes notions pour chaque intervenant. L'utilisation de ce mot plutôt qu'un autre pourrait être en cause du manque de clarté et la réponse s'en trouve biaisé. Un rappel théorique aurait pu être nécessaire pour clarifier l'utilisation du terme.

Enfin, la question abordant la conception des rôles pourrait mener involontairement à une confusion chez l'interviewé. En effet, en ajoutant « selon vous », il est possible que l'intervenant réfléchisse plus à une vision personnelle des rôles du médecin généraliste qu'à une vision commune.

- **Au niveau des entretiens**

La durée des entretiens a été un point fort de ce travail. Leur longueur a permis de développer en profondeur les questions posées et de récolter une grande quantité de données.

L'entretien du médecin 10 a dû être interrompu avant la fin et l'audio a été perdu. J'ai utilisé mes notes comme sources de donnée de cet entretien. La participante 9 a ouvert le mapping avant l'interview.

Les conditions d'entretien n'ont pas été similaires entre les interviews (Teams et présentiel).

Enfin, il est possible que l'épidémie de Coronavirus ait eu un impact sur les réponses apportées par les participants.

- **Au niveau de l'analyse**

La saturation des données n'a pas été atteinte.

Étant donné la richesse des données obtenues, il a été nécessaire d'effectuer des choix de manière à définir un cadre d'analyse compatible avec le format de la présente étude. J'imaginai pouvoir tout traiter mais il m'a fallu faire des choix. Des questions ont été abandonnées (comme la cartographie dont les résultats se trouvent dans l'annexe [7]) car elles sortaient du cadre prédéfini. L'analyse s'en retrouve simplifiée mais parfois aussi déforcée car des résultats ont dû être écartés de manière à m'en tenir au cadre fixé.

2. Réflexion sur la conception des rôles

L'objectif de cette première partie était d'extraire des entretiens une conception des médecins généraliste de leurs rôles.

Malgré que le contenu des réponses soit riche et intéressant, il ressort de mon analyse que les propos des participants sont complexes à catégoriser et à conceptualiser. J'ai identifié trois éléments au travers des interviews pouvant expliquer cette difficulté.

D'abord, la difficulté des participants à répondre à la question des rôles a rendu les réponses parfois floues. Ensuite, les participants ne semblaient pas utiliser de référentiel officiel et utilisent une sémantique différente, ce qui sous-tend l'idée que les participants ne font pas appel à un cadre théorique commun pour répondre. Enfin, la conception personnelle des rôles évoquée par les intervenants est venue s'opposer aux rôles dans leur dimension commune à toute la profession. Les derniers éléments sont discutés ci-après.

2.1. L'absence de cadre théorique commun

La diversité de la sémantique utilisée et l'absence d'utilisation d'un référentiel commun indiquent que la construction des rôles des intervenants ne s'est pas faite sur base d'un cadre théorique commun.

Cela ne signifie pas qu'il n'y ait pas de contenu commun mais plutôt que les schémas de pensée des participants pour répondre à la question sont individualisés et ne proviennent pas d'un enseignement commun.

L'intérêt de créer un cadre théorique commun est multiple : créer un vocabulaire similaire pour faciliter la discussion entre les médecins et ouvrir une réflexion sur les activités relevant des rôles du médecin généraliste pour ainsi déterminer les bonnes pratiques et les diffuser.

Plusieurs hypothèses expliquent potentiellement cette absence de cadre théorique commun :

A. Le cursus facultaire n'aborde pas les rôles communs à l'ensemble de la profession.

Depuis plus de 20 ans, le Canada organise son curriculum médical autour des CanMEDS afin que les rôles soient une base commune à l'ensemble de la profession. Des études sont réalisées depuis afin d'évaluer cet apprentissage.(4)

L'apprentissage des rôles professionnels semble par contre ne pas faire partie du programme des facultés fréquentées par les participants de la présente enquête ou ne pas avoir été assimilés par ceux-ci. Je n'ai pu trouver aucune littérature sur l'implémentation ou sur l'évaluation d'un tel apprentissage en Belgique.

Plusieurs éléments ont été désignés par Frank et Danoff comme freins à l'incorporation des CanMEDS dans l'éducation médicale, comme les ressources financières limitées, la surcharges du corps professoral et la résistance au changement.(4)

B. L'absence d'espace de réflexion sur ce sujet.

Au-delà de l'enseignement, des espaces de réflexions sur le sujet encourageraient potentiellement les médecins à adopter un cadre théorique commun.

Il est probable que des instances comme les syndicats de médecins, la Fédération des Maisons Médicales, le Collège de Médecine Générale, les cercles de médecine générale, la Société Scientifique de Médecine Générale et les universités souhaitent développer ce genre de démarche réflexive comme le montre un document de 2003 publié par le Centre Universitaire de Médecine Générale de l'Université Catholique de Louvain. (12)

Cependant, si réflexion il y a, elle ne semble pas avoir pris suffisamment d'importance que pour être largement discutée par les médecins généralistes.

C. Le manque de clarté des référentiels proposés dissuade les intervenants de les utiliser.

Comme le suggèrent Phillips et Robert, la définition et les rôles de la médecine générale manquent de clarté.(12) Cela pourrait expliquer la mise à l'écart d'un tel outil par les participants.

Phillips and Roberts ajoutent que ce manque de clarté nuit au futur de la profession puisque les futurs médecins ne sont pas préparés à ce que sera réellement leur métier.
(12)

2.2. La vision personnelle des rôles

Les visions personnelles des rôles du médecins généralistes témoignent d'un certain cloisonnement entre les membres de la profession. Il semble en effet que les rôles professionnels décrits par les participants dépendent davantage d'une vision personnelle que d'un background commun à l'ensemble de la profession. Il leur semble donc normal que chaque médecin prenne en charge les soins de manière différente.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'origine de cette conception personnelle des rôles :

A. L'absence de cadre théorique commun

En n'enseignant pas un référentiel de rôle commun à tous, l'idée que chacun puisse construire sa pratique selon une vision personnalisée de la médecine générale est soutenue.

