



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation

**Les motifs d'engagement des médecins généralistes
dans un processus de formation
sur les spécificités dans la prise en charge
des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes**

Aurore Billet

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de Master en Sciences de l'Éducation

Promoteur : Daniel FAULX

Lecteurs : Tiber MANFREDINI

François GEORGES

Année académique 2019-2020

Tout d'abord, je tiens à remercier Monsieur Daniel Faulx pour avoir accepté de superviser ce mémoire dont le thème sort des sentiers battus.

Je remercie également Messieurs Tiber Manfredini et François Georges pour l'attention qu'ils porteront à ce mémoire.

Je tiens particulièrement à remercier les associations Tels Quels et O'YES sans qui ce projet n'aurait jamais pu voir le jour.

Mes remerciements vont aussi à toutes les personnes, ami·es, membres de ma famille, bénévoles qui m'ont encouragée et soutenue.

Merci aussi à ma merveilleuse petite sœur Maud et à mon indéfectible amie Laurie qui ont eu la gentillesse et le courage de relire le présent travail.

Merci à ma compagne, Siân, qui est un support bienveillant et stable dans tous les projets que j'entreprends. Elle a fourni un incroyable travail de transcription et de relecture qui a rendu possible ce mémoire. Pour tout ça et le reste, merci.

À Marion, Louis, Emilien, puissiez-vous être fier·ères de moi comme je le suis de vous.

TITRE : « LES MOTIFS D'ENGAGEMENT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS UN PROCESSUS DE FORMATION SUR LES SPÉCIFICITÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES FEMMES »

OBJECTIFS : Ce mémoire a pour objectif de récolter des données sur les motifs d'engagement des médecins généralistes dans un processus de formation sur les spécificités dans la prise en charge des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FSF) afin de pouvoir, d'une part, apporter des savoirs utiles à toute personne souhaitant mettre en place de type de formation et, d'autre part, permettre à des formateur·rices d'utiliser ces savoirs pour améliorer ou calibrer des formations déjà en place.

MÉTHODE : Treize participant·es ont accepté de participer à cette étude. Ils et elles ont été contacté·es par téléphone au hasard, ont été interrogé·es au cours d'entretiens téléphoniques semi-directifs, pour répondre à des questions en lien avec la thématique de ce mémoire. Les données collectées ont ensuite fait l'objet d'une analyse qualitative catégorielle.

RÉSULTATS : Nous avons constaté que les médecins interrogé·es sur les motifs d'engagement dans un processus de formation évoquent des motivations extrinsèques majoritairement liées au motif opératoire professionnel (Carré, 2001). Ensuite, nous avons remarqué la présence de deux types de culture en médecine générale, une culture axée sur la pratique pure et l'autre axée sur l'aspect psycho-social de la prise en charge, la seconde étant perçue comme moins importante, moins pertinente. Cette perception influence l'engagement dans une formation en fonction de sa connotation dans l'une ou l'autre culture. Enfin, l'engagement en formation est fortement lié à l'accréditation de la formation ainsi qu'à la réputation d'expert de l'organisme qui l'organise.

CONCLUSION : Tout d'abord, ce mémoire apporte de précieuses informations permettant d'aborder la formation continue pour les médecins généralistes de manière globale mais aussi particulièrement sur la question des spécificités dans la prise en charge des FSF. De plus, ces informations ont permis une réflexion sur l'amélioration de la formation déjà créée et donnée aux médecins dans le cadre du projet « Go To Gyneco ! ». Ensuite, ce mémoire a permis de prendre en compte le point de vue et la perspective des médecins généralistes sur cette question. Néanmoins, en raison d'un échantillonnage peu représentatif et d'une limitation de la durée des entretiens qui a empêché l'investigation de certains aspects du processus d'entrée en formation (Cross, 1981), cette question n'a pas pu être abordée dans son entièreté et mériterait d'être approfondie par d'autres études, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives.

Table des matières

1.	Introduction	8
2.	Revue de la littérature	10
2.1.	Introduction	10
2.2.	Qui sont les FSF ?	10
2.2.1.	Pratiques sexuelles et risque de transmission d'IST	11
2.2.2.	Les FSF : population à risque ?	11
2.2.3.	La prise en charge	12
2.2.3.1.	Préconceptions des FSF	12
2.2.3.2.	Qu'en est-il en pratique ?	13
2.2.4.	Les mécanismes psycho-sociaux en jeu	14
2.2.4.1.	La question de l'hétérocentrisme (ou de l'hétéronormativité)	14
2.2.4.2.	La question du coming-out	15
2.2.5.	La connaissance des médecins en matière de santé chez les FSF	16
2.2.6.	Recommandations des différent·es auteur·rices	18
2.3.	La formation des médecins généralistes en Belgique francophone	20
2.3.1.	La formation initiale	20
2.3.1.1.	L'examen d'entrée	20
2.3.1.2.	Bachelier et master	21
2.3.1.3.	Spécialisation	21
2.3.2.	La formation continue	22
2.3.2.1.	L'accréditation	22
2.3.2.1.1.	Rubrique éthique et économie	23
2.3.2.1.2.	Critères pour accréditer une formation	24
2.3.2.1.3.	Les formations non accréditées	24
2.3.2.2.	Les structures proposant des formations accréditées	25
2.3.2.2.1.	Les groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM)	25
2.3.2.2.2.	La Société Scientifique de Médecine Générale	25
2.3.2.2.3.	Les entreprises pharmaceutiques	26
2.4.	La motivation	26
2.4.1.	D'où vient cette notion ?	27
2.4.2.	Renouveau théorique	28
2.4.3.	Quelques théories	28
2.4.4.	Le concept de motivation dans la formation d'adultes	30
2.4.5.	L'engagement en formation	31
2.4.6.	Concepts théoriques choisis	33
2.4.6.1.	La théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2002)	34
2.4.6.1.1.	L'origine du modèle	34

2.4.6.1.2.	Le continuum des types de motivations	35
2.4.6.1.3.	Quelles sont les conséquences de ces différents types de motivation ?	37
2.4.6.1.4.	Comment agir pour favoriser les motivations autodéterminées ?	38
2.4.6.2.	Le modèle des dix motifs d'engagement de Philippe Carré (2001)	38
2.4.6.3.	Le paradigme de l'expectancy-value	41
2.4.6.3.1.	Le modèle COR (Chain-of-response) de K.P. Cross (1981)	41
2.4.6.3.2.	Le modèle de la dynamique motivationnelle de l'élève (Viau 1994)	45
2.4.6.3.3.	La théorie d'expectancy-value de Eccles et Wigfield (2002)	48
2.4.6.3.4.	Le modèle de COR (1981) augmenté	50
3.	Problématique de recherche	52
4.	Méthodologie	54
4.1.	La méthode d'enquête	54
4.1.1.	L'entretien semi-directif	55
4.1.2.	L'entretien par téléphone	55
4.1.3.	Le guide d'entretien	57
4.2.	Procédure de recrutement	58
4.3.	Participant·es	59
4.4.	Entretiens	60
4.5.	Analyse des entretiens	60
5.	Analyse des résultats	62
5.1.	Les types de motivation exprimés par les médecins	62
5.2.	Les motifs d'engagement en formation exprimé par les médecins	65
5.3.	Les étapes du processus d'engagement	68
5.3.1.	L'auto-évaluation	69
5.3.1.1.	La perception de la compétence	69
5.3.1.2.	La perception de la contrôlabilité du point de vue du résultat	74
5.3.2.	Les objectifs	75
5.3.2.1.	La perception de la valeur d'une activité (Viau, 1994) / L'utilité perçue (Eccles & Wigfield, 2002)	75
5.3.2.2.	L'importance (Eccles & Wigfield, 2002)	79
5.3.3.	Les opportunités, les obstacles et le coût	80
5.3.3.1.	Opportunités et obstacles	80
5.3.3.2.	Le coût	82
5.3.4.	L'information	82
5.3.4.1.	La perception de contrôlabilité d'un point de vue du déroulement (Viau, 1994)	82
5.3.4.2.	Le cas particulier des FSF : manque d'information sur l'existence de la formation et pistes pour y remédier	84
6.	Discussion	86

6.1.	Interprétation des résultats	86
6.1.1.	Créer des formations en lien avec la pratique et/ou la patientèle des médecins généralistes	86
6.1.2.	Le paradoxe du sentiment de compétence des médecins généralistes	87
6.1.3.	Créer une formation qui soit perçue comme utile	88
6.1.4.	Tenir compte de la perspective des médecins	89
6.1.5.	Inscrire la formation dans un cadre qui la légitime et la rend attractive	90
6.1.6.	Concevoir une promotion efficace	90
6.2.	Limites et amélioration de ce mémoire	91
7.	Conclusion	92
	Bibliographie	95

1. Introduction

En décembre 2016, nous avons reçu un appel sur les réseaux sociaux à participer à un *focus group* sur la prévention en matière d'infections sexuellement transmissibles (IST) à destination des lesbiennes. Étant concernée et ayant peu de temps auparavant voulu réaliser une séance d'information à ce sujet dans un cercle étudiant dont nous faisons partie, nous avons décidé de répondre positivement à cet appel. De ce *focus group* est né un projet important dépassant la simple prévention sur les IST et concernant la santé en général des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FSF). Ce projet de santé publique nommé « Go To Gyneco ! » est porté depuis bientôt quatre ans par deux associations (Tels Quels et O'YES) et surtout par une multitude de bénévoles qui ont permis la création d'un site internet, de brochures, de soirées, de stands de prévention afin de sensibiliser ces femmes. Très vite, nos lectures (telles que les travaux de Delebarre, 2017 ou de Bize et al., 2011 et 2012) nous ont convaincues de la nécessité d'offrir ces connaissances au public concerné mais aussi à celles et ceux qui prennent en charge leur santé : les professionnel·les de la santé. Ce projet rencontre alors deux domaines d'intérêt pour nous : le bénévolat associatif et la formation d'adulte. Nous avons pu mettre à contribution nos compétences, mélangeant notre rôle en tant que bénévole à celui de stagiaire. Il nous a été donné l'immense privilège mais aussi la lourde responsabilité de créer cette formation à destination des professionnel·les de la santé. À l'heure actuelle, nous avons pu former une vingtaine de professionnel·les grâce à la Fédération laïque des centres de planning familial, et une centaine d'assistant·es en médecine générale grâce à la création d'un module de cours optionnel dans le cursus initial. Étant en charge de cette formation et de son amélioration, nous avons assez rapidement été confrontée à un constat interpellant : les professionnel·les participant à cette formation étaient pour la plupart déjà sensibilisé·es à la question et nous ne parvenions pas à attirer celles et ceux qui, selon les études que nous avons lues, avaient un besoin criant d'être formé·es. C'est pour ces raisons que nous avons décidé d'utiliser l'opportunité que nous offrait la réalisation de ce mémoire pour récolter des données nécessaires à la compréhension de ce phénomène.

Notre mémoire questionne les motifs d'engagement des médecins généralistes dans un processus de formation sur les spécificités dans la prise en charge des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes. Il a pour objectif d'apporter des savoir utiles à la réalisation et à l'amélioration de la formation que nous donnons dans le cadre du projet « Go To Gyneco ! » mais permettra aussi d'apporter des informations à toute personne souhaitant former des médecins généralistes, quel que soit le sujet de la formation.

Ce mémoire se compose de deux parties. Tout d'abord, une partie théorique présentera une revue de la littérature apportant un éclairage autour des trois thèmes centraux abordés : le premier concerne

les FSF, les spécificités de leur santé et de leur prise en charge et la nécessité de former les médecins à ce sujet. Le deuxième concerne la formation des médecins et plus particulièrement la formation continue, qui est l'objet de ce mémoire. Enfin, le troisième concerne la notion de motivation dans une perspective de formation d'adultes, et nous développerons particulièrement trois concepts théoriques : l'autodétermination de Deci et Ryan (2002), les dix motifs d'engagements de Philippe Carré (2001) et le paradigme de l'*expectancy-value* nourri par les modèles de K.P. Cross (1981), de Viau (1994) et d'Eccles et Wigfield (2002) qui nous permettront d'analyser les données récoltées afin de mettre en avant les motifs d'engagement des médecins généralistes dans un processus de formation de ce type.

La seconde partie de ce mémoire porte sur la pratique : nous y préciserons d'abord la problématique de recherche et la méthodologie utilisée. Ensuite, les résultats de cette recherche vous seront présentés et seront interprétés. Nous finirons enfin par une réflexion sur les limites de ce projet et les perspectives éventuelles.

2. Revue de la littérature

2.1. Introduction

Trois thèmes se dégagent de notre question de recherche (« Quels sont les motifs d'engagement des médecins généralistes dans un processus de formation sur les spécificités dans la prise en charge des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FSF) ? ») : les motifs d'engagement des médecins, la formation des médecins et la prise en charge des FSF.

L'ordre dans lequel nous allons présenter ces thèmes est l'ordre dans lequel nous avons pensé ce mémoire.

Avant la crise sanitaire, nous avions l'intention de travailler sur les perceptions, les mécanismes psycho-sociaux et les besoins de formation des professionnel·les de la santé gynécologique travaillant dans la province de Liège dans la prise en charge des FSF, avec comme méthodologie l'étude de cas. L'interdiction des entretiens en présentiel nous a obligée à revoir notre méthodologie. Il nous semblait alors évident que si la méthodologie changeait, la question de recherche était aussi impactée. Il a alors été décidé de reprendre au début et de réfléchir à un autre angle d'attaque. Le sujet qui nous tenait à cœur est et reste la prise en charge des FSF : c'est ce champ qui à notre sens, et selon les recommandations (voir ci-dessous le point 2.2.6. : « Recommandations des différent·es auteur·rices ») doit être investigué. Ensuite, nous voulions que ce mémoire puisse nous servir dans la création et la gestion de nos formations chez « Go To Gyneco ! », il allait donc de soi que la population étudiée serait celle des médecins. Nous avons porté notre choix sur les médecins généralistes, qui sont en première ligne et qui ont la possibilité d'une prise en charge générale et donc d'un impact global sur la santé des FSF. Enfin, il a fallu cibler notre champ d'investigation. Une des problématiques souvent soulevées en réunion ou lors de groupes de travail chez « Go To Gyneco ! » concerne la capacité du projet à inciter les médecins à entrer dans un processus de sensibilisation et de formation sur le sujet. Notre choix s'est alors porté sur les théories motivationnelles.

C'est pourquoi cette revue de la littérature est organisée dans cet ordre : premièrement, une description du public des FSF et de leurs besoins spécifiques en termes de prise en charge médicale ; deuxièmement, une présentation de la formation initiale et continue des médecins généralistes en Belgique francophone ; troisièmement, un état de l'art des théories sur la motivation.

2.2. Qui sont les FSF ?

Selon Bjorkman et Malterud (2007), la population appelée « femmes lesbiennes » (étiquette à laquelle on préférera, en francophonie, celle de « femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes », ou « FSF » permettant d'englober toutes femmes ayant des relations sexuelles avec

d'autres femmes, et pas uniquement celles qui s'identifient comme lesbiennes ; c'est l'étiquette qu'emploie notamment Delebarre, 2017) est un groupe hétérogène qui regroupe une multitude de profils. Certaines femmes se définissant comme lesbiennes ont (ou ont eu par le passé) des pratiques hétérosexuelles, alors que d'autres ayant des pratiques homosexuelles ne se définissent pas comme lesbiennes mais comme appartenant à d'autres groupes (Bjorkman et Malterud ne donnent pas d'exemples, mais nous pouvons imaginer qu'il s'agisse de femmes transgenres ou de personnes non-binaires ne se reconnaissant pas dans l'étiquette « lesbienne », de femmes bisexuelles, hétérosexuelles...). Cet aspect dynamique du groupe « femmes lesbiennes » est encore accentué par le fait que des changements d'orientation sexuelle peuvent survenir tout au long de la vie. Ces profils présentent ainsi une grande variété de modes de vie et de pratiques sexuelles.

2.2.1. Pratiques sexuelles et risque de transmission d'IST

Le concept de « *lesbian bed death* » a été créé par Pepper Schwartz et Philip Blumstein en 1987, et fait état d'un hypo-désir sexuel ou de désir sexuel inhibé chez les lesbiennes (cet état était déjà présent dans les discours sexologiques et sociétaux à l'époque). D'après Schwartz et Blumstein, les couples de femmes auraient moins de rapports sexuels et d'intimité que toutes les autres formes d'union, et ce phénomène irait *crescendo* à mesure que la relation perdure. De plus, les FSF seraient limitées dans leurs variétés de pratiques et de techniques sexuelles, et seraient les individus les moins sexualisés. Ce concept est intériorisé par certaines FSF.

L'étude de Coraline Delebarre (2017) nous éclaire sur ces pratiques durant un rapport sexuel. Sur 1694 femmes interrogées, 64% déclarent avoir des pratiques masturbatoires, 75,4 % des pratiques orales ainsi que des pratiques pénétratives passives et actives¹, (respectivement 73,4% et 76,5%). Toujours selon cette étude, les rapports durent entre 30 minutes et une heure pour 52% des femmes interrogées. 23% déclarent une durée supérieure, et 25%, inférieure. La fréquence de ces rapports est de moins d'une fois par mois pour 20% des femmes interrogées, moins d'une fois par semaine pour 26%, une à deux fois par semaine pour 30% et plus d'une fois par semaine pour 24% d'entre elles. À partir de ces données, Delebarre déconstruit le concept de « *lesbian bed death* ». Cette croyance d'hypo-désir ou d'absence de sexualité déconstruite, attardons-nous sur les risques liés à cette sexualité existante.

2.2.2. Les FSF : population à risque ?

Les études montrent que les FSF sont exposées à des risques spécifiques en termes de santé et de bien-être (que ce soit au niveau de leur sexualité ou de leur état général).

¹ Une pratique pénétrative dite passive consiste à recevoir la pénétration, alors qu'une pratique pénétrative dite active consiste à procurer la pénétration.

Selon Bajos (2008, cité par Bize et al., 2012) et Chartrain et al. (2009), les femmes homosexuelles ont une sexualité plus risquée que leurs homologues hétérosexuelles. Cette population serait plus vulnérable face à certains problèmes de santé, tels que les cancers du col de l'utérus, du sein, du poumon, les maladies cardiovasculaires, les infections sexuellement transmissibles, les affections mentales et les problèmes d'addiction.

Cette vulnérabilité serait due à une différence en matière de recours aux soins tant préventifs que curatifs, et à un mode de vie différent (Fish, 2009, cité par Bize et al., 2012).

Les femmes lesbiennes ont une activité sexuelle plus précoce, des pratiques plus diversifiées et un nombre de partenaires plus élevé. Ces facteurs expliqueraient la vulnérabilité de ce groupe face aux IST (Lhomond, 2003, cité par Chartrain et al., 2009). Elles sont 12% comparativement à 3% chez les femmes hétérosexuelles ayant déclaré avoir eu une IST durant les cinq dernières années (Bajos & Beltzer, 2008 ; cité par Chartrain et al., 2009).

Une des raisons de cette vulnérabilité avancée par Bize et al. (2012) est que les lesbiennes ne sont pas représentées dans les campagnes de prévention en matière de VIH ou d'IST, ce qui les laisse croire qu'elles ne sont donc pas concernées.

D'autres facteurs entreraient en ligne de compte : en effet, les lesbiennes sont une population ayant moins de chance d'avoir un enfant (ou alors plus tardivement), et qui ont moins recours à la contraception, ce qui limite les rencontres avec un·e professionnel·le de la santé gynécologique, et donc la prise en charge précoce. De plus, elles ont plus faiblement recours à l'examen mammaire, que ce soit un auto-examen ou une mammographie (Biswajit, 2010, cité par Bize et al., 2012).

Contrairement à l'étude française de Chartrain et al. (2009), qui dispose davantage de données pour démontrer l'influence de ces facteurs sur une plus grande vulnérabilité des FSF face aux cancers, l'étude suisse de Bize et al. (2012) ne peut que postuler des hypothèses similaires, sans possibilité de les prouver : la Suisse ne dispose d'aucune étude de grande ampleur à ce sujet, car l'orientation sexuelle n'est pas une donnée figurant dans le registre des tumeurs.

Enfin, Bjorkman et Malterud (2007, 2009) estiment que ce sont probablement les effets de marginalisation qui font que les lesbiennes souffrent dans une plus grande mesure de problèmes de santé (voir ci-dessous le point 2.2.4. : « Les mécanismes psycho-sociaux en jeu »). Après avoir appréhendé les risques qu'encourent les FSF, observons ce qu'il se passe lorsqu'elles décident de consulter un·e professionnel·le de la santé.

2.2.3. La prise en charge

2.2.3.1. Préconceptions des FSF

Dans l'étude de Delebarre (2017), parmi les 1227 femmes ayant déclaré avoir eu des dysfonctionnements sexuels durant les 12 derniers mois, seulement 8% en ont parlé avec un·e

professionnel·le : 1, 3% en parlent avec leur généraliste, 1,9% avec leur gynécologue, 0,7% avec un·e sexologue, 4,8% avec un·e psychologue et 0,1% avec un·e kiné.

Les raisons pour lesquelles les femmes de cette étude n'en ont pas parlé sont les suivantes : elles ne savent pas à qui en parler pour 11,1% d'entre elles, elles n'osent pas (7,3%), elles ont peur du jugement ou de réactions négatives (6,5%). La plupart (29,1%) considèrent que cette information est intime et qu'elles n'ont pas besoin d'en parler : cela ne regarde personne.

D'après Davis (2000, cité par Chartrain et al., 2009), environ 15% des FSF n'ont pas de suivi gynécologique régulier parce qu'elles craignent que l'hétérosexisme² affecte négativement leur prise en charge, ou parce qu'elles ne se sentent pas concernées.

2.2.3.2. *Qu'en est-il en pratique ?*

Dans l'étude de Delebarre (2017), 35,9% et 3,8% des femmes interrogées déclarent avoir subi respectivement occasionnellement et souvent de l'homophobie sous forme d'insultes dans le milieu médical.

Bize et al. (2012) nous parle de deux études à ce sujet. Une enquête de 2005, menée en France par SOS Homophobie, montre que « près d'une lesbienne sur dix dit avoir été victime d'homophobie dans le contexte médical » (Bize et al., 2012, p. 12). Selon une enquête similaire, menée au Royaume-Uni, c'est la moitié des femmes lesbiennes et bisexuelles qui déclarent avoir déjà subi des expériences médicales négatives dues à leur orientation sexuelle.

Bjorkman et Malterud (2009) précisent qu'un grand nombre d'histoires que les femmes homosexuelles leur ont raconté durant l'étude fait état de consultations chez un·e médecin lors desquelles celui-ci ou celle-ci a été perçu·e comme gêné·e, ayant des préjugés ou de la franche condescendance après que les patientes aient fait leur *coming-out*³. D'autres sont devenu·es brutaux·ales, ou montraient un intérêt exagéré vis-à-vis de l'orientation sexuelle de la patiente. D'autres encore considéraient que l'orientation sexuelle des patientes était la cause de tous les problèmes qu'elles présentaient.

Pour Chartrain et al. (2009), 10% des femmes interrogées témoignent de situations où elles ont été confrontées à de la lesbophobie. Parmi les professionnel·les de la santé cités·es, les gynécologues sont en première position (44%), suivies par les structures de don de sang (30%), les professionnel·les du domaine de la psychologie (22%), les médecins de famille (16%) et enfin les hôpitaux (16%). D'autres études appuient aussi les résultats de cette étude : Diamant et al., 2000a, 2000b pour les États-Unis ; Ryan, Brotman, Rowe, 2000 pour le Québec ; Graglia et al., 2005 pour l'Italie ; cités par Chartrain et al., 2009.

² L'hétérosexisme est un mode de pensée favorisant la sexualité et les relations hétérosexuelles.

³ Action de révéler son orientation sexuelle. Le terme vient de l'expression « *coming out of the closet* » (« sortir du placard »).

D'après elles (Chartrain et al., 2009, §19) : « Toutes [les études précédemment citées] ont montré que l'orientation homosexuelle, en tant que critère de non-conformité au schéma social dominant, mène à un recours aux soins moindre et à une prise en charge moins adaptée que pour les femmes hétérosexuelles. »

2.2.4. Les mécanismes psycho-sociaux en jeu

2.2.4.1. *La question de l'hétérocentrisme (ou de l'hétéronormativité)*

L'hétérocentrisme ou l'hétéronormativité est

la croyance qui veut que l'hétérosexualité soit la norme et qui présume que tout le monde est hétérosexuel. Cette croyance est très répandue dans la société, y compris dans le milieu médical. Elle influence la manière de mener les entretiens et peut mettre les personnes LGB [lesbiennes, gays et bisexuel·les] dans des situations très inconfortables (Bize et al. 2012, p. 13).

Pour Bjorkman et Malterud (2009, p. 239 ; nous traduisons), l'hétérocentrisme ou l'hétéronormativité « dénote la manière dont la vie sociale de la culture occidentale est construite sur la supposition que tout le monde est hétérosexuel, supposant que la norme de la famille nucléaire hétérosexuelle est naturelle et universelle, et par là rendant l'homosexualité socialement invisible et de seconde zone ».

Tous les articles consultés font état de cette croyance.

Bjorkman et Malterud (2009) relatent dans leur étude qu'un grand nombre de professionnel·les de la santé prennent pour acquise l'hétérosexualité de leurs patientes. Bien que la situation sociétale (en termes de lois, de visibilité, de protections ou encore de droits) des homosexuel·les se soit améliorée, la santé et la fréquentation des services de soins sont toujours affectées par ces effets de marginalisation. Par exemple, des médecins n'envisageant pas que leurs patientes puissent ne pas être hétérosexuelles se montrent indelicat·es et insistant·es lorsqu'ils et elles ne comprennent pas comment une femme adulte ayant une vie sexuelle active puisse affirmer qu'elle ne risque pas de grossesse sans prendre de contraception. D'autres fournissent des informations médicales concernant des pratiques hétérosexuelles, ou encore prescrivent des contraceptions et des tests de grossesse, alors que la patiente a révélé une orientation homosexuelle de longue date.

Chartrain et al. (2009) font état de discriminations hétérosexistes et homophobes dans le contexte médical, sous la forme d'une présomption d'hétérosexualité et de connaissances erronées sur l'homosexualité. Ces discriminations et ces préjugés sont présents dans les domaines qui touchent à l'accès à la maternité, et plus globalement à la conception de la famille et aux rôles socio-sexuels (Mimeault, 2003 ; cité par Chartrain et al., 2009). De plus, les femmes homosexuelles sont généralement invisibilisées, ce qui signifie qu'on ne reconnaît pas leur sexualité et leur mode de vie. Cette sexualité et ce mode de vie sont parfois vus sous l'angle des fantasmes hétéronormés et

masculins (Guillemaut, 1994 ; Revillard, 2002 ; Coordination Lesbienne en France, 2008 ; cités par Chartrain et al., 2009).

Cette croyance amène donc les soignant·es à ne pas penser que leurs patientes soient potentiellement homosexuelles. Les femmes doivent donc choisir de faire leur *coming-out* ou alors de rester passivement dans cette présomption d'hétérosexualité (Mimeault, 2003 ; cité par Chartrain et al., 2009).

2.2.4.2. La question du coming-out

Même si les médecins souhaiteraient avoir accès à ces informations, peu d'entre eux et elles posent spontanément la question de l'orientation sexuelle de leurs patientes (Meystre-Agustoni, 2011 ; cité par Bize et al., p. 13). Ce sont elles qui décident ou non de donner ces informations à leurs médecins. Une enquête suisse montre que pour 35% des lesbiennes interrogées, le ou la médecin de famille ignore leur orientation sexuelle et que seulement 21% des participantes avaient été interrogées à ce sujet par leur médecin de famille. Du côté des gynécologues, le chiffre est de 21% de lesbiennes dont le ou la gynécologue ignore l'orientation et 26% dont le ou la gynécologue a posé la question (Ermler, 2001 ; cité par Bize et al., p. 13).

Bjorkman et Malterud (2007) soulignent le fait que ce choix se présentera à chaque fois que la patiente se retrouvera confrontée à un·e médecin à qui elle n'a pas encore fait la révélation. Elles mettent en avant les raisons pour lesquelles les lesbiennes ne font pas leur *coming-out* auprès de leur médecin : la patiente a peur d'une réaction négative et d'une moins bonne prise en charge ; l'occasion de faire son *coming-out* ne se présente pas ; la patiente est célibataire ou ne perçoit pas l'utilité de cette information et juge secondaire l'importance de la donner. L'étude a montré que les participantes estiment l'importance de la révélation secondaire en cas de rhumes, de tendinites ou de fractures mais jugeaient la révélation importante dans le cas de soucis gynécologiques (entre autres IST et reproduction).

Les FSF ne font pas non plus leur *coming-out* si elles ont un doute quant à la réaction du/de la professionnel·le de la santé, ou si elles supposent que le ou la professionnel·le sera trop focalisé·e sur leur orientation sexuelle et pas sur leur vrai problème. Les FSF ont conscience que la qualité de leur prise en charge peut dépendre de la perception personnelle du ou de la professionnel·le face à l'homosexualité féminine.

D'après Bjorkman et Malterud (2007), cette analyse de la situation préliminaire, toujours très attentive, expliquerait pourquoi les participantes de leur étude n'ont jamais fait face à une attitude négative. En d'autres termes, tant qu'il subsiste un risque, les participantes ne font pas leur *coming-out*.

Toutes les femmes ne veulent pas forcément faire leur *coming-out* à leur médecin, mais beaucoup aimeraient pouvoir le faire et seraient prêtes à le faire si l'occasion se présentait et si les conditions

sont favorables. Par exemple, si elles pensent que cette révélation n'aura pas d'impact négatif sur la prise en charge, si cette révélation est reçue avec respect et dans le secret médical (Bjorkman, 2007 ; cité par Bize et al., 2012, p. 13). Des indicateurs tels que des affiches ou flyers à destination des personnes LGBTQIA+⁴, des formulaires d'inscription avec la possibilité d'y inscrire sa partenaire, des questions qui ne sont pas hétérocentrées... favoriseraient le *coming-out* (Bize, 2011 ; Makadon 2011 ; Davis 2000 ; cité par Bize et al., 2012, p. 13).

Cette peur face à une possible réaction négative de la part du ou de la professionnel·le repousse le moment où les FSF vont consulter un·e médecin, alors que le fait d'avoir pu se révéler est un facteur important dans le recours régulier aux soins de santé (Steele, 2006 ; cité par Bize et al., 2012, p. 13).

Dans leur étude, Bjorkman et Malterud (2009) révèlent que le *coming-out* entraîne une hausse de qualité des soins. En effet, elles ont récolté un grand nombre de témoignages positifs lorsque le ou la professionnel·le de la santé donne du soutien lors du *coming-out*, lorsqu'il ou elle permet aux femmes de mieux s'accepter, lorsqu'il ou elle offre du réconfort quand la compagne de la patiente part ou meurt, ou quand la patiente vit des moments difficiles liés à son orientation sexuelle.

Ces femmes étaient heureuses d'être reconnues en tant que lesbiennes et en même temps d'être considérées comme des patientes normales, ce qui rendait la communication avec leurs professionnel·les de la santé détendue et ouverte. Certaines participantes aimaient la manière dont le docteur ou la doctresse n'avait pas fait de commentaire à propos de leur orientation sexuelle ; d'autres ont apprécié le soutien explicite de leurs professionnel·les de la santé. Certaines ont dit que le ou la professionnel·le de la santé avait apprécié l'information parce qu'elle pouvait avoir un impact sur des traitements futurs. (Bjorkman & Malterud, 2009, p. 240 ; nous traduisons).

Le *coming-out* est un élément important dans la relation que les femmes homosexuelles entretiennent avec leurs médecins. Il est perçu comme un risque, que les lesbiennes évaluent en fonction des possibles préjudices et de l'importance de cette information. Bjorkman et Malterud (2009) considèrent donc que la *conscience* des professionnel·les de la santé (leur capacité à envisager qu'une patiente puisse ne pas être hétérosexuelle) ne peut jamais être séparée de leur *attitude* : c'est en montrant leur ouverture d'esprit à travers leur comportement qu'ils et elles peuvent permettre aux FSF de se sentir en sécurité pour faire leur *coming-out*, et ainsi accéder à des soins de santé adaptés à leur profil. Dans le cas où la patiente décide de faire son coming out, nous allons nous intéresser aux pratiques et connaissances des médecins sur le sujet.

2.2.5. La connaissance des médecins en matière de santé chez les FSF

Bjorkman et Malterud (2009) ont récolté un nombre d'histoires où les professionnel·les de la santé montraient des difficultés à informer leurs patientes lesbiennes sur les risques liés aux infections

⁴ Lesbienne, Gay, Bisexuel·le, Transgenre, Queer, Intersexe, Asexuel·le et autres minorités de genre et d'orientations romantiques et/ou sexuelles.

sexuellement transmissibles. Plusieurs professionnel·les ont aussi affirmé que le frottis (qui permet le dépistage du cancer du col de l'utérus) n'était pas nécessaire chez les FSF. D'autres femmes racontent que le ou la médecin leur a dit que l'orientation sexuelle homosexuelle était une phase lorsque l'on est jeune et que ces émotions partent avec l'âge lorsque les femmes deviennent hétérosexuelles. Ces femmes étaient laissées avec leurs incertitudes et leurs questions.

