



**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN
GESTION
DEPARTEMENT CESAG SANTE
PROGRAMME : MBA ECONOMIE DE LA SANTE**

Année académique : 2017/2018

20^{ème} promotion



**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER
BUSINESS IN ADMINISTRATION EN ECONOMIE DE LA SANTE.**

**ETUDE DES FACTEURS INFLUENÇANT LE CHOIX
DE SPECIALISATION DES ETUDIANTS EN FIN DE
CYCLE DE MEDECINE EN COTE D'IVOIRE : CAS
DE L'UNIVERSITE FELIX HOUPHOUET BOIGNY.**

Présenté par :

Dr BLEGBO Gnaly Zogoury Romuald

Sous la direction de :

Pr LAFARGE Hervé

Enseignant associé au Cesag.

Mai 2019

Dédicace

Je dédie ce travail à ma famille pour le soutien et l'accompagnement durant toute la durée de ma formation.

- ❖ A mon père et à ma mère pour leurs prières et l'éducation reçue car sans eux je n'y serai jamais parvenu. Longue et heureuse vie à vous chers parents.
- ❖ A ma chère et tendre sœur pour ses prières et les conseils prodigués. Également à ses filles qui sont pour moi une source de motivation.
- ❖ A mes deux frères pour leur soutien moral.
- ❖ A tous les petits enfants de la famille BLEGBO pour leur affection inconditionnelle.
- ❖ A ma petite amie pour ses conseils, son soutien, sa compréhension et tous les efforts consentis pendant la durée de ma formation.

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon créateur, le Dieu d'Isaac et de Jacob pour toute l'assistance pendant la période de formation. Merci Seigneur pour avoir facilité la réalisation de ce travail. Daigne terminer ce que tu as commencé.

Ensuite, je tiens à remercier toutes les personnes qui de près ou de loin ont permis que je puisse faire cette formation en économie de la santé et qui ont permis la réalisation de ce mémoire. Il s'agit particulièrement de :

- Madame la ministre de la santé et de l'hygiène publique, Dr Raymonde Goudou COFFI
- Dr BASSALIA, directeur de la formation et de la recherche
- Madame ZOH, assistante du directeur de la formation
- Dr ADAHOURMAN Aman Paul, Directeur Départemental de la santé de TOUMODI
- Dr BENIE BI Traboué Mathias, Directeur de l'hôpital Général de GUITRY
- A tout le personnel du district sanitaire de GUEYO.
- A Docteur EL HADJ GUEYE chef de département Cesag-santé pour les conseils et sa disponibilité.
- A la direction du Cesag et tous les enseignants.
- Pr LAFARGE Hervé, de l'université de Paris Dauphine, pour avoir bien voulu encadrer ce mémoire malgré un emploi du temps chargé.
- Mme Faye Mously SEYE, Assistante du programme santé au CESAG, pour sa disponibilité et la planification des cours.
- Dr Marie Michèle SILUE pour l'enquête réalisée.
- A tous les stagiaires de la 20^{-ème} promotion d'économie de la santé pour la convivialité.
- A toutes ces personnes qui m'ont soutenu d'une manière ou d'une autre et qui n'ont pas été mentionnés ici. Sans oublier le club du Samedi.

Puisse Dieu le tout puissant, dans sa miséricorde infinie, vous accorde tous ceux que vos cœurs désirent et qu'il vous comble au-delà de vos espérances.

Sigles et abréviations

BAD : Banque Africaine de développement

CAMES : Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur

CEDEAO : Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest

CHU : Centre hospitalo-Universitaire

CSR : Centres de santé ruraux

CSU : Centres de santé urbains

DDS : Direction départementale de la santé

DES : Diplôme d'études spécialisées

DR : Direction régionale

DREES : Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DTS : Dépenses totales de santé

ESPC : Etablissements sanitaires de premiers contacts

FHB : Félix Houphouët Boigny

FSUCOM : Formations sanitaires urbaines à base communautaire

ICA : Institut de Cardiologie d'Abidjan

IDH : Indice de développement humain

INHP : Institut National d'Hygiène Publique

INSP : Institut National de Santé Publique

IPR : Institut Pierre Richet

IRF : Institut Raoul Follereau

OCDE : Organisation de la coopération du développement économique,

ODD : Objectifs du développement durable

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

PED : Pays en développement

PIB : Produit intérieur brut

PMT : Praticiens de médecine traditionnelle

PNDS : Plan national de développement sanitaire

PNPMT : Programme national de promotion de la médecine traditionnelle

PNUD : Programme des nations unies pour le développement

RASS : Rapport annuel des statistiques sanitaires

RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat

RHS : Ressources Humaines en Santé

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence

SSP : Soins de santé primaire

UEMOA : Union économique et monétaire de l'Afrique de l'Ouest

VIH : Virus Immunodéficience Humain

WISN : Workload Indicators of Staffing Need

Liste des tableaux

Tableau I : Ratio des prestataires de santé par région	43
Tableau II : Répartition de la population selon l'âge	47
Tableau III : Répartition de la population par sexe	47
Tableau IV: Répartition de la population selon les spécialités chirurgicales.....	52
Tableau V : Tableau récapitulatif des spécialités médicales	53
Tableau VI : Répartition de la population selon les heures de travail seront à temps partiel ..	66
Tableau VII : Répartition de la population selon les heures de travail seront stables et prévisibles	67
Tableau IX : Influence des facteurs personnels sur le choix de spécialité	70
Tableau X : Influence des facteurs démographiques sur le choix de spécialité	71
Tableau XI : Influence des valeurs sur le choix de la spécialité	72

Liste des figures

Figure 1 : Relation entre offre, demande et besoins.....	13
Figure 2 : Déterminants du choix de spécialisation selon LENNOIR	27
Figure 3 : Carte administrative de la Côte d’Ivoire.....	36
Figure 4 : Evolution du PIB de 2011 à 2017	37
Figure 5 : Pyramide sanitaire de la Côte d’Ivoire.	39
Figure 6 : Répartition du budget de la santé.....	41
Figure 7 : Financement de la santé.....	42
Figure 8 : Situation matrimoniale de la population.....	48
Figure 9 : Répartition de la population selon parent professionnel de santé.....	48
Figure 10 : Répartition de la population selon niveau d’éducation du père.....	49
Figure 11 : Répartition des médecins selon le niveau d’éducation des mères	49
Figure 12 : Répartition des médecins selon le désir de faire une spécialité.....	50
Figure 13 : Répartition de la population selon le type de spécialité.....	51
Figure 14 : Répartition de la population selon le premier choix de spécialité	54
Figure 15 : Répartition de la population selon les facteurs personnels	55
Figure 16 : Répartition de la population selon le fait de développer des rapports à long terme avec les patients.....	57
Figure 17 : Répartition de la population selon les besoins sociaux et psychologiques des patients	58
Figure 18 : Répartition de la population selon traiter et suivre les familles en consultation ...	59
Figure 19 : Répartition de la population selon pratiquer la médecine préventive.....	60
Figure 20 : Répartition de la population selon l’intérêt académique	61
Figure 21 : Répartition des médecins selon la valeur « Prestige ».....	62
Figure 22 : Répartition des étudiants selon la carrière bien rémunérée	63
Figure 23 : Répartition de la population selon la carrière assure un bon revenu pour acheter une belle maison.....	64
Figure 24 : Répartition de la population selon la Carrière assure un bon revenu pour faire des vacances	65
Figure 25 : Répartition de la population selon le rôle de soutien.....	69

Résumé

L'évolution croissante des besoins en santé nécessite des ressources humaines en quantité et en qualité suffisante. Dans ce cadre, l'OMS recommande aux pays membres de se doter de ressources suffisantes afin de contribuer à l'amélioration des systèmes de santé. Or dans la plupart des pays en voie de développement comme la Côte d'Ivoire, des craintes existent pour assurer la production des soins. En effet d'une part les conditions de travail, le plateau technique, la recherche du gain, l'absence de formation continue, risquent vraisemblablement de diminuer l'offre de soins. D'autre part, la non-reconnaissance des spécialités médicales par la fonction publique poussent les médecins à choisir des spécialités dont la demande sur le marché est forte. Pour orienter les jeunes médecins vers des spécialités répondant aux besoins du pays, il nous fallait identifier les facteurs influençant la décision des médecins de se spécialiser afin de proposer des solutions qui rendront attractives toutes les spécialités et éviter que l'appât du gain ne soit pas la motivation fondamentale mais plutôt l'intérêt du malade. Dans ce but, nous avons administré un questionnaire aux étudiants de 7^{ème} année de la faculté de médecine de l'université FHB d'Abidjan. Notre échantillon était deux cent deux étudiants. Notre variable dépendante était le choix de la spécialité. Nous avons utilisé un test KHI carre pour mettre en évidence les relations entre les différentes variables avec un seuil de significativité à 5%.

Au terme de notre étude, les facteurs démographiques n'avaient aucune influence sur le choix de spécialisation. Les facteurs personnels ayant une influence sur le choix de spécialisation étaient le profil personnel ($p = 0,025$) ; l'affectation à la fin de la spécialité ($p = 0,046$) ; et la nature de la spécialité ($p < 0,001$). Concernant les valeurs selon l'échelle de Murdoch, plusieurs variables avaient une dépendance significative à savoir : pratiquer la médecine préventive ($p = 0,001$) ; utiliser les compétences techniques et manuelles ($p = 0,025$). Nous notons également que les variables « carrière bien rémunérée » ($p < 0,001$) , « les heures de travail seront stables et prévisibles ($p = 0,034$) et « je peux partager mon poste avec d'autres médecins » ($p = 0,001$) avaient une forte influence sur le choix des étudiants.

Au terme de notre étude nous pouvons conclure que les étudiants sont influencés par l'amélioration de la qualité de vie en privilégiant le gain au risque de négliger les intérêts des malades. Il convient donc à l'Etat de Côte d'Ivoire de mettre en pratique nos recommandations afin que l'intérêt du malade converge avec les intérêts financiers des prestataires.

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE	8
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	17
Chapitre 1 : Revue de la littérature.....	18
1.1.1) Historique de l'orientation professionnelle	18
1.1.2) Définitions des concepts.....	19
1.1.3) Facteurs influençant le choix de spécialisation	21
Chapitre 2 : Méthodologie	31
DEUXIEME PARTIE: CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE.....	33
Chapitre 1: Présentation de la république de Côte d'Ivoire.....	34
2.1.1) Histoire de la Côte d'Ivoire	34
2.1.2) Contexte sociopolitique.....	35
2.1.3) Contexte géographique et démographique	35
2.1.4) Contexte économique	36
2.1.5) Système de santé de la Côte d'Ivoire.....	38
Chapitre 2 : Présentation de l'université FHB.....	45
2.2.1) Présentation de la faculté des sciences médicales de l'université FHB.....	46
Chapitre 3 : Présentation et analyse des résultats.....	47
2.3.1) Analyse descriptive de la population.....	47
2.3.2) Analyse univariée	70
2.3.3) Discussions	74
2.3.4) Recommandations	76
2.3.5) Les limites de l'étude.....	77
CONCLUSION GENERALE	78

INTRODUCTION GENERALE

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a identifié six piliers pour la construction d'un système de santé solide. Il s'agit de la prestation des services ; le personnel de santé ; l'information sanitaire ; les produits médicaux ; les vaccins et les technologies ; et la direction et la gouvernance. Le personnel de santé demeure est un maillon essentiel dans la production de l'offre de soins et par conséquent au renforcement du système de santé. Tous les pays du monde à quelques exceptions près, se heurtent aux problèmes de ressources humaines en santé (RHS). Dans les pays en voie de développement, les RHS manquent cruellement ou sont réparties de façon inégale sur l'étendue du territoire. D'après le Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde 2006, il manque près de 4,3 millions d'agents de santé dans le monde – médecins, sages-femmes, infirmières et personnel d'appui, l'Afrique subsaharienne faisant face à un déficit de 1 million de soignants (données transmises à l'OMS en réponse au questionnaire annuel pour le suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007).