Malgré cette absence de cadre théorique commun, les visions personnelles se rejoignent quant à la prise en charge des patients dans leur complexité (vision holistique, action sur les DSDS, accompagnement médico-psycho-social, ...).

Bien qu'il serait cependant nécessaire d'approfondir la mise en pratique de chacun de la prise en charge des patients dans leur complexité afin d'évaluer si les visions des participants se rejoignent véritablement, cette prise en charge semble importante pour les participants.

Il serait donc intéressant qu'elle ne soit pas développée individuellement mais bien de manière commune pour définir les bonnes pratiques et s'assurer de sa réalisation par l'ensemble des médecins généralistes.

B. L'impossibilité de réaliser l'ensemble des tâches reprises dans les rôles de la profession pourrait pousser les intervenants à développer leur propre vision pour rester en cohérence.

Selon Phillips et Haynes, le spectre du rôle est si large et les fonctions si multiples qu'elles semblent impossibles à remplir. (14) Woollard, sur les rôles du médecin généraliste au niveau communautaire, soutient qu'il y a tellement de chose à faire que c'est effrayant de se rendre compte que les médecins n'ont pas les capacités temporelles. Cela génère frustration, sentiment d'impuissance et de culpabilité. (15)

Face à cette impression, il n'est pas impossible que les participants s'écartent des référentiels pour développer une vision personnelle plus humaine et plus adaptée à leur réalité personnelle.

C. Le cadre libéral de la profession

Il est possible que le cadre libéral de la profession soutienne les intervenants dans la conception personnelle de leurs rôles professionnels. Chacun, tant qu'il reste dans le cadre légal et déontologique défini, est libre de pratiquer comme il le souhaite.

Développer une vision commune à partir de laquelle chaque professionnel devrait organiser sa pratique irait à l'encontre de la libéralité de la profession. Une telle démarche pourrait être considérée par certains comme une atteinte à la liberté de pratique.

2.3. Facteurs influençant la vision personnelle

En ne promouvant pas un référentiel de rôle et en ne développant pas une réflexion sur le caractère commun de nos rôles, il semble que la construction de la pratique des médecins généralistes soit dépendante de nombreuses variables peu contrôlables comme les rencontres, les stages, les formations complémentaires, ...

3. Focus sur le rôle de promotion de la santé

La promotion de la santé n'a été évoquée qu'à une seule reprise par une participante faisant référence à l'enseignement de non-soignants sur des sujets de santé. Elle ne considérait pas la promotion de la santé comme un rôle du médecin généraliste. Une participante a par contre mentionné la *défense* de la santé comme un rôle.

Cette absence d'utilisation de l'expression « promotion de la santé » pour décrire un rôle du médecin généraliste peut être due à différents éléments :

A. La non-utilisation du référentiel des CanMEDS comme base commune pour définir les rôles du médecin généraliste.

N'utilisant pas les CanMEDS comme cadre de référence pour définir leurs rôles, il n'est pas étonnant que les participants n'utilisent pas le terme de promoteur de la santé comme décrit par ce référentiel.

B. Les problèmes de traduction et de vocabulaire

Les CanMEDS traduisent en effet *health advocacy* par promotion de la santé. Cette traduction me semble inadéquate d'une part parce que la traduction littérale de *health advocacy* est défense de la santé (expression utilisée par med5) ou plaidoyer pour la santé. D'autre part, promotion de la santé se traduit par *health promotion* en anglais.

La promotion de la santé, dans la compréhension collective et conforme à celle de Med1, fait plutôt référence au « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. » (16) Cette définition ne reprend pas l'ensemble des caractéristiques du rôle décrit sous le même nom par les CanMEDS.

Certains articles (7) ne se référant pas aux CanMEDS parlent d'*health advocacy* pour parler de plaidoyer pour la santé, en mettant de côté une série d'éléments pris en compte par le rôle d'*health advocacy* tel que décrit par les CanMEDS. Même en anglais, le terme peut donc prêter à confusion.

Les traductions non-adaptées à la culture de destination et l'absence de détermination d'un vocabulaire commun nous empêche de discuter le thème du rôle de promoteur de la santé en utilisant ce terme.

3.1. Les niveaux d'action

Dans cette discussion, le niveau individuel sera distingué des niveaux communautaire et systémique que l'on nommera « niveau collectif » car les résultats ne permettent pas toujours de faire une distinction claire entre ces deux niveaux. Par ailleurs, la distinction entre les niveaux individuel et collectif semblait suffisamment riche.

Le niveau individuel n'est pas discuté ici car il est évident qu'un médecin généraliste doit voir des patients individuellement pour les soigner. Les réponses des participants sont unanimes en ce sens.

Quant au niveau collectif, il ressort des résultats que celui-ci n'est pas considéré comme un champ d'action du médecin généraliste par tous les participants de l'étude. Ceux qui agissent au niveau collectif, considèrent qu'il s'agit tantôt d'un rôle professionnel, tantôt d'un rôle citoyen et donc non lié à la profession.

Ces résultats rejoignent les constatations d'Earnest et al. qui avancent que le rôle de promoteur de la santé se déroule, en pratique, quasi systématiquement au niveau individuel alors que le niveau collectif est souvent délaissé par les praticiens.(7)

Ceci peut être une conséquence du fait que la considération du niveau collectif comme champs d'action du médecin généraliste n'est pas unanime chez les médecins généralistes. (8),(17)

Afin de remédier à cette différence de points de vue au sein des médecins généralistes, il existe au Canada, un débat académique dont l'objectif est de clarifier les rôles du médecin généraliste. Le rôle de promoteur de la santé au niveau collectif y est particulièrement débattu. Cette clarification est présentée comme essentielle pour orienter le cursus facultaire sur l'apprentissage de compétences nécessaires à l'application du rôle de promoteur de la santé au niveau collectif. (5),(8),(7)

Actuellement, l'enseignement facultaire semble peu orienté vers l'apprentissage du rôle du médecin généraliste au niveau collectif, comme le soulignait Med5. Coulehan soutient cette affirmation en écrivant que l'éducation médicale est trop centrée sur la relation médecin-patient, ce qui limite la capacité des futurs médecins à considérer ce qu'il y a au-delà de cette relation comme tâches potentielles. (17)

Le débat concernant la prise en considération (ou non) du niveau collectif comme champ d'action du rôle du médecin généraliste en tant que promoteur de la santé ne semble pas être engagé en Belgique. La question reste donc en suspens et l'apprentissage des outils nécessaires à la réalisation de ce rôle n'est donc pas envisagé.