Les recherches existantes montrent que les professionnel·les de la santé ne prennent pas assez en compte la diversité sexuelle parmi leur patientèle (Westerstahl et al., 2002, cité par Bjorkman & Malterud, 2009), qu'ils et elles sont plutôt simplement tolérant·es plutôt que respectueux·ses (Burch, 2008, cité par Bjorkman & Malterud, 2009), qu'ils et elles se sentent mal à l'aise confronté·es à des questions de santé sexuelle face à des groupes marginalisés (Khan et al., 2008, cité par Bjorkman & Malterud, 2009), et qu'un manque de connaissances sur le sujet est un frein à la communication (Hinchliff et al., 2005, cité par Bjorkman & Malterud, 2009). Les témoignages recueillis par Bjorkman et Malterud (2009) montrent qu'un grand nombre de professionnel·les ne savaient pas qu'il était important de faire un dépistage du cancer du col de l'utérus régulier, et ceci indépendamment de l'orientation sexuelle de la patiente. Ils et elles étaient aussi inconscient·es de la transmission des IST chez les femmes homosexuelles. Une connaissance datée et erronée de l'homosexualité peut avoir une influence néfaste sur le traitement (King et al., 2004, cité par Bjorkman & Malterud, 2009).

Chartrain et al. (2009) vont dans ce sens aussi : selon elles, les femmes qui n'ont jamais eu de rapport hétérosexuel sont moins susceptibles d'avoir eu un examen pelvien (examen interne), elles ont leur premier frottis plus tard et ont un suivi moins régulier que les femmes ayant déjà eu des rapports hétérosexuels. Elles soulignent aussi l'ignorance et l'incompétence de certain·es professionnel·les sur la sexualité des femmes homosexuelles lors d'examen gynécologique ou dans les services de santé mentale.

De manière générale, on considère que les lesbiennes courent « “un risque moins sexuel que social” (Lhomond, 1992) [...]. [L]a “minimisation” du risque (Lhomond, 1996b), voire la construction sociale de l'immunité des lesbiennes eu égard au VIH (Richardson, 2000), a été intériorisée et véhiculée aussi bien par les chercheur·e-s et les services de santé que par les femmes concernées (Roussel, 1993). » (Chartrain et al., 2009, §61.)

D'autres recherches constatent un manque criant de soignant·es compétent·es sur ces questions, que ce soit aux USA, en France ou en Suisse (Bize et al, 2011 ; Genon et al, 2009 ; Jedrzejewski, 2016 ; Khalili, 2015). La plupart des études s'accordent à dire que les professionnel·les de la santé doivent être formé·es à ces questions (Burke et al., 2011, 2015 ; Cannon et al., 2017 ; Jedrzejewski, 2016), que ce soit lors de la formation de base ou en formation continue (Bize et al., 2011). Aborder ces questions durant la formation initiale est particulièrement important : des chercheurs américains ont montré que l'école de médecine était un moment important pour améliorer le traitement des

personnes LGBTQIA+ (Burke et al, 2015) et recommandent l'élaboration d'un programme de cours visant à diminuer les préjugés chez les futurs médecins (Burke et al., 2015).

Les enseignant·es des universités américaines témoignent d'un besoin et d'un intérêt pour le développement de tels programmes (Khalili et al., 2015). Les institutions américaines en charge des cursus de médecine travaillent en ce sens : l'AAMC (Association of American Medical Colleges) a créé un document-ressource de 300 pages sur la prise en charge des personnes LGBTQIA+ (Cannon et al., 2017) et la norme d'accréditation 7.6 du LCME (Liaison Committee on Medical Education) met l'accent sur l'enseignement des spécificités des patient·es LGBTQIA+ (Cannon et al., 2017). Cette institutionnalisation de la question de la santé des minorités de genre et d'orientation sexuelle est importante pour assurer une formation complète, cohérente et systématique, et manque de notre côté de l'Atlantique, notamment en France où la mobilisation est souvent ponctuelle et individuelle (Genon et al, 2009 ; Jedrzejewski, 2016). L'institutionnalisation ne fait cependant pas tout : même s'il y a un besoin, une demande et des recommandations dans les universités américaines, cette formation n'y est pas mise en œuvre de façon systématique, et la plupart des établissements déclarent ne pas proposer de formation à ce sujet (Khalili, 2015).

Qu'en est-il en Belgique ? Plusieurs éléments nous permettent de penser qu'il n'y a pas d'enseignement concernant ces questions lors de la formation initiale des médecins. Premièrement, nous avons parcouru les programmes de cours des différentes facultés de médecine de Belgique francophone, et nous n'avons trouvé aucun intitulé de cours portant sur ces questions. Deuxièmement, nous avons contacté les différentes universités pour leur poser la question : seule l'UMons nous a répondu et informé que de tels cours n'existaient pas dans le cursus. Troisièmement, dans le cadre de notre pratique au sein de « Go To Gyneco ! », nous avons été sollicitée pour donner une formation facultative de trois heures aux étudiant·es en médecine de l'UCL et une conférence à celles et ceux de l'ULB, ce qui nous incite à penser que ces questions ne sont pas traitées dans le cursus initial et ne sont pas proposées systématiquement à tou·tes les étudiant·es. Quatrièmement, toujours dans le cadre de notre pratique professionnelle, nous sommes amenée à donner des formations à des professionnel·les de la santé (en formation continue) afin de les sensibiliser à ces questions, ce qui indique également un manque dans leur formation initiale.

2.2.6. Recommandations des différent·es auteur·rices

Chartrain et al. (2009) pensent que le suivi gynécologique est un cadre idéal pour la prévention et le dépistage. Toutefois, pour que ce cadre soit idéal, il est important que les FSF soient considérées avec attention et sans préjugé de la part de leurs médecins. Les FSF ne doivent plus être exclues des dépistages. Les lesbiennes, y compris les plus âgées d'entre elles, doivent être conseillées de manière très précise sur les IST et sur la manière de réduire les risques de transmission lors de rapports

homosexuels. Ces questions des risques de transmission des IST et de la prévention doivent être plus souvent abordées par les professionnel·les de la santé. De plus, les outils de prévention tels que les carrés de latex, les gants, doigtiers en latex et préservatifs doivent être mieux connus des gynécologues et des médecins généralistes.

Bize et al. (2012) recommandent d'enseigner dans les universités et les hautes écoles du domaine de la santé des modules de formation liés à la santé des personnes LGBTQIA+. Ces modules doivent être construits grâce aux connaissances actuelles et en partenariat avec le monde associatif LGBTQIA+ actif dans le domaine de la santé. De plus, ces modules doivent permettre l'acquisition de compétences pour prendre en charge de manière neutre et inclusive les questions relatives à la vie affective et sexuelle. Parallèlement aux modules de formation initiale, ils préconisent la formation continue pour tout·e professionnel·le de la santé susceptible d'être en relation d'aide ou de soin avec des personnes LGBTQIA+. Bize et al. (2012) préconisent également l'utilisation systématique de l'anamnèse sexuelle ainsi que la création de matériel préventif (flyers, affichettes, ...) pour rendre la thématique des diversités visible dans les cabinets médicaux.

L'étude de Bjorkman et Malterud (2009) met en évidence trois éléments importants qui apparaissent pour elles et les femmes de leur étude comme un prérequis nécessaire pour donner des soins de qualité : la conscience du ou de la professionnel·le, son attitude et enfin ses connaissances en matière de prise en charge des FSF.

Pour elles,

les docteurs et doctresses devraient être informé·es sur les implications de l'hétéronormativité, et être attentif·ves à l'importance et à la vulnérabilité du *coming-out*. Les techniques de consultation devraient être accompagnées d'habitudes telles qu'utiliser toujours un langage neutre au point de vue du genre et rencontrer des nouveaux patients avec un esprit ouvert vis-à-vis de la question de l'orientation sexuelle. Les connaissances médicales au sujet des femmes lesbiennes devraient inclure les questions gynécologiques et de santé sexuelle, mais par-dessus tout les effets de la marginalisation sur la santé, le bien-être, et l'identité. (Bjorkman & Malterud, 2009, p. 242)

L'étude de Bjorkman et Malterud (2007) allait déjà dans le même sens : les femmes interrogées insistent sur l'importance que les professionnel·les de la santé gardent à l'esprit la possibilité d'une orientation non hétérosexuelle chez leur patientes ainsi que l'instauration d'un climat qui facilite le *coming-out*. Montrer de l'attention, un réel intérêt, un esprit exempt de préjugé et suffisamment de temps ont amélioré le *coming-out* de ces femmes. De plus, elles ont recommandé que les professionnel·les utilisent un langage neutre (en particulier en évoquant les partenaires) pour ne pas freiner le *coming-out*, et faire preuve d'ouverture d'esprit. Lorsque les patientes ont fait leur *coming-out*, elles attendent que cette information serve d'outil pour produire un diagnostic et une prise en charge corrects.

Comme nous venons de le voir, la formation des médecins est une recommandation souvent citée. Voyons comment elle s'organise en Belgique.

2.3. La formation des médecins généralistes en Belgique francophone

Bien que notre mémoire touche à la formation continue, il est important de contextualiser l'entièreté de la formation dans le cadre d'un mémoire en sciences de l'éducation à finalité adultes. En effet, selon K.P. Cross (1981), la formation des adultes doit prendre en compte le vécu scolaire des apprenant·es : ils et elles ont une histoire et ne sont pas une page blanche. De plus, comprendre le fonctionnement de la formation initiale des médecins facilitera l'analyse des entretiens, car c'est un sujet souvent abordé par les interviewé·es.

2.3.1. La formation initiale

La formation initiale des médecins généralistes en Fédération Wallonie Bruxelles est organisée par cinq universités (Namur, Louvain-la-Neuve, Bruxelles, Liège et Mons). Toute personne souhaitant faire des études de médecine doit préalablement passer l'examen d'entrée et d'accès aux études de médecine (*Umons*, 2019).

2.3.1.1. L'examen d'entrée

Penchons-nous rapidement sur cet examen d'entrée qui est sujet à de nombreux débats en Belgique. Cet examen d'entrée, dont le taux de réussite en septembre 2020 est de 16,62% (*Le Spécialiste*, 2020), a deux objectifs : vérifier les prérequis des futur·es étudiant·es, et limiter le nombre d'inscriptions en médecine. En effet, il existe en Belgique un problème dont on entend parler chaque année qui est l'obtention d'un numéro INAMI pour les étudiant·es (Peeters, 2015). L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) est l'organisme fédéral de la sécurité sociale placé sous la tutelle du ministre des affaires sociales. L'INAMI organise, gère et contrôle l'assurance obligatoire en matière de soins de santé et indemnités. C'est cet organisme qui octroie normalement à chaque médecin en fin de cursus un numéro lui permettant de faire certaines prescriptions liées à sa spécialité, de fixer des honoraires, mais surtout qui permet aux patient·es d'obtenir le remboursement de la consultation. Sans ce numéro, un·e médecin n'a donc aucune chance de pouvoir exercer. Cependant, l'INAMI ne rend disponible qu'un nombre limité de numéros, ce qui explique la mise en place de quotas pour chaque spécialisation (sauf celles en pénurie) et d'un examen d'entrée limitant l'accès à ces études.

2.3.1.2. *Bachelier et master*

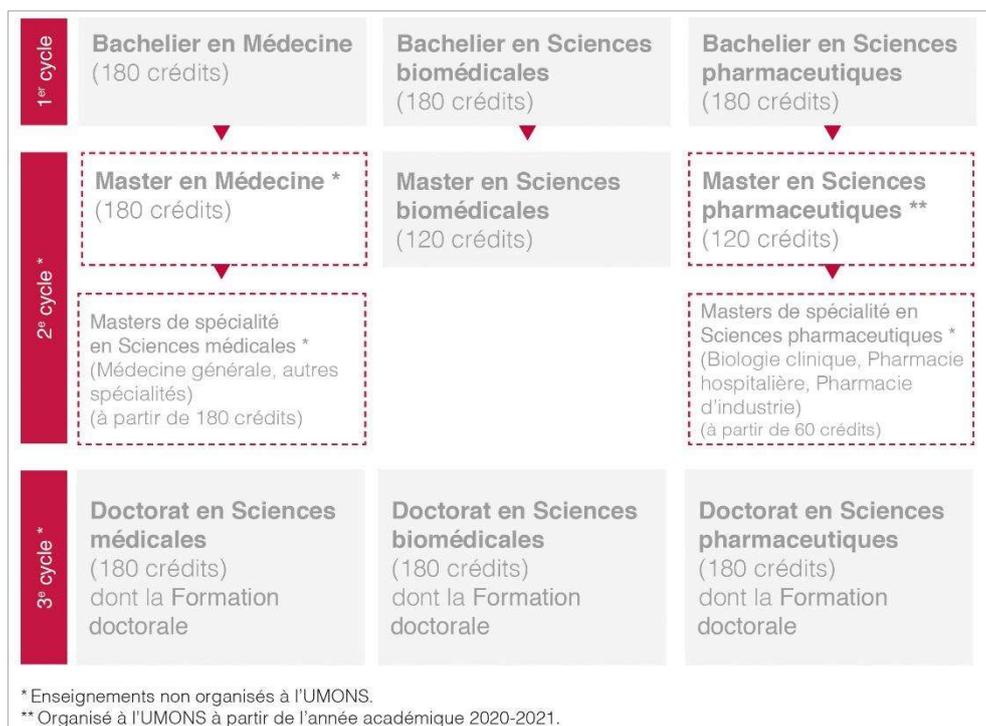


Figure 1 : « Structure des études organisées à la F[aculté de JM[édecine et de JP[harmacie] ». Umons (2019). *Faculté de médecine et de pharmacie*. <https://fr.calameo.com/read/0002659155ca3fa2446d6?page=1>

Le bachelier dure trois ans, ensuite vient le master qui lui aussi dure trois ans. Au terme de ces 6 années d'études, les étudiant·es obtiennent un diplôme de docteur en médecine. Ce diplôme donne accès (sur demande) à un numéro INAMI avec un code de compétences 000, appelé aussi le triple zéro (Dr M. Ouafik, communication personnelle, septembre 2020). Ce code permet de pratiquer la médecine mais les consultations ne sont pas remboursées, les prescriptions sont restreintes et les honoraires ne sont pas fixés. En d'autres termes, c'est une situation très précaire. Ce code de compétences varie ensuite en fonction des compétences et spécialisations précises du ou de la médecin : à titre d'exemple, les médecins généralistes ont un numéro finissant par 003, les assistant·es en médecine générale 005. Le « triple zéro » obtenu avant l'assistantat a cependant son utilité : il permet aux assistant·es de travailler durant l'été avant la spécialisation, souvent dans le service où ils et elles postulent pour un stage lors de leur assistantat. Il permet aussi de commencer à travailler sans supervision assez rapidement. En effet, l'administration belge peut parfois mettre quelques mois avant de fournir le numéro INAMI aux nouveaux et nouvelles assistant·es. Il permet aussi à celles et ceux qui ont raté leur concours donnant accès à une spécialisation de travailler avant de retenter le concours l'année suivante.

2.3.1.3. *Spécialisation*

Généralement, les étudiant·es sortant du Master de médecine poursuivent leurs études en s'inscrivant dans un master de spécialisation, aussi appelé l'assistantat. La durée de l'assistantat est

variable. Il est de 3 ans pour la médecine générale mais de 6 pour la chirurgie, par exemple. L'accès à l'assistantat est soumis à un concours.

Concrètement, l'étudiant·e choisit trois spécialisations qu'il ou elle doit prioriser en fonction de son intérêt. Il ou elle doit alors passer le concours pour ces trois spécialisations. Chaque concours a ses propres règlements, ses propres critères, souvent flous et rendant difficile l'analyse et la compréhension des résultats (Dr M. Ouafik, communication personnelle, septembre 2020). Les étudiant·es obtiennent enfin un classement. La majorité des spécialisations sont en effet soumises à un quota : seul·es les étudiant·es les mieux classé·es y ont accès. Dans le cas de la médecine générale, la spécialisation n'est pas soumise à un quota.

Ensuite, une fois que les étudiant·es ont obtenu le droit de se spécialiser, ils et elles doivent trouver un stage. L'ouverture des places de stage est un coût pour les services de stages, les places sont donc limitées. Les étudiant·es sont évalué·es à la fin de leur première année et durant leur stage. Ils et elles doivent, en fin d'assistantat, présenter un travail de fin d'études afin d'être officiellement diplômé·es. Les médecins entrent alors dans un autre système de formation, celui de la formation continue.

2.3.2. La formation continue

2.3.2.1. L'accréditation

La formation continue des médecins généralistes en Belgique est un enjeu important, comme le prouvent toute l'organisation et le financement de celle-ci.

Afin d'organiser et de contrôler la formation continue des médecins, la Belgique a mis en place un système d'accréditation (MOENS, 2007 ; *Accréditation des médecins*, 2020), qui fonctionne comme un label de qualité permettant de vérifier et de valoriser l'excellence des médecins.

Pour obtenir l'accréditation, les médecins doivent obtenir des crédits points (CP) en participant à des colloques, des formations, des journées d'étude, en publiant des articles, en étant modérateur·ices ou orateur·ices lors d'activités de formation, ou encore en faisant créditer leurs lectures, leurs formations en *e-learning* ou leurs recherches... Chaque activité qui entre dans les critères définis par les comités paritaires vaut un certain nombre de crédits points (CP). Le nombre de CP se calcule en fonction de la durée de l'activité et de sa qualité : typiquement, une activité de moins de 2 heures représente 1 CP, et une activité de 2 heures ou plus vaut 2 CP.

Afin de garder son accréditation, chaque médecin généraliste doit valider certains critères :

- Avoir obtenu 20 CP durant l'année ;
- Avoir acquis 3 CP en rubrique éthique et économie (voir ci-dessous le point 2.3.2.1.1. : « Rubrique éthique et économie ») ;

- Avoir participé à minimum deux activités du groupe local d'évaluation médicale (GLEM) dans lequel il ou elle est inscrit·e (voir ci-dessous le point 2.3.2.2.1. : « Les groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) ») ;
- Avoir atteint le seuil d'activité fixé pour sa spécialisation. Pour les médecins généralistes, ce seuil est de 1.250 contacts patients par année civile. Cette condition est validée par le biais d'une déclaration sur l'honneur (Accréditation : les seuils d'activité, 2019).

L'accréditation a une durée de 3 ans et offre des avantages financiers. En effet, chaque médecin accrédité·e reçoit par année un honoraire forfaitaire qui couvre une partie de ses dépenses de formation. De plus, les médecins accrédité·es peuvent facturer des honoraires plus importants :

I. Consultations des médecins généralistes et des médecins spécialistes

Numéro de code			Libellé		Honoraires	Intervention	
						Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
1. A. Consultation au cabinet par un médecin généraliste PAS dans le cadre du DOSSIER MEDICAL GLOBAL							
101010	N	6	2,718603	Consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis	16,31	14,81	10,31
101032	N	8	2,776986	Consultation au cabinet par un médecin généraliste	22,22	20,72	16,22
101054	N	5,53	4,087812	Consultation au cabinet par un médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL)	22,61	21,11	16,61
101076	N	8	3,212619	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité	26,78	25,28	20,78
	Q	30	0,036150				

Figure 2 : « Consultations des médecins généralistes et des médecins spécialistes ». Daubie, M. (2020). *Tarifs des médecins à partir du 14 mars 2020 (partie01)* [Tableau]. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/tarif_medecins_partie01_20200314.pdf

Chaque futur·e médecin généraliste peut introduire une demande afin d'obtenir une accréditation provisoire dès qu'il ou elle lance la procédure d'obtention de son agrément. L'agrément est l'autorisation d'exercer que donne le Service public fédéral Santé publique. Le système d'accréditation est intrinsèquement lié à l'agrément : sans agrément, le ou la médecin généraliste ne peut pas exercer et ne peut donc pas être accrédité·e.

Dans les quelques pages qui suivent, nous allons détailler différents points nous paraissant indispensables pour comprendre l'organisation de la formation continue des médecins. D'abord, nous nous pencherons sur le cas particulier des formations en « éthique et économie », sur les critères que doit remplir une formation pour être accréditée et sur le cas particulier des formations non accréditées. Ensuite, nous détaillerons quelques exemples des principaux organes dispensant des formations accréditées : les groupes locaux d'évaluation médicale, la société scientifique de médecine générale et les entreprises pharmaceutiques.

2.3.2.1.1. Rubrique éthique et économie

Nous verrons, dans les entretiens réalisés pour ce mémoire, cette rubrique de formation être mise en avant. Il semblerait que les formations relevant de cette thématique soient rares, bien qu'il soit requis de valider ces crédits chaque année. Il nous semble important, puisqu'elle est souvent abordée et obligatoire, de la définir brièvement ici.

Les formations en éthique et économie amènent à réfléchir sur les aspects d'éthique médicale et économiques de la pratique professionnelle des médecins. Elles visent l'utilisation adéquate des soins et leur qualité (comme défini dans l'accord médico-mutualiste en vigueur) mais aussi l'amélioration de l'efficacité des relations entre les pairs. Ensuite, elles questionnent les dimensions éthiques et les implications financières pour la collectivité, en ne négligeant pas les intérêts individuels des patient·es. Enfin, elles promeuvent le respect des conventions nationales et internationales en matière d'éthique médicale (*Faire reconnaître une formation - INAMI, 2019*).

2.3.2.1.2. Critères pour accréditer une formation

Il existe des critères tant du point de vue de l'organisation que du contenu ou de la valeur (nombre de CP accordés).

En termes d'organisation, les critères obligatoires afin de pouvoir organiser une formation continue accréditée sont que le ou la co-responsable et le ou la modérateur·rice soient des médecins généralistes (possédant donc un numéro INAMI allant de 003 à 008). Les directives concernant les entreprises pharmaceutiques (voir ci-dessus) doivent être respectées. De plus, l'activité doit rentrer dans le cadre du CPD (*Continual Professional Development*), selon les critères de l'accréditation, approuvés par le Groupe de direction de l'accréditation. Chaque activité souhaitant être accréditée doit être soumise au préalable au comité paritaire qui se réserve le droit d'émettre un avis.

Du point de vue du contenu, celui-ci doit être pertinent et en lien avec la pratique de la médecine. Une activité ayant comme sujet un type de médecine qui n'est pas reconnu par l'Académie de médecine et les centres de formation universitaire ne peut être agréée. Cependant, une activité consistant en une réunion d'information critique peut obtenir l'agrément. Les réunions de service, d'unité de soin ou les discussions de cas en équipe ne sont pas considérées comme formation accréditée. Cependant, les activités ayant pour objet un sujet décidé en amont et illustré par des cas spéciaux peuvent être agréées.

Enfin, concernant la valeur des activités, le Comité paritaire de médecine générale peut juger qu'une réunion vaut 0,5 ou 1 CP par heure d'activité.

Certaines activités ayant lieu le soir durant 3 heures consécutives peuvent être accréditées de 3 CP. Enfin, une activité de moins d'une heure ne sera pas accréditée, sauf si une demande regroupant plusieurs activités totalisant une heure ou plus est introduite (*Critères de reconnaissance d'une formation continue en médecine générale - INAMI, 2017*).

2.3.2.1.3. Les formations non accréditées

Il existe aussi une multitude de formations proposées aux médecins qui ne sont pas accréditées : c'est le cas de celle que nous donnons dans le cadre du projet « Go to Gyneco ! ». En effet, comme nous l'avons vu, faire accréditer une formation demande de remplir un certain nombre de critères, et

certaines associations comme la nôtre ne sont pas assez renseignées sur le sujet et surtout ne perçoivent pas l'importance de cette accréditation.

2.3.2.2. Les structures proposant des formations accréditées

Les formations continues des médecins généralistes sont organisées par un panel très large de structures allant des universités, aux associations de médecins, à certaines ASBL... N'importe qui peut, en partenariat avec un·e médecin et respectant les critères que nous allons énumérer ci-dessous, créer une formation accréditée pour les médecins généralistes.

Nous allons détailler ci-dessous trois organes différents proposant des formations accréditées : les groupes locaux d'évaluation médicale, la société scientifique de médecine générale, et l'industrie pharmaceutique.

2.3.2.2.1. Les groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM)

Un GLEM est un groupe de pairs mono-disciplinaire, de 8 à 25 médecins accrédités ou accréditables. Ce groupe ne peut pas être constitué de médecins provenant uniquement de la même structure.

Ces médecins partagent et évaluent de manière critique leurs pratiques médicales (*peer review*) pour promouvoir la qualité des soins. La participation à ces séances permet d'obtenir des crédits points. Attention cependant : les membres ne peuvent pas valoriser plus de 8 CP par année d'accréditation via leurs GLEM (*Règles de fonctionnement d'un Glem - INAMI, 2014*).

Afin d'obtenir les 20 CP par an qui leur permettent de conserver leur accréditation, et ne pouvant en obtenir qu'un maximum de 8 *via* leur GLEM, les médecins doivent obligatoirement se diriger vers des formations extérieures, organisées par d'autres structures.

2.3.2.2.2. La Société Scientifique de Médecine Générale

Une des structures les plus connues en Wallonie est la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) (Moise, 2020). La SSMG est une structure qui compte plus de 3.000 médecins généralistes francophones belges. Créée en 1968, elle a pour missions la représentation de la profession, la promotion de la qualité et la promotion de la médecine générale. Mais la SSMG est surtout connue et reconnue comme organisme de formation continue. En effet, elle organise chaque année une multitude d'actions poursuivant cet objectif, telles que des groupes ouverts, des grandes journées, des séminaires annuels d'une semaine à l'étranger, des séminaires d'un week-end ou encore des formations spécifiques.

Elle est notamment connue pour ce que l'on appelle les « Dodécagroupes© », qui sont exclusivement réservés aux membres de la SSMG. Ce sont des groupes de 15 à 20 médecins généralistes qui se rencontrent huit à dix fois par an autour d'un sujet, choisi en fonction des demandes, des besoins et des intérêts du groupe. Le groupe est composé de praticien·nes qui se

connaissent et s'apprécient. C'est un groupe fermé fonctionnant par cooptation : ce sont les membres du groupe qui choisissent les nouveaux·elles membres. Lors de ces réunions, un·e expert·e sur le sujet choisi est présent·e, il ou elle peut être membre du groupe ou être une personne extérieure. La réunion se déroule au domicile d'un·e des membres du Dodécagroupe© et se déroule en général de 18h à minuit et comporte un repas. La réunion peut être financée par une entreprise pharmaceutique et le ou la représentant·e de celle-ci dispose de 15 minutes pour faire son intervention. Chaque réunion commence par une évaluation de la précédente (a-t-elle été utile ?) et finit par une session de questions-réponses (Hémond, 1998). Créés en 1984, les Dodécagroupes© sont actuellement une septantaine et regroupent près de 1.500 médecins généralistes francophones (Moise, 2018).

2.3.2.2.3. *Les entreprises pharmaceutiques*

Le fonctionnement des Dodécagroupes© ainsi que d'autres structures met en avant l'implication des entreprises privées dans le système de formation continue des médecins. En Belgique, le Groupe de direction de l'accréditation reconnaît et attribue des unités d'accréditation pour des formations financées par l'industrie pharmaceutique. Cependant, ces formations créditées doivent respecter certains critères liés au contenu et à l'encadrement des formations (*Critères de reconnaissance d'une formation sponsorisée par l'industrie pharmaceutique*, 2017). En ce qui concerne le contenu, les entreprises ne peuvent pas intervenir comme organisateur responsable. Seules les associations médicales sont autorisées à être organisateur, directeur et responsable, et elles sont donc les seules à pouvoir décider des contenus d'une formation, de son dispositif et des orateur·rices et modérateur·rices y prenant la parole. Les formations sponsorisées par les entreprises pharmaceutiques doivent être avalisées par le comité paritaire concerné et le sujet de ces formations ne peut en aucun cas porter uniquement sur un produit.

Le sponsoring peut concerner toutes les modalités nécessaires à l'organisation d'une activité de formation continue, à l'exception du paiement direct par la firme des honoraires des conférencier·ères et des modérateur·rices. Seule l'association médicale organisatrice est autorisée à régler ces honoraires, et ce dans un but de garantir l'indépendance nécessaire. Enfin, le sponsor doit toujours être identifiable, de même que tout message publicitaire sera clairement identifié et limité dans l'espace et dans le temps.

2.4. **La motivation**

Après avoir abordé la question de la prise en charge des FSF et de la formation des médecins généralistes, il nous reste un dernier point à aborder dans cette revue de la littérature. Il est lié à la première partie de la question de recherche : les motifs d'engagement. Ces motifs d'engagement sont des éléments de la théorie de la motivation, que nous allons développer dans les pages suivantes.

Ce mémoire reposant sur le concept de motivation, il est important de dresser d'abord un portrait général de ce concept : d'où vient-il ? Comment a-t-il été construit ? Ensuite, nous nous concentrerons sur son utilisation dans le cadre de la formation des adultes (particulièrement lorsqu'il s'agit d'analyser l'engagement dans un processus de formation). Enfin, nous développerons les théories qui serviront pour l'analyse des entretiens.

2.4.1. D'où vient cette notion ?

« La question des raisons de nos actes recouvre des enjeux universels pour la connaissance des faits humains et de l'action quotidienne » (Carré, 2009). Le monde de la formation est un lieu de questionnement sur les raisons pour lesquelles nous faisons ce que nous faisons, mais aussi des raisons pour lesquelles nous ne faisons pas certaines choses. La plus ancienne des notions, la plus utilisée mais aussi la plus contestée, est celle de la motivation définie comme un construit hypothétique censé décrire les facteurs internes et externes produisant « le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement » (Vallerand & Thill, 1993, cité dans Carré, 2009, p4).

Cette définition, qui trouve ses racines dans la psychologie comportementaliste du 20^{ème} siècle, rend ce concept problématique et déclenche selon Philippe Carré quatre réactions :

- 1) La dénégation : le concept est invoqué lorsqu'on ne peut expliquer un état. Il est alors jugé inutile.
- 2) L'indifférence : la notion tend à expliquer quelque chose qui fait agir mais ne permet pas d'en tirer des apports ou une compréhension.
- 3) La résignation : le concept est perçu de manière pessimiste, dans une perspective du « tout ou rien » qui trouve ses racines dans une conception biologique. « On est motivé ou on ne l'est pas », « on produit de la motivation ou on n'en produit pas ».
- 4) L'incantation : c'est le versant positif de la résignation qui voit la motivation comme une puissance, une énergie mystérieuse qui pousse à l'investissement automatique.

Cette notion de motivation est perçue négativement d'un point de vue scientifique car elle a été comprise et formulée via les trois systèmes dominants francophones qui se sont intéressés aux motifs du comportement humain : le béhaviorisme, théorie selon laquelle les comportements sont expliqués par des réflexes de réponse, des stimuli, des renforcements ou des punitions (Skinner) ; la psychanalyse, selon laquelle les comportements ne sont pas arbitraires mais peuvent être analysés par l'exploration de l'inconscient (Freud) ; et l'humanisme, basé sur une vision positive de l'être humain et selon lequel les comportements seraient fondés sur la tendance innée à vouloir se réaliser (Maslow).

Selon Carré, les expériences de conditionnement et la psychanalyse – en admettant que « la psychanalyse est, pour l'essentiel, une théorie de la motivation » (Vallerand & Thill, 1993, cité dans

Carré, 2009, p 5) – ont donné une image réductrice, partielle, contestable et caricaturale de cette notion. La pyramide de Maslow quant à elle est aujourd’hui contestée tant pour sa vision simpliste du fonctionnement de la motivation que pour sa faible validité théorique. Le champ scientifique de la motivation du côté francophone a donc longtemps été en jachère. L’ouvrage de Nuttin, *Théorie de la motivation humaine* (1980), et l’ouvrage de Vallerand, R. J. et Thill, E. E., *Introduction à la psychologie de la motivation* (1993), vont cependant donner un nouvel essor à ce concept de motivation, vont permettre de le désenclaver et de lui donner un statut de concept scientifique. De nombreux ouvrages portant sur ce concept ont vu le jour dans les années 1990 et 2000, amenant à un renouveau théorique.

2.4.2. Renouveau théorique

Le 21^{ème} siècle voit surgir un nouveau paradigme sociocognitif plus modeste, moins marqué par les idéologies fondatrices comme peut l’être le paradigme socio-structuraliste d’inspiration bourdieusienne ou marxiste. Ce paradigme sociocognitif est mieux expérimenté à la lumière des démarches d’analyse rigoureuse et contrôlée où se dessine un sujet-arbitre (là où avant il était question de *sujet-réponse*, *sujet-habitus* ou encore *sujet-pulsion*). Aujourd’hui encore, un bon nombre d’ouvrages donnent « clé sur porte » le moyen de mobiliser des équipes de travail ou de rattraper des élèves en décrochage, preuve s’il en fallait une que le changement de paradigme s’est fait graduellement. Ce que Carré appelle la psychologie « froide », c’est-à-dire celle centrée sur le processus de l’être humain vu comme un ordinateur, est toujours utilisée. Cependant, l’apparition d’une psychologie cognitive « chaude », d’abord aux États-Unis puis en francophonie via le Québec (Weiner, 1992), a créé un certain chaos, qui a permis une remise en question du concept pour donner lieu aujourd’hui à des questionnements sur la pensée, l’émotion et l’intention des individus. L’individu est désormais vu comme un sujet actif, agentif et co-auteur de sa propre histoire, inscrit dans un système avec ses contraintes dans lequel il est toujours en interaction. Cette psychologie cognitive chaude est portée par des théories telles que celles de l’expectation et la valeur (Eccles & Wigfield, 2002), de l’auto-efficacité (Bandura, 2003), des buts de l’autodétermination (Deci & Ryan, 2002) que nous développerons plus loin. Qu’elles soient chaudes ou froides, il existe une multitude de théories de la motivation, en voici quelques-unes.