L'OMS s'est préoccupée depuis 1976 à la problématique des RHS. Ce processus de développement recouvre trois fonctions générales : la planification des ressources humaines englobant l'élaboration d'une politique quant aux aspects qualitatifs des ressources humaines pour la santé et aux aspects quantitatifs de l'offre et des besoins ; l'éducation et la formation qui ne dépendent pas uniquement du système de santé lui-même ; enfin la gestion des ressources humaines : l'emploi, l'affectation et la motivation de toutes les catégories d'agents de santé, le programme de formation professionnelle continue (théorique, pratique et technique) et aussi leur difficile coordination et leur évaluation. Malgré cela, le problème des ressources humaines persiste encore .

A la fin de sa formation, le jeune diplômé en médecine est confronté au choix d'une spécialité médicale. Ce choix de carrière ayant un impact sur le système de santé, constitue pour ce dernier un choix de carrière ou d'orientation professionnelle. Quel que soit le domaine d'activités, la problématique de l'orientation professionnelle ne laisse jamais indifférente par ce qu'elle engage et dans le cadre dans lequel elle se réalise. « Chez l'individu, l'orientation est exceptionnellement vécue comme une tentation. Elle génère souvent un malaise : incertitude, inquiétude, sentiment d'urgence, pression, affolement, découragement » (Ronzeau, 2006).

Divers facteurs peuvent influencer le choix d'une spécialité. Les facteurs directs peuvent être représentés des caractères individuels (valeurs et intérêts), une situation vécue. Les facteurs indirects sont représentés par la famille, un enseignant et autres. Mais il s'agit le plus souvent d'un rendez-vous avec soi-même qui conditionnera le reste de la vie et c'est bien ici que la difficulté commence.

En Côte d'Ivoire, les spécialités médicales se font dans les grandes villes telles que Abidjan et Bouaké. A tel enseigne qu'un premier constat peut être fait : celui de la répartition inégale des médecins spécialistes sur le territoire. Le personnel de santé est plus concentré dans les villes particulièrement à Abidjan et ses environs. En effet, cette région concentre à elle seule 60% des RHS (PNDS, 2009-2013).

Bien que de nombreux spécialistes soit formés depuis des dizaines années, la pénurie en personnels spécialisés est toujours d'actualité. Cette pénurie est la conséquence d'une surcharge de travail qui altère la qualité des soins et bouleverse les activités planifiées pour diverses raisons. Ajouter à cela, les médecins spécialistes subissent des frustrations. Nous notons d'abord, des frustrations en raison des mauvaises conditions de travail obligeant certains à choisir le privé que plutôt le public. Ensuite, frustration dans la non-reconnaissance du diplôme d'études spécialisées (DES) par les autorités gouvernementales en termes de revalorisation salariale. Enfin, frustration devant l'impossibilité de participer à des rencontres internationales par manque de ressources financières. Toutes ces raisons pourraient engendrer une baisse de l'offre de soins et affaiblir davantage le système de santé.

Nombreuses sont les raisons qui poussent les médecins à changer d'orientation en préférant des spécialités qui pourraient améliorer leurs conditions socioéconomiques comme la chirurgie, la gynécologie/obstétrique, l'ophtalmologie au détriment d'autres spécialités médicales comme l'anatomie pathologique ; la psychiatrie ; la cancérologie. Selon une étude réalisée par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) en France, les étudiants choisissent des spécialités pour la plupart très rémunératrices. Le top 3 des spécialités étaient l'ophtalmologie ; l'imagerie médicale, la cardiologie.

Toutefois, il est important de souligner que l'orientation professionnelle représente un enjeu économique, social et humain croissant. L'orientation professionnelle est à la croisée des chemins entre aspirations individuelles et besoins sociétaux et nécessite donc la mise en place d'un service public. L'information véhiculée dans ce service public est considérée comme un bien public (OCDE, 2006) dont les effets profitent à un large groupe de personnes.

L'économie et la société gagneraient à ce que les services d'orientation soient disponibles et que les prestations soient dispensées efficacement. Ainsi, nous avons décidé de mener cette étude pour comprendre le ou les motivation (s) des futurs médecins dans leur choix de spécialisation.

Problématique

Les ressources humaines en santé ont été définies par certains auteurs comme le cœur du système de santé. La problématique est vaste et nécessite la coordination d'un certain nombre d'éléments. Les besoins en RHS varient en fonction du contexte démographique et des réalités du moment. A titre d'exemple l'épidémie d'Ebola, confirmant la faiblesse des systèmes de santé en Afrique, a engendré une formation accrue des médecins en santé publique dans les pays touchés comme la République de Guinée, la République Démocratique du Congo.

Les besoins de santé sont en constante évolution dans le monde entier. Ils nécessitent donc du personnel qualifié et motivé pour y faire face. Ce personnel doit être disponible et reparti de manière équilibrée sur toute l'étendue de territoire pour assurer une couverture optimale des besoins. Les RHS constituent l'un des piliers d'un système de santé dont l'objectif général est de garantir des soins de qualité pour tous. Pour comprendre le problème, il nous conviendra d'expliquer la relation entre besoins, demandes et offre de soins.

❖ Besoins, demandes et offres de soins : définitions et relations

Le concept de besoin fait l'objet de différentes définitions par des auteurs de disciplines diverses telles que la sociologie, la philosophie, la santé publique et l'économie. Nous nous limiterons aux définitions intéressant notre cadre d'étude. En santé publique, le besoin en santé est un écart entre une situation sanitaire vécue et une situation sanitaire souhaitée. La santé est définie par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmités ».

Le besoin de santé est une perception par l'intéressé ou par d'autres d'une privation de la santé. Mais, le besoin peut se concevoir sans qu'il existe un problème. (Exemple: les mesures de prévention). La quantification des besoins de santé nécessite initialement d'estimer l'état de santé dans toutes ces dimensions mais également de se fixer une référence de santé souhaitée, ce qui s'avère complexe car la santé varie en fonction d'un ensemble de facteurs (le temps, le lieu, la religion, etc.).

La notion de besoin implique implicitement la capacité de pouvoir bénéficier d'une intervention pour que la situation problématique en vienne à correspondre à la situation désirée.

Bradshaw (1970) célèbre sociologue, a proposé quatre types de besoins :

- **Type 1 : Besoin normatif**

Il est défini par l'expert et/ou le professionnel par rapport à une certaine norme de désirabilité ou d'optimalité. Celui qui n'y répond pas est jugé être en état de « besoin ». Ainsi défini, le besoin reflète l'état actuel des connaissances et des valeurs de ceux par qui il est déterminé.

- **Type 2 : Besoin ressenti** (Ressenti par la communauté)

Il se réfère aux perceptions des gens sur leur problème de santé ou à ce qu'ils désirent comme service de santé. Ce type de besoin témoigne donc d'une prise de conscience de l'individu ou de la communauté.

- **Type 3 : Besoin exprimé** (La communauté sollicite des services)

Il équivaut à une demande de service. C'est un besoin ressenti qui aboutit à une démarche de recours à des services.

- **Type 4 : Besoin comparatif**

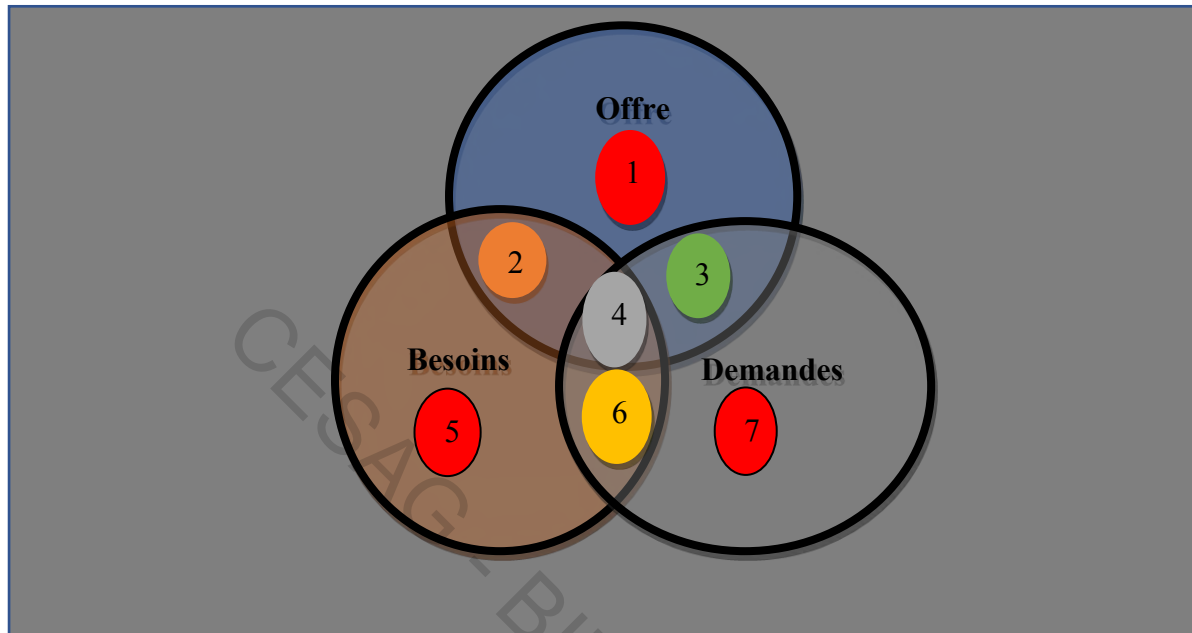
C'est le besoin qu'un individu ou qu'une communauté devrait avoir puisque présentant les mêmes caractéristiques qu'un autre individu (ou communauté) pour lequel un tel besoin a été identifié. Ce type de besoins en santé ne peut être satisfait.

L'offre quant à elle se définit comme étant l'ensemble des services et des soins mis à la disposition de la population pour assurer le maintien ou la restauration de la santé des individus et des collectivités. L'offre de soins dépend essentiellement des moyens financiers disponibles et des priorités des politiques sanitaires (Wright, 1998).

Sa complexité en santé publique est due essentiellement à la nature du « bien santé » et au fait que ce domaine s'occupe de promotion de la santé, de la prévention des maladies, de leur traitement ainsi que de la prise en charge des infirmités et des séquelles.

Stevens et Rafety (1994) ont proposé un modèle expliquant les relations possibles entre offre, besoins et demandes en soins (Figure 1). La demande peut se définir comme l'expression du besoin en nous référant la taxonomie de Bradshaw.

Figure 1 : Relation entre offre, demande et besoins



Stevens et Rafety en 1994

Les zones 1,5,7 montrent dans certaines situations une discordance entre offre, besoins, et demandes en soins. La planification d'un système de soins durable selon les besoins de la population nécessite de prendre en considération ces évolutions.

La zone 2 correspond à une « pseudo adéquation » entre l'offre et le besoin car il n'y a pas d'expression de la demande. Nous rencontrons ces cas en situation de prévention et en promotion de la santé. Les individus ne se sentent pas en situation de risque.

La zone 3 correspond également à une « pseudo-adéquation » entre l'offre et la demande mais sans que le besoin soit ressenti.

La zone 4 correspond à l'efficacité des dispositifs et de la politique publique, c'est la situation idéale celle de l'adéquation entre l'offre, le besoin et la demande.

La zone 6 correspond à des besoins et des demandes sans que l'offre des soins soit disponible. C'est le cas des pays sous-développés où les systèmes de santé sont défailants.

En raison de cette complexité, les auteurs de travaux visant la planification de l'offre de soins font souvent référence aux besoins en soins, en services de santé ou en personnel de soins plutôt

qu'aux besoins en santé (Ono, 2013). De la même manière, dans notre travail, nous étudierons exclusivement les besoins en personnels ayant des répercussions sur l'offre de soins.

Le déficit en RHS peut être dû à plusieurs raisons. Parmi elles , nous pouvons citer :

- Le faible recrutement des RHS
- L'absence d'investissement dans la formation continue
- Les mauvaises conditions de travail
- L'insuffisance de salaires, l'absence ou la faible motivation des agents de santé
- Le stress lié à la profession
- La réorientation des médecins vers d'autres activités indépendamment de la médecine comme la politique
- Le recrutement du personnel local le plus qualifié par les agences internationales ou les organisations non gouvernementales.

Une offre inadéquate en RHS fait courir le risque de conséquences économiques et éthiques.

