



Différences intergénérationnelles au-delà des X et des Y

Jocelyn Aubut

« Vous entrez dans un sacerdoce ». C'est ainsi que j'ai été accueilli par un vice-doyen lors de ma première journée à la Faculté de médecine. C'était en 1970. J'ai failli tout laisser immédiatement, car la vie monacale et ses attributs (dont l'abstinence sexuelle) ne m'intéressaient guère. Cette phrase traduisait bien la perception de ce que devait être un médecin à l'époque, la profession passant avant les besoins individuels. Toute notre vie devait être consacrée aux études et à la médecine.

Depuis, les choses ont bien changé. Les générations subséquentes de médecins ne se définissent plus uniquement par le travail, mais aussi par leurs réalisations personnelles. Toutefois, au-delà des différences, il existe beaucoup d'aspirations communes entre les générations.

POUR LA PREMIÈRE FOIS de l'histoire de la médecine moderne, quatre générations de médecins se côtoient : les vétérans (1925-1945), les bébé-boumeurs (1946-1964), la génération X (1965-1981) et la génération Y ou du millénaire (1982-2000)¹. Pourtant, dans la plupart des universités et des départements, c'est comme s'il existait un conflit entre les vieux et les jeunes, comme s'il n'y avait que deux générations. Or, dans les faits, quatre générations occupent le même espace. Une analyse fine des différences entre ces groupes dépassant le cadre du présent article, seuls les éléments de base illustrant les dichotomies usuelles entre générations seront abordés. Ainsi, les vieux disent que les jeunes sont gâtés, qu'ils ont tout cuit dans le bec, que la vie est plus facile pour eux, qu'ils sont centrés sur leurs besoins personnels, qu'ils n'ont pas d'engagement envers la médecine et leurs pa-

tients et qu'ils n'ont pas d'éthique de travail. Évidemment, les jeunes pensent tout le contraire, estimant que les vieux sont dépassés, qu'ils ne sont pas assez « technos », qu'ils sont réactionnaires, qu'ils ont gâché une partie de leur vie en s'investissant trop dans leur travail et pas assez dans leur vie familiale et sociale. C'est un peu caricatural, j'en conviens, mais à peine !

Au départ, on expliquait le désinvestissement des médecins envers leurs patients par la féminisation de la profession, les femmes travaillant moins d'heures, voyant moins de patients, prenant plus de congés parentaux et exerçant davantage à temps partiel². Le discours « antiféministe » n'étant plus « politiquement acceptable », on s'est alors tourné vers les « jeunes »².

Dans les faits pourtant, les différences ne sont pas aussi grandes qu'on pourrait le croire quant aux aspirations des plus jeunes et des plus vieux sur la qualité de vie au travail et dans la sphère personnelle. Le *Rapport sur les effectifs médicaux 2006-2007*³ du Collège des médecins du Québec indique que l'écart entre les hommes et les femmes médecins quant au nombre d'heures travaillées

Le Dr Jocelyn Aubut, psychiatre, est professeur agrégé au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal et directeur général de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Pour la première fois de l'histoire de la médecine moderne, quatre générations de médecins se côtoient.

Repère

Tableau 1**Les plus et les moins de chaque génération⁶**

Caractéristiques	Vétérans	Bébéboueurs	Génération X	Génération Y
Événements marquants	Guerres et patriotisme	Prospérité	<ul style="list-style-type: none"> • Prépondérance des droits individuels • Virage techno • Éclatement des familles 	<ul style="list-style-type: none"> • Internet • Multiculturalisme
Avantages	Loyaux, stables	Axés sur le service	<ul style="list-style-type: none"> • Souples • Autonomes • Créatifs • Technos 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimistes • Entrepreneurs • Ultratechnos • Axés sur les réseaux
Inconvénients	Adaptation plus difficile aux changements	<ul style="list-style-type: none"> • Nombriisme • Jugements de valeur rapides 	<ul style="list-style-type: none"> • Impatience • Cynisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin de supervision et de structure • Relations de un à un plus rares
Messages porteurs	Nous vous respectons	Vous êtes importants pour notre réussite	• Nous avons toutes les nouveautés techniques	• Vous allez travailler avec des gens brillants et créatifs

n'est pas aussi important que ce qu'il a l'air : cinq heures de moins pour les omnipraticiennes et trois heures de moins pour les femmes spécialistes. En outre, au cours des vingt dernières années, tant les hommes que les femmes ont diminué le nombre d'heures passées à travailler. La quête de l'équilibre entre la vie familiale et professionnelle n'est plus l'apanage des femmes ni des jeunes. C'est un phénomène de société touchant les deux sexes, toutes les catégories d'âge et toutes les professions⁴.