2.4.3. Quelques théories

D’après Fabien Fenouillet et Philippe Carré (2012), il existe une multitude de théories sur la motivation, certaines plus célèbres que d’autres. La première de ces théories apparaît dans les travaux d’Abraham Maslow, lorsqu’il étudie la hiérarchie des besoins (1943). Il est l’un des premiers à avoir pensé que les besoins pouvaient expliquer l’ensemble des motivations de l’être humain. Maslow a

également mis en avant une dissociation entre les besoins physiologiques et les besoins psychologiques.

Cette dissociation a donné de la matière à d'autres chercheur·euses après lui. Par exemple, Deci et Ryan (2002) développent la théorie de l'autodétermination qui met en avant l'existence de trois besoins psychologiques : l'autodétermination, la compétence et les relations sociales.

D'autres auteur·rices ont mis en avant d'autres besoins venant allonger la liste initialement créée par Maslow. Pour Robert W. White (1959), il existe aussi un besoin d'effectance ; pour Clayton P. Alderfer, il existe en plus un besoin de croissance ; pour Arie W. Kruglanski et Donna M. Webster (1996), il existe un besoin de clôture. On peut encore citer le besoin de structure de Neuberg et Newson (1993), ou encore le besoin de cognition de Cacioppo et al. (1982). Pour ces théories, la notion de besoin est un principe fondamental.

Pour d'autres chercheur·euses, bien qu'ils et elles ne remettent pas en cause cette notion de besoins, ils et elles ne cherchent pas à les classer et tentent même de comprendre la motivation autrement.

C'est le cas de Kurt Lewin (1935) avec le concept de valence. Pour lui,

la valence d'un objet dérive directement du fait qu'il soit un moyen de satisfaction directe ou indirecte d'un besoin. Le type ainsi que la force de la valence d'un objet, ou d'un événement, dépend directement du niveau d'activation du besoin. L'individu a des besoins qui ont pour effet de créer des « états de tension » qui ont pour corollaire de créer des attractions et ou des répulsions (des valences) pour des éléments qui sont présents dans différents endroits de l'espace psychologique. Par exemple, l'eau n'est attractive que pour l'individu qui a soif ou qui doit s'en servir pour arroser des légumes qui par ailleurs peuvent nourrir l'individu (cité par Fenouillet, 2010c).

Ce concept de valence est à l'origine d'autres théories, la plus connue étant la théorie VIE de Vroom (1964). Pour Vroom, trois facteurs sont susceptibles d'affecter la motivation : la valence, l'instrumentalité et l'expectation (ces notions seront développées au point 2.4.6.3.1. : « Le modèle COR (*Chain-of-response*) de K.P. Cross (1981) »). Il ne fait pas mention de la notion de besoin. D'autres auteurs vont un pas plus loin : c'est le cas de Bandura (2003), avec le sentiment d'efficacité personnelle. Pour lui, la motivation ne repose pas sur des besoins mais sur des croyances.

Depuis les années 1950, les études se focalisent davantage sur des concepts motivationnels très opérationnels et bien moins sur les fondements des motivations, comme c'était le cas avec toutes les études citées plus haut. À titre d'exemple, Fenouillet et Carré (2012, §10) citent celui de Brehms (1966) : « le fait d'éliminer, ou simplement de menacer, la liberté d'action d'un individu provoque une motivation appelée la "réactance psychologique". Cette motivation dirige le comportement de l'individu vers le rétablissement de cette liberté perdue virtuellement ou réellement ».

Ce rapide panorama des différentes théories motivationnelles nous montre qu'il n'est pas possible de résumer la motivation grâce à un concept unique. De plus, Fenouillet et Carré (2012) constatent qu'il existe plusieurs angles de vue :

Si certaines [théories motivationnelles] ont l'ambition d'avancer une explication globale du comportement humain (Deci & Ryan, 2002 ; Maslow, 1943), d'autres se contentent d'expliquer un phénomène particulier (Brehm, 1966 ; Dweck & Legget, 1988) ou se veulent plus pragmatiques avec pour ambition une visée plus opérationnelle (Vroom, 1964). (Fenouillet & Carré, 2012, §11).

Après avoir abordé le concept de la motivation en général, nous allons maintenant nous intéresser à ce concept dans le cadre de la formation des adultes.

2.4.4. Le concept de motivation dans la formation d'adultes

[L]a motivation désigne une hypothétique force intra-individuelle protéiforme, qui peut avoir des déterminants internes et/ou externes multiples, et qui permet d'expliquer la direction, le déclenchement, la persistance et l'intensité du comportement ou de l'action. (Fenouillet et Carré 2012, §24)

La motivation est un terme que nous n'utilisons que depuis récemment (Feertchat, 1996, cité par Fenouillet, 2011 ; Muchielli, 1981). Ce terme a donné lieu, comme nous l'avons vu, à une multitude de formulations théoriques. Cette diversité s'explique en partie par les multiples possibilités qu'offre ce terme pour expliquer un registre important d'activité humaine demandant des modélisations parfois très différentes selon les contextes spécifiques.

Par exemple, de nombreuses théories sur la motivation nous viennent du monde du travail ou du monde académique.

Ces théories sont spécifiques aux contextes auxquels elles se rapportent. Qu'en est-il du contexte de la formation d'adulte qui nous intéresse pour ce mémoire ? Ce contexte d'apprentissages a de forts liens avec le monde scolaire, mais certains aspects comme l'évaluation ou l'obligation de formation s'en détachent.

Selon Étienne Bourgeois (2009), la question de la motivation dans le champ de la formation des adultes soulève certaines ambiguïtés. En effet, l'usage social de la notion de motivation utilisée sur le terrain est au service de ce que Boltanski et Chiapello (1999, cité dans Bourgeois, 2009) appellent « nouvel esprit du capitalisme ». Cette notion est utilisée pour rendre les travailleur·euses individuellement responsables de ce qui leur arrive dans le monde du travail. Ils et elles doivent se former, se motiver, rester dans la course et si ils et elles perdent leur emploi, les services tels que le Forem auront pour objectif que le ou la chômeur·euse se réactive. Pour Bourgeois (2009), il est possible de comprendre les processus motivationnels individuels et psycho-sociaux sans alimenter cet esprit du capitalisme. Tenter de comprendre ces processus peut servir à d'autres desseins politiques et idéologiques et se mettre au service de projets d'émancipation.

Le concept de motivation, comme tant d'autres concepts avec des usages sociaux plus ou moins intenses, se caractérise par une multitude de sens donnés, des contours flous et un faible degré d'observabilité qui lui permet d'être un concept d'action. Lorsque l'on cherche à étudier la motivation dans une perspective d'intelligibilité, on se retrouve confronté·e à cette question : « Comment observer la motivation ? ». Le paradigme social cognitif (ce que Carré appelle la psychologie chaude)

permet de répondre à cette question et d'éclater le concept de motivation en trois catégories de construits observables : l'engagement, les construits motivationnels, les facteurs individuels et situationnels (Bourgeois, 2009).

1. **L'engagement.** C'est l'acte d'entrée en formation et l'implication du sujet dans le processus d'apprentissage. L'implication est elle-même construite en trois types d'indicateurs observables : des indicateurs comportementaux, émotionnels et cognitifs.
2. **Les construits motivationnels.** Ce sont des perceptions construites par l'apprenant·e en lien direct avec les indicateurs d'engagement tels que le sentiment d'efficacité personnelle, l'espérance de réussite...
3. **Les facteurs individuels et situationnels.** Les facteurs individuels tels que l'image de soi, le *background* socioculturel, le rapport à l'apprentissage... sont les caractéristiques que l'apprenant·e met en jeu dans la situation d'apprentissage. Les facteurs situationnels quant à eux désignent les dispositifs et pratiques pédagogiques tels que le climat de groupe, les interactions sociales...

Le paradigme social cognitif insiste sur le fait que c'est l'interaction de facteurs individuels et situationnels qui influence les construits motivationnels qui à leur tour jouent un rôle dans l'engagement. Cette interaction met en lumière que la notion de motivation est en fait un système composé d'une multitude de variables en interaction. Ce système composé de variables en interaction est donc un système dynamique. Comme nous venons de le voir, pour observer la motivation, nous devons nous attarder sur le concept d'engagement.

2.4.5. L'engagement en formation

D'après Fenouillet (2011), la notion d'engagement en formation est spécifique au domaine de la formation d'adultes. Le monde académique s'interroge peu sur les motifs qui entraînent un·e élève à s'engager dans tel ou tel parcours scolaire, alors que cette question est centrale dans la formation pour adultes car l'engagement est souvent à l'initiative de l'apprenant·e. La question de l'engagement peut être appréhendée sous différents angles et pas uniquement sous l'angle de la motivation (bien que ce soit cet angle que j'ai choisi de privilégier dans ce mémoire). Elle peut être appréhendée d'un point de vue biographique (Aubret & Demouge, 2007) ou comme un processus identitaire (Crochard, 2007). La question de l'engagement en formation est apparue avant les concepts motivationnels, notamment par les sociologues dans les années 1960. C'est ce que montre les travaux, interrogeant la formation depuis une perspective sociologique, de Frégné et de Lescure (2007). La sociologie appliquée à la formation a pu mettre en avant un grand nombre de variables pouvant affecter l'engagement comme par exemple l'impact de la catégorie socioprofessionnelle du père sur l'inscription en cours du soir (Montlibert, 1968). Environ vingt variables ont été recensées et parmi

les plus impactantes, on peut citer la taille de l'entreprise, le niveau de qualification et le sexe (Frégné & de Lescure, 2007).

Pour Fenouillet (2011, p. 14),

[c]es études sociologiques mettent en perspective un fait indéniable : l'accès à la formation n'est pas lié à la seule volonté du salarié. Elles confirment que l'engagement en formation n'est pas assujéti à la seule volonté du salarié, mais, au contraire, est sous dépendance étroite de caractéristiques totalement indépendantes de sa bonne volonté, comme peut l'être la taille de son entreprise.

Pourquoi alors s'appuyer sur le concept de motivation ?

Si on observe le phénomène uniquement d'un point de vue sociologique, comme le dit Dubar (1980, cité par Fenouillet, 2011, p 15) : « le poids économique est tellement important dans l'engagement en formation qu'il est inutile de s'encombrer d'«intérêt» ou de «motivation» pour la formation ».

D'après Fenouillet (2011), il est important de constater que les études sociologiques préfèrent le terme « besoin », voire le terme « appétence », à celui de « motivation ».

La réponse se trouve peut-être grâce à la multitude de références scientifiques, de modélisations, de théories qui donnent au terme « motivation » toute son épaisseur et sa complexité. Le terme de motivation ne se suffit pas à lui-même, il doit être précisé, contextualisé. « Dire, par exemple, que l'engagement en formation dépend de la motivation du salarié ne revient pas à apporter une réponse mais plutôt à ouvrir un débat. » (Fenouillet, 2011, p.17). Il est alors tentant de vouloir utiliser des termes moins complexes tels que « motifs », « besoins » ou « appétence » pour appréhender le phénomène de l'engagement en formation. Cependant, bien que toutes ces notions peuvent expliquer une part de la motivation, aucune ne peut remplacer le concept en lui-même. La motivation reste le terme le plus fédérateur lorsqu'il s'agit d'appréhender ce dynamisme propre à chaque individu.

L'objectif de ce mémoire n'est pas tant de chercher à savoir comment motiver les médecins généralistes à s'engager dans un processus de formation sur la spécificité de la prise en charge des FSF, que de mettre en lumière les potentiels leviers qui entrent en jeu dans ce processus d'engagement. Ces leviers portés à la connaissance du ou de la formateur·rice lui donneront quelques ressources permettant d'influencer les représentations des apprenant·es ou de favoriser cet engagement. Il est toutefois important de noter que l'impact de ces représentations est toujours en interaction avec des facteurs liés au sujet lui-même, et auxquels le ou la formateur·rice n'a pas accès. Le concept de dynamique motivationnelle a bien mis en avant que les construits motivationnels, bien qu'ils jouent un rôle important dans la motivation, résultent des facteurs situationnels et individuels. Il est important de sortir de la dichotomie « toute puissance pédagogique vs. renoncement pédagogique » (Bourgeois, 2009).

Afin d'atteindre l'objectif fixé dans ce mémoire, nous avons dû opérer un choix parmi la multitude de théories existantes pour appréhender les motifs d'engagement. Le point suivant détaille ceux qui nous ont semblé les plus pertinents.

2.4.6. Concepts théoriques choisis

Afin de mettre en lumière les leviers potentiels chez les médecins généralistes concernant la formation aux spécificités des FSF, nous nous sommes basée sur trois grands modèles que nous allons présenter synthétiquement afin d'en proposer une vision d'ensemble, avant de les décrire de manière plus détaillée dans les pages suivantes.

Le premier est celui de Deci et Ryan (1985, 2000). Ils ont développé la théorie de l'autodétermination pour expliquer comment le niveau de motivation des individus est influencé par la perception de la source du comportement. Il est incontournable si l'on veut appréhender la motivation des médecins généralistes concernant la formation. Nous avons choisi d'utiliser ce modèle afin de pouvoir situer les médecins sur le continuum que Deci et Ryan ont mis en avant.

De plus, ce modèle apporte des éléments de compréhension nécessaires à l'appréhension des deux autres modèles présentés, c'est pourquoi nous commencerons par là.

Ensuite, dans une perspective axée sur la formation des adultes, il nous a semblé judicieux d'analyser les entretiens que nous avons menés par le prisme des dix motifs d'engagement de Philippe Carré (2001). Bien que sa validité empirique soit limitée, cette approche permet une classification qui a le mérite de permettre une réflexion au sujet de l'engagement des médecins généralistes dans un processus de formation continue.

Enfin, nous souhaitons pouvoir utiliser un modèle nous permettant d'analyser le processus en amont d'une participation ou d'un engagement. En effet, de par notre expérience de formatrice sur ce sujet, nous postulons que peu de médecins interrogés se seraient retrouvés dans une formation et pourraient de ce fait parler des motifs qui les ont poussés à s'engager.

Le modèle qui revient systématiquement lorsque l'on parle d'engagement en formation des adultes est celui de « l'*expectancy-value* » (Eccles & Wigfield, 2002). Les différents articles consultés montrent la pertinence de ce modèle et sa capacité à appréhender la dynamique motivationnelle des adultes. Cependant, ce modèle est complexe et demande un très grand nombre d'informations pour être utilisé. Nous avons le sentiment que les restrictions imposées sur notre méthode de récolte de données (voir notre point 4. : « Méthodologie ») ne nous permettaient pas d'exploiter correctement ce modèle. Nous avons alors opté pour un concept théorique moins récent et moins complexe mais permettant d'intégrer certains éléments du modèle d'Eccles et Wigfield qui nous semblait indispensable. Ce concept théorique est le modèle de chaîne de réponse (COR, pour *chain-of-response*) de K.P. Cross (1981) qui, comme nous le verrons plus loin, a été spécifiquement élaboré

pour intégrer d'autres théories sur l'engagement. Enfin, lors de nos recherches nous avons trouvé que le modèle de la dynamique motivationnelle de Viau (1994) permettait d'insister sur l'importance du paradigme d'*expectancy-value* tout en apportant un élément de précision moins présent dans les autres modèles, celui de perception de contrôlabilité qui est développé plus loin.

2.4.6.1. La théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2002)

2.4.6.1.1. L'origine du modèle

Afin de bien comprendre cette théorie et le modèle qui en découle, il est important de revenir un peu en amont et d'en présenter l'origine. Au départ, vient un constat que fait Deci lors de résultats de ses recherches : « la persistance des individus, durant une période de libre choix, est moins importante pour les sujets récompensés que pour ceux qui ne le sont pas » (Fenouillet, 2010a).

La récompense ne serait donc pas un facteur motivant à chaque fois. Afin de comprendre ce résultat qui va à l'encontre de ce qu'ils envisageaient, Deci et Ryan vont élaborer et tester une multitude de théories que l'on trouve sous le terme de « mini-théorie ». De ces diverses théories, Deci et Ryan (2002) postulent de l'existence de trois besoins psychologiques de base : le besoin de compétence, le besoin de relation sociale et le besoin d'autodétermination.

Ces besoins permettent à l'individu d'atteindre un état favorable tant d'un point de vue comportemental que personnel et expérientiel si l'individu se situe dans un contexte favorable à l'épanouissement de ceux-ci (Fenouillet, 2010a).

Le besoin de compétence vient directement de la théorie de White (1959) avec ce qu'il nomme la motivation d'effectance. Cette motivation prend racine dans le besoin psychologique et le plaisir intrinsèque qu'a chaque être humain à se sentir compétent et à interagir avec son environnement de manière à toujours maintenir ce sentiment d'efficacité (Fenouillet, 2010b). C'est un moteur motivationnel important. Lorsque l'individu se sent efficace, il ou elle accroît sa motivation à s'engager dans le même type d'activité qui à son tour augmente sa compétence.

Le besoin de relation, de proximité sociale, est le besoin de se sentir connecté·e, en relation avec autrui. Le besoin d'appartenance sociale est le besoin de chaque individu de se sentir accepté·e, compris·e et respecté·e par ses pairs, pour ses compétences et pour ce qui le ou la définit comme individu. Il ou elle a besoin de trouver sa place au sein du groupe et d'être mis·e en valeur.

Le besoin d'autodétermination est directement lié à l'autonomie du sujet. C'est le sentiment, la perception d'être à l'initiative ou à l'origine de ses actes, de ses activités, de ses choix sans contrainte ou injonction extérieure. Cette autonomie permet à l'individu de s'attribuer le mérite du résultat obtenu à l'activité.

Ce sont l'insatisfaction ou l'inassouvissement de l'un des trois besoins qui déterminent l'apparition des différentes formes de motivations. Au départ, Deci et Ryan (1985) distinguent deux types de motivation :

- **La motivation intrinsèque** : l'action est conduite uniquement par l'intérêt et le plaisir que le sujet trouve à l'action, sans attente de récompense externe.
- **La motivation extrinsèque** : l'activité n'est pas pratiquée pour le plaisir qu'elle apporte, mais pour des raisons souvent totalement externes à l'individu. Elle survient lorsque l'individu est poussé par quelque chose en échange de la pratique de l'activité (punition, récompense, pression sociale, obtention de l'approbation d'autrui).

Vers les années 2000, Deci et Ryan proposent un modèle plus complexe et organisent ces deux motivations suivant une échelle continue de régulation. Ils ne se contentent plus d'opposer simplement les motivations intrinsèques et extrinsèques, mais approfondissent leur modèle en y ajoutant des critères liés au caractère autodéterminé ou non-autodéterminé des comportements du sujet.

2.4.6.1.2. Le continuum des types de motivations

Ce continuum théorique postule que de nombreuses motivations ne sont pas indispensables pour que l'individu vive une expérience satisfaisante ou se sente dans le bien-être lors d'une activité.

Cette théorie est basée sur le présupposé que chaque individu est naturellement attiré par l'envie de vivre des expériences qui vont favoriser l'expression des besoins psychologiques cités plus haut.

Selon Fenouillet (2010a),

les personnes ou les groupes consacrés par l'individu comme référence pour une raison ou pour une autre (parents, amis, groupe de pairs...) encouragent l'individu à faire des activités qui ne présentent pas d'intérêt de prime abord (non intrinsèquement motivantes), puis ensuite en favorisent l'intégration jusqu'à ce qu'elles ne fassent plus l'objet d'une régulation externe au self. Les auteurs parlent d'un continuum d'autodétermination en fonction du degré d'internalisation, là où les conceptions initiales distinguaient « motivation intrinsèque » et « motivation extrinsèque ». Les activités qui relèvent de motivations extrinsèques mais qui sont totalement intégrées au self, dans le sens où elles font partie des valeurs de l'individu, peuvent être aussi fortement autodéterminées que les activités motivées intrinsèquement. Cette conception aboutit donc à la formulation de différentes formes de motivations extrinsèques qui se différencient en fonction du niveau d'autonomie et donc d'autorégulation liée à l'action du self.

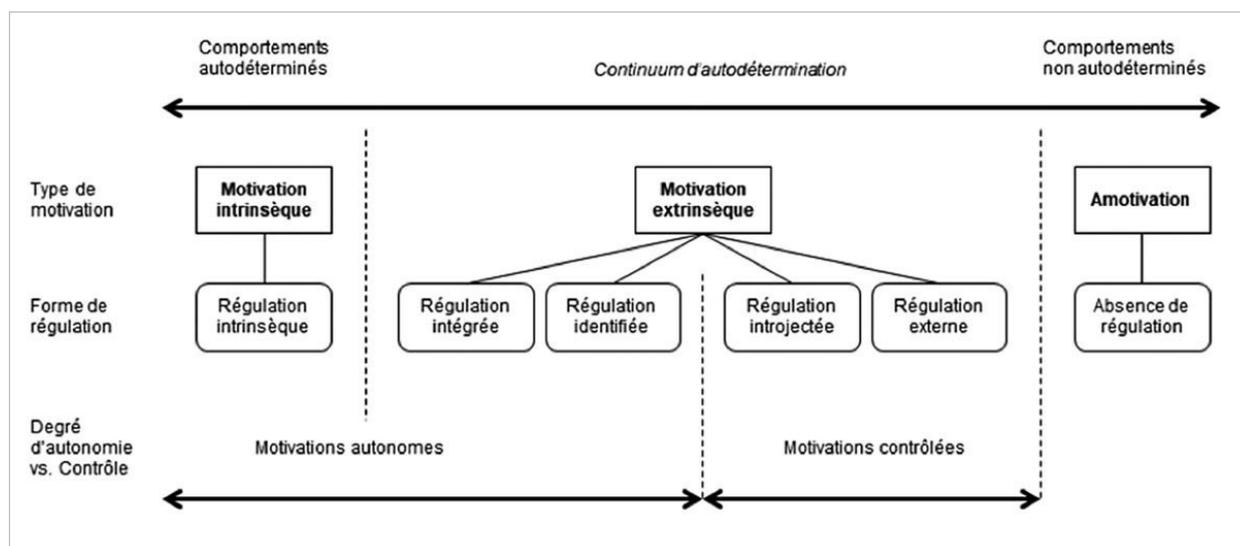


Figure 3 : « Continuum des types de motivation selon Deci et Ryan (2000) ». Paumier, D. & Chanal, J. (2018) Motivation autodéterminée, conséquences motivationnelles et hypothèse de spécificité en contexte scolaire : état des lieux, implications et perspectives. *Revue française de pédagogie*, 203(2), 111-130. <https://doi.org/10.4000/rfp.8160>

La théorie motivationnelle de Deci et Ryan (2002) permet d’appréhender en un schéma complet de nombreuses formes de motivation qui peuvent montrer la diversité des possibilités motivationnelles. Ce modèle permet d’appréhender un nombre infini d’actions, de comportements et d’activités. En construisant ce continuum, ils postulent de trois formes motivationnelles regroupées en ensembles distincts :

- 1) **La motivation intrinsèque** : Pour Deci et Ryan (2002, p10), « les comportements intrinsèquement motivés sont ceux qui sont motivés par la satisfaction du comportement en lui-même plus que par les contingences ou les renforcements qui sont opérationnellement séparables de l’activité du sujet ». En d’autres mots, la motivation intrinsèque est uniquement régulée par l’intérêt et le plaisir de l’individu pour la tâche de l’activité (**régulation intrinsèque**).
- 2) **La motivation extrinsèque** : Elle se décline en quatre « régulations » qui se distinguent en fonction du niveau d’autodétermination :
 - a. **La régulation intégrée** : La motivation est régulée par toutes ces valeurs, buts et besoins, qui ensemble définissent la nature même du soi. En d’autres termes, ces valeurs, buts et besoins définissent le sujet en termes de qui il est en tant qu’individu. Les activités qui se trouvent dans cet ensemble sont engagées spontanément et sont liées à la réalisation personnelle du sujet.
 - b. **La régulation identifiée** : L’individu doit participer à une activité qui ne lui plaît pas mais dont il a identifié l’utilité. L’activité est réalisée dans un but instrumental, elle est un outil au service d’un projet. Selon Deci et Ryan (2002), « cette motivation extrinsèque est clairement autodéterminée (déterminée par le *self* : les

auteurs parlent de « *self-determination* »). Le comportement est déclenché car l'individu estime qu'il correspond à quelque chose d'important et de valable pour lui. L'action est donc perçue par l'individu comme venant de lui. Elle est déterminée par lui et est donc autodéterminée » (cité dans Fenouillet, 2010a).

- c. **La régulation introjectée :** Ce sont des pressions internes (la culpabilité), des injonctions externes (par exemple, des compliments) qui régulent la motivation. L'individu participe à une activité pour faire plaisir à autrui, pour éviter un sentiment de culpabilité ou pour préserver l'estime qu'il ou elle a de lui/elle-même. La source de motivation est encore un peu perçue comme résultant d'une initiative personnelle. Dans l'échelle de Brière et al. (1995), les individus qui disent pratiquer une activité sportive « parce qu'il faut absolument faire du sport si l'on veut être en forme » témoignent d'une telle motivation. De même, les élèves qui disent : « je travaille à l'école "pour me prouver que je suis une personne intelligente" » (Vallerand et al., 1989, cité dans Fenouillet, 2010a) font preuve d'une régulation introjectée.
- d. **La régulation externe :** Elle correspond à la définition initiale de la motivation extrinsèque, elle représente donc la motivation la plus extrinsèque et la moins autodéterminée. L'individu se sent obligé de participer à l'activité que ce soit par pression sociale, demande explicite d'autrui ou pour éviter une sanction.

3) L'amotivation : Le dernier ensemble fait référence à l'absence d'autorégulation (lorsque le sujet ne fait preuve d'aucune autodétermination) ou de régulation (par la contrainte, par exemple) du comportement. Les auteurs parlent ici d'« amotivation », d'absence de toute forme de motivation. Lorsque l'individu est amotivé, soit il n'agit pas, soit il agit passivement. Trois raisons expliquent l'apparition de l'amotivation : l'impossibilité perçue d'atteindre le résultat souhaité car l'individu a appris à se résigner face à certaines situations (Abramson et al., 1978) ; la perception par l'individu d'un manque de compétence pour émettre le comportement souhaité, comme le stipule Bandura (2003) dans le cadre du sentiment d'efficacité personnelle ; le fait que l'activité ou le résultat n'ont aucune valeur aux yeux de l'individu.

2.4.6.1.3. Quelles sont les conséquences de ces différents types de motivation ?

D'un point de vue comportemental, lorsque l'individu se situe dans un type de motivation intrinsèque, il ou elle aura tendance à persister dans l'activité, à y passer du temps. L'intérêt que porte l'individu à l'activité est un bon prédicateur de la persévérance et de la performance du sujet. Lorsque

l'individu se situe dans un type de motivation extrinsèque, il ou elle aura tendance à procrastiner en réaction à la contrainte, à la perception de son incompetence ou à l'anxiété.

D'un point de vue affectif, les types de motivation intrinsèques favorisent le bien-être des individus, alors que de l'autre côté du continuum, la motivation extrinsèque et particulièrement la régulation externe est génératrice d'anxiété.

Enfin, d'un point de vue cognitif, plus l'individu se montre intéressé par l'activité, plus il ou elle va développer des stratégies efficaces afin d'acquérir des apprentissages en profondeur. À l'inverse, si l'activité n'est pratiquée que pour contenter une pression sociale ou une injonction extérieure, l'individu aura tendance à acquérir des apprentissages en surface (PMTIC, 2016).

2.4.6.1.4. Comment agir pour favoriser les motivations autodéterminées ?

En partant des trois besoins fondamentaux développés par Deci et Ryan (2002), le ou la formateur·rice peut soutenir l'autonomie en offrant des choix, en encourageant les initiatives personnelles et en justifiant l'utilité et la valeur des tâches (ce point sera développé dans les pages consacrées au « paradigme de l'*expectancy-value* » [point 2.4.6.3.]). Il ou elle peut aussi structurer l'enseignement en proposant des tâches qui mettent les sujets en situation de défi et en proposant des feed-back centrés sur l'apprentissage ou la pratique professionnelle. Enfin, il ou elle peut s'impliquer auprès de ses apprenant·es et favoriser un climat de coopération, de passation de savoirs, de co-construction. La satisfaction de ces trois besoins favorise les motivations autodéterminées. Cependant, il ne faut pas oublier l'intérêt et le sens que peut avoir l'activité pour les apprenant·es (PMTIC, 2016).

Passons à présent au second modèle choisi, celui de Carré (2001).

2.4.6.2. *Le modèle des dix motifs d'engagement de Philippe Carré (2001)*

Philippe Carré a mené des entretiens auprès de 61 adultes (44 hommes et 17 femmes) provenant de divers terrains et occupant diverses fonctions au moment de leur engagement dans des processus de formation. À partir de ces entretiens, Carré construit un schéma (reproduit ci-dessous) recensant les motifs d'engagement des interviewé·es. Ces motifs sont définis comme « les raisons ultimes accessibles à la conscience [et] exprimées par les sujets pour expliquer leur démarche d'inscription en formation » (Carré, 2001, p. 44). Ce modèle comprend 10 motifs situés sur deux axes d'orientations motivationnelles :

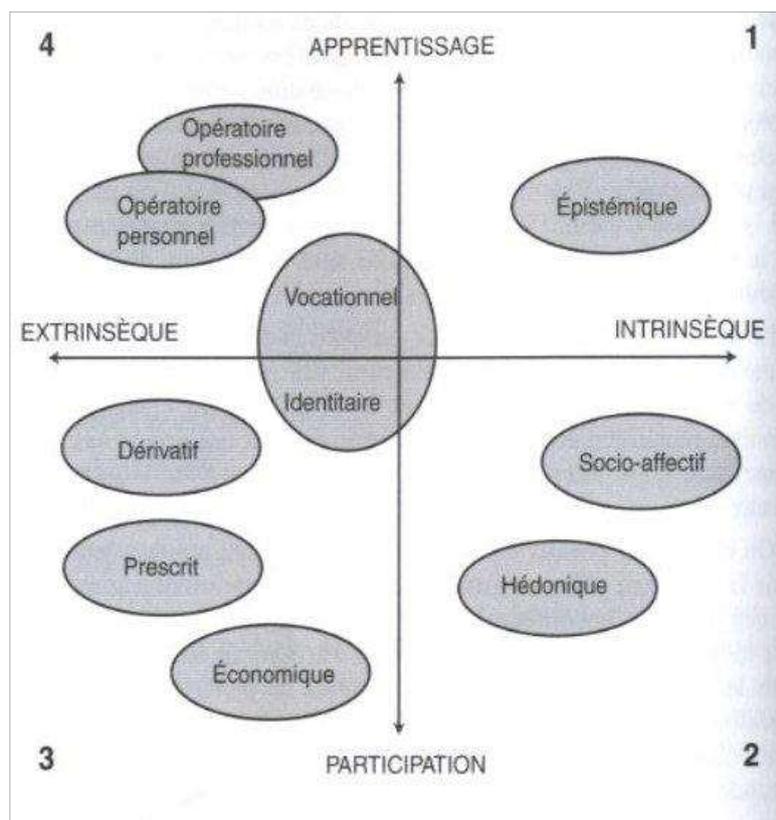


Figure 4 : « Motifs d'engagement en formation selon Carré (2001) ». Carré, P. (2001). *De la motivation à la formation*. L'Harmattan.

- 1) **L'axe horizontal extrinsèque/intrinsèque.** Cet axe est directement inspiré de la théorie de Deci et Ryan (1985). Elle établit une première dichotomie entre d'une part les motifs extrinsèques (motifs qui trouvent leurs objectifs, leur raison d'être en dehors de la formation, qui peut dès lors permettre d'atteindre des objectifs qui lui sont extérieurs) et d'autre part les motifs intrinsèques (qui, à l'inverse, trouvent leur raison d'être directement dans le contenu de la formation, dont l'objectif peut être confondu avec l'activité).
- 2) **L'axe vertical apprentissage/participation.** Les motifs qui se situent à proximité de l'apprentissage visent l'acquisition de savoirs, l'appropriation de connaissances, l'intérêt pour le contenu de formation. À l'inverse, les motifs qui se situent près de la participation visent plutôt la présence à l'activité : l'objectif attendu est indépendant de l'acquisition de savoirs.