Une pénurie en médecins peut entraîner :

- Des disparités régionales en matière d'offre de soins : les spécialistes préfèrent les zones urbaines contrairement aux zones rurales où les conditions de vie sont parfois très difficiles. Cette inégalité ralentit la marche vers la réalisation des objectifs du développement durable (ODD) ;
- Une faiblesse du système de santé résultant d'une faible couverture en services tels que la vaccination, les services de planification familiale , la dispensation des soins VIH et une limitation à l'accessibilité et à la disponibilité de l'offre de soins
- Une augmentation de la charge de travail du personnel avec pour éventuelle conséquence une baisse de la qualité des soins pour les patients et de la qualité de vie pour les professionnels (syndrome de burn-out)
- Une fuite des cerveaux (des médecins cherchant une amélioration de leurs conditions de vie). L'Afrique subsaharienne a la densité médicale la plus faible au monde et connaît un taux d'émigration relativement élevé (Yasser, 2014).

Les éléments suscités nous interpellent sur la pénurie et l'inégale répartition des RHS. Il était alors important de tenter de comprendre les choix de carrière des étudiants. Plusieurs questions se sont posées à nous et la question sous-jacente fut le point de départ de notre réflexion.

Questions de recherche :

- Question principale :
 - Quels sont les déterminants de la décision des étudiants de se spécialiser ?
- Questions spécifiques :
 - Quelle est l'influence des facteurs sociodémographiques sur le choix des étudiants de se spécialiser ?
 - Quelle est l'influence des facteurs personnelles sur le choix des étudiants de se spécialiser ?

Objectifs de la recherche

- Objectif général :

L'objectif général est d'analyser les déterminants de la décision de se spécialiser des étudiants.

- Objectifs spécifiques :

Pour atteindre cet objectif général ci-dessus, les objectifs spécifiques suivants sont nécessaires:

- Identifier les facteurs sociodémographiques influençant le choix des étudiants de se spécialiser.
- Identifier les facteurs individuels pouvant influencer le choix des étudiants de se spécialiser.

Hypothèse de la recherche

Dans le cadre de notre étude, nous émettons l'hypothèse que la perspective d'un bon revenu stable l'emporte sur le milieu social.

Justification du sujet

Plusieurs motivations justifient le choix de notre sujet. Premièrement, un fait personnel car nous avons eu du mal à choisir notre spécialité. Deuxièmement, le fait que peu d'études n'aient tenté de comprendre le choix de spécialisation des étudiants en Côte d'Ivoire. Il nous paraissait important de comprendre ce choix de spécialisation afin de lutter contre les disparités régionales et une réduction de l'offre de soins mais surtout de mettre l'intérêt des malades avant toutes autres aspirations. Par conséquent, il nous semblait judiciable de mener cette étude visant à rechercher les facteurs influençant les choix de spécialisation des étudiants. La principale raison justifiant le choix de notre population est que ces futurs médecins représentent le présent et l'avenir de la force de travail en médecine.

Intérêts du sujet

Les résultats de notre étude seront d'une importance capitale :

- Pour la Côte d'Ivoire, les résultats de notre étude contribueront à faire des choix de politique de santé judicieux.
- Pour le Cesag, notre étude contribuera à enrichir la bibliothèque.
- Sur le plan personnel, les résultats de notre étude nous permettent de rédiger notre mémoire de fin d'étude afin de valider notre MBA en économie de la santé.

Notre étude comportera deux grandes parties :

- La première partie constituera la cadre théorique qui portera sur la revue de la littérature et la méthodologie.
- La seconde partie constituera le cadre pratique dans lequel nous présenterons notre cadre d'étude, les résultats et nous terminerons par des recommandations.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Chapitre 1 : Revue de la littérature

Le choix d'une spécialité répond à des aspirations. L'ensemble des facteurs pouvant influencer le choix d'une spécialité est appelé déterminants du choix d'une spécialité. Pour les jeunes médecins diplômés, choisir une spécialité obéit à la règle de leur orientation professionnelle en tant que processus dynamique se construisant tout au long de la vie. Qui sont les précurseurs de cette théorie ?

1.1.1) Historique de l'orientation professionnelle

L'orientation professionnelle est un concept datant du XIX^{ème} siècle qui naquit aux Etats-Unis. Frank Parsons, considéré comme le père de l'orientation professionnelle, mis en œuvre ce concept pour aider à concilier les aspirations personnelles et l'épanouissement individuel avec les contraintes et les besoins de l'économie. Frank (1909) fonda son action sur le principe qu'un conseil avisé et une information sur l'ensemble des possibilités offertes à chacun en fonction de ses aptitudes et de l'état de l'économie sont plus efficaces pour l'individu et la société que la seule soumission au déterminisme social et familial ou au hasard des recrutements.

La révolution industrielle et le changement de nos sociétés modernes ont été les déclencheurs de la problématique de l'orientation professionnelle avec l'accroissement considérable de la division du travail [...] et l'urbanisation de la société, les modalités traditionnelles de l'affectation sociale (Guichard, 2005).

Avant la révolution industrielle, apprendre un métier était primordiale, les individus avaient à cœur de maîtriser tous les contours de leur profession (savoir et savoir-faire). La longueur de l'apprentissage et la nécessité d'une longue pratique pour être reconnu poussaient à trouver la voie dans laquelle on pouvait réussir le métier que l'on pourrait représenter. Le développement de l'industrie et l'application de l'organisation scientifique du travail ont engendré la désagrégation des activités en tâches élémentaires. Cela coïncida avec le temps où les employés étaient bien plus considérés comme une force de production et il fallait alors que l'orientation mette en lien des hommes et des secteurs d'activités (conditions de travail, collectif humain, valeurs) dans lesquels ils sauraient s'intégrer.

Ce n'est que plusieurs années après que l'on a pu constater l'émergence d'une véritable politique de l'orientation au niveau international et surtout Européen. L'OCDE définit l'orientation professionnelle comme processus de formation tout au long de la vie, dans le cadre d'une économie fondée sur la connaissance.

L'orientation sous l'influence de l'Union Européenne a été identifiée vers 2004 comme un champ inexploité de politiques publiques à construire ou à renforcer. Les sciences humaines telles que la psychologie et la sociologie y ont trouvé un champ en pleine expansion. Malheureusement en Afrique subsaharienne ce champ demeure encore comme une jungle vierge.

La problématique de l'orientation professionnelle intéresse également les médecins. La durée des études en médecine n'est pas un frein à telle enseigne qu'après sept (7) ans d'études en moyenne, ils optent pour une spécialité médicale. Ce qui répond à la définition de l'OCDE en tant que processus continu tout au long de la vie.

1.1.1.1) Définitions des concepts

- Orientation professionnelle

La notion d'orientation professionnelle vient en premier lieu de notre faculté à nous déplacer et à nous repérer dans le temps et dans l'espace. Dans un sens topographique, nous nous orientons par rapport aux points cardinaux. Les musulmans recherchent la position de la Mecque pour leurs prières quotidiennes. Cette direction est celle de l'orient (Est).

Le petit Robert définit l'orientation comme l'action de donner une direction déterminée. Le chemin de l'orientation nous conduit vers notre futur. Penser au futur nécessite préalablement une connaissance de soi. Savoir qui nous sommes, quelles sont nos valeurs, nos intérêts, nos sources de motivations, nos compétences et nos aptitudes sont indispensables pour prendre position sur notre orientation professionnelle.

S'orienter c'est disposer de moyens nécessaires pour prendre une direction, avoir des repères qui vont nous guider, nous éclairer sur les choix à prendre afin qu'ils soient surs et épanouissants pour nous en fonction de plusieurs facteurs dont certains sont intrinsèques (individuels) et d'autres extrinsèques (environnement social). L'enjeu est de taille dans un monde en constante mutation.

Au cours du XXème siècle, la définition de l'orientation professionnelle a largement évolué en fonction du contexte socio-économique. Le grand dictionnaire Larousse en 1922 parlait de « répartition aussi judicieuse que possible de la jeunesse entre métiers et les professions ». Pendant la seconde guerre mondiale, une autre définition donnée par la direction des centres d'orientation professionnelle aborda trois aspects : la répartition de la main d'œuvre juvénile, la production et la mise en valeur de l'individu. Puis en 1968, cette même institution se rétracta et indiqua que le but de l'orientation professionnelle était de mettre tout en œuvre pour que

l'individu puisse faire un choix raisonnable de son futur métier en fonction des contraintes qui s'offrent à lui. L'individu devient alors acteur de son propre destin. Il peut s'orienter lui-même. En se référant à toutes les définitions de l'orientation professionnelle, nous pouvons la définir comme un processus continu d'appui aux personnes tout au long de leur vie leur permettant de choisir un métier en tenant compte de leurs aspirations, leurs compétences et des réalités socio-économiques .

- Spécialités médicales

Après leur formation initiale, la plupart des médecins poursuivent leur apprentissage dans un domaine bien spécifique. Cette pratique médicale se nomme spécialité médicale et le médecin qui arrive au terme de cette formation spécifique est appelé médecin spécialiste. Même si Galien célèbre médecin grecque de l'antiquité affirma que dans une certaine mesure le médecin a toujours été spécialiste. Au cours du XIXème siècle, les spécialités médicales ont beaucoup évolué. Elles varient en nombre en fonction du contexte géographique et des besoins sociétaux. A titre d'exemple, la gériatrie qui est une spécialité médicale s'occupant des personnes très âgées est beaucoup plus développée en Europe qu'en Afrique. Le continent Africain dispose de peu de médecins gériatres car l'Espérance de vie en Afrique est très faible contrairement à celle des pays du Nord. L'Espérance de vie à la naissance en Europe est de 77,2 ans alors qu'en Afrique elle est de 60,2 ans.

Plusieurs études émanant des pays Anglo saxons et de l'Europe particulièrement la France ont essayé de mettre en évidence les facteurs influençant les médecins dans le choix de leur spécialité. Nous allons dans la partie suivante décrire les facteurs déterminants le choix d'une spécialité.

1.1.1.2) Facteurs influençant le choix de spécialisation

Afin d'adopter une démarche scientifique, nous inscrirons notre réflexion dans un cadre multidisciplinaire. Pour cela, nous nous aiderons des théories d'orientation professionnelle issues des sciences sociales afin de mieux cerner les déterminants des choix de spécialisation des médecins. Les facteurs, influençant le choix de se spécialiser des étudiants en médecine, mis en évidence dans la littérature sont liés aux caractéristiques sociodémographiques et aux caractéristiques personnelles (en lien avec la personnalité, à leur environnement scolaire et / ou familial) .

Nous étudierons d'abord les caractéristiques personnelles qui ont le plus été abordées dans les études concernant les choix d'orientation des étudiants en Médecine et aux autres spécialités médicales, à savoir les intérêts et les valeurs. Ensuite, nous examinerons l'effet de l'origine socio-démographique sur les caractéristiques car la littérature consacrée au choix des étudiants en médecine a mis en évidence une influence de leur entourage.

1.1.1.2.1) Les facteurs personnels

En psychologie de l'orientation, il est couramment admis que lorsqu'il n'est pas contraint, le choix de l'orientation professionnelle est souvent l'expression de caractéristiques personnelles. Plusieurs théories de l'orientation professionnelle appelées «théories d'appariement» sont fondées sur l'adéquation entre les caractéristiques individuelles et celle des professions. Ceci conduit au choix de l'orientation, à la satisfaction, à la réussite et par conséquent au maintien dans l'emploi. Les caractéristiques de l'individu couramment rencontrées dans la littérature sont fonction des auteurs et elles prennent le terme de « personnalité ». Cette personnalité est étudiée selon plusieurs points de vue en fonction des aptitudes, des intérêts, des valeurs, etc.

❖ Les intérêts

Herbart (1914) définit l'intérêt «comme un sentiment provoqué par un objet». James (1918) écrit que nous prêtons seulement attention aux seuls objets «intéressants», l'intérêt est pour lui une source de l'attention. Dewey (1948) définit l'intérêt comme la conscience de la valeur et selon lui c'est un processus dynamique, actif à forte tendance émotionnelle. Toutes les définitions précitées nous semblent incomplètes mais nous retenons comme caractéristique de l'intérêt : la mobilisation de l'attention, l'accompagnement émotionnel et l'orientation dynamique vers un objet.