A l'heure actuelle, en l'absence d'espaces de réflexion, de discussions communes et d'enseignement d'un cadre théorique commun, le choix de chacun d'agir au niveau collectif repose sur une démarche réflexive personnelle et une vision personnelle de la médecine générale que les différents éléments mentionnés dans ce travail auront participé à construire (rencontres, stages, formations complémentaires, ...).

D'autres éléments pourraient également influencer les médecins généralistes dans leur choix d'effectuer ou non des activités liées au champ d'action collectif (plaidoyer et campagne de prévention, par exemple) :

A. Les moyens d'action du champ collectif ne conviennent pas aux participants.

Med4 expliquait qu'elle ne croyait pas à la sensibilisation et à la prévention à large échelle.

Certaines activités de promotion de la santé du champ systémique peuvent être perçues de manière négative de par leur implication politique, comme le plaidoyer.(18)

Cela peut découler d'un manque de formation et d'informations en matière de politique publique comme le soutenait Coulehan. (17) Les médecins n'ayant pas les outils nécessaires pour réagir à une situation, s'en détournent.

B. Le cadre de travail participe à la non-considération du champ d'action collectif par les médecins généralistes.

En effet, en payant la majorité des médecins généralistes à l'acte, le cadre du travail du médecin généraliste soutient que l'action de santé se situe au niveau individuel.

C. Le champ d'action collectif est délaissé par faute de temps.

Comme expliqué par Woollard, la charge de travail communautaire est trop importante pour être réalisée par une personne. (15) Les participants limiteraient ainsi leurs activités à l'essentiel (les consultations).

Med4 soutient d'ailleurs que les actions liées à ce champ sont trop énergivores.

A partir de ces observations, il semble pertinent qu'un débat théorique prenne place afin de définir si le médecin généraliste a un rôle (ou non) de promoteur de la santé au niveau collectif, pour rendre, la réalisation de ce rôle possible. A défaut, le choix des médecins généralistes d'assumer ce rôle dépendrait de réalités pragmatiques (manque de temps et d'information, par exemple) et de variables incontrôlables (rencontres et formations complémentaires) plutôt que de ce qui aura été défini par tous comme essentiel à notre mission de soin.

3.2. Agir sur les déterminants sociaux de la santé

1. DSDS proches

Tous les participants avaient conscience de l'impact des DSDS proches et disaient les prendre en charge dans leur pratique. Les intervenants n'intégraient pas tous cette prise en charge dans les rôles du médecin généraliste mais plutôt comme intégrant leur vision. La réalisation ou non de cette prise en charge était laissée à l'appréciation de chacun.

Des études qualitatives sur la prise en charge des DSDS proches montrent que c'est une pratique répandue et constatent un focus plus important sur les DSDS proches par rapport aux DSDS lointains. (8),(19)

Bien que la prise en charge des DSDS proches soit considérée comme un rôle du médecin généraliste dans les référentiels, que plusieurs articles le placent même dans les obligations du médecin généralistes (10),(19) et que cette prise en charge semble répandue parmi les intervenant, ceux-ci ne placent pas cette action comme un rôle professionnel. Cette constatation soutient la prédominance de la vision personnelle des rôles sur la vision commune discuté plus haut.

2. Apprentissage des DSDS

Le peu de place réservé au DSDS dans le cursus facultaire est critiqué par plusieurs participants. Une participante soutenait qu'en favorisant les stages hospitaliers, l'enseignement facultaire était trop concentré sur la pathologie. Souvent, pour les participants, cet apprentissage s'est fait ailleurs.

Plusieurs articles soutiennent également que cet enseignement est insuffisant et ne fournit pas aux étudiants les outils nécessaires pour prendre en charge ces DSDS. (19),(20)

Concernant les DSDS proches, l'absence d'enseignement pose question vu l'avis assez unanime de la littérature et des participants sur l'importance de l'action sur ceux-ci. Une étude approfondie sur les différences de pratiques à ce niveau serait intéressante. Cela pourrait permettre d'abord d'établir une base commune et ainsi participer à la clarification des implications pratiques du rôle de promoteur de la santé et ensuite d'adapter l'enseignement facultaire pour donner les outils nécessaires à la recherche de ces DSDS et à l'action sur ceux-ci.

3. DSDS lointains

L'action sur les DSDS lointains était peu rapportée par les participants. Les intervenants menant ce genre d'action le faisaient dans un objectif de justice et étaient motivés par leur vision des rôles ou leur responsabilité sociale.

Certains auteurs sont catégoriques sur la nécessité de cette action. Buchman, par exemple, soutient que les médecins ont une responsabilité sociale qui « exige des plaidoyers par les médecins en tant que porte-parole des populations marginalisées dénonçant les conditions sociales qui contribuent à la maladie, à la souffrance et à la mort. » (21)

Selon Buchman et Woolard, « La responsabilité sociale est le contrat social qui lie la médecine à la société. Pour que les soins soient socialement responsables, ils doivent être équitablement accessibles à tous et adaptés aux besoins du patient, de la communauté et de la population. » (21) La justice sociale est présentée comme la base du contrat social qui mène le médecin à être socialement responsable.(20),(17)

Au travers de la littérature et les propos des intervenants, il semble que l'engagement pour la justice sociale semble être lié à la capacité du médecin généraliste à agir sur ces DSDS lointains.