Ces deux axes permettent d'obtenir un cadran où s'inscrivent les dix motifs. Comme le schéma ci-dessus l'indique, Carré a mis en avant 3 motifs intrinsèques (épistémique, socio-affectif et hédonique) ainsi que 7 motifs extrinsèques (économique, prescrit, dérivatif, opérateur professionnel, opérateur personnel, identitaire et vocationnel) :

Les motifs d'ordre intrinsèque :

1. Épistémique : l'acquisition de connaissance est un plaisir en soi ;

2. Socio-affectif : les contacts sociaux, les possibilités d'échange, les rencontres... en d'autres termes, le plaisir d'être avec d'autres individus prédomine ;
3. Hédonique : les conditions pratiques, liées à l'environnement, au contexte, ou encore aux outils proposés sont sources de plaisir ;

Les motifs d'ordre extrinsèque :

4. Économique : l'intérêt de la formation réside dans le fait qu'elle amènera un avantage économique, soit direct (par exemple, lorsque la formation entre dans un système d'accréditation), soit indirect (lorsque la formation peut donner lieu à une possible promotion) ;
5. Prescrit : l'engagement dans la formation résulte d'une injonction, d'une obligation venant d'autrui. Cette injonction peut être perçue comme une obligation (contrainte forte) ou comme un conseil (contrainte douce). Elle peut parfois aussi être le résultat d'une auto-contrainte ;
6. Dérivatif : l'engagement en formation est vu comme une stratégie d'évitement d'une situation vécue comme désagréable. Cela peut être un contexte ou une ambiance de travail ou encore une routine que le sujet cherche à fuir ou changer ;
7. Opérateur professionnel : l'engagement en formation vise le développement de compétences directement en lien avec la pratique professionnelle ;
8. Opérateur personnel : l'engagement en formation vise le développement de compétences pour tout ce qui sort du domaine du travail ;
9. Identitaire : l'engagement en formation vise la transformation ou la préservation des caractéristiques identitaires du sujet (que ce soit l'identification professionnelle, culturelle sociale ou familiale) ;
10. Vocationnel : l'engagement en formation vise l'acquisition de compétences dans une perspective d'orientation, de gestion ou de recherche d'emploi.

Ce modèle est construit sur base de trois concepts clés liés à la motivation : le sentiment d'autodétermination, la perception de compétence et le projet. Le projet est appréhendé selon trois concepts que sont la valence des motifs (objet-but), l'instrumentalité de l'activité et la temporalité. Ces concepts, également présents dans le modèle d'*expectancy-value*, seront développés ci-dessous dans la partie consacrée à ce paradigme.

Ce modèle se base uniquement sur des déclarations des sujets et permet de les classer. Il reste très général et particulièrement descriptif. Ce modèle ne permet pas d'analyser les processus en jeu dans ces différents motifs. Cependant, il a le mérite de s'appuyer sur des concepts pertinents et de proposer un grand nombre de motifs permettant de rendre compte et de questionner les différentes raisons qui poussent les adultes à se former. Ce modèle aide à organiser, faire un premier tri dans la

masse d'informations que l'on peut obtenir lors d'entretiens, et permet d'amorcer un premier questionnement sur le sujet.

Le paradigme de l'*expectancy-value* permettra quant à lui d'aller un pas plus loin dans la compréhension des processus en jeu dans l'engagement des médecins généralistes en formation. C'est ce paradigme que nous allons aborder à présent.

2.4.6.3. *Le paradigme de l'expectancy-value*

La première théorie de l'*expectancy-value* est issue des travaux de Lewin et al. (1944). Pour ces auteurs, la valence positive du succès augmente en fonction de l'augmentation du niveau de difficulté et ce jusqu'à une limite supérieure au-delà de laquelle l'individu estime que la réussite est totalement hors de sa portée. À l'inverse, la valence négative de l'échec est inversement proportionnelle à la difficulté de l'activité (Fenouillet, 2010).

Plusieurs modèles théoriques ont été proposés pour appréhender le processus par lequel un adulte en arrive à prendre la décision de s'engager dans une activité de formation. Au cœur des modèles proposés réside l'idée selon laquelle la décision de s'engager en formation résulte d'une interaction positive entre deux facteurs fondamentaux, à savoir d'une part la valeur (*value*) attribuée par le sujet à l'activité, et d'autre part l'espérance de réussite dans cette tâche (*expectancy*) (Bourgeois, 1998, p. 102).

Les modèles développés ci-dessous, à savoir ceux de Cross, de Viau et d'Eccles et Wigfield, s'inscrivent tous les trois dans ce paradigme.

2.4.6.3.1. *Le modèle COR (Chain-of-response) de K.P. Cross (1981)*

Le modèle de Cross propose d'appréhender et de prédire l'entrée en formation des adultes. Il se base sur celui de Vroom (revisité par Locke) et Atkinson que nous allons brièvement définir avant d'approfondir celui de Cross.

1. **Atkinson et la théorie de l'accomplissement.** Atkinson (1964) postule que deux types de motivation entrent en conflit : les tendances d'approche (ou d'accomplissement) et d'évitement (évitement de l'échec). Ces deux tendances sont chargées émotionnellement : la fierté, la joie en cas de réussite, ou la honte, l'humiliation en cas d'échec. L'anticipation de la force de ces émotions va déterminer si, au final, l'individu va accomplir ou éviter la tâche. Toute situation d'évaluation de la performance aura pour effet l'analyse et l'oscillation entre ces deux tendances, l'une ou l'autre l'emportant selon que la probabilité de réussir ou d'échouer est importante. Cette probabilité peut se calculer ainsi :

$$T_s = M_s \times P_s \times I_s$$

La tendance à convoiter un objectif de succès (Ts) est égale à la multiplication entre le besoin d'accomplissement (Ms), la probabilité de réussir l'activité (Ps) et la valeur incitative du succès (Is) (Fenouillet, 2010).

2. **Vroom et la théorie Vie.** C'est Locke qui, en 1968, a réétudié le modèle de Vroom (1964) et a contribué à le faire connaître sous la dénomination de « théorie EIV » (*Expectation, Instrumentality, Valence*, ou théorie Vie en francophonie). Pour Vroom, trois facteurs sont susceptibles d'influencer la motivation : l'expectation, l'instrumentalité et la valence. L'expectation est la probabilité perçue par un individu d'atteindre par son action un certain niveau de performance ; l'instrumentalité est la probabilité perçue d'obtenir un certain niveau de récompense ; la valence est la désirabilité, la valeur de l'activité. Selon ce modèle, « un résultat a une valence positive quand la personne préfère l'atteindre plutôt que de ne pas l'atteindre [...]. [I]l est supposé que la valence peut prendre une large gamme de valeurs positives et négatives » (Vroom, 1964, p. 18, cité dans Fenouillet, 2010). Dans ce modèle, chaque facteur doit être supérieur à zéro, sans quoi le processus motivationnel est bloqué (on parle de théorie « multiplicative »). Ce qui donne :

$$M = V \times I \times E$$

La motivation (M) est égale à la multiplication de la valeur de l'activité (V), la probabilité perçue d'obtenir un certain niveau de récompense (I) et la probabilité de réussir l'activité (E).

K. P. Cross a développé en 1981 un modèle qu'elle appelle le modèle de chaîne de réponse (COR, pour *chain-of-response*), qui « suppose que la participation à une activité d'apprentissage n'est pas un acte unique mais le résultat d'une chaîne de réponses, mise en évidence sur la base d'une évaluation de la position de l'individu dans son environnement. » (Cross, 1981, p. 125 ; nous traduisons.)

Selon K. P. Cross (1981), le comportement est conçu comme un flux. Elle a donc créé, sur base des nombreuses études scientifiques de l'époque, un modèle théorique. Ce modèle indique que les forces qui entrent en jeu dans la participation des adultes à l'apprentissage commencent avec des éléments individuels (A, B, C et D) et se déplacent vers des éléments de plus en plus externes (F et E). Le comportement étant un flux, dans toute situation d'interaction, les forces circulent dans les deux sens. En fin de compte, la participation (G) modifie la perception de soi (A) et les attitudes à l'égard de l'éducation (B).

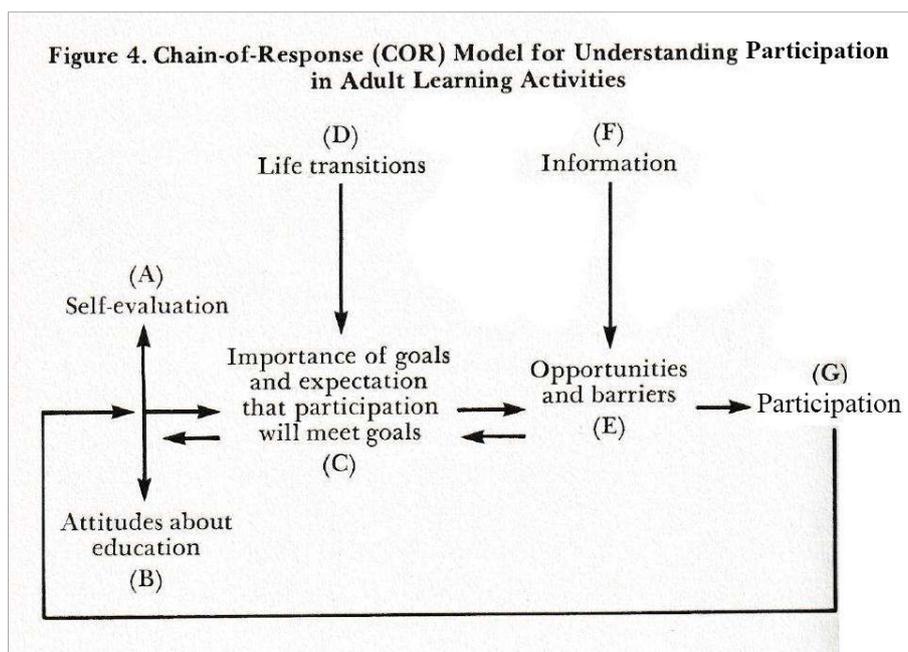


Figure 5 : « Modèle Chain-of-response ». K.P. Cross. (1981). *Adults as Learners. Increasing Participation and Facilitating Learning* (6e éd.). Jossey-Bass.

Cross met en avant 7 éléments permettant d’appréhender la motivation à l’apprentissage chez les adultes. Ces éléments fonctionnent comme autant de facteurs favorisant ou freinant l’entrée en formation des individus, en s’additionnent les uns aux autres, de gauche à droite : les individus pour qui les premiers facteurs agissent positivement avanceront vers la droite du schéma et rencontreront de plus en plus de facteurs de motivation, tandis que celles et ceux pour qui les premiers facteurs agissent négativement auront tendance à ne pas continuer le processus d’entrée en formation, sans avoir pu rencontrer les facteurs les plus à droite du schéma. Ces 7 facteurs sont :

- **Point A : l’auto-évaluation (*self-evaluation*)**. Liée à l’estime de soi, c’est la manière dont l’apprenant·e adulte se perçoit d’un point du point de vue de l’apprentissage. Se sent-il/elle compétent·e ? Pense-t-il/elle qu’il/elle peut réussir facilement la formation ou non ?
- **Point B : les attitudes à l’égard de l’éducation (*attitudes toward education*)**. Ce point est en lien direct avec l’expérience personnelle de l’individu en situation d’apprentissage (majoritairement l’école, mais pas uniquement) et en lien indirect avec les expériences des personnes autour de l’individu, que ce soit ses ami·es proches ou les personnes « significatives » pour lui ou elle. Un individu qui a un passé difficile avec le système scolaire sera moins enclin à se diriger vers une formation. Un individu dont les ami·es ou la famille décrie la formation d’adultes aura également moins envie de s’engager dans une formation.

La personnalité d’un individu qui aime apprendre est représentée par l’interaction entre A et B. Cette interaction découle principalement de l’expérience passée et de l’apprentissage. « Un enfant qui aime l’école et qui réussit bien est susceptible de développer une auto-évaluation positive, qui à son tour contribue à la réussite scolaire » (Cross, 1981, p. 126 ; nous traduisons).

- **Point C : l'importance des objectifs et l'expectation que la participation à la formation permettra d'atteindre les objectifs (*importance of goals and the expectation that participation will meet goals*).** Elle s'inspire directement des théories d'Atkinson et de Vroom qui mettent l'accent sur l'importance pour l'individu d'atteindre un objectif et sa perception de réussite. « Si un objectif important pour une personne est susceptible d'être atteint par une formation complémentaire, alors la motivation au point C est forte. Si l'objectif n'est pas particulièrement important ou si la probabilité de réussite est douteuse, la motivation diminue en conséquence. » (Cross, 1981, p126 nous traduisons.)

Les flèches reliant A, B et C indiquent que l'attente de succès est liée à l'estime de soi et au parcours antérieur de l'individu en termes d'apprentissages, et ce dans les deux sens : les attentes de l'individu sont déterminées par sa personnalité d'apprenant·e (une personne avec une faible capacité d'auto-évaluation et des attitudes négatives vis-à-vis de l'éducation aura moins de chance de croire en la possibilité de réussir ses objectifs de formation), et en retour l'expectation de réussite influe sur l'estime de soi et les attitudes vis-à-vis de l'éducation (un·e apprenant·e convaincu·e de l'inefficacité d'une formation aura tendance à renforcer ses conceptions négatives de soi-même et de l'éducation, alors que si il ou elle est convaincu·e de son efficacité, cela aura tendance à corriger ses conceptions négatives ou renforcer ses conceptions positives).

- **Point D : les transitions de la vie (*life transitions*).** La formation des adultes peut avoir lieu à tout moment dans la vie d'un individu. Sa position dans une phase de vie a une influence sur sa motivation. Par exemple, un individu proche de la retraite ne percevra pas la formation continue de son métier de la même manière qu'un·e jeune travailleur·se qui vient d'être embauché·e. En plus de ces phases graduelles de vie, des éléments de changement plus soudains et inattendus, comme un divorce ou la perte d'un emploi, peuvent également survenir et modifier les priorités des individus, et donc l'importance qu'ils et elles accordent à des objectifs de formation (c'est la signification de la flèche reliant les points D et C).
- **Point E : les opportunités et obstacles (*opportunities and barriers*).** Les obstacles et les opportunités ont une grande influence dans le modèle. Un individu montrant une grande motivation qui arrive à ce stade du modèle va avoir tendance à chercher des opportunités et à surmonter les obstacles, tandis que pour un individu moins motivé, certains obstacles légers empêcheront la participation.
- **Point F : l'information (*information*).** Le rôle de l'information est primordial car elle permet d'alimenter le point E. Sans informations précises, les opportunités ne sont pas connues et les obstacles sont perçus comme insurmontables.
- **Point G : la participation (*participation*).** Arrivé en bout de course, l'individu s'inscrit dans une activité de formation et y participe.

La flèche du point G aux points A et B montre que les personnes qui ont participé à une activité de formation d'adultes sont plus susceptibles de réitérer l'expérience car cette participation a probablement renforcé l'estime de soi, renforcé l'attitude positive à l'égard de l'apprentissage, renforcé la perception de réussite.

Nous avons choisi d'utiliser principalement le modèle de Cross car il est le plus adapté à notre question de recherche et qu'il peut être enrichi par des modèles plus récents, que nous allons décrire ci-dessous.

Le modèle COR a été conçu spécifiquement par Cross pour pouvoir intégrer de nouvelles théories. C'est pourquoi, nous avons décidé, pour analyser les résultats de nos entretiens, d'utiliser ce modèle créé en 1981 auquel nous ajouterons certains éléments de la théorie de Viau (1994) et d'Eccles et Wigfield (2002). Selon Cross,

l'objectif d'un modèle théorique aussi large que le modèle COR n'est pas tant d'expliquer et de prédire la participation des adultes à ce stade du développement des connaissances que d'organiser la réflexion et la recherche. L'utilité générale du modèle sera jugée par sa capacité à prendre en compte les recherches existantes et, plus important encore, par sa capacité à stimuler de nouvelles recherches et, en fin de compte, à améliorer la pratique. (1981 p.131 ; nous traduisons.)

Le modèle de Cross augmenté sera présenté en fin de revue, après avoir préalablement développé les modèles de Viau (1994) et d'Eccles et Wigfield (2002).

2.4.6.3.2. Le modèle de la dynamique motivationnelle de l'élève (Viau, 1994)

Bien que ce modèle ait été élaboré dans une perspective scolaire, la théorie de la dynamique motivationnelle de Roland Viau (1994) peut s'adapter au contexte de la formation d'adultes. Ce modèle s'interroge sur les facteurs internes et externes qui influent sur la dynamique motivationnelle des élèves, et cherche à identifier ceux sur lesquels les enseignant·es ont du pouvoir.

Nous allons commencer par nous pencher sur les facteurs internes.

La figure 6 présente les facteurs internes du modèle de Roland Viau. Issu des recherches d'approche sociocognitive, ce modèle de la dynamique motivationnelle postule que la motivation de l'élève a pour principales sources trois perceptions : la perception de la valeur qu'il accorde à l'activité, la perception qu'il a de sa compétence à l'accomplir et sa perception de contrôlabilité.

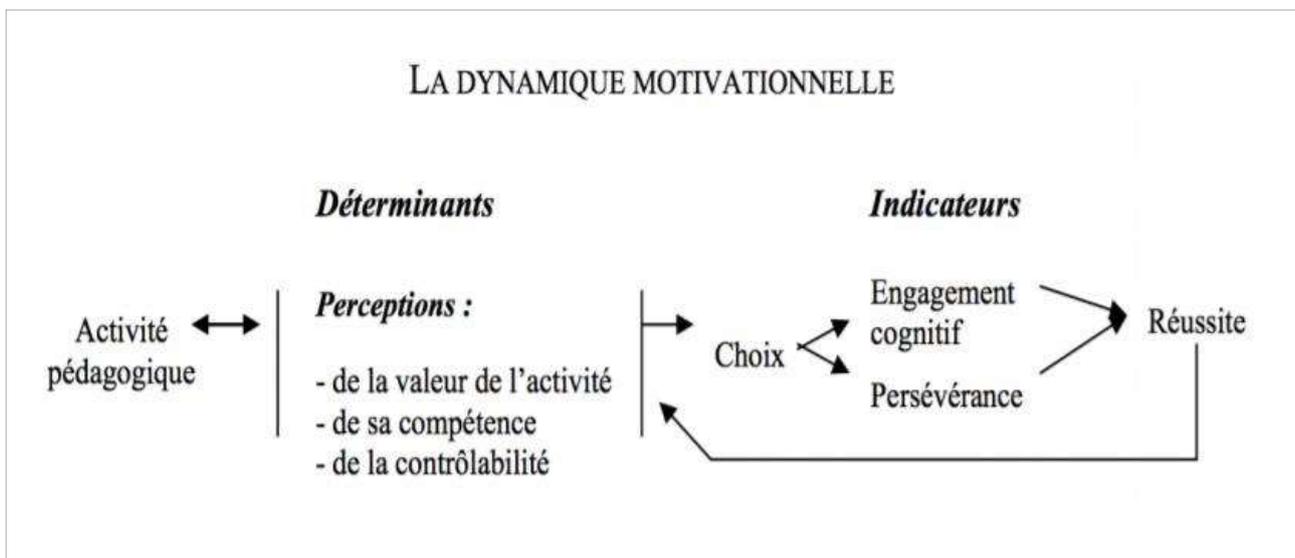


Figure 6 : « Modèle de la dynamique motivationnelle selon Viau (1994) ». Sinoir, J. (2017). *La motivation scolaire* [Mémoire de master]. Université de Rouen. <https://dumas/ccsd/cnrs/fr/dumas-01679197/document>

Les trois déterminants de la dynamique motivationnelle se définissent comme suit :

- 1) **La perception de la valeur d'une activité** : « La perception de la valeur d'une activité se définit comme le jugement qu'un élève porte sur l'intérêt et l'utilité de cette dernière et ce, en fonction des buts qu'il poursuit » (Viau, 1999, cité dans Sinoir, 2017, p17). Ce déterminant répond à la question : « Pourquoi ferais-je cette activité, pourquoi faire une formation sur les spécificités des FSF ? » Cette perception est influencée par l'intérêt de la tâche (lié au plaisir intrinsèque, à ce qui intéresse le sujet, ce qu'il aime faire) et son utilité perçue (liée aux avantages potentiels que l'activité va apporter au sujet). La valeur de l'activité est liée au but poursuivi par le sujet. On distingue plusieurs buts, dont les buts sociaux, les buts scolaires et les buts éloignés. Les buts dits « scolaires » sont composés de deux catégories : les buts d'apprentissage qui visent l'acquisition de compétences, et les buts de performance qui eux visent la démonstration de sa compétence aux yeux des autres afin de démontrer un certain statut social. Selon Borphy (2004, cité dans Sinoir, 2017), une « motivation optimale se compose de buts d'apprentissage et de performance dans la mesure où ces deux types de buts amènent l'élève à s'engager dans une activité plutôt que de tenter de l'éviter ». Les buts éloignés sont liés à la perspective future. Dans notre cas, cela pourrait être l'envie de rendre son cabinet *friendly*, ou de s'implanter dans un quartier dit « gay ». Ce déterminant pointe l'importance de mettre en avant la signification de l'activité afin d'accroître la valeur perçue de l'activité.
- 2) **La perception de sa compétence**. Selon Bandura (2003), le sentiment d'efficacité personnelle correspond aux « croyances qu'entretient un individu quant à sa capacité de réaliser une tâche particulière ou d'affronter efficacement une situation précise ». Le sentiment d'efficacité personnelle se développe à partir de quatre déterminants (Galand,

2006, p. 252) : « 1. les expériences actives de maîtrise (performances antérieures, succès, échecs), 2. les expériences vicariantes (modelage, comparaison sociale), 3. la persuasion verbale (feedbacks évaluatifs, encouragements, avis de personnes significantes) et 4. les états physiologiques et émotionnels ». De plus, Cury et al. (2006, cité dans Cosnefroy 2009) ont montré que « la compétence perçue influencerait la valence du but adopté. Plus le sentiment d'efficacité personnelle est élevé, plus les buts d'approche (qu'il s'agisse de la recherche de la maîtrise ou de la performance) sont privilégiés ». Selon Cosnefroy (2009), « [l]orsque le sentiment d'efficacité personnelle est élevé il est plus facile de trouver des stratégies performantes, de persévérer davantage et de répondre de façon plus adaptée aux feedbacks négatifs ».

3) La perception de contrôlabilité. Selon Viau (2009, cité dans Sinoir, 2017), la perception de contrôlabilité est « le degré de contrôle qu'un élève croit exercer sur le déroulement d'une activité ». Plus l'individu peut poser des choix, plus son sentiment de contrôle sera élevé. Ce besoin d'autonomie peut être mis en lien avec la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2002). Les choix proposés doivent être en concordance avec les intérêts ou les buts de l'individu, comme le souligne Roland Viau : « offrir à des élèves le choix entre quatre thèmes de recherche documentaire qu'ils considèrent d'emblée inutiles ou inintéressants aura moins d'effet sur leur engagement cognitif que la possibilité de choisir un thème qui leur plaît tout en respectant des exigences rigoureuses » (Viau, 2009, cité dans Sinoir, 2017). Cette perception est aussi liée au concept d'autorégulation : les individus performants sont ceux qui se connaissent bien et qui sont capables d'identifier l'origine de leurs réussites et de leurs échecs. Ils et elles sont capables d'évaluer, de planifier, de modifier leurs apprentissages grâce à leurs stratégies cognitives.

Ces trois dimensions sont assez facilement transposables dans un contexte de formation d'adultes. Les facteurs externes, auxquels nous allons désormais nous intéresser, le sont peut-être un peu moins en première lecture, mais nous allons nous attacher à les transposer au domaine de la formation d'adultes.

Selon Roland Viau (Viau, 2009, cité dans Sinoir 2017), il existe quatre catégories regroupant les facteurs qui influencent la dynamique motivationnelle de l'élève : les facteurs relatifs à la vie de l'élève, à la société, à l'école et à la classe. Les trois premiers types de facteurs soulignent le fait que l'enseignant·e n'est pas le ou la seul·e engagé·e dans la motivation des élèves. Ces trois premiers facteurs peuvent facilement se transposer pour un·e apprenant·e adulte.



Figure 7 : « Les facteurs qui influent la dynamique motivationnelle de l'élève selon Viau (2009) ». Sinoir, J. (2017). La motivation scolaire [Mémoire de master]. Université de Rouen. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01679197/document>

L'environnement familial et amical peut influencer la dynamique motivationnelle, que ce soit positivement ou négativement selon les valeurs, les exigences et les possibilités qu'ils offrent. La société dans laquelle nous vivons possède aussi un rôle non négligeable dans l'engagement et la persévérance des individus. En ce qui concerne le sujet de ce mémoire, la perception de l'homosexualité féminine dans la société aura un fort impact sur la motivation des médecins généralistes à entreprendre une formation sur ces spécificités. Par exemple, des médecins vivant dans un pays où l'homosexualité est illégale n'auront pratiquement aucune raison d'entreprendre une telle formation.

Le dernier facteur, celui relatif à la classe, met en avant des éléments comme les activités pédagogiques, l'enseignant·e, le climat de classe, les évaluations, récompenses et sanctions. Ces facteurs sont présents en formation d'adultes : remplaçons l'enseignant·e par le ou la formateur·rice et les activités pédagogiques par des dispositifs ; pensons au climat de formation qui peut être tantôt coopératif, tantôt de compétition, ou encore aux récompenses (un salaire, une promotion) et sanctions (perdre ses droits au chômage) qui accompagnent les formations d'adultes.

2.4.6.3.3. *La théorie d'expectancy-value de Eccles et Wigfield (2002)*

Ce modèle est systématiquement invoqué lorsque l'on parle d'adultes en formation. La théorie de l'*expectancy-value* postule que la persévérance, les performances, mais aussi les choix, sont directement influencés par l'espérance de réussite (*expectancy*) et la valeur perçue (*value*) que le sujet accorde à la tâche (Eccles & Wigfield, 2002).

Modèle d'Expectancy-Value selon Eccles & Wigfield (2002).

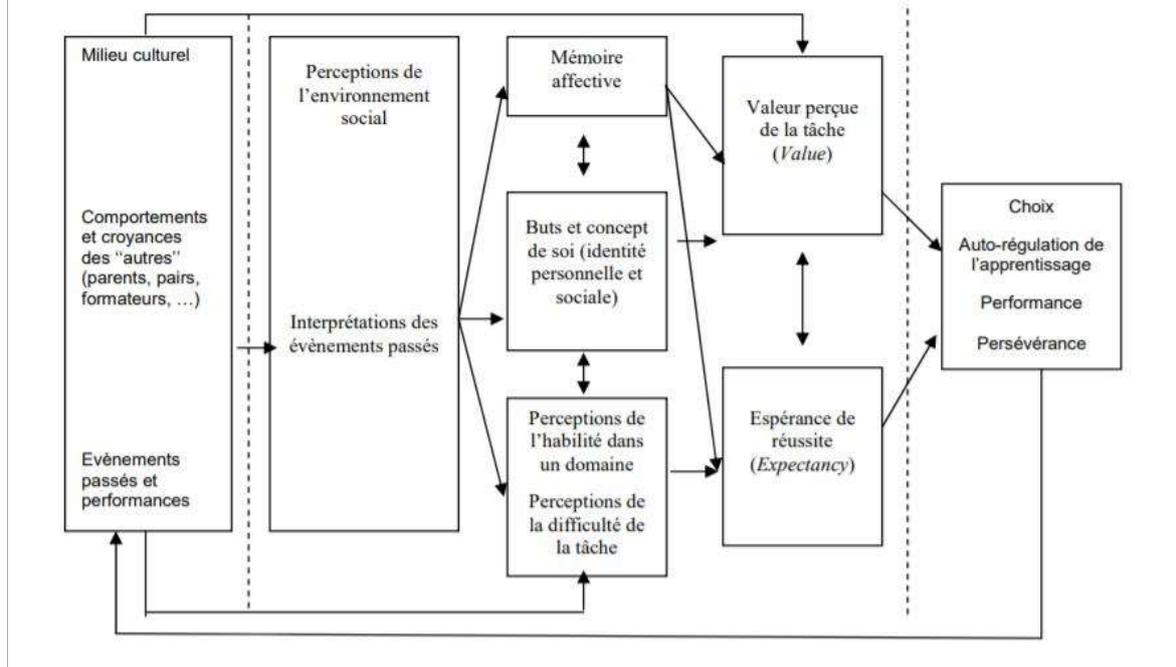


Figure 8 : « Modèle d'expectancy-value selon Eccles et Wigfield (2002) ». Amenyah, E. (2011). *La problématique de « départ précoce » dans les classes d'alphabétisation des adultes au Togo : analyse selon le paradigme théorique de l'expectancy-value* [Thèse de doctorat]. Université Catholique de Louvain. <http://hdl.handle.net/2078.1/75715>

Ce modèle est particulièrement complet et met en interaction une multitude de notions que nous n'avons pas le loisir de développer de manière exhaustive dans ce mémoire : nous allons donc nous concentrer sur les éléments conceptuels qui nous seront directement utiles dans l'analyse de nos entretiens et que nous allons intégrer au modèle de Cross.

Attardons-nous plus longuement sur la notion de valeur (*value*). Selon les auteurs, la valeur de la tâche se mesure à la réponse à la question : « Pourquoi devrais-je réaliser la tâche ? » (Pintrich & Schunk, 2002, cité dans Amenyah, 2011).

Celle-ci dépendrait quant à elle de quatre dimensions :

- **L'intérêt intrinsèque.** C'est l'intérêt subjectif ou le plaisir éprouvé. Cette notion rejoint celle de « motivation intrinsèque » chez Deci et Ryan (2002), et celle de « motifs intrinsèques » chez Carré (2001) ;
- **L'utilité perçue.** Ce sont les avantages que le sujet peut percevoir à accomplir l'activité. Cette notion rejoint celle de « motivation extrinsèque » de Deci et Ryan (2002) ainsi que les « motifs extrinsèques » de Carré (2001). Les individus accomplissent des tâches simplement parce qu'elles sont perçues comme importantes et nécessaires pour atteindre des buts futurs ;
- **L'importance.** Il s'agit de la cohérence avec les traits centraux de son image de soi ou de ses valeurs. On peut observer cette dimension face à des adultes accomplissant une tâche parce

qu'elle permet de valoriser une image de soi positive. Cette valorisation positive favorise l'engagement et la persévérance. *A contrario*, si la tâche renvoie à une image de soi négative ou menaçante, les sujets quittent la tâche afin de préserver l'image de soi actuelle (Amenyah, 2011) ;

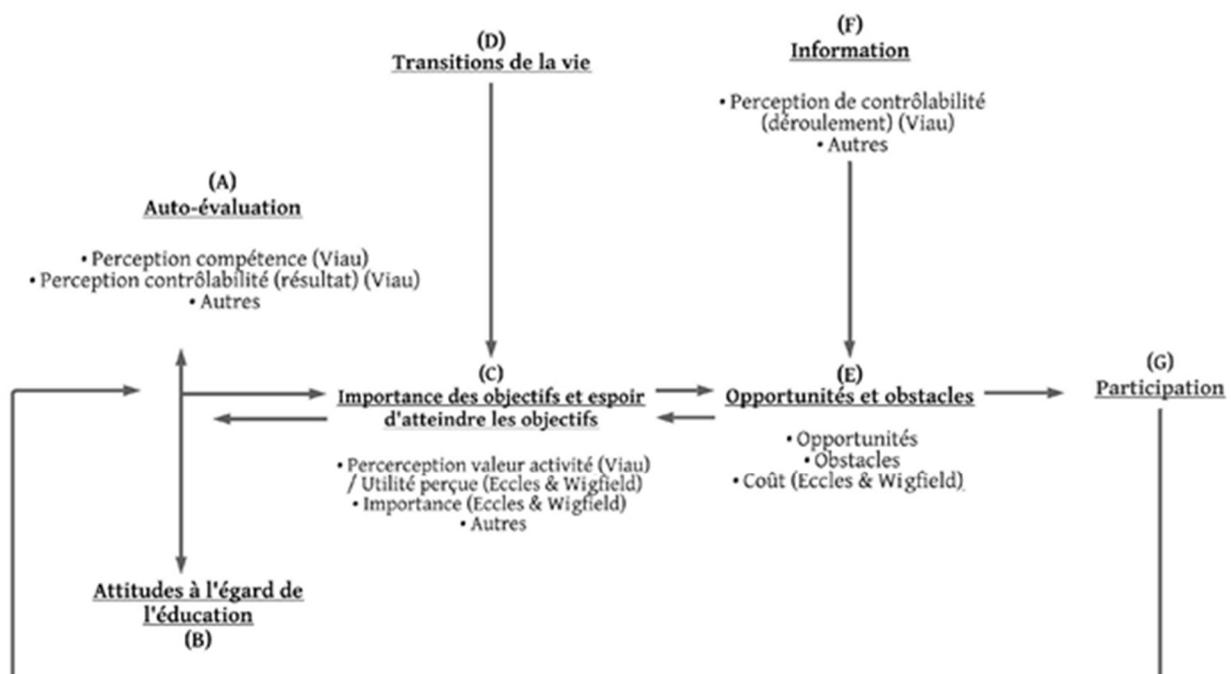
- **Le coût.** La quantité d'efforts anticipés pour atteindre le but souhaité. Selon Amenyah (2011), Eccles et Wigfield n'ont pas beaucoup investigué cette notion qui semble pourtant importante en formation d'adultes. Un coût auquel il faut prêter particulièrement attention est le coût en termes de temps, par exemple, qu'il s'agisse de temps dit matériel, symbolique ou subjectif (Danse & Faulx, 2015).

D'après Eccles et Wigfield, les deux concepts d'*expectancy* et de *value* sont en interaction. Si un individu a l'impression qu'il va échouer, cela aura un impact important sur sa motivation et son engagement dans la tâche, malgré l'intérêt qu'il porte à la tâche (Dupont et al., 2012).