Au-delà des préjugés mutuels

Aucune génération n'émerge de manière spontanée. Chacune a été déterminée par des facteurs historiques, sociaux, culturels et familiaux. À titre d'exemple, les guerres, le terrorisme, les poussées technologiques et l'abandon des systèmes de croyances collectifs (tels que la religion et la famille nucléaire) ne sont que certains des éléments expliquant les différences de sensibilité entre les générations⁵.

Souvent, les plus vieux s'imaginent que les jeunes n'ont pas d'éthique de travail, c'est-à-dire qu'ils ne respectent aucune règle explicite ou implicite et ne font aucune réflexion sur leur rapport au travail. L'éthique du travail est à la fois un questionnement et un choix des valeurs

adoptées par un individu dans le cadre de son travail : don de soi, priorité du travail sur la vie personnelle, acceptation des inconvénients liés au travail, individualisme contre esprit de corps, respect de la hiérarchie et des collègues, pour n'en nommer que quelques-unes. Les jeunes sont loin d'une absence d'éthique au travail, bien au contraire. Toutes les générations ont les mêmes besoins fondamentaux par rapport au travail : accomplissement de soi, sentiment d'identité, appartenance à un groupe, besoin de reconnaissance, contrôle de sa destinée professionnelle, engagement et besoin de leadership. Cependant, l'éthique de travail se décline différemment selon les âges. Le *tableau 1* résume de manière succincte les différences entre les diverses générations, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients.

Qui est le plus professionnel ?

De façon subjective et explicite, les plus vieux se trouvent plus professionnels que les plus jeunes qu'ils jugent trop centrés sur eux-mêmes et leurs besoins personnels. Les études montrent cependant qu'il n'y a pas de différences fondamentales entre le professionnalisme des jeunes et des vieux ni entre les sexes quant aux heures tra-

La quête de l'équilibre entre la vie familiale et professionnelle n'est plus l'apanage des femmes ni des jeunes. C'est un phénomène de société touchant les deux sexes, toutes les catégories d'âge et toutes les professions.

Repère

vaillées, aux aspirations d'un meilleur équilibre travail-vie personnelle et à l'engagement envers les patients^{7,8}.

On ne pourrait reprocher aux jeunes de vouloir atteindre un meilleur équilibre entre leurs vies professionnelle, personnelle et sociale.

Comme si ce n'était pas assez, l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle fait désormais partie intégrante des « commandements » des ordres professionnels, comme le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Ainsi, la compétence 3.1 du cadre CanMEDS vient consacrer les obligations des médecins envers leur propre équilibre de vie :

« 3. Démontrer un engagement envers la santé des médecins et leur pratique durable.

3.1. Établir un équilibre entre les priorités personnelles et professionnelles afin d'assurer leur santé personnelle et une pratique viable⁹. »

La question n'est donc plus de savoir si les jeunes sont trop préoccupés par l'équilibre entre leur vie personnelle et professionnelle ni si les vieux sont trop réactionnaires. Les aspirations sont les mêmes pour tous. D'ailleurs, la plupart des grands centres hospitaliers ont déjà adapté leur stratégie de recrutement en fonction des caractéristiques des nouvelles générations. Cette stratégie ne repose plus uniquement sur le prestige de l'établissement ou les revenus, mais plutôt sur des aspects comme la souplesse de l'horaire de travail et la qualité de vie¹⁰.

Quelles sont les approches à privilégier ?

Il faut dépasser le discours primaire alimenté par les préjugés réciproques et mettre en place une dynamique de reconnaissance mutuelle fondée sur une éthique du dialogue, sur les éléments unificateurs du travail du médecin et sur des aménagements raisonnables nécessitant la convergence de tous, depuis le recrutement des étudiants et l'établissement de règles de fonctionnement des départements hospitaliers jusqu'aux attitudes privilégiées par les régulateurs de la vie collective des médecins, comme le Collège des médecins du Québec.

Qu'on définisse ce qu'est un médecin par les compétences CanMEDS ou par la littérature scientifique courante importe peu, car nous partageons pour la plupart

Encadré

Règles de la discussion éthique

- Ne pas intimider ni mentir
- Ne pas manipuler
- Écouter l'autre
- S'exprimer ouvertement
- Considérer tous les facteurs
- Interpeller les exclus
- Aider le groupe à progresser
- S'informer, lire les données probantes sur le sujet

Adapté de : Durand G. *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils*. Montréal : Fides ; 2005. Reproduction autorisée.

les mêmes valeurs essentielles : engagement envers les patients et la société, empathie, humanisme, rigueur, honnêteté, intégrité, don de soi, etc.^{11,12}.