Certaines personnes poursuivent des métiers afin de satisfaire leurs besoins. Ce qui répond à l'affirmation de Super (1949) qui élargissait le concept d'intérêt à celui de besoin : « Les intérêts de cette sorte », écrit-il « sont d'ordre différent et plus fondamental » « ...ils constituent une couche plus profonde de la personnalité ». Le terme « intérêt » désigne à la fois le but recherché, l'objet qui intéresse et l'état psychologique suscité par cet objet. La notion d'intérêt étant étroitement associée à celle d'activité, les intérêts apparaissent à la naissance et se développent tout au long de la vie (GUICHARD, 2006).

Holland (2004) a décrit six types de personnalité (Réaliste, Investigateur, Artistique, Social, Entreprenant, Conventionnel). Selon Holland, les choix d'orientation se font en fonction de la congruence entre la personnalité des individus et les environnements de travail, le choix d'une profession étant l'expression de la personnalité de l'individu. Quelques études empiriques valident les affirmations d'Holland. L'hypothèse selon laquelle les individus choisissent leurs professions en fonction de leurs intérêts fut validée, celle correspondant à la congruence comme source de satisfaction et de motivation reste controversée. La théorie d'Holland n'aurait qu'une validité modeste pour la satisfaction mais aucune pour la réussite.

Holland a également suggéré que les expériences vécues par les personnes déterminent les intérêts bien que sa théorie n'apporte peu d'informations sur les intérêts et occulte les phénomènes de stratification sociale. Smart (1989) a mis en évidence d'autres variables prédictives des intérêts professionnels à savoir le sexe, l'environnement familial et la nature des études effectuées.

Wach (2005) fit le constat que si les intérêts sont «le domaine le plus étudié en orientation», les valeurs de base sont peu étudiées alors même que la majorité des auteurs les considèrent comme «des types de motivation très profondément enracinés [...] plus abstraites que les intérêts ». Les valeurs ont été en psychologie de l'orientation très longtemps confondues avec les intérêts, car elles ont été approchées de manière indirecte par les intérêts, les opinions et les attitudes.

Boniface (2007), dans une enquête transversale comparative sur 219 diplômés en médecine qui ont passé l'examen en sciences fondamentales Postgraduate Medical College dans le sud-est du Nigéria, a mis en évidence que le choix de carrière était le plus souvent influencé par l'intérêt personnel (66.6%).

Takeda (2013) mettait en évidence que les étudiants étaient influencés par leur intérêt personnel. Ces étudiants et médecins avaient choisi en majorité la pédiatrie et la traumatologie comme spécialité.

La qualité de vie fut également mentionnée dans certaines études comme facteur influençant le choix de spécialisation. Sonia (2009) dans son étude sur « l'enseignement et l'enseignant influencent le choix de la spécialité médicale » a révélé que 56 % des étudiants avaient été influencé par la qualité de vie.

❖ Les valeurs

Le terme valeur indique la qualité d'une chose ou d'une personne qui est l'objet d'une appréciation en sciences sociales. Cette appréciation peut répondre à des critères particuliers. Les valeurs désignent des manières d'être ou de se comporter et des finalités de l'action qui sont jugées supérieures à d'autres. Les valeurs sont des éléments centraux des représentations sociales qu'elles structurent et contribuent à l'orientation. Elles évoluent en même temps que la société et changent souvent de nature. Les valeurs, comme principe directeur de la vie, ont été incriminés dans plusieurs théories indiquant que l'individu fait son choix professionnel en fonction de celles-ci et que la satisfaction au travail dépend de l'accord entre ces valeurs et que les valeurs de l'emploi permettent de mettre en œuvre (Guichard, 2006). Cependant, la littérature ne donne pas de consensus sur la catégorie de valeurs liées au domaine du travail. Les valeurs sont difficilement mesurables par des méthodes empiriques fiables.

Schwartz (2006) constate l'importance des valeurs mais toutefois il remarque une absence de consensus sur la définition du concept de valeurs en sciences sociales, « que ce soit sur la définition des valeurs, sur leur contenu ou sur la structure des relations qu'elles entretiennent entre elles ».

Super (1968) affirme que les valeurs sont plus fondamentales que les intérêts car elles indiquent des qualités ou des objectifs souhaités, alors que les intérêts désignent des activités ou des objets dans lesquels les valeurs sont recherchées. Les intérêts peuvent être la manifestation des valeurs dans le sens où les préférences pour des activités sont des moyens d'atteindre des objectifs plus généraux. Pour Super, l'individu en choisissant de s'orienter aura donc à analyser sa future profession sous l'angle de valeurs.

La relation valeur-profession a été démontrée moins directe que la relation intérêt-profession selon des études empiriques dans la mesure où des intérêts différents peuvent permettre la satisfaction d'une même valeur. Il a été démontré une indépendance de ces deux variables valeurs et intérêts lors des choix d'orientation professionnelle. Brown (2004) révèle, dans une étude menée sur des étudiants américains, qu'il n'y a pas de corrélation entre les intérêts et les

valeurs. Brown affirme que les étudiants prennent en compte leurs valeurs dans leurs approches des professions qui les attirent.

Plusieurs études insistent sur le rôle central des valeurs dans le développement vocationnel et font état de l'existence de liens entre les valeurs individuelles et des choix vocationnels. Par exemple, Brown met l'accent sur le rôle des valeurs dans le choix professionnel. Il nous donne deux conditions pour lesquelles les valeurs jouent un rôle central dans le choix d'orientation. La première condition est que l'individu valorise le modèle culturel individualiste et la seconde est qu'il affirme de quelques valeurs fortes. En effet, les personnes cherchent à identifier des opportunités leur permettant d'exprimer leurs valeurs. Or la vie professionnelle permet l'expression de valeurs.

Conclusion : Nous pouvons affirmer que selon les théories de l'orientation, les conduites d'orientation dépendent de la personnalité déterminée essentiellement par les intérêts et les valeurs. Si les valeurs sont plus fondamentales, elles sont généralement abstraites et difficilement mesurables de manière empirique et ont un lien moins direct avec les choix d'orientation que les intérêts. Cependant, elles peuvent se manifester par le biais des intérêts et ont montré plus d'effet sur la satisfaction au travail. Nos conduites d'orientation ne sont pas toutes sous l'influence de notre personnalité. Elles peuvent résulter des événements ou des circonstances de la vie qui peuvent conduire à un changement de personnalité.

Les choix d'orientation sont liés à la personnalité dont le développement est sous l'influence de caractéristiques sociodémographiques de l'individu et de son environnement. A noter également que les femmes montrent plus d'intérêts sociaux et valorisent l'engagement familial que les hommes, ce qui les rend susceptible d'adapter leurs choix professionnels afin de garantir un meilleur équilibre vie privée-vie professionnelle, même si une indifférenciation croissante à ce sujet est observée.

1.1.1.2.2) Influence des facteurs démographiques

Les facteurs démographiques pouvant influencer le choix de spécialisation sont nombreux. Il peut s'agir de l'âge, du sexe, d'un parent professionnel de la santé, du niveau d'éducation du père ou de la mère, le niveau socio-économique des parents et autres. Dans cette partie, nous mettrons l'accent sur le fait que le choix de spécialisation est influencé par le sexe, l'origine sociale, l'environnement (la famille – les enseignants).

Schultheiss (2009) disait que les femmes sont plus susceptibles à renoncer à certaines possibilités de travail que les hommes parce qu'elles sont plus attirées vers les responsabilités familiales. La femme dans sa conception a le devoir d'être fournisseuse de soins pour ses enfants, son mari et pour son père. Cette caractéristique principale de pourvoyeuse de soins est une des conditions les plus intransigeantes affectant le développement de carrière des femmes, elles devraient maintenant faire face simultanément à deux emplois à plein temps (Leong, 2005). Ainsi, le parcours professionnel de la femme s'inscrit dans le cadre d'un processus continu de vie et ressemble à des pratiques de vie que celui des hommes.

Cependant l'affirmation précédente n'a pas été validée dans l'étude menée par Hallet (1997) sur les femmes diplômées d'une université américaine. Selon cette étude, les femmes ne devaient pas choisir entre carrière et famille. Ces auteurs proposèrent deux modèles distincts : un modèle conventionnel, dans lequel la femme assume la responsabilité principale de la maison et des enfants, et un modèle de partage de rôle où les deux conjoints poursuivent activement leur carrière et se partagent les tâches ménagères et parentales.

L'origine sociale peut influencer le choix d'orientation. Bourdieu (1948) dans la théorie sur la « hiérarchisation transgénérationnelle des métiers et des statuts » a déclaré que les parents d'origine sociale aisée encourageraient le choix de filières valorisées par la classe sociale dominante, alors que les familles peu aisées se reporteraient sur des métiers dévalorisés et conserveraient ainsi un statut social inférieur. Les différences d'orientation entre les individus classes sociales distinctes ont été abordées par Bourdieu. Il explique cette théorie par « l'habitus social » qu'il définit comme un système de dispositions – c'est-à-dire d'attitudes, de représentations et de croyances – durables, mais non immuables – communes à toutes les personnes d'un même groupe social. Les dispositions composant l'habitus sont acquises au cours d'un processus de socialisation et se forment en fonction des expériences de l'individu dans le contexte social où il vit .

L'environnement se définit par le milieu qui nous entoure. Notre environnement peut influencer notre orientation de plusieurs manières. Il pourrait s'agir de la famille qui se trouve évidemment en premier lieu à participer plus ou moins indirectement à l'orientation. Les parents ont l'obligation de soutenir la démarche, de nourrir l'impulsion voire de la susciter, pour que l'enfant prenne en main sa destinée et fasse le choix de son futur métier. Duru-Bellat (2003), note que « en France, l'orientation est conçue comme une réponse aux demandes familiales qui sont variables selon le niveau économique et culturel ».

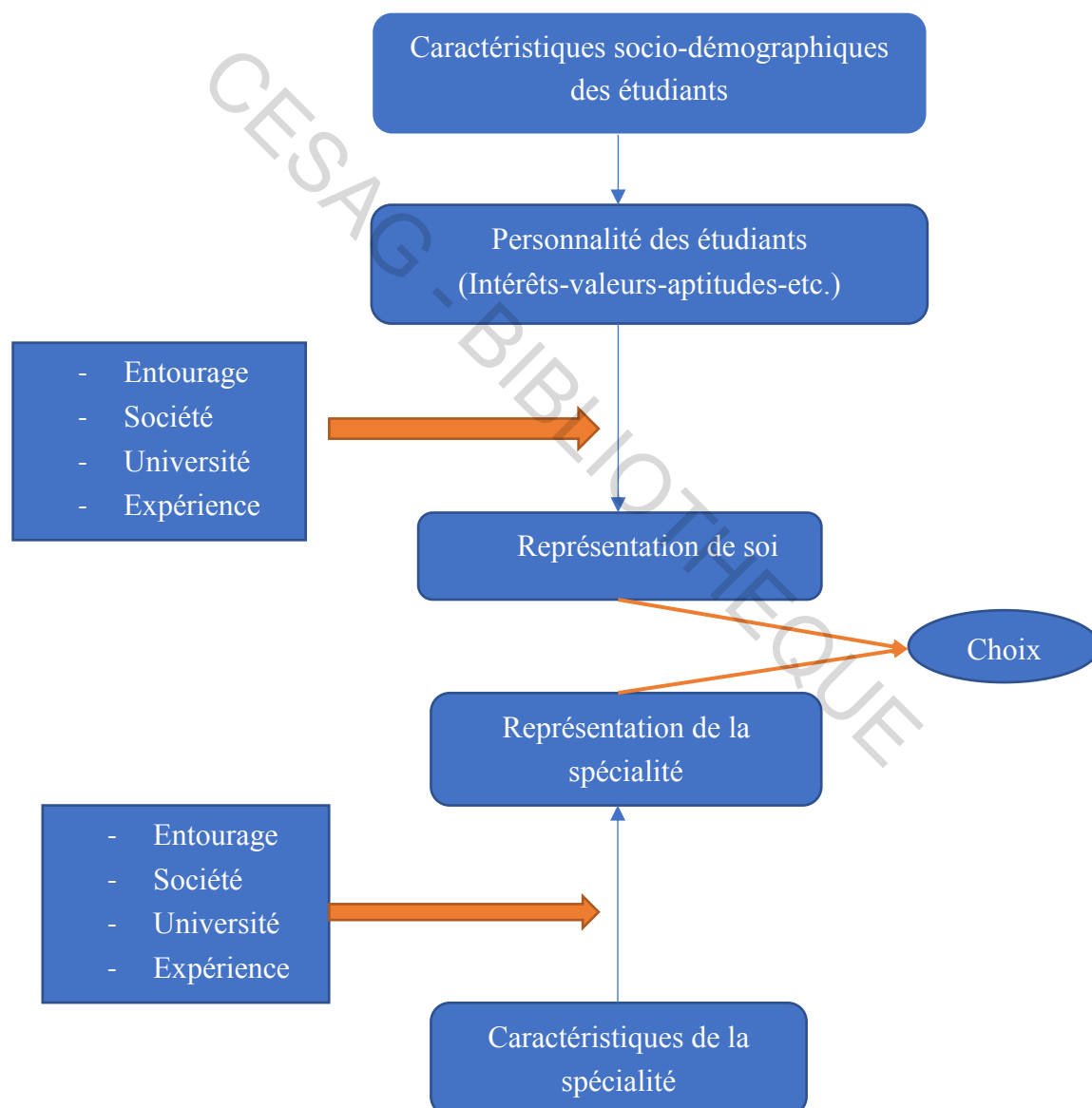
Boniface (2007) dans son étude sur le choix de spécialisation des étudiants dans le sud-est du Nigeria a montré que les étudiants étaient peu influencés par les parents et les relations sociales (17 %).