L'interaction entre « *value* » et « *expectancy* » est influencée par divers facteurs comme les buts, l'environnement social et le dispositif d'apprentissage. Les comportements vont concerner les choix opérés par les individus et vont influencer les performances, la persévérance, les choix et l'autorégulation de l'apprentissage.

Les trois modèles présentés ci-dessus ont de nombreux points communs, se rejoignent, se recoupent entre eux. Comme l'a signalé Cross, son approche conceptuelle a été créée pour pouvoir y intégrer de nouvelles recherches. Il nous a semblé alors judicieux pour la suite de ce mémoire d'y intégrer les éléments présentés dans cette revue développée par Viau, Eccles et Wigfield.

2.4.6.3.4. Le modèle de COR (1981) augmenté



Comme nous l'avons vu, Viau met en avant trois déterminants de la dynamique motivationnelle. Le premier, la perception de la valeur d'une activité, rentre dans le point C du modèle de Cross lié à l'importance que l'individu perçoit des objectifs. Le second, la perception de sa compétence, est une forme d'auto-évaluation. Il trouve donc sa place dans le point A du modèle de Cross. Enfin, le dernier déterminant, la perception de contrôlabilité, peut être abordé du point de vue du résultat et du point de vue du déroulement. La perception de contrôlabilité du point de vue du résultat sera placée dans le point A (lié à l'auto-évaluation) alors que la perception de contrôlabilité du point de vue du déroulement se place dans le point F lié à l'information.

Eccles et Wigfield, quant à eux, mettent en évidence quatre dimensions : l'intérêt intrinsèque, l'utilité perçue, l'importance et le coût. L'intérêt intrinsèque n'a pas été intégré dans le modèle puisqu'il fait l'objet d'une étude approfondie grâce au modèle de Deci et Ryan. La dimension d'utilité perçue par le sujet est très proche du déterminant de la perception de la valeur de Viau : ils sont donc intégrés ensemble comme une seule et unique catégorie dans le point C du modèle de COR. L'importance est également intégrée dans le point C. Et enfin, le coût est placé comme catégorie dans le point E : opportunités et obstacles.

Les quelques théories développées ici, la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan, le modèle théorique de Philippe Carré et le modèle de COR augmenté, nous permettront de créer des grilles d'analyse des discours des médecins généralistes et d'appréhender les motifs d'engagement de ceux-ci et celles-ci dans un processus de formation sur les spécificités dans la prise en charge des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes.

3. Problématique de recherche

Comme le montre la revue de la littérature que nous venons de réaliser, les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes sont exposées à des risques spécifiques en termes de santé et de bien-être. Ces risques concernent notamment la santé mentale, l'usage de produits psycho-actifs, la consommation d'alcool et de tabac, les cancers et troubles cardiovasculaires, la santé sexuelle, les IST et la violence conjugale (Genon et al, 2009 ; Bize et al, 2011). Il y a un consensus général dans la littérature scientifique sur l'importance de la prise en charge spécifique des FSF et de la formation des professionnel·les de la santé nécessaire afin d'y parvenir. Connaître les spécificités des FSF augmente globalement la qualité des soins (Bjorkman et Malterud, 2009 ; Bjorkman et Malterud, 2007). De plus, les connaissances et l'attitude du ou de la médecin généraliste augmentent la probabilité que la patiente fasse son *coming-out* auprès de lui ou elle, et être *out* auprès de son ou sa médecin généraliste est un facteur prédictif important sur le recours aux soins réguliers (Bize et al, 2011).

Nous l'avons vu, aucune étude n'a été menée en Belgique au sujet de la formation des médecins à ces questions. De plus, plusieurs éléments nous permettent d'affirmer qu'il n'y a pas d'enseignement concernant ces questions lors de la formation initiale des médecins. En outre, notre pratique professionnelle nous confirme que l'apprentissage de ces questions se fait sur base volontaire et de façon facultative. Dans le cadre des formations que nous donnons, nous ne sommes en contact qu'avec des médecins ayant entrepris une démarche de formation de manière spontanée : ceux-ci et celles-ci sont déjà d'une manière ou d'une autre sensibilisé·es à ces questions. À l'heure actuelle, la formation « Go To Gyneco ! » éprouve des difficultés à rencontrer les autres professionnel·les, qui ne se trouvent pas déjà dans un processus de sensibilisation. Notre question de recherche est donc la suivante : « **Quels sont les motifs d'engagement des médecins généralistes dans un processus de formation sur les spécificités dans la prise en charge des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes ?** » En comprenant mieux pourquoi et comment ces médecins entament ce parcours de formation ou ne l'entament pas, en analysant ces motifs, nous espérons aussi pouvoir nous en servir à la fois pour amener d'autres professionnel·les à s'engager dans cette voie, et pour nous assurer que les formations que nous donnons prennent en compte ces motifs d'engagement. Cette analyse permettrait d'affiner et de nourrir notre travail et pourrait nourrir d'autres professionnel·les. De plus, cette étude permettrait de générer des données scientifiques et des savoirs sur et pour les personnes concernées.

Pour produire ces données, nous allons mener des entretiens semi-directifs avec des médecins généralistes de Belgique francophone, en leur posant des questions sur leur formation continue en général mais aussi sur les éléments constituant de possibles motifs d'engagement dans une formation

sur les spécificités dans la prise en charge des FSF. Ces entretiens seront analysés grâce aux trois modèles développés dans la revue de la littérature. Les modèles de Deci et Ryan (2002) et Carré (2001) nous permettront d'analyser les motifs d'engagement des médecins généralistes dans leur formation continue d'un point de vue global, tandis que le modèle de Cross (1981) augmenté des théories de Viau (1994) et Eccles et Wigfield (2002) servira à mettre en avant les éléments présents dans un processus de formation sur les spécificités dans la prise en charge des patientes FSF.

Enfin, nous tenons à souligner la perspective dans laquelle notre recherche se mène. Nous adoptons un regard qui se veut le plus systémique possible, le plus attentif aux complexités des processus en jeu. En étudiant la littérature consacrée à la santé des FSF, nous avons le sentiment d'être parfois confrontée à une vision binaire de la problématique (FSF vs professionnel·les de la santé), faisant reposer la responsabilité des problématiques de santé des premières sur les second·es. Nous-même faisant partie de cette population, nous ne sommes pas exempte de biais et avons pu, au départ de la création de la formation « Go To Gyneco ! », percevoir les médecins comme étant à la source d'un problème que la formation visait à régler, et non pas comme les possibles acteur·rices d'un changement. Ce mémoire est pour nous l'occasion de sortir de ce biais en nous efforçant d'adopter la perspective des médecins : comprendre et identifier, sans les juger, leurs priorités, leurs besoins, leur regard sur leur pratique, afin de les articuler à la problématique qui nous intéresse, celle des FSF, et de leur proposer une formation qui leur corresponde.

Maintenant que nous avons précisé la problématique de recherche, il est temps d'aborder le sujet de la méthodologie utilisée pour répondre à cette question.

4. Méthodologie

Dans cette partie, nous allons d'abord envisager la question du choix opéré en termes de méthode d'enquête. Ensuite nous allons aborder la façon dont nous avons recruté les participant·es, présenter les principales caractéristiques des participant·es recruté·es et détailler la manière dont se sont déroulés les entretiens. Enfin, nous présenterons la méthode d'analyse que nous avons choisie pour les interpréter.

4.1. La méthode d'enquête

Au départ de la question de recherche, il nous a semblé qu'une étude qualitative avait tout son sens, d'autant plus que notre mémoire, même s'il s'inscrit profondément dans les sciences de l'éducation puisqu'il touche directement à la question de la formation, connaît des liens avec le monde médical du fait du public que nous avons choisi d'étudier. En effet, selon L. Kohn et W. Christiaens (2014, p.68) :

Les Méthodes de Recherches Qualitatives (MRQ) peuvent renforcer la capacité du KCE⁵, ou de toute personne désirant intervenir dans le système de soins de santé, à bien comprendre les besoins des usagers et prestataires en soins de santé et à les intégrer lors de la formulation des recommandations adressées aux gestionnaires du système.

Toujours selon Kohn et Christiaens (2014), il existe plusieurs caractéristiques importantes des Méthodes de Recherches Qualitatives (ou MRQ). Premièrement, les MRQ permettent la récolte de nombreux éléments tels que les discours, les images, vidéos, entretiens, observations... Les données récoltées peuvent être diverses et variées et offrent une multitude de possibilités permettant de développer la vision de la réalité sociale. Dans le cadre de ce mémoire, nous souhaitons justement avoir accès à la diversité des discours, idées, avis, expériences personnelles et professionnelles de médecins généralistes concernant les différentes questions que nous posons dans cette recherche, ce qui est davantage possible par une recherche qualitative, et non quantitative. Deuxièmement, l'objectif des MRQ est de décrire grossièrement⁶ et de comprendre l'objet de l'enquête en profondeur et en lien avec le terrain. La première caractéristique offre au chercheur une grande richesse dans les éléments récoltés et permet de décrire certains contextes et phénomènes sociaux plus en profondeur, mais aussi d'obtenir des explications plus significatives. Les MRQ permettent de poser des questions telles que : « que se passe-t-il ? », « quels sont les éléments de variations ? »... Elles permettent de

⁵ Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)

⁶ La « description grossière » d'une pratique humaine ou d'un comportement n'inclut pas seulement le focus de l'étude, mais aussi son contexte, de sorte qu'elle prenne sens pour une personne externe. Le terme a été introduit dans la littérature en sciences sociales par l'anthropologue C. Geertz dans son essai de 1973, *Thick Description : Toward an Interpretative Theory of Culture*.

comprendre le sens que les personnes donnent à des phénomènes sociaux et les interactions de ce phénomène. Pour comprendre ce sens donné, les personnes ont leur propre voix, leurs propres idées, moins catégorisées qu'avec une récolte de données plus numérique. Notre sujet de mémoire cherche à comprendre ce qu'il se passe lorsque les médecins généralistes entrent ou non dans un processus de formation, quels sont les éléments qui entrent en ligne de compte... Nous avons besoin de comprendre le sens que donnent les médecins généralistes à leur formation continue, et plus particulièrement sur la question des spécificités dans la prise en charge des FSF. Troisièmement, les croyances, connaissances et expériences liées au domaine de la santé sont étroitement liées au contexte de la vie quotidienne. Les MRQ permettent la récolte de données en milieu naturel, avec le langage et le terrain réel des participant·es sans avoir recours à un contexte artificiel ou expérimental.

Au départ de notre question de recherche et au vu de ces caractéristiques, il nous a semblé judicieux de nous tourner vers une méthode qualitative.

Après avoir décidé de l'approche, nous avons dû choisir la technique la plus judicieuse pour parvenir à récolter les données souhaitées. Une des principales techniques des méthodes qualitatives est l'entretien. C'est cette technique que nous avons choisi d'utiliser dans ce mémoire, et plus particulièrement l'entretien semi-directif.

4.1.1. L'entretien semi-directif

L'entretien individuel semi-directif permet de récolter des données en questionnant les participant·es autour d'une conversation. L'utilisation de l'entretien semi-directif dans le contexte d'une étude en lien avec les soins de santé est justifiée car l'objectif est d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience des médecins généralistes. Le caractère individuel convient car aucune interaction entre le sujet et d'autres caractéristiques ne sont souhaitables. Le sujet de la prise en charge des FSF peut être perçu comme sensible ou dérangeant. L'aborder avec une autre technique comme le *focus group* pourrait mettre mal à l'aise ou encore induire des biais tels que la désirabilité sociale. Il était donc important que les entretiens soient réalisés de manière individuelle afin de maximiser le confort et la sincérité des participant·es. De plus, dans ce contexte de crise sanitaire, l'entretien a aussi été choisi pour des raisons pratiques. En effet l'entretien peut se réaliser en distanciel *via* téléphone ou visio-conférence. Dans notre cas, nous avons choisi le téléphone pour contrecarrer un biais d'évaluation. En effet le sujet de ce mémoire touche les femmes homosexuelles et comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature, ce public est touché par une représentation fort stéréotypée. Nous correspondons nous-même à ce stéréotype, les participant·es pourraient alors ne pas oser parler ouvertement de leurs idées ou de leurs représentations. Nous avons alors opté pour l'entretien téléphonique.

4.1.2. L'entretien par téléphone

L'entretien par téléphone souffre d'une mauvaise image. En effet nous avons tous et toutes déjà été sollicités par des entreprises diverses et variées pour des sondages. Ces appels tombent souvent lorsque nous ne sommes pas disponibles, l'interlocuteur·rice appelle depuis un *call center* avec tout le brouhaha que cela peut représenter. Dans le cadre de nos recherches, nous n'avons pas rencontré beaucoup de mémoires qualitatifs réalisés par téléphone : il semble qu'il n'a manifestement pas su s'imposer comme technique souhaitable pour réaliser des entretiens.

Dans un premier temps, nous pourrions lister toutes les raisons qui rendent l'entretien par téléphone non souhaitable : le fait que nous n'avons pas accès au non verbal des participant·es, qui pourtant est un élément important dans toutes communications et qui permet d'aiguiller l'entretien ; le fait que les participant·es pourraient tout à fait être occupés à faire autre chose et ne pas être pleinement attentif·ves ; ou encore le fait que nous n'avons aucune prise sur le cadre spatial, bien que nous demandions à réaliser l'entretien dans un cadre calme.

Avec la crise sanitaire et les incertitudes liées à celle-ci, il n'est pas impossible qu'à terme cette technique soit de plus en plus utilisée. En effet, bien qu'elle possède certains désavantages et qu'elle souffre d'une image négative, elle possède aussi certains avantages selon l'institut d'études marketing QualiQuanti (s. d.). Tout d'abord d'un point de vue logistique et économique : l'entretien par téléphone permet de joindre rapidement et facilement une multitude de participant·es sur un très large territoire. Dans notre cas, il a été possible de contacter des participant·es officiant dans toute la Belgique francophone, que ce soit Mons ou Marche-en-Famenne. Au niveau logistique, il n'y a pas de temps de trajet, de locaux à réserver, il y a une très grande flexibilité au niveau des horaires, les participant·es peuvent réaliser l'entretien dans leur cabinet ou dans l'intimité de leur maison.

L'entretien par téléphone est aussi très économique : à l'heure actuelle, nous disposons tous et toutes d'un téléphone portable, bien souvent un smartphone. Avec une simple application gratuite, nous pouvons enregistrer les appels. Il n'y a donc pas de coût lié au matériel car il est déjà présent dans notre quotidien. Il n'y a pas besoin non plus de louer un local, il n'y a pas de frais liés aux déplacements...

Ensuite, le téléphone permet l'anonymat, le centrage sur l'écoute et les qualités projectives du dialogue. Il permet de réaliser l'entretien au domicile ou au cabinet des participant·es et les obligations administratives liées au consentement obligent la prise de rendez-vous pour les entretiens. Ce cadre sécurisant, familial et contrôlé est un facteur favorisant la centration des interviewés sur leur ressenti et permet d'aboutir à davantage de fiabilité dans la façon de parler de leurs pratiques. Ces caractéristiques créent des conditions naturelles de dialogue, et l'écoute attentive dont les participant·es bénéficient peut les amener à se confier plus volontiers.

Enfin, toujours selon l'institut d'études marketing QualiQuanti (s. d.), le téléphone permet de s'entretenir aussi bien avec les personnes peu intéressées qu'avec les personnes très intéressées par

le sujet. Les personnes qui n'ont aucune motivation à entrer dans un processus de formation sur les spécificités des FSF auront tendance à ne pas vouloir se déplacer pour en discuter face à face, alors qu'une discussion de vingt minutes au téléphone leur semblera un sacrifice raisonnable pour un sujet jugé peu intéressant.

4.1.3. Le guide d'entretien

L'entretien se réalise à l'aide d'un guide d'entretien, réalisé préalablement et comprenant une liste de questions ouvertes de sujets à aborder, des questions de relance ou encore des questions de clarification. Ce guide permet de structurer l'entretien et de ne pas sortir du sujet.

Voici le guide d'entretien que nous avons initialement conçu :

Rubriques	Script
Contact	Bonjour Dr X, je vous remercie d'avoir bien voulu m'accorder un peu de votre temps afin de réaliser cet entretien.
Présentation	Comme stipulé lors de notre premier contact téléphonique, je suis Aurore Billet, étudiante en dernière année de Master en Sciences de l'éducation à l'Université de Liège. Dans le cadre de mon mémoire, j'effectue une recherche sur les motifs d'engagement des médecins généralistes dans un processus de formation sur les spécificités dans la prise en charge des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FSF).
Cadrage	Vous n'êtes pas tenu·e de répondre à toutes les questions que je vous pose. De même, vous avez le droit d'interrompre l'entretien à tout moment et ce sans justification. (Lecture du formulaire de consentement pour un entretien téléphonique.)
Thème 1 : la prise en charge des patientes FSF	<p>Que pouvez-vous me dire de votre formation sur les spécificités dans la prise en charge des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes ?</p> <p>Avez-vous rencontré des difficultés, dans le cadre de votre pratique professionnelle, liées à ces questions ?</p> <p>Vous sentez-vous compétent·e dans la prise en charge des femmes homosexuelles ?</p> <p>Avez-vous mis en place des stratégies pour pouvoir répondre à des questions à ce sujet, si la situation se présentait ?</p>

Thème 2 : les motifs d'engagement dans un processus de formation	<p>Comment organisez-vous votre formation continue ?</p> <p>Qu'est-ce qui motive vos choix de formation continue ?</p> <p>Êtes-vous satisfait·e du système de formation continue ?</p> <p>Selon vous, quel est le meilleur angle d'approche pour motiver les médecins à s'engager dans ce processus de formation ?</p>
Conclusion	<p>Merci Dr X d'avoir accepté de prendre part à cet entretien et de m'avoir accordé de votre temps. Si vous le souhaitez, je pourrai vous envoyer mon mémoire une fois qu'il sera terminé. Je reste disponible pour toute autre question.</p>

Après avoir testé ce guide sur deux participant·es, il a semblé judicieux d'invertir l'ordre d'apparition des thèmes et de commencer par le thème numéro 2. En effet, les questions du premier thème, « Que pouvez-vous me dire de votre formation sur les spécificités dans la prise en charge des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes ? » et « Avez-vous rencontré des difficultés, dans le cadre de votre pratique professionnelle, liées à ces questions ? », obtenaient des réponses négatives et fermées. Ces réponses coloraient négativement l'entretien alors que commencer avec une question plus générale ouvrait la discussion.

4.2. Procédure de recrutement

Afin de recruter les participant·es à cette étude nous avons cherché sur internet des numéros de téléphone de médecins généralistes. Nous avons décidé de lister 15 numéros par province, que nous envisagions d'appeler successivement jusqu'à obtenir une quinzaine d'entretiens. De cette manière, nous sommes entrée en contact avec 8 personnes intéressées, avec qui nous avons fixé rendez-vous pour des entretiens.

Nous avons aussi fait passer, par l'intermédiaire d'un ami, une annonce sur divers groupes d'assistant·es en médecine générale. Cette annonce nous a permis d'entrer en contact avec 2 assistant·es.

Enfin, ayant fait l'hypothèse que peu de participant·es seraient sensibilisé·es aux spécificités dans la prise en charge des FSF, nous avons décidé de solliciter spécifiquement deux assistants et une médecin généraliste reconnu·es pour leur engagement et leurs connaissances sur le sujet, afin que notre recherche bénéficie de leur expérience.

Nous envisagions de réaliser une seconde salve de recrutement et d'entretiens en octobre, après un intervalle d'un mois, ce qui nous aurait permis de réaliser des entretiens plus ciblés, plus élaborés grâce à l'analyse des premiers. Cependant, la seconde vague de la crise sanitaire a surchargé considérablement les services de soin : les médecins généralistes étant soit débordés, soit malades, ils

et elles n'étaient plus en mesure de répondre à nos demandes. Après de nombreux refus et une hostilité de la part de certain·es médecins généralistes qui remettaient en question la pertinence de notre étude dans un contexte de crise sanitaire, nous avons décidé de stopper le recrutement sans avoir atteint le nombre arbitraire de 15 entretiens que nous nous étions fixé.

4.3. Participant·es

J'ai obtenu l'accord et la participation de 13 personnes : 6 femmes et 7 hommes. Quatre participant·es sont assistant·es en médecine générale, et les neuf autres ont terminé leur formation initiale.

4 participant·es officient à Liège, 1 à Chimay, 2 à Namur, 1 à Mons, 1 à Marche-en-Famenne, 1 à Soumagne, 1 à Bütgenbach, 1 à Bruxelles et 1 à Woluwe-Saint-Lambert.

Il y a une très grande variété au niveau de l'âge. Nous observons cependant qu'une majorité de répondant·es (7) ont plus de 30 ans de carrière, une seule est fraîchement diplômée (5 ans de carrière), et quatre d'entre elles et eux sont en fin de cursus (assistantat).

Voici un tableau reprenant les caractéristiques principales de chacun·e des participant·es (anonymisé·es à l'aide de noms d'emprunt).

	Nom d'emprunt	Sexe	Ville	Statut
1.	Dr Tuailon	Homme	Soumagne	Diplômé en 1978
2.	Dr Harmange	Femme	Namur	Non communiqué
3.	Dr Chollet	Femme	Liège	Diplômée en 1981
4.	Dr Davis	Homme	Namur	Diplômé en 1991
5.	Dr Coffin	Femme	Liège	Diplômée en 1981
6.	Dr Bastide	Homme	Liège	Assistant
7.	Dr Saint-Phalle	Femme	Bruxelles	Diplômée en 1980
8.	Dr de Gouges	Homme	Mons	Diplômé en 1992
9.	Dr Sand	Homme	Chimay	Assistant
10.	Dr Pankhurst	Femme	Liège	Assistante
11.	Dr Wittig	Femme	Woluwe-St-Lambert	Diplômée en 2015
12.	Dr Lorde	Homme	Bütgenbach	Assistant
13.	Dr Crenshaw	Homme	Marche-en-Famenne	Diplômé en 1978

4.4. Entretiens

Nous avons prévu de réaliser une quinzaine d'entretiens d'une durée variant entre 20 et 45 minutes. Cette durée prévue tenait compte des horaires de travail chargés du public étudié : en effet, certains médecins ont accepté de nous répondre en nous réservant une plage de 20 à 30 minutes dans leur journée de consultation. D'autres ont souhaité nous recevoir après leur journée de travail (vers 20-21h) ou durant le week-end : dans ce cas de figure permettant des entretiens plus longs, nous envisagions tout de même de limiter les entretiens à un maximum de 45 minutes.

Ainsi, nous avons réalisé 13 entretiens téléphoniques d'une durée variant entre 17 et 75 minutes. Hormis un cas exceptionnellement long, nous n'avons jamais dépassé une heure d'entretien avec un médecin. L'ensemble des entretiens représente une durée totale de 8 heures, avec une durée moyenne de 36 minutes.

Les participants ont tous accepté que les entretiens soient enregistrés. Ces entretiens ont pu être enregistrés grâce à l'application gratuite ACR « *Another Call Recorder* ». Ces enregistrements ont permis de créer les transcriptions utiles à l'analyse. Ces transcriptions anonymisées se trouvent en annexe.

4.5. Analyse des entretiens

Nous avons décidé, pour analyser le contenu des entretiens, d'utiliser la méthode d'analyse catégorielle.

La méthode d'analyse catégorielle a pour principe « [l]a segmentation du corpus en unités de signification pertinentes, par catégorisation multidimensionnelle conforme aux grilles d'analyse conceptuelle propre à chaque recherche, dans une optique de codage a posteriori où le chercheur lit le texte et marque lui-même les unités de sens du corpus » (Jenny, 1997 cité dans Faulx 2017). Cette méthode consiste à « regrouper ensemble tout mot, toute phrase ou portion de phrase ayant un sens complet en soi. Plus tard, tous ces mots, phrases ou portions de phrases recouvrant le même sens sont regroupés » (L'Ecuyer, 1990 cité dans Faulx 2017).

Les modèles théoriques développés dans la revue de la littérature serviront à définir les catégories, dans lesquels les discours seront rangés pour enfin être regroupés par sens et codés pour en extraire l'essence. Voici les tableaux qui serviront de grilles d'analyse :

1) La théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2002)

Catégorie	Discours	Codage
La motivation intrinsèque :		
La motivation extrinsèque :	La régulation intégrée :	
	La régulation identifiée :	
	La régulation introjectée :	
	La régulation externe	
L'amotivation :		

2) Le modèle des dix motifs d'engagement de Philippe Carré (2001)

Catégorie	Discours	Codage
Épistémique		
Socio-affectif		
Hédonique		
Économique		
Prescrit		
Dérivatif		
Opératoire professionnel		
Opératoire personnel		
Identitaire		
Vocationnel		

3) Le modèle COR (Chain-of-reponse) de K.P. Cross (1981) augmenté

Catégorie	Discours	Codage
Point A : L'auto-évaluation		
La perception de sa compétence (Viau)		
La perception de contrôlabilité du point de vue du résultat (Viau)		
Autres		
Point B : Les attitudes à l'égard de l'éducation		
Point C : L'importance des objectifs et l'espoir d'atteindre les objectifs		
La perception de la valeur d'une activité (Viau) /L'utilité perçue. (Eccles & Wigfield)		
L'importance (Eccles & Wigfield)		
Autres		
Point D : Les transitions de la vie		
Point E : Opportunités et obstacles		
Opportunités		
Obstacles		
Le coût (Eccles & Wigfield)		
Autres		
Point F : Information		
La perception de contrôlabilité d'un point de vue du déroulement (Viau)		
Autres		
Point G : Participation		

5. Analyse des résultats

Nous allons à présent analyser les entretiens de manière à faire émerger les types de motivation et les motifs d'engagement des médecins généralistes dans la formation continue en général, dans un premier temps, grâce aux modèles de Deci et Ryan (2002) et de Carré (2001).

Dans un second temps, grâce au modèle de Cross (1981) augmenté, nous allons nous pencher sur le cas spécifique de la formation sur les spécificités dans la prise en charge des patientes FSF, en examinant les étapes du processus de formation telles qu'elles nous ont été décrites par les médecins interviewés.

5.1. Les types de motivation exprimés par les médecins

Comme développé dans la partie consacrée à la méthodologie, nous allons analyser les entretiens au regard de la théorie de l'autodétermination (Ryan & Deci, 2002).

Si ce modèle est plus adapté à l'analyse des déclarations des médecins sur la formation continue en général, il permet néanmoins d'éclairer quelques points concernant la formation sur la spécificité de la prise en charge des FSF : ouvrons une brève parenthèse pour y regarder de plus près.

Seulement quatre médecins ont été formés sur le sujet. Sur les quatre, seule Dr Wittig l'a été dans le cadre de sa formation initiale. Son parcours de formation sur la prise en charge des patientes FSF s'inscrit donc dans une **motivation extrinsèque à régulation externe**, puisqu'elle n'a pas choisi cette formation : elle lui a été imposée. Les trois autres, les Dr Bastide, Lorde et Saint-Phalle se sont retrouvés dans un processus de formation suivant la motivation la moins extrinsèque : la **régulation intégrée**. En effet, toutes trois montrent que leur motivation à se former à ce sujet est directement liée à ce qui les définit en tant que sujet. Dr Lorde a par exemple expliqué : « Moi j'ai acquis un semblant de compétence par le fait que... FSF, ça résonne avec ce que j'ai aussi vécu, et avec le monde associatif dans lequel j'ai été. »

C'est au sujet de la formation continue en général que le modèle révèle le plus d'informations. Nous nous intéresserons donc principalement à ce que les médecins disent au sujet de celle-ci, le sujet de la formation sur la spécificité des FSF apparaissant fort peu.

Le modèle de Deci et Ryan (2002) aborde la motivation comme un continuum avec trois types de motivation. L'analyse des entretiens au regard de ce modèle nous apprend que la majorité des médecins se situent dans la **motivation extrinsèque avec une régulation identifiée**. Les médecins ont identifié l'importance et l'utilité de la formation continue en général. La formation est perçue comme utile pour atteindre des objectifs valorisés, comme « être un bon médecin pour sa patientèle ».

Huit des treize médecins ont clairement identifié leur motivation en rapport avec l'utilité de celle-ci. L'élément qui revient le plus souvent est que les formations doivent répondre aux besoins de leur

patientèle. L'utilité se situe au niveau de la pratique professionnelle, que ce soit en apportant de nouvelles connaissances, en renforçant des connaissances déjà acquises ou en apportant des sujets plus « pratico-pratiques ». Dr Wittig nous dit par exemple : « Je prends généralement des sujets qui m'intéressent, soyons très honnêtes. Des sujets, si par exemple j'ai trouvé une problématique dans ma pratique de tous les jours. C'est essentiellement tout. Je pense que c'est comme ça que tous les médecins font. »

Cette utilité passe avant l'intérêt ou le plaisir que pourrait procurer la formation. Si les médecins ne perçoivent pas l'utilité ou la plus-value d'une formation dans leur quotidien professionnel, alors ils et elles ne s'engagent pas dans cette formation : « Non, je ne vais pas faire une formation particulière sur un sujet qui m'intéresserait éventuellement mais qui n'a pas de rapport avec ma pratique. Ça je ne le ferais pas. » (Dr Tuillon.)

Un autre élément mis en avant dans les entretiens est la présence d'une double culture liée à la pratique de la médecine générale. Cette double culture pousse les médecins à s'inscrire dans une formation qui soit en accord avec leur vision de leur profession, comme étant soit axée sur la pratique pure (le ou la patient·e est envisagé·e relativement à sa ou ses pathologie(s) qu'il s'agit de soigner), soit axée sur l'aspect psycho-social (le ou la patient·e est envisagé·e dans sa globalité et non pas comme une pathologie à soigner). Dr Bastide : « Moi je suis pas manuel, par exemple, pour revenir au côté technique. C'est pas ma force, c'est pas mon intérêt. Y a des médecins qui sont moins à l'aise avec l'aspect psycho-social de la patientèle, qui vont s'intéresser à d'autres aspects. Je crois que ça dépend de la personnalité de chacun. » Le choix de formation se fera en fonction de la culture à laquelle les médecins appartiennent. Cette cohérence entre la formation et les valeurs des médecins rejoint ce que Deci et Ryan ont nommé **la régulation intégrée** située dans la motivation extrinsèque. La culture axée sur la pratique pure est inculquée aux médecins dès leur formation initiale, au détriment des aspects psycho-sociaux, comme l'explique notamment Dr Saint-Phalle :

Je pense que c'est pas tellement dans l'ADN des facultés de... voilà, je pense que c'est un aspect qui... qui a été très longtemps négligé. Ça commence à changer un peu, mais en même temps... en fait quand on trouve des formations comme celles-là, en réalité on les trouve dans des groupes militants. Les grandes formations classiques, c'est assez absent.

Ce déséquilibre entre les deux cultures a un impact sur la valeur accordée par les médecins aux formations qui s'intègrent davantage dans une culture ou dans l'autre : étant donné que les formations « pratico-pratiques » (selon l'expression utilisée par le Dr Lorde notamment) sont données par des organismes et des professionnel·les faisant autorité, elles sont perçues comme de meilleure qualité, plus pertinentes. Alors, elles déclenchent selon Dr Bastide un levier d'apprentissage, alors que les formations plus psycho-sociales, émanant de collectifs et d'associations extérieures au monde médical, ont tendance à souffrir d'une réputation plus faible, paraître moins pertinentes et susciter moins d'intérêt de la part des médecins :

L'autre solution, c'est des partenariats avec des plus grosses sociétés, genre je sais qu'Ex Aequo collabore beaucoup avec la société scientifique de médecine générale, la SSMG, qu'ils étaient là à leur colloque y a pas longtemps, où ils parlaient un peu des spécificités du public HSH à une journée sur les violences conjugales. Ça c'est bien parce que la SSMG est connue, reconnue par les médecins généralistes, et si tu te greffes à des événements qui sont déjà organisés de base, avec des workshops ou quoi que ce soit, tu as toujours la possibilité d'avoir du monde et d'avoir une sorte d'effet de halo, où si ça fait partie d'une journée de la SSMG, ça peut être vu comme un sujet plus pertinent. (Dr Bastide.)

Toujours dans la motivation extrinsèque, **la régulation externe**, qui est la définition initiale de la motivation extrinsèque, se traduit par un comportement régulé par une obligation. Certains médecins ont mis en avant cette notion d'obligation de comptabiliser un certain nombre de points pour obtenir l'accréditation. Ils et elles sont cependant assez peu à avoir verbalisé qu'ils/elles percevaient cette accréditation comme une obligation particulièrement contraignante. Il s'agit de Dr Harmange, qui nous explique : « On est obligés, on doit avoir un certain nombre de points par an, prendre des thèmes qui nous intéressent. » Un seul médecin a verbalisé le fait de devoir se tenir au courant des évolutions de la médecine générale en termes d'obligation, il s'agit du Dr Tuillon : « Il y a l'aspect de connaissances à avoir. Il faut se mettre au courant, il faut se tenir au courant que tous les développements au niveau diététique, au niveau cardio-vasculaire, au niveau de l'hypertension,... » Les autres ont davantage tendance à percevoir l'exigence de se tenir informé·e comme un élément constitutif du métier de médecin généraliste, une activité intrinsèque à la profession au même titre que les consultations ou la prescription de médicaments, et ne définissent donc pas la formation continue en termes d'obligation : « Régulièrement, oui. Type diabète. Parce que le diabète, par exemple, on en a de plus en plus et c'est quand même un domaine où le traitement change régulièrement, donc il vaut mieux se tenir au courant si on veut être de l'avant » (Dr Crenshaw). Les assistant·es quant à eux sont obligé·es de s'inscrire dans des formations.