Cette reconnaissance des facteurs communs qui nous unissent doit dépasser les préjugés et les lignes de fracture qui semblent désunir à première vue les jeunes et les vieux. Tous ont les mêmes aspirations tant pour leurs patients que pour la société et eux-mêmes. Cette reconnaissance ne peut se faire que par un véritable dialogue qui doit respecter les règles de la discussion éthique suggérées par Durand¹³ (*encadré*). Ce n'est pas parce que deux personnes se parlent qu'il y a un véritable dialogue au sens éthique du terme. Très souvent, les règles qui régissent la discussion sont implicites. Il n'y a pas alors de véritable échange, mais plutôt une manière de faire valoir ou même d'imposer son point de vue sans vraiment écouter les arguments de l'autre. Pour qu'il y ait un véritable dialogue, chaque interlocuteur doit refuser d'intimider et de mentir, de manipuler ou de tordre la vérité. Il doit écouter, s'exprimer ouvertement, considérer tous les facteurs, interpeller les exclus, mettre en relief les différences et aider le groupe à progresser.

À ces critères usuels, on devrait ajouter celui d'être informé. Les articles portant sur les différences intergénérationnelles sont plus qu'abondants. On doit aborder ces questions à l'aide des données probantes comme on le fait dans sa pratique. Or, encore une fois, ces données

Les études montrent qu'il n'y a pas de différences fondamentales entre le professionnalisme des jeunes et des vieux.

Repère

Tableau II

Stratégies d'intégration intergénérationnelles¹⁴

- Former un groupe de travail pour formuler des propositions concrètes sur l'intégration des différentes générations de médecins
- Offrir des séminaires sur les différences intergénérationnelles à partir des données de la littérature scientifique
- Utiliser des consultants au besoin pour mieux encadrer l'intégration de la main-d'œuvre
- Fournir des mentors
- Mettre en place une gestion participative
- Avoir un programme d'accueil structuré
- Proposer des plans de carrière et des portfolios

quantitatives et qualitatives montrent qu'il existe beaucoup de préjugés, mais peu de différences réelles dans l'action, surtout en ce qui concerne les aspirations relatives à un meilleur équilibre entre la vie personnelle et le travail. En outre, il ne faut pas oublier que ces différences entre les générations sont présentes dans toutes les professions, pas seulement en médecine.

La plupart du temps, ces questions intergénérationnelles sont abordées de manière informelle sans débat véritable. Il convient de sortir des discussions de corridor ou de cafétéria et d'éviter des délibérations réglementaires souvent chargées et houleuses à l'intérieur de certains départements. Il ne faut plus chercher à régir ces questions par des règlements externes visant à « partager la tâche », limiter les congés de service, etc. Aucune recette facile ne permet d'empêcher le sentiment d'incompréhension mutuelle. Même s'il est impossible d'éliminer à tout jamais les discussions de corridor et les débats réglementaires, il faut dépasser ces mécanismes informels en s'éduquant personnellement et collectivement et en attaquant ensemble le problème de front dans les départements, les hôpitaux, les universités, voire les collèges. Le *tableau II* résume un certain nombre de propositions existantes.

LA RÉPONSE AUX TENSIONS intergénérationnelles en médecine ne réside pas dans les accommodements raisonnables. Trop souvent, cette approche évoque, au Québec du moins, l'abnégation d'une sous-culture envers une autre, un sentiment d'unilatéralité dans les concessions. La diversité des cultures a occasionné un relativisme

éthique qui n'est plus acceptable parce qu'il est trop associé aux « accommodements raisonnables ». C'est donc ailleurs qu'il faut chercher un mieux-vivre ensemble. L'approche réglementaire peut parfois servir de pis-aller. Elle est toutefois loin d'être satisfaisante pour tous, car l'absence de vraie délibération et la dimension coercitive ramènent toujours la dialectique binaire des gagnants et des perdants. C'est donc dans un contexte de délibération authentique régi par de véritables principes éthiques qu'il faut chercher la solution. De nos jours, en médecine et surtout en politique, le mot « éthique » est lancé comme un pare-feu et un fourre-tout sans que ces fondements ne soient expliqués. Trop souvent, il est utilisé pour disqualifier la personne en face de soi : l'autre n'est pas éthique parce qu'il ne se conforme pas à nos valeurs. L'éthique est d'abord et avant tout une réflexion et une délibération.