Selon Coulehan, cet engagement pour la justice est délaissé dans l'éducation médicale de cinq manières (17) :

- Premièrement, en sélectionnant les étudiants uniquement sur base de leur compétence scientifique plutôt que sur des critères d'altruisme et d'engagement envers la justice sociale, l'éducation médicale écarte des étudiants qui seront engagés dans le futur.
- Deuxièmement, en enseignant la relation médicale comme une relation duale (soignant-soigné), l'engagement pour la justice est mis de côté. En effet, l'importance de la justice croît avec le nombre de personne affectée par une décision. Mais la considération de cette relation duale est selon lui inadéquate tant la promotion de la santé se passe à l'échelle de la société.
- Troisièmement, en ne promouvant pas à la faculté des activités cultivant cet engagement.
- Quatrièmement, en ne donnant pas les outils nécessaires à l'engagement personnel pour la justice sociale comme l'apprentissage des politiques publiques ou la compréhension des problématiques sociales, l'éducation médicale n'offre pas les compétences nécessaires à ceux qui voudrait s'y essayer.
- Cinquièmement, par ce que Coulehan appelle « l'apprentissage tacite » comme le cynisme ou le sentiment d'impuissance, l'éducation médicale diminue les possibilités que des étudiants s'investissent dans la justice sociale.

D'autres articles montrent plus de nuances par rapport à l'inclusion d'une telle action dans les rôles du médecin généraliste. Gruen et al. proposent que les actions sur les DSDS proches sont une obligation de pratique tandis que les actions sur les DSDS lointains sont de l'ordre de l'aspiration (ou du tropisme) propre à chaque médecin. (19) D'autres auteurs, en montrant la disparité de l'action sur les DSDS lointains des médecins généralistes, soutiennent que le débat reste ouvert et que des clarifications doivent être faites avant de pouvoir conclure à l'intégration ou non de cette action dans les rôles du médecin généraliste. (5),(8)

Certains, comme Huddle, s'opposent à l'idée qu'agir sur des objectifs sociétaux (comme le demandent les DSDS lointains) soit de la responsabilité du médecin. Son argument est que ce genre d'objectif sous-entend une action de plaidoyer politique. Et faire de cette action un rôle professionnel est pour lui une erreur pour trois raisons. D'abord, la responsabilité citoyenne

est bien distincte des obligations professionnelles. Ensuite, il n'est pas clair pour lui que faire du plaidoyer politique soit de l'ordre de la responsabilité citoyenne. Et enfin, il lui semble inadapté que la profession de médecin impose une action politique à ses membres. (18)

Les recherches bibliographiques concernant l'action des médecins sur les DSDS lointains met en lumière un important débat ayant lieu concernant le rôle des médecins généralistes et le fait que la détermination des rôles professionnels des médecins généralistes peut avoir d'importante implication au niveau de l'enseignement.

CONCLUSION

Au travers de deux questionnements principaux, cette recherche réalise un état des lieux de la conception, par les médecins généralistes, de leurs rôles. Malgré certaines limites méthodologiques (saturation non-atteinte, échantillon réduit, ...) qui empêchent toute généralisation à l'ensemble des médecins généralistes, les résultats peuvent orienter une réflexion future sur la nécessité de définir des rôles communs à l'ensemble de la profession.

Le premier questionnement de ce travail concernait la conception par les médecins généralistes de leurs rôles et ce qui sous-tend cette conception. Plusieurs éléments ont pu être mis en lumière.

Premièrement, nous constatons au travers de l'absence de références communes et de la sémantique diversifiée, l'absence d'utilisation d'un cadre théorique commun.

Cette constatation pourrait être expliquée par un manque de clarté des référentiels, un enseignement facultaire lacunaire à ce sujet, le manque d'espace de réflexion sur ce thème ou encore par l'absence du besoin, pour les médecins généralistes, d'avoir une vision commune.

Deuxièmement, les résultats montrent que les rôles professionnels sont conçus par les participants comme étant personnels plutôt que communs à toute la profession. Ce constat laisse transparaître un certain cloisonnement dans la profession. Chacun semble libre d'agir selon une conception personnalisée de celle-ci.

Cette individualisation des rôles est peut-être favorisée par le cadre libéral de la profession, une surcharge de travail qui requiert une priorisation des rôles à assumer et l'absence de cadre théorique commun.

Le deuxième questionnement concernait la conception par les médecins généralistes du rôle de promoteur de la santé, tel que décrit par les CanMEDS.

Ce rôle, même s'il est décrit par les CanMEDS, est encore largement discuté au Canada et ailleurs, quant à son contenu et quant à ses implications pratiques, entre autres en ce qui

concerne l'action au niveau collectif du médecin généraliste et son action sur les DSDS lointains. L'intérêt des chercheurs pour le développement d'une vision commune est dès lors bien actuel.

L'analyse de ce rôle permet le constat suivant, qui soutient les observations de la première question de recherche : l'absence de cadre théorique commun laisse un flou sur les implications pratiques du rôle de promoteur de la santé qui reposent alors sur la vision que chacun en a et sur des réalités pragmatiques (manque de temps et paiement à l'acte, par exemple).

L'étude met également en lumière un ensemble d'implications pratiques et théoriques (cursus facultaire et cadre de travail, par exemple) que pourraient engendrer une démarche réflexive commune sur les rôles du médecin généraliste et, dans ce cas-ci, sur le rôle de promoteur de la santé.

Cette recherche, au travers des interviews et de la littérature, ouvre la réflexion sur l'adoption d'un référentiel de rôles commun à l'ensemble des médecins généralistes belges, le développement d'un enseignement facultaire orienté sur ces rôles afin que les médecins soient aptes à les assumer, la modification de l'organisation du travail de manière à rendre réalisable l'exercice de ces rôles.