Comme nous l'avons vu, la majorité des médecins doivent percevoir l'utilité avant de s'engager dans une formation. Cependant, trois médecins, Dr Tuillon, Dr Davis et Dr Coffin, ont aussi exprimé une motivation liée au plaisir et à l'intérêt de la formation car le sujet les intéressait personnellement. Par exemple, Dr Coffin affirme aller en formation « pour [s]'informer, par curiosité professionnelle. Parce que justement, on ne nous en a jamais parlé. Ce serait de la curiosité. » Ces trois médecins montrent donc un plaisir à se former. Cette forme de motivation appelée **motivation intrinsèque** se trouve quant à elle à l'autre extrémité du continuum, à l'opposé de l'amotivation.

Enfin, une catégorie n'a jamais été citée, celle de **la régulation introjectée**. Aucun médecin n'a verbalisé le sentiment de culpabilité ou d'évitement d'une situation désagréable dans le cadre de ces entretiens.

Les entretiens lus à travers le modèle de Deci et Ryan nous apprennent que les médecins se situent majoritairement dans une motivation extrinsèque sur la question de la formation continue dans le cadre de l'exercice de leur fonction, mais que cette motivation se situe à l'extrémité la plus autodéterminée avec en majorité des régulations identifiées et intégrées. Cette position sur le continuum

nous apprend que les médecins généralistes sont plutôt favorables aux formations continues se consacrant à l'aspect pratique de la médecine. Bien que certains médecins le verbalisent, la raison ne réside majoritairement pas dans l'obligation ou la pression extérieure, comme nous aurions pu le croire puisque les médecins s'inscrivent dans un système d'accréditation contraignant.

Passons maintenant au second modèle utilisé pour analyser les résultats de ces entretiens.

5.2. Les motifs d'engagement en formation exprimé par les médecins

Tous les motifs proposés par Philippe Carré se retrouvent dans les discours des médecins généralistes, à l'exception du **motif dérivatif**. En effet, comme nous venons de le voir, aucun médecin n'a verbalisé l'évitement d'une situation comme raison de son engagement dans une formation.

Le motif le plus présent dans ce modèle est le motif **opérateur professionnel** qui se définit comme l'engagement en formation qui vise le développement de compétences directement en lien avec la pratique professionnelle. Le modèle de Deci et Ryan (2002) nous amenait vers cette affirmation et le modèle de Carré le démontre lui aussi.

Dix des treize médecins font état de ce motif lié au développement de compétences directement en lien avec leur profession et leur pratique professionnelle. La raison qui apparaît majoritairement est le besoin de se tenir au courant des traitements, des diagnostics, des médicaments, des pathologies... présents dans la pratique courante de la médecine générale :

Un intérêt par rapport à la pratique, parce qu'elle évolue, donc se tenir au courant des dernières techniques, des dernières recommandations par rapport à telle et telle pathologie et en fonction de traitements, de nouveaux traitements, et par rapport à ces nouveaux traitements, qu'est-ce que ça apporte, ce dont on doit se méfier, etc.
(Dr Davis)

Ensuite apparaît le besoin de formations dites « pratico-pratiques », qui se définiraient par leur caractère pragmatique, par leur lien avec la pratique, leur adéquation avec l'action concrète et les gestes médicaux :

« Déjà, la formation en échographie m'intéresse beaucoup. Des formations un peu pratico-pratiques, formation à l'écho, formation à l'infiltration, des choses comme ça. » (Dr Pankhurst.)

Et enfin les formations sont jugées importantes car elles permettent de renforcer les bases apprises lors de la formation initiale, ou de réduire les lacunes, les points faibles des médecins. C'est une remarque qui est formulée par toutes les assistant·es que nous avons interviewé·es : « Ce qui motive mes choix de formation, c'est [...] [p]remièrement, me renforcer dans les sujets qui m'intéressent et pour lesquels j'ai déjà des bases. » (Dr Bastide.)

Le second motif le plus rencontré est le **motif hédonique** qui est lié aux conditions pratiques, à l'environnement, au contexte. Ce motif est exprimé par sept des treize médecins interrogé·es. Une des raisons explicitées par trois d'entre elles et eux est la possibilité de valider tous leurs crédits-

points en une fois grâce à des séminaires ou des journées de formation organisées lors de week-ends prolongés :

Partout, à l'UCL, à l'ULB, il y a des congrès [...], ce sont des journées de formation qui sont très classiques, qui ont lieu tous les ans, et où là il y a énormément de gens qui viennent parce que ils ont envie de se débarrasser de leurs heures d'accréditation, parce que c'est beaucoup d'heures en même temps, mais une fois qu'on a fait ça on est débarrassé pour l'année. (Dr Saint-Phalle.)

D'autres en revanche privilégient les formations courtes en ligne, réalisables entre deux consultations et ne nécessitant pas de longs déplacements. C'est le cas du Dr Lorde ou du Dr Harmange (qui déclare : « J'en ai fait beaucoup [des formations en ligne], mais pas sur ce thème-là [les FSF] je pense »), alors que d'autres sont tout à fait opposées à ce type d'organisation. C'est le cas du Dr de Gouges : « Mais vous savez que pour le moment [à cause de la crise sanitaire] elles [les formations] sont rares, et moi par contre, ça je vous dis, les formations en ligne et tout ça, je déteste. Me mettre devant un ordinateur pour commencer, je suis distrait... enfin bon voilà, ça ne m'intéresse pas du tout. »

Certaines mettent en avant l'envie de pouvoir organiser leur formation comme ils et elles le souhaitent à travers des lectures plutôt que des formations (Dr Saint-Phalle). D'autres encore apprécient le côté festif de certaines formations (Dr de Gouges).

Le motif **socio-affectif** et le motif **prescrit** arrivent en troisième position et sont verbalisés par cinq médecins.

Le motif socio-affectif est en lien avec les contacts sociaux, les possibilités d'échange. L'intérêt se situe dans la possibilité de rencontrer ou de revoir des confrères et consoeurs et de pouvoir sortir de sa pratique solitaire, particulièrement pour celles et ceux qui travaillent en cabinet privé ou qui préfèrent se former *via* des lectures. Dr Saint-Phalle dit par exemple : « Je pense que c'est surtout parce qu'en règle générale quand c'est en éthique ou économie, c'est beaucoup plus des discussions où on partage des avis, où on partage des expériences... là effectivement je ne le trouve pas dans la littérature. »

L'attrait de l'aspect relationnel semble important, bien qu'il se situe après l'attrait de la pratique, dans l'ordre des priorités. Ce constat corrobore la présence de deux cultures (l'une axée pratique, l'autre axée psycho-social), dont l'une est vue comme plus importante que l'autre.

Le motif prescrit quant à lui est lié à une injonction, une obligation. Sur les cinq médecins qui verbalisent cette obligation, quatre parlent spécifiquement du système d'accréditation les obligeant à obtenir un certain nombre de points pour prétendre à cette accréditation. C'est le cas de Dr Harmange, qui affirme : « On est obligés, on doit avoir un certain nombre de points par an, prendre des thèmes qui nous intéressent. » Le cinquième, quant à lui, est assistant en deuxième année et est obligé de participer à des formations continues : « en 2^{ème} année d'assistantat, c'est un peu différent, dans le

sens où tu dois t'inscrire toi-même à des formations continues. Tu dois faire x séances de formation continue, mais je t'avoue que je ne suis même pas sûr du nombre exact. » (Dr Bastide.)

En quatrième position arrive le motif **épistémique** lié à l'intérêt, au plaisir d'acquérir des savoirs que peut procurer le sujet de la formation. Quatre médecins font part d'une raison liée à l'intérêt, à l'accointance pour certains sujets. Dr Lorde va même plus loin en affirmant ceci : « Et en plus de ça, le seul problème, c'est qu'on a tendance, et ça les études l'ont montré, quand on est médecin, à choisir les formations qui nous intéressent parce que c'est des choses qu'on aime, et pas de choisir des choses dans lesquelles on n'est pas bon, alors que c'est ça l'intérêt normalement des formations continues. »

En cinquième position se trouvent les motifs **économique** et **identitaire** avec trois médecins qui y font référence en entretien.

Le motif économique apparaît via l'accréditation, qui est un système qui permet d'être mieux rémunéré. Il y a une dynamique financière, une dynamique de rentabilité qui n'est pas absente de ce système d'accréditation, et avec laquelle il paraît, pour certains médecins, légitime de composer lorsqu'on propose une formation. Par exemple, lorsque nous discutons des critères qui rendraient plus attractive une éventuelle formation sur la prise en charge des patientes FSF, Dr Bastide n'a pas hésité à évoquer ce motif : « Je pense qu'à part des incitations financières ou des incitations en termes d'accréditation entre guillemets "faciles", où tu aurais plus de crédits pour une formation, quelque chose qui serait perçu comme rentable par... Parce que il faut vraiment aller au truc le plus pragmatique du monde. »

Le motif identitaire est un motif qui vise la transformation ou la préservation des caractéristiques identitaires du sujet. D'après Dr Chollet, la motivation à s'engager dans une formation est liée à la personnalité du médecin et ses capacités d'écoute. Dr de Gouges, lui, pense que cette motivation est liée à la manière dont le médecin définit sa pratique. Dr Bastide, quant à lui, parle de la notion d'ego qui est la représentation et la conscience que l'on a de soi-même, qui peut être favorisée ou défavorisée par l'image que nous renvoient les formateur·rices :

Je pense que fondamentalement y a une question d'ego. Je crois que tu n'es pas nécessairement dans la position où c'est toi qui dois apprendre quelque chose si ce n'est pas quelqu'un que tu respectes par rapport à ça. Mais par contre, si c'est quelqu'un que tu respectes mais qui froisse ton ego, il perd le levier qu'il avait sur toi. De l'extérieur, c'est un peu comme ça que je perçois un peu les choses. (Dr Bastide.)

Enfin, apparaissent les motifs **vocationnel** et **opérateur personnel**.

Ces deux motifs ont été décrits par la même médecin, Dr Coffin, qui a été pensionnée d'un service de médecine d'urgence et qui a eu l'opportunité de se réorienter vers la médecine esthétique, une discipline pour laquelle elle a toujours eu un attrait particulier :

Tout à fait, c'était important, mais je m'intéressais déjà à la médecine esthétique depuis longtemps. Je me rappelle, dans la quarantaine, donc ça fait 20 ans que ça m'intéressait et que j'allais quand même à des petites formations comme ça quand j'avais le temps. J'ai toujours bien aimé la dermato, l'esthétique, par goût. [...] Et

puis, fin de carrière, comme j'ai toujours eu un cabinet privé ici, j'ai eu envie de faire la médecine esthétique parce que ça m'a toujours intéressé.

Ce modèle nous apprend que le motif d'engagement principal des médecins généralistes dans un processus de formation est lié à l'envie ou au besoin de développement de compétences dans leur pratique professionnelle. Mais c'est loin d'être le seul motif entrant en jeu. Les médecins évoquent des motifs de type hédonique, liés aux conditions pratiques, à l'environnement ou au contexte, qui arrivent comme second motif d'engagement. Ce contexte peut être lié à la validation de nombreux crédits-points, aux horaires, à la possibilité d'organiser soi-même sa formation continue... Les médecins accordent de l'importance au motif socio-affectif, à la possibilité de rencontrer leurs pairs, d'échanger avec elles et eux... Ce motif semble lié au plaisir mais aussi à l'apport en termes d'apprentissages que peut fournir un groupe. Les motifs liés à l'obligation sont peu verbalisés, et lorsqu'ils le sont, ils ne sont pas connotés négativement. Les motifs économiques ne semblent pas non plus être importants alors que l'accréditation offre un avantage économique non négligeable. Ce n'est donc pas pour cette raison que les médecins se forment, bien qu'ils et elles aient conscience de ce gain. Le motif lié au plaisir ou à l'intérêt personnel est lui aussi très peu verbalisé. On peut aisément dire que les motifs les plus forts ne sont pas centrés sur les envies ou les besoins de l'individu, mais sur son rôle de médecin. Bien qu'ils et elles aient une totale liberté sur le choix des sujets de formation (comme nous le verrons avec le modèle suivant), ce n'est pas le sujet qui leur procurerait le plus de plaisir ou qui pourrait apporter un développement de l'individu qui est choisi. Enfin, le motif vocationnel n'est apparu qu'une seule fois, dans le cas très spécifique d'une reconversion suite à une fin de carrière imposée.

Nous allons à présent aborder le dernier modèle utilisé pour l'analyse des entretiens.

5.3. Les étapes du processus d'engagement

Le dernier modèle utilisé, qui nous permettra d'analyser les motifs d'engagement en formation dans le cadre spécifique de la prise en charge des FSF, est celui de K.P. Cross (augmenté grâce aux modèles de Viau et Eccles & Wigfield). Il a pour objectif d'analyser le processus d'engagement via un certain nombre d'étapes allant de la perception de sa compétence et l'auto-évaluation jusqu'à la participation. Nous n'allons nous intéresser qu'aux points **A** (l'auto-évaluation), **C** (l'importance des objectifs et l'espoir d'atteindre les objectifs), **E** (les opportunités et les obstacles) et **F** (l'information) de ce modèle, car les points **B** (les attitudes à l'égard de l'éducation), **D** (les transitions de la vie) et **G** (la participation) n'ont pas été exploités suffisamment lors des entretiens. En effet, d'une part nous n'avons pas laissé de place pour ces questions dans notre guide d'entretien, et d'autre part certains de ces points permettent d'analyser les étapes d'une formation menée à son terme, ce qui n'est pas

pertinent dans le cadre de notre analyse puisqu'aucun·e des médecins interviewé·es n'a suivi de formation continue sur le sujet qui nous intéresse.

Nous avons décidé de présenter les résultats en développant les réponses de chaque médecin avant d'en tirer une conclusion plus générale.

Il nous semble aussi important de rappeler que trois des médecins ont été contacté·es spécifiquement car ils et elle possèdent une compétence reconnue dans ce domaine. Dr Bastide est assistant en deuxième année et prépare une thèse en sciences médicales sur un sujet en lien avec la communauté LGBTQIA+. Il est notamment intervenu dans plusieurs colloques sur la question de la santé des personnes appartenant à cette communauté. Dr Lorde a présidé un cercle étudiantin LGBTQIA+ et envisage de mener un travail de fin d'études sur un sujet proche. Dr Saint-Phalle a par le passé collaboré avec nous sur un projet à destination des médecins généralistes sur la question de la prise en charge des FSF.

5.3.1. L'auto-évaluation

Pour analyser l'auto-évaluation des médecins généralistes, nous nous servons de deux catégories développées par Roland Viau : la perception de la compétence et la perception de contrôlabilité du point de vue du résultat.

5.3.1.1. *La perception de la compétence*

Au niveau de la perception de la compétence, nous avons dans la plupart des cas formulé la question explicitement : « est-ce que vous vous sentiriez compétent·e, est-ce que vous auriez des informations à donner à une patiente homosexuelle qui viendrait vous poser des questions sur les transmissions d'IST entre femmes, par exemple ? »

Nous allons commencer par analyser les réponses des assistant·es lorsque nous les avons questionné·es à ce sujet.

Lors de l'entretien, Dr Bastide nous confirme que durant sa formation initiale il n'a jamais reçu d'informations concernant la prise en charge des FSF. Il a reçu certaines informations lors de son stage dans un centre spécialisé en procréation médicalement assistée. Cependant, ces informations ne peuvent d'après lui pas réellement aider lors de la prise en charge des patientes dans le cadre d'une consultation en médecine générale, car elles concernent des gestes techniques spécifiques qu'un·e médecin généraliste ne sera jamais amené·e à faire. Ces informations pourront cependant servir à informer les patientes qui souhaiteraient s'inscrire dans un processus de PMA. Pour pallier ce manque d'information, il a lui-même proposé une formation aux sujet des patient·es LGBTQIA+ auprès de ses pairs. D'après lui, la plupart des médecins sont plus ignorant·es que malveillant·es à ce sujet, et ils et elles peuvent se sentir compétent·es en se basant sur des *a priori*.

Dr Lorde quant à lui se sent plus compétent que la plupart de ses confrères et consœurs, mais n'estime pas que sa compétence soit optimale. Il n'a lui non plus pas reçu de formation à ce sujet à l'université : il s'est formé lui-même car le sujet le touchait intimement. Il a lui aussi souhaité former ses collègues au cabinet où il exerce actuellement, car il était surpris d'entendre qu'ils estimaient qu'ils n'avaient pas de patient·es homosexuel·les dans leur patientèle. Cette formation n'a pas encore eu lieu car les collègues ne s'intéressent pas à cette question mais Dr Lorde se voit confier tout·es les patient·es susceptibles d'être LGBTQIA+. Concernant le sentiment de compétence, il nous signale par exemple qu'on peut prendre en charge des patient·es d'une certaine manière car c'est ainsi que cela a été enseigné, sans pour autant comprendre pourquoi on le fait de cette façon. D'après lui, on peut percevoir son incompétence sans avoir besoin d'être confronté·e à un patient qui nous met face à cette incompétence. Enfin, Dr Lorde nous a fait part d'un événement où il a été confronté à une forme d'incompétence sur son lieu de travail : un·e de ses collègues (il ne sait pas qui) a écrit « Homosexuel ? » dans les antécédents d'un dossier de patient. Dr Lorde postule que ce·tte médecin n'a pas posé la question directement (le point interrogation suggérant qu'il ou elle n'a pas la réponse), que cette information ne devrait pas se trouver dans un dossier partagé et encore moins dans la rubrique concernant les antécédents.

Et c'est quelque chose qui moi m'a profondément dérangé, parce que le point d'interrogation voulait dire qu'on se basait sur des a priori et que c'était pas du tout le patient qui en avait parlé ou qui disait « j'ai un copain ». Donc je me suis dit que quelque chose apparaissait sur le dossier sur des a priori sans qu'on sache que c'est vrai, alors qu'en médecine on est normalement basés sur la preuve. (Dr Lorde.)

Dr Sand est le troisième assistant interviewé. Bien qu'il ne se sente pas encore tout à fait compétent dans sa pratique en général, il se sent compétent pour prendre en charge les patientes FSF car il a suivi des cours sur les maladies sexuellement transmissibles et a acquis une certaine expérience : « L'expérience, déjà, j'ai eu pas mal de gestion d'MST... Donc en général, évidemment ça fait tout de suite appel, relation sexuelle c'est dans le titre, donc, on est attentif à ça évidemment. Je pense pas avoir de grande difficulté avec ça. » Durant les cours sur les IST, il se rappelle qu'on lui a enseigné la nécessité d'être tolérant·e et « attentif·ve » sur le plan « émotionnel », au niveau de la « valorisation » et la « reconnaissance » des identités des HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) ou des personnes transgenres mais pas les FSF, auxquelles ses cours ne faisaient pas référence : « Par contre, sur l'aspect émotionnel, et reconnaissance, valorisation, oui on a quand même eu quelques petits débats pour être plus attentifs à ce genre de personnes. Maintenant ça n'englobe pas les personnes femmes homosexuelles, ou bisexuelles, ou ayant des relations avec des femmes... ». Dr Sand se sent compétent car il a suivi des cours de psychologie durant ses 3 ans de Master. Enfin, il exprime le fait qu'il ne se sentirait pas mal à l'aise face à une patiente homosexuelle : « Maintenant, peut-être si c'est une situation plus détaillée, ou une difficulté plus

détaillée... Sinon, non, je ne vois vraiment pas en quoi j'aurais du mal ou je serais mal à l'aise d'emblée, en ayant mis cette étiquette sur la patiente. »

Enfin, Dr Pankhurst est la dernière assistante interrogée. Elle n'a jamais reçu de formation sur la question des FSF, que ce soit en formation initiale ou continue, bien qu'elle ait suivi des cours sur les IST faisant référence aux populations hétérosexuelles et HSH. Elle est la seule du panel à se déclarer incompétente. Elle exprime notamment avoir reçu des informations erronées sur cette question lors de ses études :

Moi je pensais ça aussi [qu'il n'y avait pas de risque de transmission du HPV entre femmes], parce que moi on m'a appris pendant toutes ces années que le papillomavirus était essentiellement porté par les hommes et qu'à partir du moment où une femme avait ses premiers rapports sexuels avec un homme, elle devenait à risque de développer des lésions liées au papillomavirus. Donc, encore une fois, je ne suis pas compétente sur le sujet, c'est la preuve.

Elle ne se sent pas préparée et ne sait pas comment renseigner une patiente sur la réduction des risques en matière de sexualité. Tout comme Dr Lorde qui a conscience de ses lacunes sans pour autant devoir être confronté à un patient, Dr Pankhurst avait conscience de son incompétence mais n'a pas eu l'opportunité de se renseigner avant d'être confrontée à une patiente qui a pu l'informer sur ce sujet. Pour elle, il est important de parler de ce sujet pour que les médecins se rendent compte qu'ils et elles n'ont pas de connaissances sur les patientes FSF.

Passons maintenant à la perception de la compétence des médecins plus avancés dans leur carrière. Dr Saint-Phalle se sent compétente car elle est impliquée personnellement dans les problèmes que rencontre la population homosexuelle. Elle a elle-même créé et donné des formations à ce sujet. Dans la maison médicale et le planning familial où elle travaille, le personnel aborde souvent cette question afin d'améliorer ses pratiques. Dr Saint-Phalle pense que la formation en général (continue et initiale) doit être améliorée pour prendre en compte les aspects psycho-sociaux qui sont pour l'instant absents. Elle pense, contrairement aux Dr Pankhurst et Lorde, qu'il faut être face à un problème pour que cet élément soit déclencheur d'apprentissage.

Dr Tuailon quant à lui n'a jamais participé à une formation sur le sujet. Pour lui, la formation initiale est suffisante pour assurer cette prise en charge. Les médecins sont d'après lui capables de soigner toutes les patientes indépendamment de leur orientation sexuelle, car cela ne demande pas de compétences particulières :

Non, mais vous savez, on peut ressentir le besoin d'être formé à plein de choses différentes. Vous savez, c'est un créneau bien particulier, bien précis, maintenant je peux ressentir le besoin de me former, qu'est-ce que je sais, aux douleurs neuropathiques, aux gens qui veulent changer de sexe, aux transgenres, etc. On en a quelques-uns dans notre clientèle. Mais bon, je pense qu'avec un petit peu d'ouverture d'esprit on sait aborder les problèmes de la plupart des gens, même des gens qui ont une orientation qui peut-être est différente, sans pour autant qu'il ne faille pour cela avoir une formation spécifique. Je pense, en tout cas.

Il n'a cependant été que très peu confronté à des patientes homosexuelles et n'a pas connaissance d'informations pouvant aider cette population, que ce soit en termes de structures associatives ou de professionnel·les de référence.

Dr Harmange n'a jamais rencontré de difficulté liée à cette prise en charge des patientes homosexuelles. Elle a par contre des personnes transgenres dans sa patientèle : « Je vais dire que j'ai pas rencontré de difficultés. J'ai des changements d'identité de sexe chez quelques patients, mais j'ai pu connaître un petit réseau par rapport à ça et les orienter... »

Dr Chollet n'a jamais assisté à une formation sur la question de la prise en charge des FSF et n'a pas non plus rencontré ce sujet dans ses lectures. Elle n'a pas le sentiment d'avoir eu des difficultés liées à cette question. Elle reconnaît ne pas être informée à ce sujet car elle n'est pas homosexuelle et n'a pas d'amies homosexuelles, bien qu'elle ait dans sa patientèle des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes. Son apprentissage sur ce sujet se fait grâce à ses patientes et elle reconnaît ne peut-être pas tout savoir.

Dr Davis n'a jamais eu de cours à ce sujet, que ce soit d'un point de vue pathologique ou psychologique. Il est d'ailleurs étonné de notre démarche car il n'a pas connaissance de pathologie spécifique liée à l'homosexualité féminine. Pour lui, l'homosexualité n'est pas un problème et n'a pas d'influence sur la prise en charge. Toutefois, concernant ces questions, ce sont les patientes qui lui ont appris certaines choses, « au *feeling*, à l'intuitif », et c'est sur le tas qu'il « brode » ou « échafaude » ses connaissances.

Non, c'est au *feeling*, c'est à l'intuitif, c'est... si peut-être les premières personnes que j'ai rencontrées, mais c'est quasiment il y a trente ans de pratique, j'étais peut-être un petit peu désarçonné par les questions, par les thèmes abordés, petit à petit ça s'est rôdé, puis des gens m'ont raconté leur vie, donc au travers de la vie d'une personne, il peut y avoir de mêmes expériences de vie avec d'autres personnes, donc voilà, petit à petit comme ça on brode et on échafaude un petit peu un canevas de questions-réponses.

Dr Coffin n'a jamais entendu parler de ce sujet durant ses années d'études ou durant sa formation continue et déclare n'avoir jamais eu de patientes homosexuelles.

Dr de Gouges se sent compétent sur ce sujet car il a pu répondre aux questions que des patientes FSF lui ont posées. Il a d'ailleurs suivi deux couples de femmes dans un parcours de PMA et perçoit sa compétence à travers ces couples. Il n'a jamais suivi de formation sur ces questions car ces formations n'existent pas, et il a appris sur le tas grâce à ce que ses patientes ont bien voulu lui dire. Il n'a jamais rencontré de problème lié à cette question. Il aborde facilement des questions liées à la relation de couple de ses patientes en posant des questions telles que : « tiens c'est bizarre, pourquoi est-ce que vous avez choisi comme ça ? » ou « Qui est-ce qui a joué quel rôle dans l'histoire ? »

Dr Wittig est la seule à avoir reçu une formation sur le sujet durant ses études à l'ULB. Un professeur a spécifiquement insisté sur cette question. Elle nous donne un exemple de ce que ce professeur lui a appris :

Je pose la question très facilement, en disant « Est-ce que vous avez un compagnon, une compagne ? » Puis après, les questions chez les jeunes se posent d'une autre façon : « Vous n'avez pas besoin d'une prise de sang pour une maladie sexuellement transmissible ? » et puis après j'embraye. Ça dépend des cas, mais en général c'est comme ça.

Elle n'a pas connaissance d'une formation continue sur ces spécificités, bien qu'elle ait déjà participé à une formation donnée par l'association Genres Pluriels qui traite de la question des personnes transgenres. Elle nous informe au passage qu'elle n'a pas de difficulté à traiter des personnes homosexuelles : « Donc je pense que non, je pense que de ce point de vue-là... moi j'ai pas de préjugé, moi, je m'en fous. Qu'on soit homosexuel ou hétéro, ce n'est pas un critère. J'ai des transgenres dans mes patients, je n'ai pas de souci avec ça. »

Enfin, lorsque nous l'avons interrogé sur son sentiment de compétence dans la prise en charge de patientes FSF, Dr Crenshaw a déclaré ne pas avoir de compétences particulières en sexologie. Lorsque nous lui demandons s'il a déjà participé à une formation sur la question des FSF, il nous signale avoir participé à une formation *via* la SSMG qui traitait de cette question. Il s'avère plus tard dans l'entretien que cette formation n'a pas du tout abordé ce sujet :

Dr Crenshaw : D'ailleurs, il y a deux ou trois ans, à la semaine de la SSMG, ce sujet-là faisait partie d'un atelier de formation et de cours magistraux, donc on l'a abordé lors d'une semaine de la SSMG. [...]

Aurore : Et au niveau de l'homosexualité féminine, il y a eu des choses qui ont été spécifiquement amenées dans cette formation-là ?

Dr Crenshaw : (Réfléchit.) Je n'en ai pas de souvenance, non.

Dr Crenshaw n'a donc lui non plus jamais participé à une formation sur ce sujet. Il signale toutefois qu'il n'est pas rebuté par le sujet et qu'il pourrait potentiellement donner des informations sur cette question à sa patientèle mais aurait besoin d'une formation plus approfondie.

En conclusion, ce que nous apprennent les différents entretiens, c'est qu'une majorité écrasante de médecins (12 sur 13) se sent compétent·es sur la spécificité de la prise en charge des patientes FSF, alors que ceux-ci et celles-ci n'ont pour la plupart jamais participé à une formation traitant de ce sujet et font état d'une absence totale d'informations dans leur formation initiale. Certain·es d'entre elles et eux apportent des preuves de cette compétence, comme Dr Wittig, par exemple, lorsqu'elle montre qu'elle pose des questions ouvertes permettant aux patientes de se sentir à l'aise de dire qu'elles ont une compagne plutôt qu'un compagnon (rejoignant en cela les recommandations de Chartrain et al. [2009] et de Bjorkman et Malterud [2007]). D'autres au contraire apportent des preuves qui semblent contredire cette affirmation de compétence, soit parce qu'ils ou elles emploient des termes interpellants, comme Dr Crenshaw lorsqu'il questionne une patiente homosexuelle en commençant par un «tiens c'est bizarre » qu'on pourrait qualifier de jugeant ; soit parce qu'ils ou elles pensent nous prouver leurs connaissances des FSF en montrant leurs connaissances d'autres populations (parfois les HSH, plus souvent les personnes transgenres). Dans certains cas, la méprise va très loin, comme par exemple avec Dr Harmange lorsqu'elle dit : « J'ai des changements d'identité de sexe

chez quelques patients. » Ce type d'erreurs sémantiques (on parle d'identité de genre ou de réassignation sexuelle, mais pas de « changement d'identité de sexe ») tend à indiquer une méconnaissance des questions liées aux personnes transgenres.

Enfin, lorsque l'on pose la question de la compétence, certains·es médecins donnent une réponse qui concerne en réalité leurs ressentis face à l'homosexualité, telle que « moi j'ai pas de préjugé », « ça ne me pose pas de problème », « je ne suis pas mal à l'aise », qui ne confirment ou n'infirmement pas leur compétence à ce sujet, mais qui semblent indiquer qu'ils et elles ont conscience qu'il existe une différence de prise en charge vis-à-vis de ces patientes. En d'autres termes, il semblerait qu'ils et elles reconnaissent que ces patientes pourraient être mal prises en charge par des médecins homophobes, mais qu'ils et elles considèrent ne pas être discriminant·es, et il nous semble que ce sentiment se substitue chez elles et eux au sentiment de compétence : « moi j'ai pas de préjugé [donc je prends bien en charge les patientes FSF] », « ça ne me pose pas de problème [donc je suis compétent·e] », « je ne suis pas mal à l'aise [alors je n'ai pas besoin de formation à ce sujet] ».

Passons maintenant au second point de l'auto-évaluation, la perception de la contrôlabilité du point de vue du résultat.

5.3.1.2. La perception de la contrôlabilité du point de vue du résultat

Le point A du modèle de Cross, portant sur l'auto-évaluation, peut être précisé par des éléments de la théorie de Viau, tels que la perception de la compétence (dont nous venons de parler) mais aussi la perception de la contrôlabilité du point de vue du résultat, c'est-à-dire la perception qu'a le sujet de sa capacité à réussir ou non une tâche. Cette perception peut être en lien avec beaucoup d'éléments, comme par exemple la capacité à maîtriser une technique ou la maîtriser suffisamment, à réussir une évaluation, à accéder à une promotion... Cette perception est directement en lien avec ce que l'individu conçoit comme critère de réussite surtout lorsque, comme ici, il n'y a pas de critère de réussite défini.

Seul Dr Lorde a parlé de la notion d'évaluation comme critère de réussite dans ces entretiens : c'est réellement une notion totalement étrangère dans la formation continue des médecins de ce panel.

Dr Lorde : En fait les systèmes en ligne, souvent, on a purement la théorie qui s'y met, avec des articles, des résumés d'articles, et on ne te valide pas tes points d'accréditation si tu ne réussis pas le test à la fin, donc tu es obligé de le faire correctement, de bien lire. Il y a des tests. Pas pour tous, mais pour la majorité, il y a des tests qui sont nécessaires, où c'est nécessaire d'avoir 60 ou 70% de bonnes réponses pour valider ton séminaire.

Aurore : Ah oui. Et sinon, si tu fais un séminaire en présentiel et que tu vas suivre une conférence, par exemple, à la fin on ne te demande pas...

Dr Lorde : Majoritairement, non.

Il semble qu'il n'y a généralement pas d'évaluation, qu'elle soit formative ou sommative : la notion de réussite ou d'échec semble être uniquement liée à la perception que le sujet a de lui-même et n'est pas influencée par une potentielle évaluation externe d'une formation continue antérieure. De

plus, aucun·e médecin n'a verbalisé d'autres critères qui seraient liés à la réussite ou non de cette formation.

5.3.2. Les objectifs

Ce point peut être subdivisé en deux catégories : d'une part, la valeur d'une activité (Viau, 1994) ou l'utilité perçue (Eccles & Wigfield, 2002) ; d'autre part, l'importance (Eccles & Wigfield, 2002).