Le choix de spécialisation peut être également influencé par l'enseignement. Gaucher (2011) dans une étude intitulée « l'enseignement et l'enseignant influencent le choix de la spécialité médicale », portant sur 865 étudiants de l'université Paris Descartes et Pierre-Marie Curie en France révélait que l'enseignement et l'enseignant avaient un impact sur le choix de spécialité et que l'enseignement est un moyen efficace pour intéresser les plus jeunes aux spécialités qui paraîtraient moins attractives. Cette étude, conduite via un questionnaire administré sur internet, a montré que 88 % des étudiants étaient influencés par l'enseignement reçu pendant les stages cliniques ; 10% des cas les étudiants étaient découragés par un enseignant qui était un professeur des universités et praticien hospitalier dans 50% des cas.

1.1.1.3) Application de ces théories au choix de spécialisation en médecine

En référence aux théories de l'orientation exposées précédemment, le choix de spécialisation des étudiants en médecine dépend de l'adéquation entre les valeurs et intérêts des étudiants et de la manière dont ils conçoivent les spécialités. Ces représentations sont des constructions qui peuvent être modifiées au cours du temps en fonction de leurs environnements et de leurs expériences. Lennoir (2004) propose une modélisation des déterminants du choix de spécialisation sur la base des théories de la psychologie de l'orientation.

Figure 2 : Déterminants du choix de spécialisation selon LENNOIR



La représentation de soi se fait par l'individu lui-même en fonction de sa personnalité, son vécu et de l'influence de son environnement (université, entourage, société). Les traits de personnalité sont également sous l'influence de facteurs sociodémographiques. L'effet des facteurs sociodémographiques à travers valeurs et intérêts de personnalité a été démontré.

En résumé, si les caractéristiques sociodémographiques prédisposent au développement de certains intérêts couplés aux choix de spécialisation, ce sont ces intérêts et non les caractéristiques sociodémographiques elles-mêmes qui sont corrélées au choix de la discipline.

D'autres sources d'influence mises en évidence dans la littérature peuvent agir sur la personnalité des étudiants avec comme exemple leur entourage, la société et l'université. Nicholson (2016) suggérait que certaines aspirations des étudiants étaient influencées par leur environnement familial.

Bland (1995) soulignaient l'influence de l'université sur les valeurs des étudiants. Ce modèle est donc en accord avec les théories d'appariement de la psychologie de l'orientation car il indique que le choix de la spécialisation est fonction de la congruence entre les représentations des spécialités et les besoins à satisfaire des étudiants autrement dit leurs intérêts.

En ce qui concerne la représentation de la spécialité, les étudiants choisissent la spécialité en fonction des caractéristiques de celle-ci. Mais également en fonction de la flexibilité des horaires de travail, l'ambiance au service, la charge de travail et au fait de travailler sous pression.

L'approche cognitive des conduites d'orientation souligne que les représentations professionnelles se bâtissent seulement sur une partie des caractéristiques de la profession et sont sous l'influence de la société, la famille, l'environnement scolaire. Ces différentes influences ont été démontrées dans la littérature sur le choix de spécialisation. En fonction de l'image de la discipline au sein de la société, certains étudiants seront enclins à privilégier d'autres spécialités et à négliger d'autres.

Selon Lorant (2008), l'université a un rôle à jouer dans le choix de spécialisation comme le démontre Bland. Tout dépend des missions que se donnent l'université. Ainsi un engagement académique ou des stages mieux organisés et suivis dans les services de spécialité peuvent susciter une envie pour les étudiants de pratiquer la spécialité .

Les conférences peuvent avoir aussi un impact sur le choix des étudiants. Par ailleurs, si les enseignants, les médecins, maitres de stages et autres dénigrent une spécialité, cela peut avoir

un impact sur la représentation du métier et inciter les étudiants à choisir une autre spécialisation.

Nombreux sont les déterminants du choix de spécialisation, ils agissent de manière directe ou indirecte sur l'image que les étudiants ont de la spécialisation et d'eux-mêmes. Le choix de spécialisation dépend donc du niveau de congruence entre la représentation qu'ils ont d'eux-mêmes et de la spécialisation.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 2 : Méthodologie

1.2.1) Type et période de l'étude

Notre étude, réalisée de Septembre 2018 à Décembre 2018, est une étude descriptive analytique.

1.2.2) Population de l'étude

Le choix de la population s'est porté sur les étudiants de la septième année en médecine de l'université FHB car après avoir effectué différents stages cliniques, ils sont en mesure de choisir leurs spécialités. Les étudiants ayant répondu ont été sollicités via internet. Compte tenu d'un faible taux de réponses, nous avons réalisé une enquête sur terrain pour atteindre la taille de l'échantillon souhaité. Sur les personnes sollicitées, deux cents deux ont répondu au questionnaire.

1.2.3) Critères d'inclusion et de non-inclusion

Etaient inclus dans notre enquête les étudiants en septième année de médecine de l'université FHB. Les étudiants ayant choisis l'internat étaient non inclus de notre enquête.

1.2.4) Population et taille de l'échantillon

La procédure utilisée pour avoir notre échantillon est une méthode d'échantillonnage non aléatoire (méthode de volontaires) car elle est indiquée dans les études plus approfondies de certains phénomènes particuliers.

La taille de notre échantillon a été calculée en fonction de la formule suivante de Schwartz :

$$N = \frac{ez^2pq}{i^2}$$

N : taille de l'échantillon ; e : effet grappe (2) ; i : précision (5%) ; Z : écart-type (1,96) correspondant au risque d'erreur 5%; p : probabilité de choisir une spécialité 0.5 ; q = 1-p =0.5

La taille de l'échantillon est de 192. Nous avons recueilli 202 répondants.

1.2.5) Construction du questionnaire et collecte des données

Le questionnaire utilisé pour notre enquête a été fait sur la base d'une revue de littérature. Il a été soumis premièrement à une quinzaine de médecins généralistes qui ont apporté leurs contributions. Le temps minimum pour remplir le questionnaire était de 10 minutes. Les participants ont été informés sur l'anonymat des réponses. Ils y ont participé volontairement et sans contraintes.

Le questionnaire fait 2 pages et comprend quatre parties :

- Une première partie qui recueillait les informations de nature sociodémographiques à savoir le sexe ; l'âge ; la situation matrimoniale ; le niveau d'éducation des deux parents (père et mère) ; parent professionnel de la santé.
- La deuxième partie était consacrée au choix de la spécialité. Les variables étaient les suivantes : Idée précise sur le choix de spécialité ; les choix de spécialité par ordre de préférence ; les spécialités non désirées ; les raisons du refus .
- La troisième partie explorait les facteurs personnels pouvant influencer le choix de spécialisation. Les variables concernées étaient : l'affectation à la fin de la spécialité ; la disponibilité du poste ; la durée de la formation ; le défi ; une expérience personnelle vécue ; l'influence de la famille (parent ou conjoint) ; la nature de la spécialité ; le profil personnel ; la qualité de la formation ; la responsabilité.
- La quatrième partie explorait d'autres facteurs pouvant influencer la spécialisation (valeurs). Les valeurs liées à la profession sont extraites de l'étude de Murdoch. Chaque item est coté sur l'échelle de Linkert à cinq niveaux allant de « pas d'influence » à « une influence très importante ».

Le formulaire a été élaboré à l'aide du logiciel Sphinx . Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels suivants : Sphinx ; Excel, SPSS. Les données qualitatives sont présentées sous forme de pourcentage. Les données quantitatives sont présentées sous forme de moyenne et écart-type. Nous avons effectué une analyse descriptive puis une analyse univariée avec un test de khi carré en exigeant une significativité à 5 %.

DEUXIEME PARTIE: CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE

Chapitre 1: Présentation de la république de Côte d'Ivoire

2.1.1) Histoire de la Côte d'Ivoire

Les recherches archéologiques difficiles avant le XV^{ème} siècle rendirent méconnues l'histoire de la Côte d'Ivoire avant les premiers contacts avec les Européens car le climat humide ne permettait pas la conservation des ossements. Les premiers habitants étaient les Sénoufo et les Koulango venant du nord puis les pygmées venant du sud. Ensuite arrivaient les Akans (Agni et baoulé) vers le XVIII^{ème} siècle. Ces derniers fuyaient d'une part les chasseurs d'esclaves et d'autre part étaient à la recherche de l'or.

Initialement, le pays fut découvert par les Portugais qui cherchaient la route de l'Inde. Ces derniers débarquaient vers le XV^{ème} siècle dans les villes de Sassandra et de San Pedro qui ont conservés les noms des marins Portugais. Le nom Côte d'Ivoire datait déjà de cette époque. Le commerce des esclaves battant son plein , les Portugais ne trouvaient pas rentable l'échange des esclaves contre les céréales. Ils décidaient alors de conquérir une autre terre. Leur destination fut Dakar et ils abandonnaient la Côte d'Ivoire aux missionnaires Français qui débarquaient pour la première fois à Assinie. A partir de la région des lagunes, les Français conquièrent tout le territoire. La colonisation fut achevée en 1915.

Le pays devint colonie Française le 10 mars 1893. Les capitales furent respectivement Grand Bassam (première capitale) en 1893, Bingerville en 1900, Abidjan en 1934 et Yamoussoukro capitale politique de 1983 à nos jours. La Côte d'Ivoire devint république autonome par référendum en 1958 et acquies son indépendance le 07 août 1960. Félix Houphouët Boigny fut le premier président du pays de 1960 jusqu'à sa mort en 1993. La devise du pays est Union-Discipline-Travail . Le drapeau est constitué de trois bandes verticales : l'Orange (la savane du nord) , le Blanc (la paix et l'unité) et le Vert (la forêt du Sud et l'espoir d'un avenir radieux).

Fort d'un sous-sol riche en minerais et d'un climat propice pouvant la placer au rang des pays émergents, le pays a connu plusieurs crises sociopolitiques ralentissant sa croissance économique .

2.1.2) Contexte sociopolitique

Le paysage politique ivoirien est constitué de plus de 130 partis politiques. La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes. Depuis 2011, le pays connaît une relative stabilité sociopolitique et s'est lancé le défi de l'émergence à l'horizon 2020. La paix a été retrouvée, la cohésion sociale a été rétablie et la réconciliation nationale est en bonne voie. De plus, l'État de droit et la sécurité des biens et des personnes ont été rétablis sur l'ensemble du territoire, toute chose qui a favorisé le retour des institutions comme la Banque Africaine de développement (BAD) en septembre 2014. L'indice de sécurité en Côte d'Ivoire estimé à 1,6 en Janvier 2015, s'est établi à 1,11 en Décembre 2015 (PNDS 2016-2020).