Soutenir le développement de cette réflexion permettra de penser le futur de la médecine générale et d'adapter au mieux son enseignement et son cadre de travail aux rôles qui auront été considérés comme inhérents à la profession.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen DJ, Heyrman PJ. **La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille.** [internet]. [cité le 31 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.woncaeurope.org/file/afaa93f5-dc46-4b0e-8546-71ebf368f41c/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. **CanMEDS Framework.** [Internet]. [cité 31 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>
3. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. **À propos de CanMEDS.** [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-f>
4. Stutsky BJ, Singer M, Renaud R. **Determining the weighting and relative importance of CanMEDS roles and competencies.** BMC Res Notes. 16 juill 2012;5:354.
5. Dobson S, Voyer S, Regehr G. **Perspective: Agency and Activism: Rethinking Health Advocacy in the Medical Profession.** Academic Medicine. sept 2012;87(9):1161-4.
6. Oandasan IF. **Health Advocacy: Bringing Clarity to Educators through the Voices of Physician Health Advocates.** Academic Medicine. oct 2005;80(10):S38.
7. Earnest MA, Wong SL, Federico SG. **Perspective: Physician Advocacy: What Is It and How Do We Do It?** Academic Medicine. janv 2010;85(1):63-7.
8. Hubinette MM, Ajjawi R, Dharamsi S. **Family Physician Preceptors' Conceptualizations of Health Advocacy: Implications for Medical Education.** Academic Medicine. nov 2014;89(11):1502-9.
9. Marmot M. **Social determinants of health inequalities.** Lancet. 19 mars 2005;365(9464):1099-104.
10. Paillé P. **L'analyse par théorisation ancrée.** crs. 27 avr 2011;(23):147-81.

11. Centre Universitaire de Médecine Générale de l'Université Catholique de Louvain. **Référentiel à l'usage du futur médecin généraliste**. 2003.
12. Phillips RL, Brundgardt S, Lesko SE, et al. **The future role of the family physician in the United States: a rigorous exercise in definition**. Ann Fam Med. juin 2014;12(3):250-5.
13. Phillips WR, Haynes DG. **The domain of family practice: scope, role, and function**. Fam Med. avr 2001;33(4):273-7.
14. Woollard R, Buchman S, Meili R, et al. **Responsabilité sociale au mésoniveau: Au sein de la communauté**. Can Fam Physician. 2016;62(7):547-50.
15. Nutbeam D. **Glossaire de la promotion de la santé** [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
16. Coulehan J, Williams PC, McCrary SV, Belling C. **The best lack all conviction: biomedical ethics, professionalism, and social responsibility**. Camb Q Healthc Ethics. 2003;12(1):21-38.
17. Huddle TS. **Perspective: Medical Professionalism and Medical Education Should Not Involve Commitments to Political Advocacy**. Academic Medicine. mars 2011;86(3):378-83.
18. Exworthy M, Morcillo V. **Primary care doctors' understandings of and strategies to tackle health inequalities: a qualitative study**. Prim Health Care Res Dev. 21 mai 2019;20:e20.
19. Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. **Physician-Citizens—Public Roles and Professional Obligations**. JAMA. 7 janv 2004;291(1):94-8.
20. Dharamsi S, Ho A, Spadafora SM, Woollard R. **The physician as health advocate: translating the quest for social responsibility into medical education and practice**. Acad Med. sept 2011;86(9):1108-13.
21. Buchman Sandy, and al. **Pratiquer la responsabilité sociale : De la théorie à l'action**. ResearchGate [Internet]. [cité 29 sept 2020]; Disponible sur:
https://www.researchgate.net/publication/291517821_Pratiquer_la_responsabilite_sociale_De_la_theorie_a_l'action

ANNEXES

1. Les CanMEDS

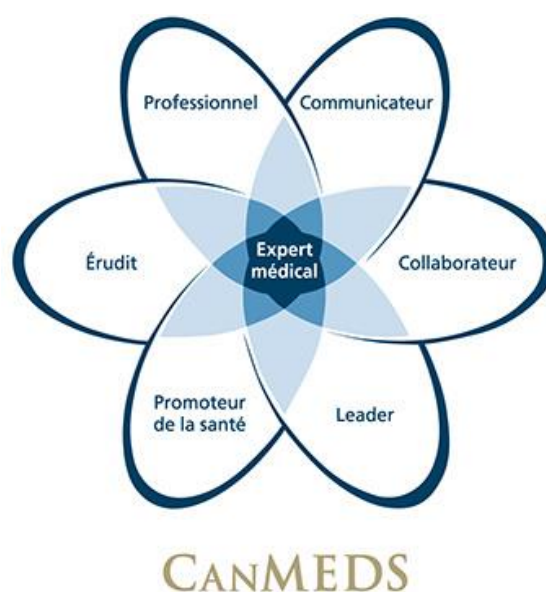
« Le référentiel CanMEDS définit et décrit les compétences dont les médecins doivent faire preuve pour répondre de façon efficace aux besoins de ceux et celles à qui ils prodiguent des soins. Ces compétences s'articulent autour de sept rôles. Un médecin compétent intègre facilement les compétences des sept rôles CanMEDS.

L'objectif global de CanMEDS est d'améliorer les soins aux patients. Le modèle CanMEDS a été adapté dans le monde entier, par les professions de la santé et d'autres professions.

Les rôles CanMEDS sont :

En tant qu'**experts médicaux**, les médecins assument tous les rôles CanMEDS et s'appuient sur leur savoir médical, leurs compétences cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient. Pivotal du référentiel CanMEDS, le rôle d'expert médical définit le champ de pratique clinique des médecins.

En tant que **communicateurs**, les médecins développent des relations professionnelles avec le patient, sa famille et ses proches aidants* ce qui permet l'échange d'informations essentielles à la prestation de soins de qualité.