5.3.2.1. *La perception de la valeur d'une activité (Viau, 1994) / L'utilité perçue (Eccles & Wigfield, 2002)*

Nous avons pu le constater grâce au modèle de Philippe Carré (2001), les médecins généralistes verbalisent plusieurs utilités à la formation continue en générale. Ici, nous allons nous concentrer sur l'utilité perçue d'une formation sur les spécificités de prise en charge des patientes FSF.

Nous allons, comme pour le point A, présenter les résultats des entretiens à ce sujet médecin par médecin, avant de proposer une conclusion plus globale.

Pour le Dr Tuaille, il n'est pas utile de proposer une formation spécifiquement sur ce sujet car il suffit d'un peu d'ouverture d'esprit pour pouvoir prendre en charge correctement les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes. Pour lui, il est important de se mettre à jour, se tenir au courant de tout ce qui est du domaine de la médecine, mais pas sur ce plan-là. Enfin, pour lui il n'y a aucun intérêt à se former sur la question des FSF puisque l'homosexualité féminine n'est pas une pathologie. Dr Tuaille : « C'est pas une pathologie en particulier, donc j'ai pas des gens qui viennent pour ça chez moi. Je soigne tout le monde, je soigne beaucoup de gens qui ont des problèmes psychologiques ou relationnels, et parmi ceux-là il y a des gens transgenres et des gens homosexuels. »

Dr Harmange ne perçoit pas non plus l'utilité d'une telle formation car elle ne voit pas les difficultés particulières que pourraient avoir des personnes homosexuelles. Elle ne voit pas de différence, même au niveau du dépistage, que les patientes soient hétérosexuelles ou homosexuelles : « C'est particulier, parce que l'homosexualité n'est pas une pathologie en soi, donc c'est pas un thème de formation en soi, après sur les troubles identitaires, des choses comme ça... ou gynéco, ou... ». Comme Dr Tuaille, Dr Harmange justifie l'inutilité perçue d'une formation sur les FSF par le fait que l'homosexualité n'est pas une pathologie.

Dr Chollet perçoit l'utilité d'une formation sur les spécificités de la prise en charge des FSF notamment concernant le frottis. Pour elle, il est important de remettre ces femmes sur le même pied que les femmes hétérosexuelles :

Je trouve que l'exemple que vous m'avez donné, du frottis, par exemple. C'est un exemple frappant, je trouve. C'est-à-dire que ce sont des femmes comme les autres, qui ont les mêmes pathologies que les autres, quelles que soient leurs pratiques sexuelles, et je pense qu'il faut rappeler aux médecins généralistes que ces femmes ont les mêmes risques que les femmes hétérosexuelles. Donc il faut essayer de, comment je vais expliquer ça, de remettre ces femmes sur le même pied que les autres, que les hétérosexuelles.

Dr Chollet est responsable de la formation continue au sein du Centre d'Étude et de Formation Pluridisciplinaire (CEFOP). Pour elle, c'est une formation qu'elle pourrait proposer à ses confrères et consœurs. Comme elle l'explique, certaines firmes proposent parfois des thèmes de formation et si un collectif organise une formation à ce sujet, elle serait tout à fait prête à l'introduire dans le programme de l'année.

Dr Davis quant à lui semble plus nuancé : pour lui, que la patiente soit homosexuelle ou non ne change pas sa pratique. Cependant, il reconnaît que des patientes lui ont appris certaines choses à ce sujet au travers des discussions qu'il a eues avec elles. Il demande s'il serait possible de proposer la formation dans son GLEM.

Dr Coffin perçoit l'utilité de ce type de formation par curiosité personnelle, parce qu'on ne lui a jamais parlé de ce sujet et parce qu'elle reconnaît ne pas avoir de formation. Pour elle, le sujet est intéressant et il y a un besoin de formation à ce sujet.

Dr Bastide quant à lui perçoit fortement cette utilité. Dr Bastide propose déjà des formations et des colloques à ce sujet tant pour les professionnel·les que pour les patient·es. Pour lui, le/la médecin généraliste a un rôle social, il ou elle doit aller à la rencontre, et de manière proactive, des patientes qui ne vont pas spontanément consulter. Pour lui, la perception de l'utilité du sujet de formation dépend entre autres du partage qu'on fait entre soins de première et de seconde ligne. Chaque médecin perçoit différemment son rôle en tant que soignant·e de première ligne, et cela a un impact sur les formations qu'il ou elle juge utile ou non pour remplir ce rôle :

je pense que c'est quelque chose de très délicat, de très personnel aussi en tant que généraliste, qui dépend de où tu te sens à l'aise, dans quel domaine tu te sens à l'aise, et dans quel domaine tu estimes que ça fait partie du travail de la première ligne. Il y a d'une part, une conception de ce qui fait partie du travail de médecin, en tant que tel, en estimant par exemple que tu n'es pas assistant social, que tu n'es pas psychologue, ou quoi que ce soit. La question est aussi de savoir ce qui fait partie de la première ligne, et à quel moment tu réfères à la deuxième ligne de soin, quand tu sens que tu n'es pas à l'aise avec le sujet, ou tu estimes que c'est un sujet sur lequel... comment dire, tu n'as pas à te former, parce qu'il y a des gens mieux formés que toi qui vont faire le travail à ta place.

Pour lui, cette formation doit être introduite dans la formation initiale car les besoins des FSF ne sont pas intellectualisés et sont donc perçus par les médecins comme inexistantes.

Dr Saint-Phalle pense elle aussi que cette formation doit se donner dans le cursus initial des médecins généralistes, bien qu'elle précise que les aspects pratiques de ce sujet (les chiffres spécifiques des transmissions d'IST chez la population FSF, les besoins de dépistage, etc.) sont selon elle secondaires par rapport à l'apprentissage des aspects psycho-sociaux (d'accueil inclusif et respectueux, d'ouverture, etc.) :

Moi, personnellement, je suis assez hostile à cet abord-là [centré sur la pratique], parce que je pense qu'en fait... c'est sûr qu'il y a des aspects prévention, et qu'effectivement il faut connaître les risques particuliers qui sont liés à des pratiques FSF, mais... mais en même temps, pour moi c'est extrêmement secondaire, je pense que le principal c'est d'ouvrir son esprit, d'accueillir les gens comme tout le monde, enfin, de pouvoir... que les gens

se sentent à l'aise, simplement, parce qu'ils se sentent accueillis. Voilà, je pense que l'abord le plus intéressant c'est celui-là, c'est tout ce qui est psycho-social finalement.

Lorsque nous lui posons la question de l'utilité d'une formation sur les spécificités de la prise en charge des FSF, Dr de Gouges nous répond qu'il ne perçoit l'utilité que d'une formation sur la question de la procréation médicalement assistée, et ce d'un point de vue éthique uniquement : « La nouvelle génération [de médecins] va être confrontée de plus en plus à ce genre de chose. Et puis un jour ça viendra chez les hommes aussi, comment est-ce qu'on va gérer ça, enfin bon voilà. » Pour lui, une formation portant sur un autre sujet que les aspects éthiques de la PMA n'est pas utile, car si les gens sont malades, le genre de la personne avec qui ils ou elles sont en couple ne change pas grand-chose dans sa pratique. Dr de Gouges met aussi en avant l'utilité d'un point de psycho-social mais uniquement pour ceux ou celles qui : « ne s'emballent pas que quand ils voient une belle angine, quoi, qui s'emballent aussi quand ils voient des choses qui sont différentes, et évidemment pas des choses, des choses entières qui sortent du cursus » En d'autres termes, la formation n'est utile que pour les médecins qui ont une pratique de la médecine plus axée sur le psycho-social.

Dr Sand pense que cette formation doit se trouver dans le cursus initial, car essayer de conscientiser à ce sujet des médecins qui n'en perçoivent pas l'utilité et leur proposer une formation est une forme de maltraitance : « Je crois que c'est surtout ça... à ce moment-là, si on veut absolument toucher, il faut peut-être regarder de l'autre côté, qui en nous veut absolument aller chercher ces imbéciles-là qui ne veulent pas changer, alors je crois qu'on est tout aussi maltraitants qu'eux. »

Il verbalise le fait qu'un.e médecin qui ferait face à plusieurs reprises à une difficulté, que ce soit au sujet des FSF ou autre chose, finira par se poser des questions et se former à ce sujet. Le Dr Sand pense qu'il faut faire confiance au processus qui consiste à laisser les médecins être confrontés plusieurs fois à une difficulté et que tenter de former des médecins qui ne perçoivent pas l'utilité de la formation est peine perdue :

Je crois qu'il faut laisser faire les choses. A posteriori, il faut faire confiance au processus, on ne peut pas aider quelqu'un qui ne veut pas être aidé. Quelqu'un qui reste dans ses schémas et qui dit « moi je sais j'ai pas besoin de cette formation à la con », vous pourrez danser sur votre tête, laissez tomber. Quelqu'un qui a déjà eu deux trois petits problèmes avec des patients, il sera déjà peut-être un petit peu réceptif, même si il y a des processus de résistance, qui peut être multiple pour différentes raisons, différents mécanismes, on résiste toujours avant de se lancer, mais en général y a une emmerde en plus qui fait se dire « bon, je vais quand même un petit peu me former, un petit peu me remettre en question ».

Pour lui, il est inutile de lutter contre le système déjà en place avec des formations continues et il vaut mieux se focaliser sur la formation initiale pour que les médecins de demain soient mieux formés : « je dis toujours, ne gaspillez pas votre énergie à lutter contre le système, le système il est ce qu'il est, imparfait, il y a des choses qui vont très mal, on sait qu'on va droit dans le mur... soyez pas en colère contre lui. Mettez votre énergie à construire le monde de demain. »

Dr Pankhurst, quant à elle, perçoit parfaitement l'utilité de ce type de formation, elle serait d'ailleurs tout à fait partante pour y participer. Elle serait aussi partante pour proposer cette formation

à son maître de stage, bien qu'elle souligne que puisqu'il ne perçoit pas forcément que ses patientes puissent être FSF, il ne serait pas intéressé à participer à la formation. Pour elle, certain·es médecins, comme son maître de stage, postulent l'hétérosexualité de toute leur patientèle, et cet *a priori* les amène à penser que ce sujet de formation est accessoire.

Dr Wittig est la seule de notre panel à avoir reçu une formation sur ce sujet lors de sa formation initiale. Elle a apprécié le sujet et perçoit son utilité dans sa pratique. En effet, son professeur insistait notamment sur la manière de poser des questions ouvertes. Cette façon de faire, elle la pratique dans son cabinet et cela lui permet d'offrir à ses patientes plus de liberté.

Dr Lorde a, de sa propre initiative, proposé des formations sur le sujet à ses pair·es lors de son cursus. Pour lui, cette formation est utile car dans le cabinet où il réalise son assistantat, ses collègues pensent qu'il n'y a pas de patient·es homosexuel·les bien que leur cabinet soit un des seuls d'une commune de 5000 habitants. Ses collègues n'ont donc pas conscience que, statistiquement, la population de la commune où ils et elles officient compte au moins 115 à 195 FSF, dont une fraction fait sans doute déjà partie de leur patientèle⁷. Une formation de ce type permettrait de déconstruire cette idée d'une patientèle par défaut composée uniquement de personnes hétérosexuelles. De plus, comme le souligne le Dr Lorde, ses confrères et consoeurs ont l'impression qu'il n'y a pas tant de spécificités à prendre en compte : pour les HSH, il suffirait de vérifier s'ils ont le SIDA, et les FSF n'auraient pas de risques lors de rapports sexuels.

Enfin, le Dr Crenshaw pense que ce sujet est utile. Il pensait d'ailleurs avoir déjà participé à une formation à ce sujet dans le cadre d'un colloque proposé par la SSMG (il s'est avéré par la suite que cette formation n'avait pas abordé le sujet des FSF). Il y est allé car il était certain de recevoir de nouvelles informations. : « J'étais fort intéressé parce que j'étais certain que j'allais apprendre des choses, forcément. C'est un domaine où malgré tout il y a encore pas mal de non-dits, de pudeur, et donc j'étais certain que... que j'apprendrais des choses, ça c'est sûr. Ce qui a été le cas, d'ailleurs ». Pour lui ce type de formation est importante car : « je pense que c'est important qu'on puisse avoir une formation vraiment approfondie sur ce sujet, de manière à informer les gens de façon tout à fait claire et sans ambiguïté ».

En conclusion, sur les treize médecins interrogé·es, seul·es quatre n'ont pas perçu d'utilité à une formation continue sur les spécificités de la prise en charge des FSF (un assistant y était même tout à fait opposé). Un élément qui a déjà été mis en avant grâce au modèle de Deci et Ryan (2002) est celui de la présence de deux cultures chez les médecins généralistes : ici aussi on remarque cette dualité

⁷ Statistiques de l'OCDE : les personnes s'identifiant comme gay, lesbiennes ou bisexuel·les représentent environ 4,6% de la population générale. Ce chiffre augmente de 70% (=7,82%) lorsque le critère pris en compte concerne les pratiques sexuelles et non l'auto-identification. Ces statistiques sont globalement les mêmes chez les hommes et les femmes, ce qui signifie que les FSF représentent entre 2,3% et 3,91% de la population générale. Sur une population de 5000, on peut donc estimer qu'il y a entre 115 et 195,5 FSF.

dans les réponses. Les quatre répondant·es ayant jugé cette formation inutile le font car elle aborderait un aspect psycho-social dont ils et elle ne perçoivent pas l'importance, puisqu'ils et elles jugent soigner tout le monde de la même manière, sans distinction, et qu'ils et elles considèrent qu'il suffit d'un peu d'ouverture d'esprit pour accueillir adéquatement ces patientes. Deux de ces médecins soulignent clairement le fait que ce n'est pas une pathologie et qu'il n'y a donc pas de raison de se former à ce sujet. Ce genre d'affirmation confirme encore l'existence de la double culture en médecine générale, et la priorité donnée à une pratique de la médecine focalisée sur les pathologies : seules les pathologies peuvent, selon cette culture, faire l'objet de formations utiles.

Pour celles et ceux qui perçoivent l'utilité d'une telle formation, Dr Davis, Coffin et Crenshaw verbalisent cette utilité car ils et elle ne savent pas ce que pourrait contenir cette formation mais reconnaissent ne pas être formé·es à ce sujet. Dr Chollet y trouve l'utilité dans l'aspect pratique principalement notamment sur la question du frottis. Dr Lorde, Bastide et Pankhurst (toutes les trois assistant·es) perçoivent cette utilité tant d'un point de vue pratique que d'un point de vue psycho-social. Enfin, Dr Saint-Phalle est quant à elle plutôt hostile à une formation axée sur la pratique : pour elle, l'important de la formation réside dans son aspect psycho-social. Ainsi, elle verbalise l'exact inverse de la culture présente chez beaucoup de médecins de ce panel.

Nous allons aborder à présent la seconde catégorie du point consacré aux objectifs : l'importance.

5.3.2.2. *L'importance (Eccles & Wigfield, 2002)*

Le terme d'*importance* n'est pas à comprendre ici dans son usage courant, mais comme le concept théorique lié à l'accomplissement d'une tâche parce qu'elle permet de valoriser une image de soi positive.

Deux médecins ont lié la formation avec la cohérence et la perception qu'il et elle ont d'eux-mêmes, des valeurs qu'elle véhiculait pour eux. Cette formation permet de valoriser une image positive pour celles et ceux qui se retrouvent et qui valorisent la culture psycho-sociale de la médecine. C'est le cas de Dr Bastide qui met en avant le rôle social du médecin :

Une fois de plus, c'est la conception de ce que tu mets derrière ton rôle en tant que médecin et en tant que généraliste... structurellement moi, quand j'ai une patiente qui vient pour une connerie, je regarde le dossier, je rappelle les vaccins, les prises de sang, etc. Il y a un aspect global, même une consultation à la con, c'est rarement seulement une consultation à la con. En première ligne, si tu sais que la personne en face de toi est lesbienne mais qu'elle vient pour un sujet tout autre, y a toujours moyen de faire de la prévention. Par exemple, « Vous avez 30 ans, c'est quand que vous avez fait un frottis pour la dernière fois ? »

Dr Chollet quant à elle estime que les objectifs que se fixent les médecins sont en lien avec la personnalité du ou de la médecin et les raisons pour lesquelles il ou elle exerce son métier : « Je ne suis pas dans le médical, je suis plus dans l'humain, je suis plus dans la personnalité du médecin, aussi je crois dans le, comment on dit, dans la philosophie que le médecin a mise dans sa pratique, c'est-à-dire "je fais du fric" ou "je m'intéresse aux gens". »

Nous allons à présent passer au troisième point de ce développement concernant les opportunités, les obstacles et le coût.

5.3.3. Les opportunités, les obstacles et le coût

5.3.3.1. *Opportunités et obstacles*

Les entretiens nous ont permis de récolter quelques données sur le sujet. Ce que l'on remarque principalement, c'est l'opportunité de pouvoir valider tous les crédits-points nécessaires à l'obtention de l'accréditation dans le cadre de dispositifs assez longs (que ce soit des journées entières, des week-ends ou des demi-semaines). Ces dispositifs doivent être proposés par des instances reconnues comme la SSMG ou les universités. Les médecins perçoivent ces dispositifs longs comme des opportunités qui vont leur permettre d'obtenir des points mais aussi d'avoir accès à une multitude de sujets en même temps. Ces journées sont perçues aussi comme festives, permettant de rencontrer des confrères, bien que cet aspect festif semble être de moins en moins présent comme nous l'indique Dr de Gouges :

C'est vrai que l'enrobage est parfois important, mais globalement l'enrobage est de moins en moins présent. Non, par exemple, celles de Saint-Luc à Woluwe, les journées de médecine générale sont bien parce qu'ils prennent plein de sujets dans plein de domaines différents, et du coup on a l'impression qu'en un week-end vous avez vu quand même pas mal de matières. Faut pas être fou, on ne revoit pas tout, mais en tout cas toutes les avancées, je trouve qu'elles sont super bien organisées.

Comme nous le verbalise le Dr Crenshaw, il est difficile de se tenir au courant sur tous les sujets car le champ des savoirs et compétences à maîtriser en médecine générale est très vaste et ce type de dispositif donne l'opportunité aux médecins généralistes de pallier ce problème.

Le fait qu'il soit difficile de tout aborder met en évidence un obstacle dont nous parle Dr de Gouges concernant la rareté : comme nous l'avons vu, un grand nombre de médecins pensent qu'ils ou elles n'ont pas ou peu de FSF dans leur patientèle. Ce sujet peut donc être perçu comme rare et comme le signale Dr de Gouges : « Je ne sais pas si maintenant dans les cursus on aborde ce genre de sujet... maintenant, ça reste rare [les FSF], et tout ce qui est rare en médecine n'attire pas spécialement ». La notion de variété des sujets ainsi que la rareté est aussi à mettre en lien avec l'abondance de certains sujets sur lesquels les médecins doivent impérativement se mettre à jour car il touche un grand nombre de patient·es, comme le diabète ou encore le Covid 19 durant cette crise sanitaire. C'est ce que nous apprend le Dr Pankhurst : « Avec la crise sanitaire, j'ai l'impression que la médecine est focalisée sur le COVID en fait, et puis c'est vrai que j'ai eu tellement de démarches administratives à faire dans le cadre de mon début d'assistantat, que... j'ai même pas vraiment le temps de me poser et de faire des révisions si j'ai envie de réviser, ou de m'informer ». Il y a une hiérarchie qui s'opère dans les sujets de formation.

L'accréditation est un facteur très important, nous le verrons notamment dans le sous-point concernant le coût. L'absence d'accréditation d'une formation est vue comme un obstacle à l'engagement des médecins généralistes dans cette formation. De plus, lors des entretiens, sept

médecins ont évoqué la catégorie de formations dites « éthiques », nécessaire à la validation de leur accréditation. Comme nous le verbalise le Dr Coffin : « Il y a toute une question d'éthique à ce niveau-là. On doit avoir aussi des points d'accréditation en éthique, et c'est assez difficile à trouver. Donc ça, si ça rentrait dans les points d'accréditation pour l'éthique, c'est certain que vous auriez beaucoup de généralistes qui viendraient à la formation. »

Cette catégorie de formations est vue comme plus difficile à trouver en dehors des grands dispositifs cités plus haut. La catégorisation « éthique » d'une formation sur la spécificité de la prise en charge des FSF serait vue comme une opportunité pour les médecins généralistes et favoriserait leur inscription dans un processus de formation à ce sujet.

Ne pas apporter une plus-value à la pratique ou ne pas donner le sentiment que la formation apportera de nouveaux savoirs serait un frein à la participation selon le Dr Tuillon.

Un autre obstacle soulevé par le Dr Chollet concerne un éventuel malaise des médecins généralistes vis-à-vis des FSF : « Moi je suis vieux médecin, donc, ça reste particulier comme cas, ça reste encore pour certains : “Est-ce normal, est-ce pas normal ?”, etc. Je pense qu'il y a des gens qui sont mal à l'aise face à l'homosexualité, encore. » Le Dr Pankhurst partage la même impression lorsqu'elle parle de son maître de stage : « C'est un homme d'un certain âge, entre 55 et 60 ans, qui, entre guillemets, a une grande délicatesse quand il parle... et je sens qu'il est fort gêné pour aborder certains sujets avec les patients. Il va avoir du mal à poser certaines questions parce que pour lui c'est tabou. » Dans ces déclarations, il apparaît qu'un obstacle peut résider dans le sujet même de la formation. En ce qui nous concerne, malgré le fait que toutes les médecins interrogées nous aient répondu qu'ils et elles se sentaient à l'aise sur le sujet, cet obstacle nous semble crédible : nous pouvons aisément envisager que celles et ceux qui ne se sentent pas à l'aise n'ont pas voulu participer à cette étude.

Enfin, ce sujet peut être perçu comme politique ou politisé et la perception qu'a le médecin généraliste du placement politique de l'intervenant·e formateur·rice et de son autorité peut être perçu comme un frein ou comme un facilitateur. C'est un élément mis en avant par Dr Bastide :

Oui, mais en même temps c'est un peu comme ça que ça marche. Je pense que ça fait partie... Y a besoin d'autorité si on veut toucher le public, si les gens ont juste l'impression que « c'est des gauchos bien-pensants qui viennent m'expliquer la médecine alors que je fais très bien mon métier depuis 30 ans sans me soucier de la sexualité de mes patients », ça passera pas. Si c'est telle organisation, tel professeur qui va expliquer qu'il y a tel intérêt à faire telle chose, ça passera mieux.

De plus, l'aspect politisé, ajouté au fait que seuls les collectifs dits militants s'emparent du sujet, peut donner le sentiment de vouloir imposer des idées. C'est l'avis de Dr Sand : « Ça devient une forme de psychopathie de vouloir imposer une vision, et on va entrer dans un combat de coqs, ça ne sert à rien. »

5.3.3.2. Le coût

Les médecins interrogés ont pour la plupart verbalisé le fait qu'ils et elles avaient une charge de travail importante avec des journées assez remplies. Nous avons d'ailleurs réalisé certains entretiens vers 20 ou 21h, et les médecins recevaient encore des patient·es après notre appel. Le coût d'une formation semble être principalement le temps que les médecins doivent y consacrer. Un des médecins (Dr Bastide) utilise même le terme « sacrifier » pour parler du temps qu'il doit concéder pour suivre une formation. Le témoignage de Dr Lorde et Dr Bastide est très éclairant sur cette problématique :

Alors qu'une formation habituelle c'est... il faut se déplacer, souvent c'est à Liège ou dans une grande ville, il faut prendre une heure voire deux heures pour le faire, plus les déplacements... je trouve que c'est pas forcément optimal. En plus c'est en dehors des journées, ou les week-ends, donc ça rajoute encore une masse de travail. (Dr Lorde.)

Je prends mon maître de stage, qui a clairement pas un point de vue pécunier sur la médecine, mais qui bosse des horaires assez terribles. S'il doit sacrifier une demi-journée de temps libre pour un truc qui entre guillemets va- [Il s'interrompt.] Il a plus le temps de faire des formations. Donc il fait le minimum de formation pour garder son accréditation. Mais il n'a plus le temps pour faire les formations qui l'intéresseraient parce que il a pas le temps. (Dr Bastide.)

On voit dans cet exemple que l'accréditation joue un rôle important dans le coût de la formation, et fonctionne comme une contrainte obligeant les médecins généralistes à consentir au coût.

Dr Wittig quant à elle ne formule que ce reproche à l'organisation générale des formations : « S'ils pouvaient penser à nos horaires et à faire des formations qui soient plus adaptées point de vue horaires, ce serait vachement chouette. À part ça, non. À part ça, c'est bien régularisé, sincèrement. »

Nous arrivons ici au dernier point de cette analyse des résultats, concernant l'information dont disposent les médecins pour choisir de s'engager ou non dans une formation.

5.3.4. L'information

Les informations dont disposent les apprenant·es ont un impact sur leur perception des obstacles, opportunités et coûts d'un processus de formation. Dans le cadre de cette étude, nous distinguons une catégorie spécifique d'informations que Viau (1994) a nommée « perception de contrôlabilité du point de vue du déroulement », par laquelle nous allons commencer, avant de nous interroger sur la diffusion de l'information concernant la formation sur les FSF.

5.3.4.1. La perception de contrôlabilité d'un point de vue du déroulement (Viau, 1994)

Une information particulièrement utile pour orienter le processus de formation des médecins généralistes concerne le choix de formations à disposition : cette information a ceci de particulier qu'elle permet aux médecins d'acquérir du contrôle sur le déroulement de leur formation continue, ce qui justifie notre choix de placer cette perception développée par Viau dans ce point de notre analyse.

Comme nous avons pu le voir dans la revue de la littérature, il existe une multitude de propositions de formations accréditées pour les médecins généralistes. Ces dernières ont l'obligation d'obtenir 20 CP par an, et la façon dont ils et elles les obtiennent est tout à fait libre. Il existe un large choix en termes de sujets, que ce soit des formations pour maîtriser des techniques ou des outils, pour acquérir des connaissances sur des médicaments, de nouveaux protocoles, des pathologies ou encore des formations à visée plus psycho-sociale, comme celles sur les violences conjugales ou la question de la prise en charge des personnes transgenres, ou celles qui rentrent dans le cadre de l'éthique. Il existe aussi un large choix en termes de dispositifs : cela peut être des formations en petits groupes basés sur l'échange de pratiques, comme en grand groupe pour écouter un·e orateur·rice. Les formations peuvent être en ligne ou en présentiel (les formations en présentiel sont interrompues à l'heure actuelle à cause de la crise sanitaire). Le présentiel peut être organisé durant un temps de midi, une journée, une soirée, un week-end, un long week-end, voire même toute une semaine. Certains dispositifs proposent aussi de ne s'inscrire qu'à une journée ou une formation. Ces formations peuvent avoir lieu en Belgique comme à l'étranger. Elles peuvent être proposées par des grandes firmes pharmaceutiques, des organismes wallons comme la SSMG, des universités, des associations...

Cette large offre de formation se retrouve dans les entretiens, ce qui signifie que les médecins généralistes interrogés disposent de cette information et qu'elle influence la manière dont ils et elles mènent leur formation continue. Chaque médecin a verbalisé un plan de formation différent en fonction de ses envies ou de ses besoins.

Dr Chollet organise des formations avec le CEFOP, et c'est majoritairement avec ses formations qu'elle acquiert ses crédits points :

Je suis moi-même responsable de formations continues de médecins. Je fais partie d'un groupe qu'on appelle le CEFOP, centre de formation pluridisciplinaire, [...] et nous organisons 6 séances de formation continue par an, de 2h chacune. Je suis moi-même responsable de ces formations continues, de sorte que j'assiste à ces formations-là en général, et pas à d'autres.

Dr Coffin quant à elle organise son plan avec l'AMUB depuis plus de 20 ans : « j'allais chaque année, et j'y vais encore cette année d'ailleurs, à l'AMUB, l'association des médecins de l'ULB, parce que là la formation d'accréditation se passe du jeudi au dimanche et on a tous les points de l'accréditation de l'année, sauf les GLEM, donc ça j'y vais chaque année depuis 20 ans maintenant. »

Dr Saint-Phalle quant à elle fait valider ses crédits point grâce à ses lectures, proposant là encore une autre alternative à celle dite « institutionnelle » : « Oui, je suis accréditée, et en réalité j'arrive à me faire accréditer avec uniquement mes lectures. Il y a moyen de le faire, et moi personnellement c'est ce que je fais. »

Dr de Gouges quant à lui ne souhaite pas participer à des formations sur son week-end car il estime déjà travailler beaucoup. Il participe alors à des formations sur le temps de midi : « Et puis il y

a des séminaires de co-régionaux dans un hôpital ici une fois par mois, j'essaie d'y aller, c'est sur l'heure de midi donc ça m'arrange bien de couper de temps en temps ma journée. Et puis je sélectionne en fonction de ce que j'ai envie. »

C'est aussi le cas de Dr Lorde qui favorise les formations en ligne lorsqu'il a un temps de pause.

Chaque médecin crée son propre plan de formation en fonction de ce qui lui est proposé à proximité, de ses envies, du temps qu'il ou elle souhaite y consacrer, etc. Il est important de noter aussi que dans chaque dispositif, les participant·es ont l'opportunité en amont de proposer des sujets qui les intéressent.

Un autre élément soulevé par un des assistant·es que nous avons interrogé est le fait que, graduellement, les assistant·es se voient offrir de plus en plus de liberté dans le choix de sujets et de dispositifs au sein de leur formation obligatoire, afin d'être entraîné·es au fonctionnement tout à fait libre du système d'accréditation : « C'est de plus en plus large comme choix, au fil du temps. En 3^{ème} tu as encore plus de choix de cours, enfin tu dois encore faire plus de cours, de formation de ton côté, et l'objectif c'est un peu de te driller dès ton assistanat, à faire de la formation continue. » (Dr Bastide.)

Tout ceci nous pousse à croire que les médecins généralistes ont une perception assez forte de la contrôlabilité en termes de dispositif.

5.3.4.2. Le cas particulier des FSF : manque d'information sur l'existence de la formation et pistes pour y remédier

Comme on a pu le voir, les médecins disposent de nombreuses informations concernant leurs possibilités de formation continue. Cependant, ces informations manquent complètement en ce qui concerne la formation sur les spécificités dans la prise en charge des FSF : les entretiens montrent que les médecins généralistes ignorent totalement l'existence d'une telle formation.

Pour pallier ce problème, certain·es médecins nous suggèrent plusieurs possibilités. La première serait d'insérer cette formation dans une organisation de formation connue et reconnue telle que la SSMG. Dr Crenshaw propose, en plus de la SSMG, que ce message soit porté par les pouvoirs publics :

Je pense que c'est [...] une information qui [...] doit se faire notamment par le créneau de la SSMG, qui est un bon créneau pour la médecine générale, mais aussi, ça doit pouvoir se faire via l'AVIQ ou quelque chose comme ça. Je pense que les pouvoirs publics ont quand même un rôle à jouer aussi dans l'information du corps médical, parce que bon, malgré tout c'est important d'être informé puisqu'on prend en charge tout le monde.

Ensuite, Dr Coffin nous suggère d'informer directement les médecins généralistes, en passant par internet et plus précisément par le mailing plutôt que par des flyers : « Il faudrait la faire connaître [la formation], peut-être par internet, quelque chose de plus visible qu'un simple flyer dans la boîte aux lettres. Peut-être plutôt par internet. Par mail. Souvent, les formations que je regarde, on les envoie par mail aux médecins. Je pense qu'on regarde plus son mail, maintenant, que sa boîte aux lettres ! »

Enfin, Dr Pankhurst nous propose quelques phrase d'accroche visant à interpeller les médecins :

« Vous pensez tout savoir – je dis n'importe quoi – vous pensez tout savoir de l'homosexualité, mais avez-vous pensé à la prévention des IST chez les femmes homosexuelles ? » Et là ça ferait dire « ah, effectivement, je n'avais pas pensé, effectivement je ne sais pas »... Enfin je pense que ça pourrait aider à faire le parallèle. Ensuite, quoi d'autre... peut-être en mettant des pourcentages, par exemple en disant, je ne sais pas, j'invente : « entre 5 et 10% de votre patientèle féminine sont des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes. Avez-vous pensé à les conseiller en matière de sexualité, de prévention des IST ? » Enfin, des phrases d'accroche de ce genre, pour que les médecins prennent conscience que ces femmes existent, qu'on n'a pas d'infos les concernant, et qu'il faut se former.

Les éléments mis en avant dans cette partie consacrée à l'analyse des résultats vont nous permettre de développer une réflexion et d'articuler certaines questions de ce mémoire avec l'élaboration d'une formation avec un public de médecins généralistes. Pour ce faire, nous allons à présent aborder la dernière partie de ce mémoire, consacrée à la discussion des résultats.

6. Discussion

Dans cette partie, nous allons tout d'abord aborder la question de l'interprétation que l'on peut formuler des résultats obtenus. Ensuite, nous aborderons la question des limites de ce projet, avant d'en arriver aux conclusions de ce mémoire.

6.1. Interprétation des résultats

Ce mémoire poursuit deux objectifs importants, le premier étant de récolter des données sur les motifs d'engagement des médecins généralistes dans le processus de formation sur les spécificités dans la prise en charge des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes. Ces données ont été récoltées et analysées ci-dessus. Il est temps maintenant de nous atteler au second objectif : s'approprier ces données afin qu'elles puissent nourrir dans la pratique, le concret, la conception et l'amélioration de la formation sur ces spécificités pour un public de médecins généralistes.