2.1.3) Contexte géographique et démographique

Située dans la région occidentale de l'Afrique subsaharienne entre le 10^{ème} degré de latitude Nord, le 4^{ème} et le 8^{ème} degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire a une superficie de 322463 km². Le pays est limité par le Mali et le Burkina Faso au nord ; le Liberia et la Guinée à l'ouest ; le Ghana à l'est et le golfe de Guinée au sud. Le pays dispose de trois types de climats : le climat tropical humide et équatorial humide au Sud et d'un climat tropical de type soudanais au nord. La pluviométrie annuelle oscille entre 2300 mm au Sud et 900 mm au Nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C. Ce profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire.

La population totale est estimée à 22.671.331 habitants selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat ¹ avec une densité de 70,3 habitants/km². Elle est composée de 11 708 244 d'hommes soit 51,7 % et de 10 963 087 femmes soit 48,3 %. Les femmes en âge de procréer représentent 24 % de la population et les enfants de moins de 5 ans représentent 16 % de la population. La population vivant en milieu urbain est de 11 370 347 soit 50,2 % contre 11 300 984 en milieu rural soit 49,8 %. La Côte d'Ivoire connaît un fort taux d'immigration. La population étrangère était estimée à 5 490 222 personnes soit 24,2 % de la population totale.

¹ RGPH, mai 2014

Figure 3 : Carte administrative de la Côte d'Ivoire



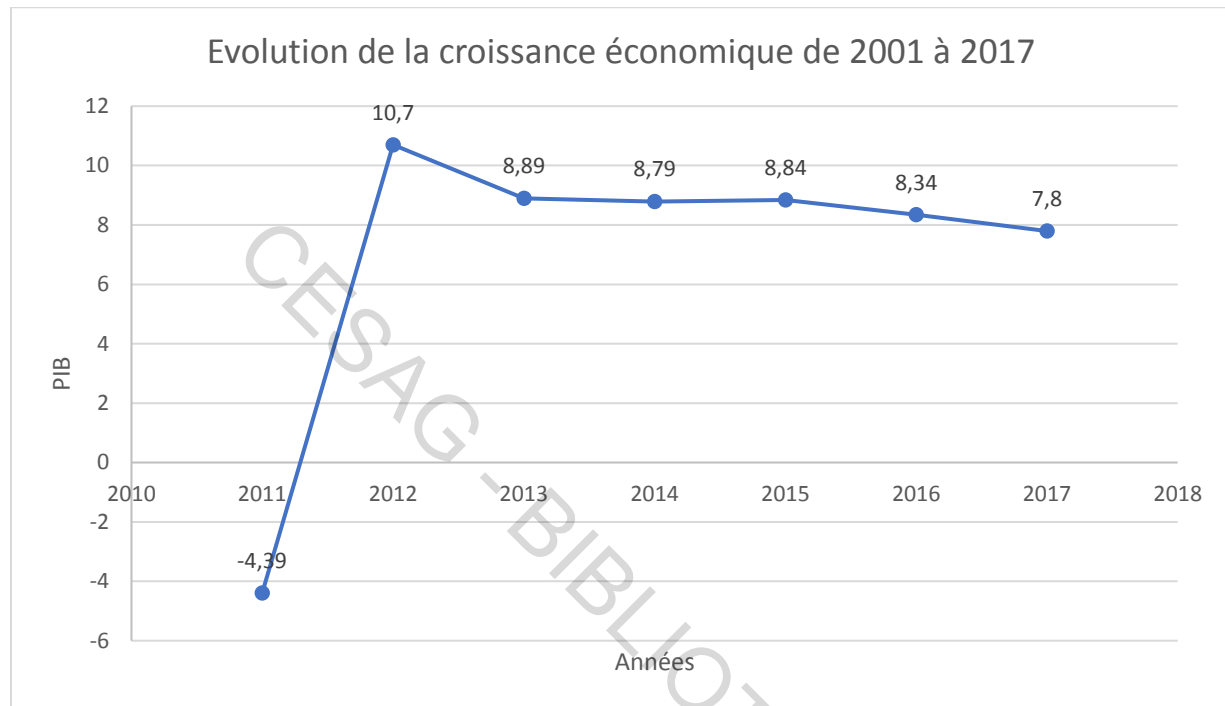
2.1.4) Contexte économique

L'économie de la Côte d'Ivoire repose essentiellement sur l'agriculture. Le secteur primaire contribue à près du quart du produit intérieur brut (PIB) et emploie plus de la moitié de la population active du pays. La Côte d'Ivoire est l'un des plus grands producteurs de cacao et l'un des plus grands exportateurs de fèves de cacao, de café et d'huile de palme du monde. Le pays produit également du pétrole et du gaz. Le secteur pétrolier commence à prendre une place importante dans l'économie du pays, avec un taux de croissance régulier et des investissements d'envergure. Le pays dispose d'un secteur minier, notamment pour l'extraction de l'or et de diamants, mais aussi d'autres minerais tels que le nickel.

Le pays est membre de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) où il occupe le troisième rang derrière le Nigeria et le Ghana. Le pays est la locomotive de l'Union économique et monétaire de l'Afrique de l'Ouest (UEMOA) où il dispose de 40% du PIB de cette institution.

Depuis 2012, la Côte d'Ivoire se trouve parmi les dix premiers pays au monde ayant une croissance continue . En effet, le taux de croissance du PIB qui était négatif (- 4,39 %) en 2011 a atteint 10,7 % en 2012, 8,89 % en 2013, 8,79 % en 2014 , 8,84 % en 2015, 8,34 % en 2016 et en 2017 le PIB était de 7,8 % soit une moyenne estimée de 7 % sur la période 2011-2017 (PNDS 2016-2020).

Figure 4 : Evolution du PIB de 2011 à 2017



Source des données : PNDS 2016-2020

Le pays est classé dans le groupe des pays à revenu intermédiaire. Sur la courbe de l'évolution de la croissance, nous notons une croissance exponentielle de 2011 à 2012. A partir de 2012, nous notons une régression du PIB jusqu'à 2017. La Banque mondiale projette une croissance de 8,9 % fin 2018.

Le taux d'investissement global est passé de 9% du PIB en 2011 à 16,1 % en 2014 . L'investissement public est passé de 5,4% en 2011 à 6,2 % du PIB en 2014 pendant que l'investissement privé augmentait de 6,3 % du PIB à 9,9 % au cours de la même période (Rapport de la banque mondiale, 2016).

Les investissements publics ont représenté en moyenne 40 % du total des investissements contre 60 % pour les investissements privés, durant cette période. Malgré cette croissance économique à grande vitesse, la proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté reste élevée, passant de 32,3 % en 1993 à 48,9 % en 2008 puis à 46,3 % en 2015 .

En 2015, la pauvreté était plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain. Le rapport sur le

développement humain du PNUD (2014) indique que la Côte d'Ivoire continue de demeurer dans le groupe des pays à faible développement humain avec un indice de développement humain (IDH) estimé à 0,4528 en 2013 et classant le pays au rang de 171^{ième} sur 187. Cet indice s'est accru de 1,08 % entre 2000 et 2013 à cause de la crise sociopolitique.

2.1.5) Système de santé de la Côte d'Ivoire

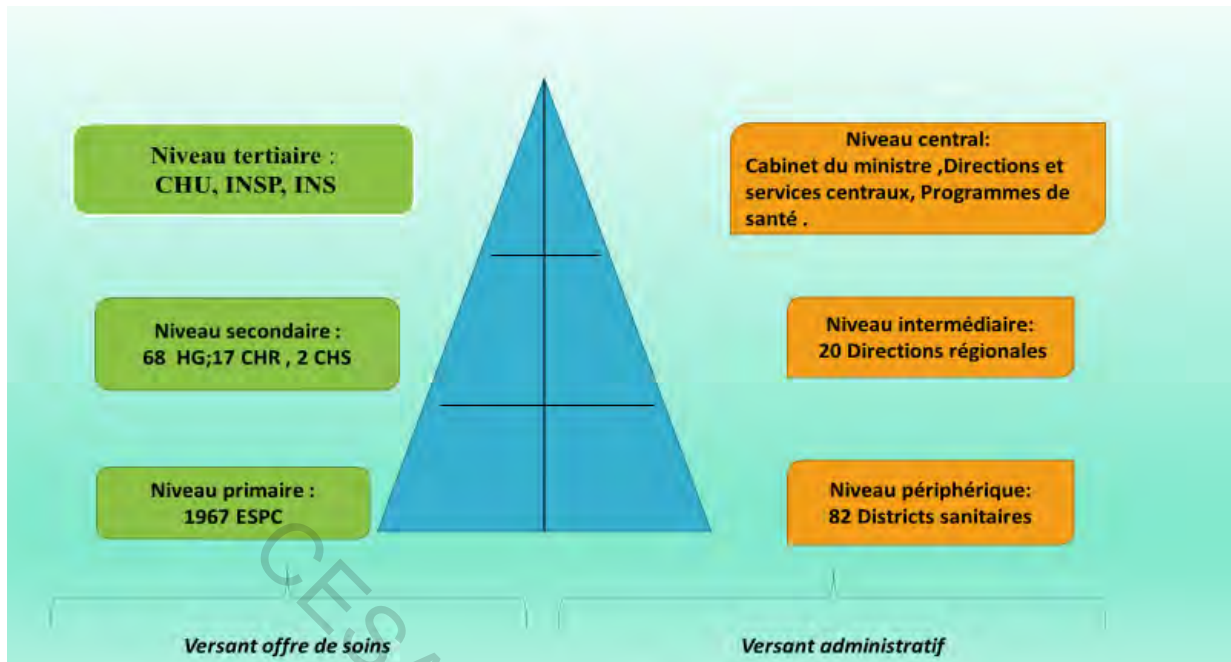
Avec une politique sanitaire basée sur les soins de santé primaire (SSP), la Côte d'Ivoire à l'instar des pays Africains, dispose d'un système sanitaire composé d'un secteur public (de type pyramidal avec un versant administratif et un versant production de soins) ; un secteur privé et un secteur pharmaceutique.

2.1.5.1) Organisation du système de santé

Le système de santé dans sa composante administrative comprend trois niveaux :

- Le niveau central (le cabinet du Ministre, les directions, les services centraux et les programmes de santé) est chargé de la définition de la politique de santé, de l'appui et de la coordination globale de la santé ;
- Le niveau intermédiaire comptant 20 directions régionales (DR) de la santé qui ont une mission de soutien aux districts sanitaires pour l'exécution de la politique sanitaire ;
- Le niveau périphérique composé de 8 directions départementales de la santé (DDS) ou districts sanitaires dont la mission est de coordonner l'action sanitaire dépendant de leur ressort territorial , fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Le district sanitaire, subdivisé en aires sanitaires, est l'unité opérationnelle du système de santé.

Figure 5 : Pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire.



Source : PNDS 2016-2020

Dans sa composante production de soins, le système ivoirien comprend un secteur public prépondérant, un secteur privé et la médecine traditionnelle .

❖ Secteur public

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux :

- Le niveau primaire ou périphérique représenté par 1967 établissements sanitaires de premiers contacts (ESPC), dont 1237 centres de santé ruraux (CSR), 514 centres de santé urbains (CSU), 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire (FSUCOM).
- Le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de première référence, composé de 68 hôpitaux généraux, 17 centres hospitaliers régionaux, 2 centres hospitaliers spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké)
- Le niveau tertiaire comprend les établissements sanitaires de recours de deuxième référence, est essentiellement composé d'établissements publics nationaux avec 5 centres hospitaliers universitaires, 5 instituts nationaux spécialisés : Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA).

On note en outre 4 autres établissements publics nationaux d'appui : centre national de transfusion sanguine , laboratoire national de santé publique, nouvelle pharmacie de la santé publique, service d'aide médicale d'urgence (SAMU).

D'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires tels que le ministère de Défense ; de l'Économie et des Finances ; et de l'Intérieur. Malgré cet important dispositif de soins, il persiste des zones de « désert médical ». Selon le Rapport annuel sur les statistiques sanitaires (RASS) de 2015, plus de 29 % de la population vivait à plus de 5 km d'un établissement de santé.