*En tant que **collaborateurs**, les médecins travaillent efficacement avec d'autres professionnels de la santé pour prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient.*

*En tant que **leaders**, les médecins veillent à assurer l'excellence des soins, à titre de cliniciens, d'administrateurs, d'érudits ou d'enseignants et contribuent ainsi, avec d'autres intervenants, à l'évolution d'un système de santé de grande qualité.*

*En tant que **promoteurs de la santé**, les médecins mettent à profit leur expertise et leur influence en œuvrant avec des collectivités ou des populations de patients en vue d'améliorer la santé. Ils collaborent avec ceux qu'ils servent afin d'établir et de comprendre leurs besoins, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement.*

*En tant qu'**érudits**, les médecins font preuve d'un engagement constant envers l'excellence dans la pratique médicale par un processus de formation continue, en enseignant à des tiers, en évaluant les données probantes et en contribuant à l'avancement de la science.*

*En tant que **professionnels**, les médecins ont le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être d'autrui, tant sur le plan individuel que collectif. Ils doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société. De plus, les médecins contribuent à l'autoréglementation de la profession et voient au maintien de leur santé. »*

Issu de <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f le 29.07.21>

2. Rôle de promoteur de la santé des CanMEDS

A. Description du rôle

« Les médecins reconnaissent leur responsabilité sociale. Ils doivent participer aux efforts d'amélioration de la santé et du bien-être des patients, des collectivités et des populations qu'ils servent. Ils possèdent un savoir médical et des habiletés qui leur procurent une perspective spécifique et unique. Les médecins ont également un accès privilégié au vécu et à l'expérience des patients au regard de la maladie et du système de santé. L'amélioration de la santé ne se limite pas à atténuer l'impact des maladies ou de traumatismes, mais comprend également la prévention de la maladie ainsi que la promotion et le maintien de la santé. L'amélioration de la santé englobe aussi l'équité en santé, afin de permettre aux individus et populations d'atteindre leur plein potentiel sur le plan de la santé sans être pénalisés notamment par leur race, leur appartenance ethnique, leur religion, leur sexe, leur orientation sexuelle, leur âge, leur classe sociale, leur statut économique ou leur niveau de scolarisation.

Les médecins tirent parti de leur statut et de leur rôle au sein du système de santé, afin de soutenir les patients dans leur trajectoire de soins et de les épauler dans leurs démarches pour qu'ils aient accès aux ressources appropriées en temps voulu. Ils s'efforcent d'améliorer la qualité de leur pratique clinique et des organisations avec lesquelles ils transigent, afin de répondre aux besoins en santé des patients, des collectivités et des populations qu'ils servent. Ils favorisent le maintien en santé des collectivités et des populations en influençant ou en offrant leur appui à ceux qui influencent le système de santé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des milieux cliniques.

La promotion de la santé implique l'action. Les médecins mettent à profit leur connaissance des déterminants de la santé afin d'exercer une influence positive sur la santé de leurs patients, des collectivités ou des populations qu'ils servent. Ils acquièrent des informations et recueillent des perceptions quant aux problèmes vécus dans le système de santé, œuvrant avec le patient, sa famille et ses proches aidants afin de comprendre ses besoins et d'identifier des mécanismes permettant potentiellement de répondre à ces besoins. Ils offrent leur soutien aux patients, aux collectivités ou aux populations en vue d'appeler au changement et ils jouent le rôle de porte-parole si nécessaire. Les médecins contribuent à conscientiser la société aux enjeux

majeurs qui concernent la santé des patients, des collectivités et des populations. Ils appuient ou guident l'allocation de ressources (p. ex., financières, matérielles ou humaines), que ce soit à petite ou à grande échelle.

Les médecins œuvrent au sein de systèmes complexes. Ils doivent ainsi collaborer avec le patient, sa famille et ses proches aidants, les réseaux de soutien, de même qu'avec les organisations locales en santé et les organismes communautaires en vue d'agir sur les déterminants de la santé. De plus, la promotion de la santé nécessite souvent l'intervention d'autres professionnels de la santé, d'organismes communautaires, d'administrateurs et de décideurs. »

B. Concepts fondamentaux

- « Adaptation de la pratique afin de répondre aux besoins des patients, des collectivités ou des populations servies : 2.1, 2.2
- Amélioration continue de la qualité : 2.2, 2.3
- Connaissance du système de santé : 1.1, 2.1
- Déterminants de la santé, qu'ils soient d'ordre psychologique, biologique, social, culturel, environnemental, scolaire et économique, de même que les facteurs liés au système de soins de santé : 1.1, 1.3, 2.2
- Équité en santé : 2.2
- Mobilisation de ressources en fonction des besoins : 1.1, 1.2, 1.3
- Obligations fiduciaires : 1.1, 2.2, 2.3
- Potentiel d'intérêts divergents en matière de santé des patients, des collectivités ou des populations servies : 2.3
- Prévention de la maladie : 1.3, 2.1
- Principes des politiques de la santé et leurs retombées : 2.2
- Promotion de la santé : 1.1, 1.2, 1.3, 2.1
- Promotion de la santé en partenariat avec les patients, les collectivités ou les populations servies : 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3
- Protection de la santé : 1.3
- Responsabilité sociale des médecins : 2.1, 2.3
- Utilisation responsable du statut et de l'influence : 2.1, 2.3 »

C. Capacités et manifestations liées au rôle

« Capacités (compétences-clé) <i>Les médecins sont capables de :</i>	Manifestations (compétences habilitantes)
1. Répondre aux besoins d'un patient en défendant, avec celui-ci, ses intérêts au sein du milieu clinique et à l'extérieur de celui-ci	<i>1.1 Collaborer avec le patient afin de prendre en compte les déterminants de la santé qui le concernent et qui limitent son accès aux services de santé ou aux ressources dont ils ont besoin.</i>
	<i>1.2 Collaborer avec le patient, sa famille et ses proches aidants pour modifier ses comportements et adopter de saines habitudes de vie.</i>
	<i>1.3 Intégrer les principes de prévention de la maladie, de promotion et de maintien de la santé dans les échanges avec chaque patient</i>
2. Répondre aux besoins des collectivités ou des populations servies en collaborant avec celles-ci pour promouvoir d'une manière socialement responsable des changements systémiques	<i>2.1 Collaborer avec des collectivités ou des populations afin de caractériser les déterminants de la santé qui s'appliquent.</i>
	<i>2.2 Améliorer la pratique clinique en appliquant un processus d'amélioration continue de la qualité à des activités de prévention de la maladie et de promotion et maintien de la santé.</i>
	<i>2.3 Participer à une initiative d'amélioration de la santé dans une collectivité ou une population qu'ils servent. »</i>

3. Résultat de la recherche dans la littérature

A. Recherche sur les rôles des médecins généralistes

- **Définir les mots-clés grâce aux MeSH**

Deux concepts : rôle et médecin généraliste. J'ai mis ces termes dans le MeSH bilingue afin de les préciser et de trouver les mots-clés adéquats.