Pour ce faire, nous allons parcourir les différentes informations présentes dans l'analyse afin de les mettre en relation avec la pratique, en vue d'envisager des pistes d'amélioration de la formation que nous avons créée, que nous sommes amenée à donner dans le cadre de notre stage et de notre bénévolat au sein du projet « Go To Gyneco ! ». Pour rappel, cette formation, encadrée par les asbl O'YES et Tels Quels, a pour but de permettre aux médecins de mieux accueillir les patientes FSF et de disposer d'informations utiles et correctes sur leur santé, leurs risques spécifiques, et les organismes et associations vers lesquels les orienter.

Le bilan de cette formation reste mitigé, dans la mesure où nous avons constaté que les médecins qui la suivaient étaient déjà informé·es et sensibilisé·es sur ces questions, et que nous ne parvenions pas à atteindre les médecins moins informé·es, pour qui la formation aurait été un premier pas pour combler les lacunes de la formation initiale.

6.1.1. Créer des formations en lien avec la pratique et/ou la patientèle des médecins généralistes

Les deux premiers modèles ont permis d'apporter certaines informations utiles à toute personne souhaitant mettre en place une formation à destination des médecins généralistes, sur quelque sujet que ce soit. L'élément qui revient fréquemment dans l'analyse permise par ces deux modèles est l'importance de mettre au cœur de ces formations la pratique de la médecine générale. Sans lien direct avec leur pratique et/ou leur patientèle, les médecins ne montrent que très peu de motivation à entrer en formation. Nous aurions tendance (et c'est ce que nous avons fait chez « Go To Gyneco ! ») à envisager les médecins sous le prisme de la rigueur scientifique et d'essayer de capter leur attention à grand renfort de chiffres et d'études sérieuses prouvant le bien fondé de ce que l'on avance. Ce

mémoire nous montre la présence et l'importance de cette culture dite pragmatique pour cette population, mais elle n'est pas suffisante. En effet, il est toujours préférable d'articuler le sujet de formation, quel qu'il soit, avec la pratique professionnelle et les besoins de la patientèle : un.e médecin aurait potentiellement davantage tendance à suivre une formation sur un sujet ayant attiré à la culture psycho-sociale, s'il est directement lié à un besoin de sa pratique ou de sa patientèle, plutôt qu'à une formation sur une pathologie qui ne concerne ni sa pratique quotidienne, ni sa patientèle.

Un autre point important relevé est que la motivation première exprimée, bien qu'elle soit extrinsèque (elle se situe sur le cadran supérieur gauche du modèle de Carré (2001), extrinsèque et orientée vers l'apprentissage), est située sur la gauche du continuum dans le modèle de Deci et Ryan (2002), vers l'auto-détermination. Tout en étant dans une motivation extrinsèque, les médecins montrent donc une motivation fort auto-déterminée liée à la formation. Le travail des formateur·rices peut dès lors se concentrer davantage sur le lien entre le sujet de la formation et la pratique et un peu moins sur d'autres aspects permettant de développer l'envie des participants à suivre une formation. Il n'est par exemple pas nécessaire de proposer un dispositif extraordinaire et original : la forme semble avoir ici moins d'impact, puisque beaucoup de médecins expriment des préférences différentes à ce sujet. Il semble important tout de même de prendre en compte le second motif exprimé lors des entretiens, qui lui a attiré à l'aspect social des formations, et de favoriser des temps d'échanges et de rencontre entre les médecins, et ce peu importe la forme que prendra la formation.

6.1.2. Le paradoxe du sentiment de compétence des médecins généralistes

Concernant la formation sur les spécificités dans la prise en charge des FSF précisément, ce mémoire nous apprend plusieurs choses. Le premier élément développé concernant la perception de la compétence nous met face à un paradoxe important. Bien qu'ils et elles n'aient pour la plupart pas reçu de formation, ils et elles se sentent globalement compétent·es. Ce mémoire n'avait pas pour objectif d'évaluer cette compétence, et bien que certains indices nous permettent de douter que cette compétence soit effectivement acquise malgré l'auto-évaluation positive, nous n'avons pas l'opportunité de vérifier cette évaluation. Ce paradoxe met en avant l'importance de permettre aux médecins de s'évaluer avec des critères objectifs sur leurs croyances et connaissances du sujet. L'évaluation permettrait de poser des questions sur des critères adaptés à la compétence. De plus, Comme nous l'avons vu, les médecins répondent parfois à la question de la compétence par leur degré d'acceptation ou de tolérance de l'homosexualité féminine, qui n'est pas le sujet et qui ne permet pas de répondre à la question.

Cette confusion entre compétences sur cette prise en charge et degré de tolérance ou d'acceptation montre que les médecins ont connaissance de certains stigmates et préjugés liés à l'homosexualité féminine, mais qu'ils et elles ne font pas le pas supplémentaire d'appréhender ces stigmates comme

ayant un impact sur la santé globale des patientes, ni de prendre conscience que cet impact exige du ou de la médecin des savoirs et des compétences spécifiques pour être appréhendé tant d'un point de vue psycho-social que d'un point de vue pratique. De plus, on peut aussi se questionner sur cette connaissance des stigmates : jusqu'à quel point les médecins ont-ils et elles conscience de la manière dont ils se matérialisent ? Lorsque des médecins demandent « qui a fait quoi dans le processus ? », commencent une phrase par « c'est bizarre » ou ont un discours plutôt négatif sur la PMA, ont-ils et elles conscience que ce type de phrases, qui semblent anodines voire bienveillantes, peut participer à stigmatiser les patientes ? D'autant plus qu'ici entre peut-être en jeu le concept de désirabilité sociale, même s'il peut être contrebalancé par l'anonymisation et la distance qu'offre l'entretien téléphonique. Les médecins interrogé·es savent qu'avoir un discours lesbophobe n'est pas bien vu dans notre société en général et ne sera probablement pas bien reçu par une étudiante qui a choisi cette problématique comme sujet de mémoire.

Il serait alors judicieux de pouvoir proposer une évaluation permettant de questionner ces différents éléments. Cette évaluation pourrait avoir lieu sous forme de test en début de formation, avec le risque de faire naître un désintérêt total chez les participant·es qui réussiront le test. Une autre possibilité serait de proposer un petit test dans le mail d'invitation de la formation. Ce test pourrait permettre aux professionnel·les n'ayant pas pu répondre correctement à toutes les questions de se rendre compte de leurs lacunes et leur donner envie d'entrer dans une démarche de formation en s'inscrivant.

6.1.3. Créer une formation qui soit perçue comme utile

Un autre élément qui nourrit notre réflexion concerne la perception de la valeur de l'activité. Une des difficulté mise en avant dans ce mémoire se situe dans le fait que certain·es des médecins interrogé·es (et cela se retrouve aussi dans notre pratique) nous disent qu'ils et elles n'ont pas ou peu de FSF dans leur patientèle. Cela pose un réel problème puisque, comme nous l'avons vu plus haut, pour susciter la motivation des médecins, il faut que la formation soit en lien avec leur patientèle. C'est un point d'attention qui, au regard de ce mémoire, semble absolument nécessaire. Afin de pouvoir les emmener dans un processus de formation, il faudrait pouvoir déconstruire cette idée et leur faire prendre conscience que leur patientèle comprend nécessairement des FSF. Une des pistes mise en avant par Dr Bastide serait de démontrer ce fait grâce aux études, notamment celle de l'OCDE (2019) qui montre que la population qui se définit comme lesbienne, bisexuelle ou gay représente 4,6 % de la population générale⁸. Ce chiffre varie lorsqu'on prend en compte des critères plus objectifs comme le comportement sexuel (augmentation de 70%) ou l'attrance (augmentation de plus de

⁸ L'étude de l'OCDE se base sur des enquêtes menées en Allemagne, Australie, Canada, Chili, États-Unis, France, Irlande, Islande, Italie, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et Suède.

200%) : on peut donc estimer que la population LGB représente entre 4,6 et 9,2% de la population générale, selon le critère choisi (auto-identification ou attirance). Il y a en moyenne en Wallonie 563 patients par médecin généraliste (Moens, 2020). Même avec une estimation excessivement sous-évaluée (ne prenant en compte ni les comportements, ni les attirances, ni les personnes n'osant pas cocher cette case lors des études), on arrive en Belgique à une moyenne d'environ 25 personnes, dont 12 femmes (il y a autant d'hommes que de femmes s'identifiant comme LGB), concernées par la question de l'homosexualité par médecin. Mis·es face à ces statistiques, il n'est pas impossible que des médecins continuent de nier avoir des patientes FSF : ces chiffres permettraient alors d'interpeller les praticien·nes et de les faire s'interroger sur les raisons poussant ces femmes à fuir leurs cabinets

6.1.4. Tenir compte de la perspective des médecins

Ensuite, ce mémoire nous montre la priorité donnée aux formations s'inscrivant dans la culture axée sur la pratique. La formation que nous avons créée et que nous donnons fait une grande place à l'aspect psycho-social de la prise en charge, et bien que cet aspect ne doive pas être négligé, dans l'objectif de favoriser la motivation des médecins généralistes il serait judicieux de mettre en avant l'aspect plus pratique présent lui aussi dans cette formation. C'est là-dessus que doit se focaliser la formation, elle doit impérativement proposer et mettre en avant une plus-value pour les médecins dans leur pratique. Nous avons, lors de la création de cette formation au sein des asbl O'YES et Tels Quels, réfléchi aux besoins de la population FSF. Ils se déclinent en plusieurs éléments, comme une meilleure connaissance de la part des médecins des risques qu'encourent les FSF en matière de santé, une meilleure prise en charge en termes d'accueil, une meilleure connaissance des moyens de réduction des risques, des associations et personnes référentes dans le domaine. Toutes ces données nous viennent de diverses recommandations de collectifs, associations et expert·es qui ont réalisé des études portant sur les FSF (cfr. le point 2.2.6. : « Recommandations des différent·es auteur·rices » de notre revue de la littérature). Par contre, bien qu'ils et elles soient directement concerné·es, le point de vue des médecins n'est que très peu pris en compte, et il nous semble important, lorsqu'ils et elles constituent le public de nos formations, de partir des médecins pour aller vers les patientes. Cette réflexion nous semble être primordiale si l'on veut avoir un impact positif. Il est important que notre préoccupation soit celle des médecins généralistes en priorité. Les collectifs et associations œuvrant pour améliorer la prise en charge des patientes FSF ont tendance à focaliser leur attention sur ces patientes, et à utiliser les médecins pour atteindre un objectif qui les dépasse. Cet objectif de bien-être et de meilleure prise en charge des FSF ne peut au final pas se faire sans prise en compte de l'autre interlocuteur dans cette relation. Nous ne pourrions attirer les médecins dans ce type de formation que si l'on produit des savoirs et des connaissances mettant au centre de l'attention leurs réalités et leurs besoins concernant ces questions.

6.1.5. Inscrire la formation dans un cadre qui la légitime et la rend attractive

Ce mémoire nous montre aussi que la formation que nous avons créée pourra difficilement atteindre ses objectifs, à savoir la sensibilisation et la formation des professionnels de la santé, si nous ne nous associons pas avec une instance plus importante telle que la SSMG. À l'heure actuelle, cette formation est donnée par une salariée d'une des associations partenaires et une bénévole (à l'heure actuelle, nous sommes la seule bénévole à donner cette formation), dans le cadre d'un cycle de formation continue organisé par la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF). Cette formation remplit tous les critères d'une formation non attrayante pointés par les médecins : elle n'est pas accréditée, elle est donnée par deux associations dont une à portée militante, n'est pas associée avec un·e expert·e reconnu·e et se donne en semaine le matin de 9h à midi (c'est-à-dire durant les heures de consultation).

Il est évident que nous devons faire accréditer cette formation sans quoi elle sera toujours perçue comme de moindre importance et il sera impossible d'attirer des médecins généralistes qui ne sont pas déjà familiers des formations données par des collectifs ou des associations. La formation est à l'heure actuelle créée sur un format de 3h, ce qui permet de l'inscrire assez facilement lors d'une journée de formation, ou d'un GLEM. Le coût lié au temps, mis en avant dans les entretiens, peut être pris en compte.

6.1.6. Concevoir une promotion efficace

Enfin, concernant l'information, il est impératif d'informer les médecins de l'existence de cette formation, de sa pertinence et de son utilité.

Pour concevoir une promotion efficace, il est important de savoir d'abord par quel médium la diffuser. Les entretiens nous ont confirmé qu'une publicité par mail aurait plus d'impact que par des flyer ou brochures. Un groupe de travail mené dans le cadre de « Go To Gyneco ! » avec divers professionnel·les de la santé avait déjà pointé dans cette direction : les médecins présent·es nous avaient expliqué recevoir beaucoup trop de brochures, qui étaient généralement jetées sans avoir été lues. Une campagne de publicité par mail implique toutefois d'avoir accès à un listing de médecins généralistes : or, chez « Go To Gyneco ! », nous n'avons pas accès à ce type de listing. Un partenariat avec un organisme reconnu nous donnerait donc accès à une publicité bien plus importante et ciblée.

Mais le médium ne fait pas tout : il s'agit aussi de produire un message informatif et attractif qui favorise la motivation des médecins. Les entretiens nous donnent quelques indices sur les phrases d'accroche à employer pour attirer le public, ainsi que sur des stratégies visant à convaincre les médecins de l'utilité, de la pertinence et de la qualité de la formation. Par exemple, il faut que le partenariat avec un organisme (GLEM, SSMG, etc.) soit bien visible, ainsi que le fait que la formation est accréditée (éventuellement sous la rubrique « éthique »). Nous pourrions aussi proposer un petit

questionnaire d'évaluation visant à attirer l'attention des médecins sur les lacunes de leur formation initiale, mettre en avant la probabilité pour chaque médecin d'avoir plusieurs patientes FSF dans sa patientèle, et, le plus important, axer la communication sur l'aspect pragmatique lié à la pratique de la médecine.

6.2. Limites et amélioration de ce mémoire

Comme nous avons pu le constater, certaines catégories du modèle de Cross (1981) n'ont pas été investiguées. C'est le cas des attitudes à l'égard de l'éducation. Ce point aurait pu être introduit dans le guide d'entretien afin de pouvoir permettre une analyse encore plus complète. Cet élément nous semblait au départ relativement secondaire car les études de médecine sont réputées comme difficiles et non accessibles à toutes : on peut donc penser que les médecins ont une attitude positive à l'égard de l'éducation puisqu'ils et elles se sont lancés dans ce type d'études. On ne peut toutefois pas exclure la possibilité qu'après avoir réussi ce long parcours du combattant que sont les études de médecine, avec les difficultés que l'on a pu mettre en avant dans la revue de littérature, les médecins aient une attitude plus nuancée à l'égard de l'éducation.

Un second point qui n'a pas été soulevé lors des entretiens, et qui a pourtant une très grande importance en sciences de l'éducation, est la notion d'évaluation. Elle aurait pu apporter des informations, notamment concernant l'espoir d'atteindre les objectifs, qui n'ont pas pu être exploitées ici, alors qu'il s'agit d'une notion importante du paradigme *expectancy-value* comme nous l'avons vu. Les évaluations, quelle que soit leur forme, nourrissent et influencent l'auto-évaluation, la perception de sa capacité à réussir ou à ne pas réussir une tâche, et mériteraient d'être investiguées.

En troisième lieu, le panel qui a accepté de répondre à cette étude est constitué de médecins dont la carrière est soit inférieure ou égale à 5 ans (5 diplômés après 2015, dont 4 assistant·es), soit supérieure à 28 ans (7 diplômés entre 1978 et 1992). Une importante tranche de la population des médecins généralistes, diplômés entre 1992 et 2015, n'a donc pas pu être consultée. Des médecins en milieu de carrière, trentenaires et quadragénaires, auraient pu nous en apprendre davantage, notamment en ce qui concerne la catégorie D (les transitions de la vie) du modèle de Cross (1981), qui n'a pas été exploitée.

Enfin, les entretiens ont pour la plupart été soumis à une limite de temps assez courte. La majorité des médecins ne pouvant accorder à cette étude qu'une tranche horaire de moins de 30 minutes, les informations récoltées et les possibilités d'exploration en ont été fortement impactées.

7. Conclusion

Ce mémoire avait comme objectif de répondre à la question suivante : « quels sont les motifs d'engagement des médecins généralistes dans un processus de formation sur les spécificités dans la prise en charge des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FSF) ? »

Afin de pouvoir répondre à cette question, il était important de faire un état de la question. Cet état nous a permis tout d'abord d'appréhender ces spécificités de prise en charge des FSF et de prouver la nécessité de la prévention et la formation des médecins à ce sujet. Ensuite, nous avons pu dresser un bref portrait de la formation des médecins généralistes en Belgique, ce qui nous a permis de situer le contexte dans lequel s'inscrivent les médecins sur cette question. Enfin, les modèles théoriques liés aux concepts de motivation nous ont permis de relier les deux thèmes précédents, d'apporter une compréhension de la dynamique motivationnelle utile à l'appréhension des motifs d'engagement des médecins généralistes dans un processus de formation sur la prise en charge des FSF.

Ce mémoire s'inspire directement d'un vécu et d'un besoin en termes de pratique professionnelle. Il est né du constat que notre formation ne parvenait pas à attirer des médecins qui n'étaient pas déjà intéressé·es et sensibilisé·es sur ces questions et d'un besoin d'inverser cette tendance. Nous avons conscience que la probabilité de tirer un échantillon de médecins qui avait déjà participé à une formation sur la spécificité de la prise en charge des FSF était extrêmement faible, puisque cette formation à l'heure actuelle n'est pas institutionnalisée, n'est proposée que ponctuellement par quelques collectifs et ne jouit pas d'une grande publicité. Il nous semblait alors pertinent d'inclure dans ce panel quelques personnes s'étant formées sur le sujet afin de multiplier les points de vue. C'est ainsi que nous avons pu interroger Dr Bastide, Dr Lorde et Dr Saint-Phalle. Ces trois médecins nous ont permis de mettre en avant l'aspect très personnel et concerné qui les a poussé·es à s'informer et se former sur les questions liées à la population LGBTQIA+. Notre estimation s'est avérée juste et nous avons constaté que dans notre panel aucun·e autre médecin n'avait participé à une formation continue sur le sujet, ni ne s'était informé·e par soi-même. Étant attentive à cette éventualité, nous avons prévu d'interroger les médecins généralistes sur leurs motifs d'engagement en formation de manière générale et de les analyser grâce aux modèles de Deci & Ryan (2002) et de Carré (2001). Ainsi, nous pouvions tout de même apprendre quelque chose de ces entretiens, même si les participant·es n'avaient pas eu l'opportunité de s'engager dans une formation sur les spécificités dans la prise en charge des FSF.

Ce que les résultats nous apprennent, c'est qu'en matière de formation continue, les médecins font état d'une motivation plutôt autodéterminée. Le système d'accréditation et l'obligation de formation continue semblent entrer en résonance avec la perception des médecins de ce que comporte le métier. Les motifs les plus souvent mis en avant sont les motifs opératoires professionnels et

hédoniques. L'important est réellement que la formation soit en lien avec la pratique professionnelle des médecins et qu'elle leur apporte une plus-value. Ensuite, si elle peut leur permettre de valider un grand nombre de crédits et de rencontrer des confrères, elle leur paraîtra d'autant plus intéressante, mais ce n'est pas obligatoire. Un autre élément mis en exergue est la présence de deux cultures liées à cette pratique, l'une axée sur l'aspect de la pratique pure et l'autre sur l'aspect psycho-social de la médecine générale. On remarque que la première est fortement valorisée au détriment de l'autre.

Lorsque l'on interroge les médecins généralistes sur des questions portant sur l'autoévaluation, les objectifs, les opportunités ou encore les obstacles, et permettant d'appréhender le processus amenant à un engagement en formation et à une participation, on observe plusieurs choses. Tout d'abord, on constate un paradoxe : les médecins se sentent compétent·es sur la question de la spécificité dans la prise en charge des patientes FSF mais affirment n'avoir eu aucune formation ou information sur le sujet. De plus, au sein de ce paradoxe, on observe que certain·es médecins ne répondent pas réellement à la question de la compétence mais nous font part de leur degré d'acceptation de l'homosexualité féminine. Cette réponse met en avant le fait que les médecins sont conscient·es de l'existence de certains stéréotypes et stigmates envers cette population, mais n'envisagent pas que ces stigmates puissent avoir une influence sur la santé globale et la manière de prendre en charge ces patientes. Nous pouvons dire qu'ils et elles ne l'envisagent pas car ils et elles ne perçoivent que très peu l'utilité d'une telle formation, sans toutefois y être opposé·es. Cette faible perception de l'utilité d'une telle formation réside aussi dans le fait que beaucoup de médecins pensent qu'ils et elles ont peu, voire pas du tout, de patientes FSF et qu'ils et elles ne sont donc pas confronté·es à cette population.

Ensuite, cette analyse nous apporte de précieuses informations sur la manière la plus adéquate de créer et de donner une formation afin d'attirer un large public de médecins généralistes. Premièrement, il faut commencer par déconstruire l'idée que les médecins ne sont pas confronté·es à cette population dans leur pratique *via* un questionnaire ou des phrases d'accroche. Deuxièmement, il est nécessaire de faire accréditer la formation. Troisièmement, la formation doit être inscrite dans un partenariat avec un·e expert·e ou un organisme reconnu. Quatrièmement, cette analyse a aussi permis de réfléchir sur la présence de cette double culture (pratique vs psycho-social), et de pouvoir ajuster le curseur lorsque l'on présente notre formation.

Toutes ces analyses nous ont permis de mener une réflexion sur notre façon de créer et d'organiser la formation sur les spécificités dans la prise en charge des FSF.

Enfin, il est important de pouvoir relever certains éléments de ce mémoire qui auraient pu être améliorés. Par exemple, l'échantillon présente un trou de représentativité des médecins ayant entre 5 et 30 ans de carrière, ce qui nous prive d'un point de vue assez important. La durée des entretiens est fort variable et la plupart des médecins n'avaient que 20 à 30 minutes à nous consacrer, ce qui limitait

la possibilité d'exploration de certains sujets. C'est aussi pourquoi certaines catégories du dernier modèle (l'attitude des médecins à l'égard de l'éducation, l'influence des étapes de la vie sur le processus) n'ont pu être questionnées alors qu'elles auraient pu apporter d'autres informations pertinentes.

Néanmoins, ces analyses ont pu mettre en avant l'importance de créer des savoirs et des connaissances sur le public concerné par la formation, à savoir les médecins généralistes. Nous avons eu tendance à les percevoir comme des relais nous permettant d'atteindre des objectifs liés au bien-être des FSF, en négligeant parfois de nous concentrer sur elles et eux et sur leurs besoins. Il est important et nécessaire de créer des savoirs sur la population LGBTQIA+, mais il est tout aussi nécessaire de créer des savoirs sur d'autres publics, tels que les professionnel·les de la santé, de l'éducation, de l'administration, des services à la personne... susceptibles d'entrer en contact avec cette population. Étudier ces publics et la relation qu'ils entretiennent avec les populations marginalisées en termes de sexualité et/ou de genre, permettrait de multiplier les points de vue et d'appréhender ces questions dans une perspective systémique.

Bibliographie

- Amenyah, E. I. N. (2011). *La problématique de « départ précoce » dans les classes d'alphabétisation des adultes au Togo : Analyse selon le paradigme théorique de l'expectancy-value* [Thèse de doctorat]. Université Catholique de Louvain. <http://hdl.handle.net/2078.1/75715>
- Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bodemann P, Makadon HJ. (2011) Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. *Revue Médicale Suisse*, 7, 1712-1717.
- Bize, R., Volkmar, E., Berrut, S., Medico, D., Balthasar, H., & Charrière, E. (2012). *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT : Le rôle du système de santé : Etat des lieux et recommandations*. PREOS. https://www.npgrsp.ch/fileadmin/npgrsp/Themen/Fachthemen/Preos_2012_LGBT.pdf
- Bjorkman, M., & Malterud, K. (2007). Being a lesbian - does the doctor need to know ? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 58-62. <https://doi.org/10.1080/02813430601086178>
- Bjorkman, M., & Malterud, K. (2009). Lesbian women's experiences with health care : A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27, 238-243. <https://doi.org/10.3109/02813430903226548>
- Bourgeois, E. (1998). Apprentissage, motivation et engagement en formation. *Education Permanente*, 3(136), 101-109.
- Bourgeois, E. (2009). Motivation et formation des adultes. Dans P. Carré & F. Fenouillet (Ed.), *Traité de psychologie de la motivation : Théories et pratiques* (pp. 233-251). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.carre.2009.01.0233>
- Bourgeois, E., De Viron, F., Nils, F., Traversa, J. & Vertongen, G. (2009). Valeur, espérance de réussite, et formation d'adultes : Pertinence du modèle d'expectancy-value en contexte de formation universitaire pour adultes. *Savoirs*, 20(2), 119-133. <https://doi.org/10.3917/savo.020.0119>
- Burke, S.E., Dovidio, J.F., Przedworski, J.M., Hardeman, R.R., Perry, S.P., Phelan, S.M., Nelson, D.B., Burgess, D.J., Yeazel, M.W., & Van Ryn, M. (2015). Do contact and empathy mitigate bias against gay and lesbian people among heterosexual first-year medical students ? A report from the medical student CHANGE study. *Academic Medicine*, 90(5), 645-651. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000661>
- Cannon, S. M., Vipul S., & Vanderbilt, A. A. (2017). Addressing the healthcare needs of older lesbian, gay, bisexual, and transgender patients in medical school curricula : A call to action. *Medical Education Online*, 22(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1320933>

- Capoen, M. (2020, 16 mai). *Quotas Inami : Une solution pour les nouveaux médecins et dentistes*. Le Soir. <https://www.lesoir.be/301312/article/2020-05-16/quotas-inami-une-solution-pour-les-nouveaux-medecins-et-dentistes>
- Carré, P. (2001). *De la motivation à la formation*. L'Harmattan.
- Carré, P. (2009). De la motivation au registre conatif. Dans P. Carré & F. Fenouillet (Ed.), *Traité de psychologie de la motivation : Théories et pratiques* (pp. 1-11). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.carre.2009.01.0233>
- Cosnefroy, L. (2009). Les théories reposant sur le concept de but. Dans P. Carré & F. Fenouillet (Ed.), *Traité de psychologie de la motivation : Théories et pratiques* (pp. 89-105). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.carre.2009.01.0089>
- Cross, P. K. (1981). *Adults as Learners : Increasing Participation and Facilitating Learning* (6^e éd.). Jossey-Bass.
- Danse, C., & Faulx, D. (2015). *Comment favoriser l'apprentissage et la formation des adultes ?* De Boeck.
- Daubie, M. (2020). *Tarifs des médecins à partir du 14 mars 2020 (partie01)* [Tableau]. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/tarif_medecins_partie01_20200314.pdf
- Delebarre, C. (2017, 9 mars). *Enquête SexoFSF : Résultats préliminaires* [Colloque]. Colloque international « La santé des personnes LGBT », Paris. <https://www.paris2018.com/wp-content/uploads/2017/01/Coraline-Delebarre.pdf>
- Dupont, V., Monseur, C., Lafontaine, D., & Fagnant, A. (2012). L'impact de la motivation et des émotions sur les aspirations professionnelles des jeunes de 15 ans. *Revue Française de Pédagogie*, 181, 55-70. <https://doi.org/10.4000/rfp.3918>
- Faulx, D. (2017), *Traiter et analyser des données*. Document non publié [notes de cours], Université de Liège, Liège
- Fenouillet, F. (2010a). *La théorie de l'autodétermination*. La motivation. <https://www.lesmotivations.net/spip.php?article42>
- Fenouillet, F. (2010b). *La motivation d'effectance*. La motivation. <https://www.lesmotivations.net/spip.php?article41>
- Fenouillet, F. (2010c). *La valence*. La motivation. <https://www.lesmotivations.net/spip.php?article54>
- Fenouillet, F. (2011). La place du concept de motivation en formation pour adulte. *Savoirs*, 25(1), 9-46. <https://doi.org/10.3917/savo.025.0009>
- Fenouillet, F., & Carré, P. (2012). Intérêt et limite d'une approche intégrative de la motivation dans le champ des pratiques sociales. Dans Audiffren, M. (Ed.), *Créativité, motivation et*

vieillesse : Les sciences cognitives en débat. Presses universitaires de Rennes.
<https://doi.org/10.4000/books.pur.61135>

- Genon, C., Chartrain, C., & Delebarre, C. (2009). Pour une promotion de la santé lesbienne : Etat des lieux des recherches, enjeux et propositions. *Genre, Sexualité & Société, 1*.
<https://doi.org/10.4000/gss.951>
- Hémond, E. (1998). La formation continue en dodécagroupe : Des omnipraticiens belges prennent en main leur formation continue. La formule peut-elle être appliquée au Québec ? *Canadian Family Physician, 44*, 2017.
- INAMI (2014, 23 octobre). *Règles de fonctionnement d'un Glem*.
<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/accreditation/Pages/medecins-accreditation-glem-fonctionnement.aspx>
- INAMI. (2015, 23 novembre). *Conditions auxquelles un médecin doit répondre pour acquérir et maintenir la qualité d'accrédité*.
<https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/medecin-accreditation-reglement-complet.pdf>
- INAMI. (2017, 2 août). *Critères de reconnaissance d'une formation sponsorisée par l'industrie pharmaceutique dans le cadre de l'accréditation*.
<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/accreditation/Pages/formation-sponsorisee-industrie-pharma-accreditation.aspx>
- INAMI. (2017b, 2 août). *Critères de reconnaissance d'une formation continue en médecine générale*.
<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/accreditation/Pages/criteres-reconnaissance-formation-continue-medecine-generale.aspx>
- INAMI. (2019, 3 juin). *Faire reconnaître une formation en éthique et économie pour l'accréditation*.
<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/accreditation/Pages/faire-reconnaitre-formation-ethique-economie-accreditation.aspx>
- INAMI. (2020, 18 mars). *Accréditation des médecins et des pharmaciens biologistes*.
<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/accreditation/Pages/default.aspx>
- Jedrzejewski, T. (2016). *EGaLe-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France : Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes* [Thèse de doctorat]. Université Paris Diderot. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5210_JEDRZEJEWSKI_these.pdf

- Khalili, J., Leung, L. B., Diamant, A. L. (2015). Finding the perfect doctor : Identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender-competent physicians. *American Journal of Public Health*, 105(6), 1114-1119. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302448>
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et Perspectives de la Vie Economique (Tome LIII)*, 4, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Moens, M. (2007, novembre). L'Accréditation. *Le Médecin Spécialiste*. https://www.gbs-vbs.org/uploads/media/07spnov_fr_accreditation_.pdf
- Moens, M. (2020, 8 Juillet). *Communiqué de presse : À quand une répartition correcte du nombre de médecins en Belgique ?* ABSyM. <https://www.absym-bvas.be/actualite/communiqu-de-presse-quand-une-repartition-correcte-du-nombre-de-medecins-en-belgique>
- Moise, P. (2018, 8 juin). *Types de formations*. SSMG. <https://www.ssmg.be/types-de-formationen/>
- OCDE (2019), *Panorama de la société 2019 : Les indicateurs sociaux de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/e9e2e91e-fr>
- Paumier, D. & Chanal, J. (2018) Motivation autodéterminée, conséquences motivationnelles et hypothèse de spécificité en contexte scolaire : état des lieux, implications et perspectives. *Revue française de pédagogie*, 203(2), 111-130. <https://doi.org/10.4000/rfp.8160>
- Peeters, E. (2015). *Le numéro INAMI : « En rupture de stock »*. CPCP. <http://www.cpcp.be/publications/numero-inami/>
- PMTIC. (2016, 11 mai). *La théorie de l'autodétermination*. <https://www.pmtic.net/activites/outils/la-motivation/la-theorie-de-l-autodetermination>
- QualiQuanti. (s. d.). *Les entretiens semi-directifs par téléphone*. QualiQuanti créative intelligence. https://testconso.typepad.com/Les_entretiens_semi_directifs_par_telephone.pdf
- Reflexion Medical Network. (2019, 12 octobre). *Accréditation : Les seuils d'activité officiellement publiés*. *Le Spécialiste*. <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/socio-professionnel/accreditation-nbsp-les-seuils-d-rsquo-activite-officiellement-publies.html>
- Reflexion Medical Network. (2020, 19 septembre). *Examen d'entrée : Le taux de réussite atteint 16,62% pour l'épreuve de septembre en médecine et dentisterie*. *Le spécialiste*. <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/etudes-de-medecine-le-taux-de-reussite-atteint-16-62-pour-l-epreuve-de-septembre.html>
- Sinoir, J. (2017). *La motivation scolaire* [Mémoire de master], Université de Rouen. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01679197/document>
- Umons (2019). *Faculté de médecine et de pharmacie*. <https://fr.calameo.com/read/0002659155ca3fa2446d6?page=1>

Viau, R. (2002, 18 avril). *La motivation des élèves en difficulté d'apprentissage : Une problématique particulière pour des modes d'intervention adaptés* [Conférence]. Cycle de conférences : « Difficulté d'apprendre, difficulté d'enseigner », Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg. <http://sites.estvideo.net/gfritsch/doc/rezo-cfa-408.htm>