❖ Secteur privé

Le secteur privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories s'insérant parfaitement dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Le secteur privé confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire, avec 49 établissements sanitaires. En 2019, une police sanitaire a été créé pour le respect des normes et la prolifération anarchique des structures de santé.

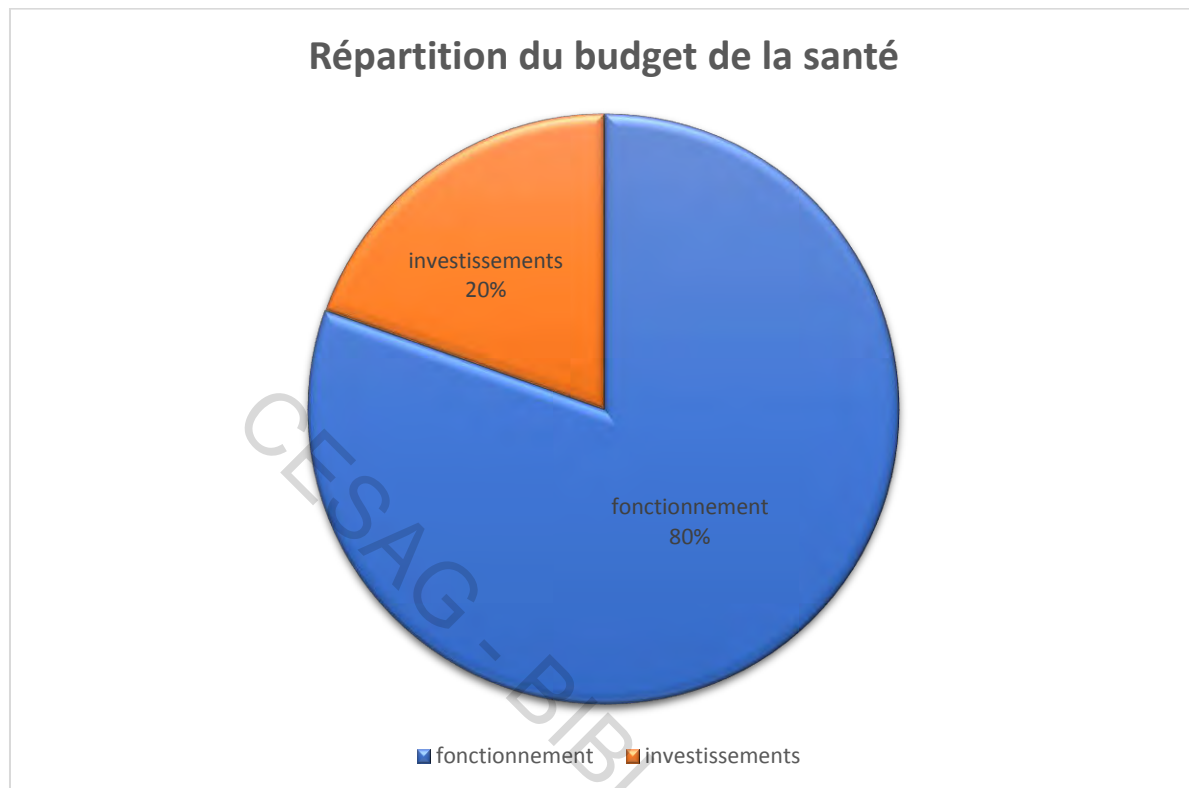
En 2014, le secteur pharmaceutique privé occupait une place prépondérante dans le système de santé et couvrait entre 80 et 90% de l'offre en médicament.

❖ La médecine traditionnelle

Ce secteur compte plus de 8500 praticiens de médecine traditionnelle (PMT) recensés par le programme national de promotion de la médecine traditionnelle (PNPMT), organisés en associations nationales, fédérations. L'exercice et l'organisation de la médecine et la pharmacopée traditionnelle sont réglementés par la loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles. Plusieurs activités de recherche et développement ont été réalisées et ont abouti à titre d'exemple à l'obtention d'autorisations de commercialisation délivrées pour les médicaments traditionnels améliorés . En outre, l'on note l'ouverture en septembre 2014 d'une unité de médecine traditionnelle au CHU de Treichville dans le cadre d'un projet pilote.

2.1.5.2) Financement du système de santé

Figure 6 : Répartition du budget de la santé



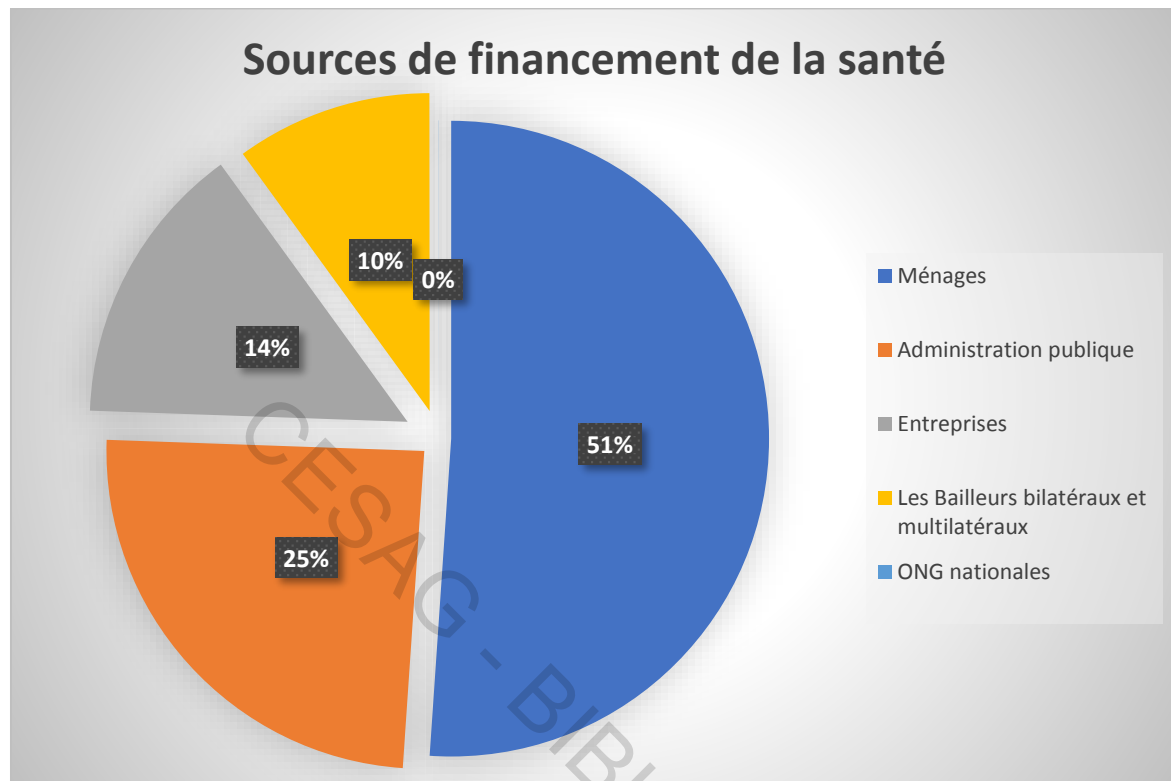
Source : compte de la santé 2013

Le financement de la santé a connu une hausse progressive ces dernières années. En effet, le budget du ministère en charge de la santé est passé de 106,8 milliards en 2011 à 245,5 milliards de FCFA en 2015 soit une augmentation annuelle de 45 %. Une part importante de ce budget a été dédiée au fonctionnement (80,45 %) au détriment des investissements (19,55 %).

En outre, la proportion du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé est passée de 5,56 % en 2012 à 6,19 % en 2014 (Compte de la santé, 2013). Toutefois, cette proportion est encore en dessous du taux fixé à ABUDJA en juillet 2001 qui était estimé à 15 %.

2.1.5.3) Source de financement

Figure 7 : Financement de la santé



Source de données : PNDP 2016

Selon les comptes de santé, les dépenses totales de santé (DTS) en 2013 s'élevaient à 872,82 milliards de FCFA. Ainsi, il ressort de l'analyse des DTS que les ménages sont les plus gros contributeurs du financement de la santé en Côte d'Ivoire avec une proportion de versement direct de 51 % en 2013. L'Administration publique (25%) et les Entreprises (14%) viennent respectivement au second et au troisième rang. Les Bailleurs bilatéraux et multilatéraux représentent 10% des sources de financement tandis que les ONG nationales ne représentent que 0,01 % des sources de financement.

2.1.5.4) Ressources humaines

Sur le plan national, nous avons un médecin pour 7235 habitants, un infirmier pour 2910 habitants et une sage-femme pour 1990 femmes en âge de procréer en 2015. L'OMS recommande un médecin pour 10 000 habitants, un infirmier pour 5000 habitants, une sage-femme pour 3000 femmes en âge de procréer. Le constat est très alarmant en ce qui concerne la répartition des médecins.

Tableau I : Ratio des prestataires de santé par région

Régions sanitaires	Population totale	Ratio Population/ Médecin	Ratio population/ Infirmier	Ratio Femme en âge de reproduction/Sage-femme
ABIDJAN 2	3 013 498	4 783	3 986	2 225
ABIDJAN 1- GRANDS PONTS	2 179 740	3 956	3 585	2 055
AGNEBY-TIASSA-ME	1 150 198	10 270	2 278	1 828
BELIER	720 281	8 185	2 244	2 244
BOUNKANI-GONTOUGO	958 217	15 455	2 948	2 479
CAVALLY-GUEMON	1 414 586	20 803	4 715	2 797
GBEKE	1 036 667	15 949	3 663	1 993
GBOKLE-NAWA-SAN-PEDRO	2 234 911	20 504	5 173	3 552
GOH	898 494	12 655	2 674	2 280
HAMBOL	440 959	11 307	2 809	1 823
HAUT SASSANDRA	1 467 508	19 567	3 945	2 570
INDENIE DUABLIN	574 746	10 643	2 211	1 764
KABADOUGOU-BAFING-FOLON	484 903	11 545	3 233	1 568
LÖH-DJIBOUA	851 678	19 806	3 143	2 207
MARAHOUÉ	884 369	18 816	3 350	2 930
N'ZI-IFOU	935 125	12 304	2 548	1 862
PORO-TCHOLOGO-BAGOUE	1 648 554	17 353	4 001	2 935
SUD-COMOE	659 033	7 086	2 106	1 416
TONKPI	1 017 915	14 542	3 662	2 511
WORODOUGOU-BERE	679 003	17 869	4 325	2 161
TOTAL	23 250 385	7 232	2 910	1 990

Source : Rapport annuel des statistiques sanitaires 2015

Le tableau ci-dessus montre que sur les 20 régions que comptait la Côte d'Ivoire en 2015 seulement 4 régions répondaient aux normes de l'OMS. A population sensiblement égale, la région du Gboklé -Nawa-San Pedro comptait un médecin pour 20504 habitants alors que celle d'Abidjan 1- Grands ponts comptait un médecin pour 3956 habitants. En ce qui concerne la répartition des infirmiers et sage-femme seule la région du Gboklé-Nawa-San Pedro ne répondait pas aux normes de l'OMS.

La gestion des Ressources Humaines de la Santé (RHS) est confrontée à plusieurs problèmes :

- Une mauvaise répartition des RHS causée par l'absence de système de gestion de l'information sur les RHS et l'absence d'évaluation de la charge de travail dans les établissements sanitaires avec un déficit de planification des besoins en RHS et à un problème budgétaire ;
- Une insuffisance de RHS spécialisées causée par l'absence de plan de formation continue des agents de santé et la non-reconnaissance de la spécialité médicale par la fonction publique avec le faible recrutement de personnels spécialisés ;
- L'absence de motivation du personnel en général et spécifiquement ceux des zones reculées et difficiles d'accès, et d'autre part à l'absence de textes réglementant la mobilité du personnel et l'absence de profil de carrière ;
- L'insuffisance de production des RHS de qualité occasionnée par un faible investissement consacré à la formation et les difficultés de mise en œuvre de la réforme du système éducatif (le système LMD) ;
- La non-maitrise des RHS du secteur privé résultant de l'insuffisance dans l'application des textes réglementaires et le manque d'un observatoire des RHS.