Le mot "rôle" au 28.09.2020 renvoie à huit descripteurs dont trois sont intéressants, par ordre d'intérêt :

- Rôle médical (anglais : Physician's Role) : la fonction attendue d'un membre de la profession médicale.
 - Termes français : fonction médicale ; rôle du médecin
 - Termes américains : physician's role
- Rôle professionnel (anglais : professional role) : la fonction attendue d'un membre d'une profession définie.
 - Termes français : rôle professionnel
 - Termes américains : professional role
- Rôle (anglais : role) : le comportement caractéristique et attendu d'un individu en tant que membre d'un groupe défini.
 - Termes français : concept, rôle
 - Termes américains : concept, role

J'ai écarté le mot "concept", trop vague.

Les mots "médecine générale" au 28.09.2020 renvoient à 2 descripteurs :

- Médecine générale (anglais : general practice) : Soins médicaux basé sur le patient sans distinction d'âge ou genre et sans limite de spécialité. Ancienne indexation : family practice (ajouté aux termes ainsi que la traduction).
 - Termes français : médecine générale ; médecine de famille ; médecine familiale ;
 - Termes américains : general practice ; family practice
- Médecin généraliste (anglais : general practitioners) : médecin dont la pratique n'est pas limitée à un champ spécifique de la médecine. Ancienne indexation : family physician (ajouté aux termes ainsi que la traduction).
 - Termes français : médecin généraliste ; médecin de famille ; omnipraticien ; praticien généraliste
 - Termes américains : general practitioner ; general physicians ; family physician

- **L'équation de recherche**

J'ai choisi de ne pas mettre les termes Mesh dans mon équation. En effet, cela m'empêchait d'imposer que les mots-clés soient dans le titre ou l'abstract, ce qui est important pour que la recherche reste abordable en termes de nombre de résultat (268 vs 3021). J'ai dû utiliser préférentiellement les termes (physician's role*[Title/Abstract]) et (professional role*[Title/Abstract]) plutôt que (role*[Title/Abstract]) dans la deuxième partie de l'équation afin de réduire le nombre de résultat.

```
(((general practi*[Title/Abstract]) OR (general physician*[Title/Abstract])) OR (family physician*[Title/Abstract])) OR (family practi*[Title/Abstract])) AND ((physician's role*[Title/Abstract]) OR (professional role*[Title/Abstract]))
```

- **Résultat de la recherche**

Les moteurs de recherche Dynamed, Minerva et Cebam n'ont donné que des résultats sans lien avec le sujet.

L'équation de recherche sur Pubmed a donné 268 résultats le 10.10.2020. De nombreux articles abordaient le rôle du médecin généraliste dans une situation spécifique et non en général. Huit articles traitaient le rôle du médecin généraliste dans l'absolu pas dans une tâche précise. Trois n'ont pas de textes accessibles et un est rédigé en norvégien uniquement. Quatre articles ont donc été sélectionnés.

De nombreux articles ont été ajoutés ensuite en recherchant dans la bibliographie des articles lus et suite au conseil de mon promoteur.

B. Recherche sur le rôle de promotion de la santé

- **Définir les mots-clés**

Les mots-clés concernant la médecine générale étant les mêmes que dans la précédente recherche, ils ont été récupérés.

Le cadre de référence ayant été défini comme celui des CanMEDS, j'ai logiquement choisi d'emprunter leurs mots pour désigner ce rôle soit *health advocacy*.

- **L'équation de recherche**

L'équation de recherche suivante a été formulée.

```
(((general practi*[Title/Abstract]) OR (general physician*[Title/Abstract])) OR (family physician*[Title/Abstract])) OR (family practi*[Title/Abstract])) AND ((advocacy[Title/Abstract]) OR (health advoca*[Title/Abstract]))
```

- **Les résultats**

Au 06.06.2021, Pubmed proposait 109 articles avec les critères d'inclusions « Full text » et « 20 ans. » Parmi ces 109 articles, 8 ont été retenus sur base de l'abstract.

De nombreux articles ont été ajoutés ensuite sur conseils de mon promoteur et à partir de bibliographie d'autres articles.

4. Questionnaire

Présentation de l'enquête et de l'enquêteur

Je m'appelle Pierre Sasse et je suis étudiant en troisième année d'assistantat en médecine générale à Bruxelles. Je vous ai contacté dans le cadre d'un mémoire sur la conception des médecins généralistes en Belgique francophone concernant leur rôle en dehors de leurs consultations habituelles.

Les consultations habituelles sont les consultations menées dans votre cabinet.

Ce questionnaire se divise en deux parties : une première partie se compose de 11 questions fermées, pour définir votre profil, celui de votre pratique et celui de votre patientèle. La deuxième partie se compose de 6 questions ouvertes sur la conception de vos rôles en dehors de vos consultations habituelles. L'ensemble de l'interview devrait durer approximativement une heure.

Votre interview est anonyme. Elle sera enregistrée afin de pouvoir la retranscrire pour pouvoir l'utiliser dans le cadre de mon seul mémoire.

Pour toute autre question ou si vous souhaitez être tenu informé.e du résultat de ce travail, n'hésitez pas à me recontacter à l'adresse suivante : pierresasse@hotmail.com

Profil du médecin

1. Homme ou femme ?
2. Âge ?
3. Nombres d'années de pratique ?
4. Pratique en milieu urbain, rural ou semi-urbain ?
5. Syndiqué ?

Type de pratique

5. Pratique solo, en association ou mixte ?
6. Pratique uniquement médicale ou pluridisciplinaire ?
7. Pratique au forfait ? A la fédération des MM ou autre ?