Sur les plans individuel et collectif, nous devons créer des lieux de discussion éclairés par des tiers à l'occasion (consultants, conférenciers) et par des textes, et non des lieux qui servent uniquement de faire-valoir à des idées préconçues. L'intéressante réflexion d'Engelhardt¹⁵ n'était pas destinée à définir les conflits intergénérationnels, mais s'y prête quand même très bien. Les médecins sont divisés en sous-groupes hétéroclites présentant une certaine diversité morale, chaque sous-groupe étant convaincu de la supériorité de sa position (notion de *moral strangers*). Les différentes générations de médecins doivent plutôt tendre vers la position de *moral friends*. Il ne s'agit pas nécessairement de partager toutes les mêmes valeurs, mais plutôt d'oser un rapprochement véritable. Les uns et les autres n'auront alors pas le sentiment d'aliéner leurs valeurs fondamentales, mais y trouveront au contraire des voies de passage. Tous auront le sentiment de se reconnaître dans leur essence même, soit des médecins au service des personnes et des collectivités. ☞

Date de réception : le 17 janvier 2011

Date d'acceptation : le 9 février 2011

Le D^r Jocelyn Aubut n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Bernstein CA. Reaching out to the next generation. *Psych News* 2010; 45 (13): 3.
2. Stanton D. Féminisation des professions – Un problème? *Gazette des femmes* 1993; 25 (2): 20-9.
3. Collège des médecins du Québec. *Rapport sur les effectifs médicaux*

Summary

Intergenerational differences between doctors: beyond baby-boomers and X generation clash. For the first time in the history of modern medicine, four generations of doctors are practicing at the same time: veterans, boomers, X'ers and Y's (also called the millennium generation). There are many misconceptions from one generation to the other. The elders think that the younger doctors are too self-centered and not dedicated enough to the practice of medicine. Younger ones, for their part, think that the elders have been much too involved in their profession to the detriment of their personal and family lives. However, formal qualitative and quantitative studies shed another light on the subject, demonstrating that the actual differences are not very important between generations as to their actual practice time and their yearning for a better balance between professional and personal lives. This article proposes avenues to reduce the misconceptions between generations of doctors, and some guidelines for ethical discussions on the matter.

2006-2007. Montréal: Le Collège; 2007.

4. Lacoursière A. Malgré des effectifs records, la pénurie de médecins perdure. *Cyberpresse* 9 février 2011. Site Internet : www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201102/08/01-4368346-malgre-des-effectifs-records-la-penurie-de-medecins-perdure.php (Date de consultation : le 16 février 2011).
5. Howell PL, Servis G, Bonham A. Multigenerational Challenges in Academic Medicine. *Acad Med* 2005 ; 80 (6) : 527-32.
6. Zemke R, Raines C, Filipzak B. *Generations at Work: Managing the Clash of Veterans, Boomers, Xers and Nexters in Your Workplace*. New York : American Management Association ; 2000.
7. Borrero S, McGinnis KA, McNeil M et coll. Professionalism in residency training: Is there a generation gap? *Teach Learn Med* 2008 ; 20 (1) : 11-7.
8. Jovic J, Wallace JE, Lemaire J. The generation and gender shifts in medicine: an exploratory survey of internal medicine physicians. *BMC Health Serv Res* 2006 ; 6 (55) : 1-10.
9. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Le cadre des compétences CanMEDS 2005 pour les médecins*. Toronto : Le Collège ; 2005. Site Internet : crmc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php (Date de consultation : le 17 janvier 2011).
10. Kapur PA. The impact of the new-generation physicians on the function of academic anesthesiology departments. *Curr Opin Anaesthesiol* 2007 ; 20 : 564-7.
11. Walsh C, Abelson H. Medical professionalism: crossing a generational divide. *Perspect Biol Med* 2008 ; 51 (4) : 554-64.
12. Smith IG. Medical professionalism and the generation gap. *Am J Med* 2005 ; 118 (4) : 439-42.
13. Durand G. *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils*. Montréal : Fides ; 2005.
14. Piper LE. The generation-Y – workforce in health care: the new challenge for leadership. *Health Care Manag (Frederick)* 2008 ; 27 (2) : 98-103.
15. Engelhardt HT. *The foundation of bioethics*. 2^e éd. New York : Oxford Press ; 1996.