8. Pratique à l'acte ? Conventiionnée, non-conventiionnée ou mixte ?
9. Nombre d'heure de travail par semaine ?

Type de patientèle

10. Critère socio-économique : plutôt favorisée, plutôt défavorisée, mixte ?
11. Âge : plutôt âgée, plutôt jeune ou mixte ?
12. Origine : plutôt d'origine belge, plutôt d'origine étrangère ou mixte ?

5. Guide d'entretien

1. Pouvez-vous décrire ce que sont, selon vous, les différents rôles du médecin généraliste ?

Essayez de préciser au max les termes vagues comme « santé », « prendre soin » ou « soigner ». Préciser également les personnes dont on parle (surtout quand on dit « patient » cela peut être les siens mais aussi les potentiels patients ou même toute la communauté).

2. Comment expliquez-vous cette conception des rôles du médecin généraliste ? D'où vous vient-elle ?
3. Comment ces rôles vont-ils changer ? Quels seront les rôles de demain ?
4. Quelles activités faites-vous en dehors des contacts-patients habituels ?

CONSIGNE DE LA CARTOGRAPHIE (annexe [6])

D'abord, surlignez en BLEU les activités que vous faites ou avez faites et en VERT les activités que vous voudriez faire.

Ensuite, entourez en ROUGE les activités qui ne font pas du tout partie des rôles du médecin généraliste, en JAUNE, celles qui sont essentielles aux rôles et que tout médecin généraliste devraient faire et en ORANGE celles qui sont secondaires et/ou que certains médecins doivent faire mais pas tous.

Aborder certaines activités en particulier.

- Clarification de ce qu'il fait exactement.
 - Ce qui l'a amené à le faire ou à l'arrêter si l'activité est passée.
 - Comment il conçoit cette activité par rapport aux rôles du médecin généraliste
5. Comment trouvez-vous votre pratique par rapport aux rôles de médecin généraliste que vous décrivez ?
 6. Comment l'épidémie du coronavirus a-t-elle influencé ou non la conception que les médecins généralistes ont de leurs rôles dans la société ?

6. Cartographie



7. Résultat des cartographies et profil des participants

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Medecin	Genre	Age	Nombre d'année de pratique	Statut	Syndiqué	Pratique médicale	Pluridisciplinaire	Paiement	Fédération des MM	Conventionnement	Milieu de travail	Heures de travail par semaine	Patiente Socio-économiquement	Age de la patiente	Origine de la patiente
Med1	F	32	5	Salarié	GBO	Association	Oui	À l'acte	Non	Oui	Urbain	43	Défavorisée	Mixte	Plutôt étrangère
Med2	H	59	30	Indépendant	GBO	Association	Oui	Au forfait	Oui	Oui	Urbain	20	Mixte	Plutôt jeune	Plutôt étrangère
Med3	F	28	1	Indépendant	Non	Solo	Non	À l'acte	Non	Oui	Urbain	40	Plutôt défavorisée	Mixte	Plutôt étrangère
Med4	F	45	18	Indépendant	Non	Mixte	Non	À l'acte	Non	Oui	Rural	10	Mixte	Mixte	Plutôt belge
Med5	F	37	8	Salarié	Non	Association	Oui	Au forfait	Oui	Oui	Urbain	40	Plutôt défavorisée	Plutôt jeune	Plutôt étrangère
Med6	H	61	35	Indépendant	GBO	Solo	Non	À l'acte	Non	Oui	Urbain	50	Mixte	Mixte	Mixte
Med7	H	68	42	Indépendant	ABSYM	Association	Non	À l'acte	Non	Oui	Rural	60	Mixte	Mixte	Mixte
Med8	H	33	4	Indépendant	GBO	Association	Oui	Au forfait	Oui	Oui	Urbain	30	Plutôt défavorisée	Mixte	Plutôt étrangère
Med9	F	47	21	Indépendant	GBO	Association	Oui	Au forfait	Oui	Oui	Urbain	35	Défavorisée	Plutôt jeune	Plutôt étrangère
Med 10	H	56	28	Indépendant	GBO	Association	Oui	À l'acte	Non	Oui	Rural	60	Mixte	Mixte	Plutôt belge

Tableau 3 : Résultat de la cartographie sur les activités hors consultation

CAMPAGNE DE PREVENTION	PLAIDOYER				ENSEIGNEMENT		RECHERCHE	FORMATION			ADMIN		PSYCHOSOCIAL		COLLABORATION		LIÉE LA CONSULTATION										
	Avec un syndicat	Militantisme	Avec une association non-médicale	Avec parti un politique	Dans les médias et sur les réseaux sociaux	Avec une association médicale		A destination de professeurs non-médicales	A destination de professeurs médicaux	Continue	Supplémentaire	visant à connaître ses patients	Facturation	Secrétariat	Gestion du cabinet	Organisation de la garde	Groupe de parole	Activités sportives	Création de lien social	En équipe	Avec d'autre instances communautaires/acteurs de soins	Récupération de rapport	Concertation interdisciplinaire	Coordination du réseau autour du patient	Contacts avec d'autres médecins	Analyse de dossiers médicaux	
1	X		X		X	X			X	X	X		X	X		X		X		X	X	X	X	X	X	X	X
2	X	X	X		X	X	X		X	X	X		X	X		X		X		X	X	X	X	X	X	X	X
3						I	I		X	X	X	X	X	X		X		X		X		X	X	X	X	X	X
4	X				X	X	X		X	X	X		X	X	X		X		X		X	X	X	X	X	X	X
5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X				X		X		X	X	X	X	X	X	X
6	X		X		X	X			X	X			X	X	X			X		X		X	X	X	X	X	X
7	X				X				X	X	X		X	X	X			X		X		X	X	X	X	X	X
8	X								X	X	X		X	X	X			X		X		X	X	X	X	X	X
9	X				X				X	X	X				X			X		X		X	X	X	X	X	X
10	X	X		X		X	X		I	I	I		X	X	I	I	I	I		I		I	I	I	I	I	I

ACTIVITÉ	RÔLE	
I = Pas interprétable	Considéré comme essentiel	Considéré comme secondaire
X = Effectuée ou ayant effectuée	Considéré comme essentiel pour une structure	N'est pas considéré comme un rôle