Chapitre 2 : Présentation de l'université FHB

L'université FHB est une université publique située à Abidjan dans la commune de Cocody. Elle était affiliée auparavant à l'université nationale de Côte d'Ivoire. Anciennement appelée université de Cocody, elle a été promue université par décret présidentiel le 9 janvier 1964. Elle fut réputée dans les années 70 et 80 pour la diversité de ses facultés. Elle perdit en prestige au fil des années et la crise postélectorale a entraîné sa fermeture pour rouvrir ses portes en septembre 2012. Fortement décriée par les étudiants, l'université a un plateau technique insuffisant : le matériel pour la formation manque cruellement, la bibliothèque est quasi vide et le nombre de salles très insuffisant pour des étudiants toujours en grand nombre. L'université est construite sur une superficie de 200 ha. Elle compte plus de 60000 étudiants, 1638 enseignants chercheurs et 91 chercheurs (Wikipédia). Elle comprend des locaux pour :

- L'administration;
- Des Amphithéâtres;
- Des Salles de Cours, des laboratoires;
- Un Centre de Documentation et d'Information Médical (CDIM);
- Un Centre de Formation Médicale Continue;
- Des équipements Sportifs et Divers

➤ Les missions et objectifs

Comme toutes les universités, l'université FHB a pour mission :

- La formation initiale et continue dans les domaines scientifiques, culturels et professionnels ;
- La diffusion des connaissances et de la culture
- La recherche scientifique et technologique
- L'appui aux activités de développement
- La coopération internationale en matière d'enseignement et de recherche .

L'université FHB entend :

- Maintenir et développer sa compétence particulière dans les sciences humaines et sociales.
- Développer en son sein une recherche, individuelle et collective, fondamentale et de qualité ;

- Assurer la qualité pédagogique de la formation
- Confirmer le caractère pleinement universitaire de la formation tout en répondant à des exigences pédagogiques particulières
- Poursuivre les idéaux universitaires à travers ses missions fondamentales et nécessairement indépendantes.

➤ L'organisation

L'université est dirigée par un président et assisté par deux vice-présidents et un secrétaire général. Elle compte en son sein treize unités de formation et de recherche (UFR) dont la faculté de sciences médicales, deux centres de recherche autonomes, une école de formation continue et des instituts.

2.2.1) Présentation de la faculté des sciences médicales de l'université FHB.

L'unité de formation et de recherche des Sciences médicales est située dans l'enceinte de l'université FHB. Proche du centre hospitalier et universitaire (CHU) de Cocody, elle compte environ 495 enseignants et plus de 2693 étudiants. L'administration comprend un doyen de l'UFR, deux vices-doyens affiliés respectivement à la recherche et à la pédagogie, et un secrétaire général. Selon le nouveau régime, le diplôme décerné en fin de formation est un doctorat en médecine générale.

Les études en médecine durent en moyenne huit années. La première année est un tronc commun qui est l'équivalent du numerus clausus en France. Les étudiants admis au concours choisissent entre la pharmacie, la médecine et l'odontostomatologie. A partir de la deuxième année, ils sont dans leurs différents départements à savoir le département de pharmacie ; médecine et d'odontostomatologie. La septième année est l'année des cliniques où les étudiants effectuent des stages cliniques dans plusieurs services et sont par la suite notés par un panel de professeurs lors des examens au lit du malade. La dernière année est celle de la thèse, l'étudiant après avoir soutenu sa thèse devant un jury se voit décerné le titre de docteur en médecine générale. Deux trajectoires s'offrent aux étudiants en médecine. Certains choisissent de faire l'internat pour avoir une carrière universitaire. D'autres choisissent de faire un diplôme d'études spécialisées (DES). L'étudiant choisit la spécialité envisagée et est soumis à un probatoire qui sanctionne la poursuite ou non de la spécialité. La durée de la spécialité est fonction de la nature de la spécialité. Les spécialités médicales ont une durée de 4 ans et les spécialités chirurgicales ont une durée de 5 ans .

Chapitre 3 : Présentation et analyse des résultats

2.3.1) Analyse descriptive de la population

Le taux de participation à notre enquête était de 78,52%. Notre population était essentiellement jeune avec une moyenne d'âge de 26,78 ans ; un sexe ratio H/F de 1,13.

2.3.1.1) Caractéristiques sociodémographiques

- L'âge

Tableau II : Répartition de la population selon l'âge

Tranche d'âge	Nombre cité	Fréquence
20 - 25 ans	64	31,80%
25 - 30 ans	102	50,70%
30 ans et plus	35	17,40%
TOTAL OBS.	201	100%

Source : données enquête

La tranche d'âge la plus représentée était celle dont l'âge varie entre 25 et 30 ans avec une proportion de 50,7 %. L'âge moyen était de 26,78 ans ; un écart type autour 3,42 ; et un coefficient de variation à 0,1285 soit 12,85 %. Ce qui témoigne de la précision de nos observations. La dispersion de ces observations représente 12,85 % de la moyenne.

- Le sexe

Tableau III : Répartition de la population par sexe

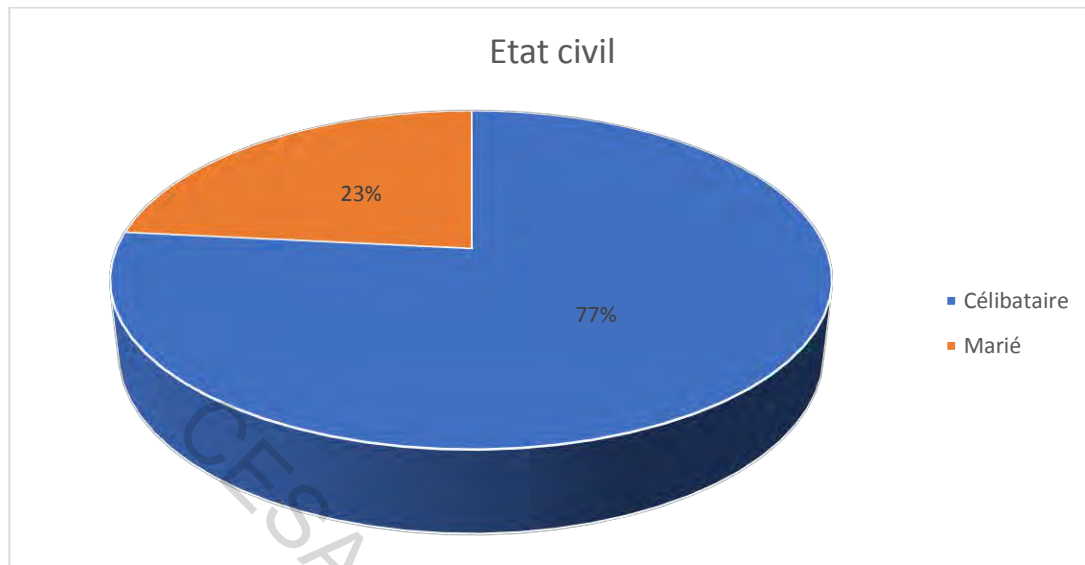
Sexe	Nombre	Fréquence
Féminin	94	47%
Masculin	107	53%
Total général	201	100%

Source : données enquête

Le sexe Ratio Homme/Femme était de 1,13 (53% pour les hommes et 47% pour les femmes).

- Situation matrimoniale

Figure 8 : Situation matrimoniale de la population

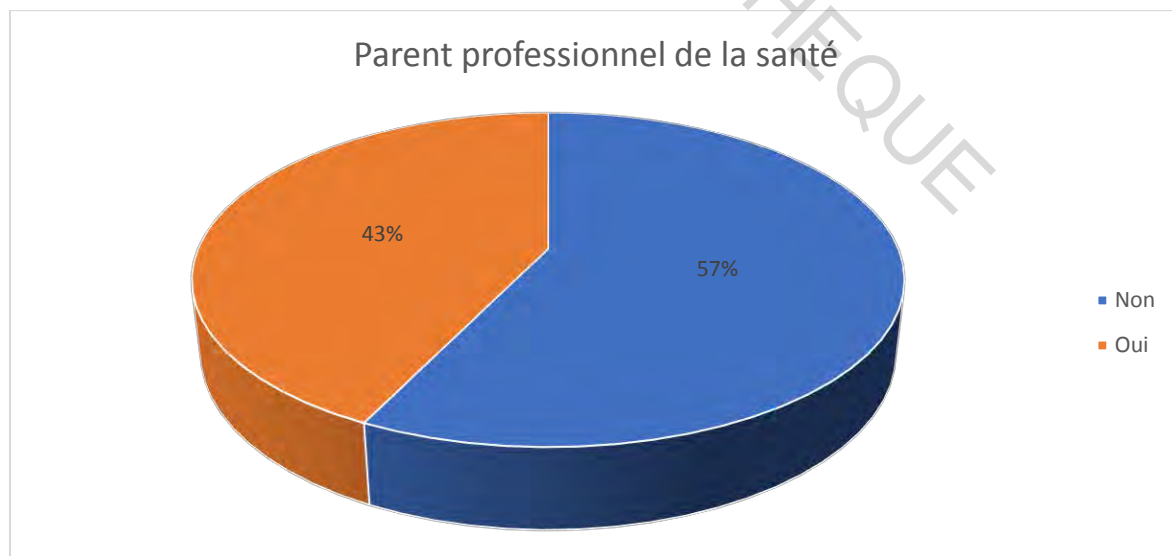


Source : données enquête

La majorité de notre population d'étude était célibataire avec un pourcentage de 77 %. Nous enregistrons également 23 % de marié.

- Parent professionnel de santé

Figure 9 : Répartition de la population selon parent professionnel de santé

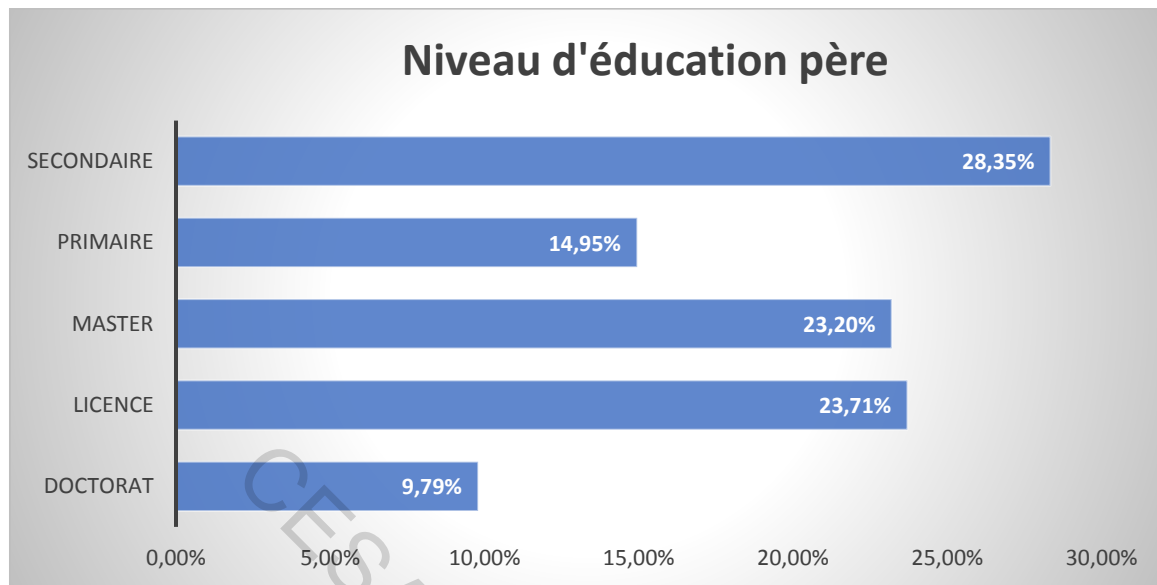


Source : données enquête

Cinquante-sept pour cent (57%) de notre échantillon n'avaient pas de parents professionnels de la santé.

- Niveau d'éducation du père

Figure 10 : Répartition de la population selon niveau d'éducation du père.

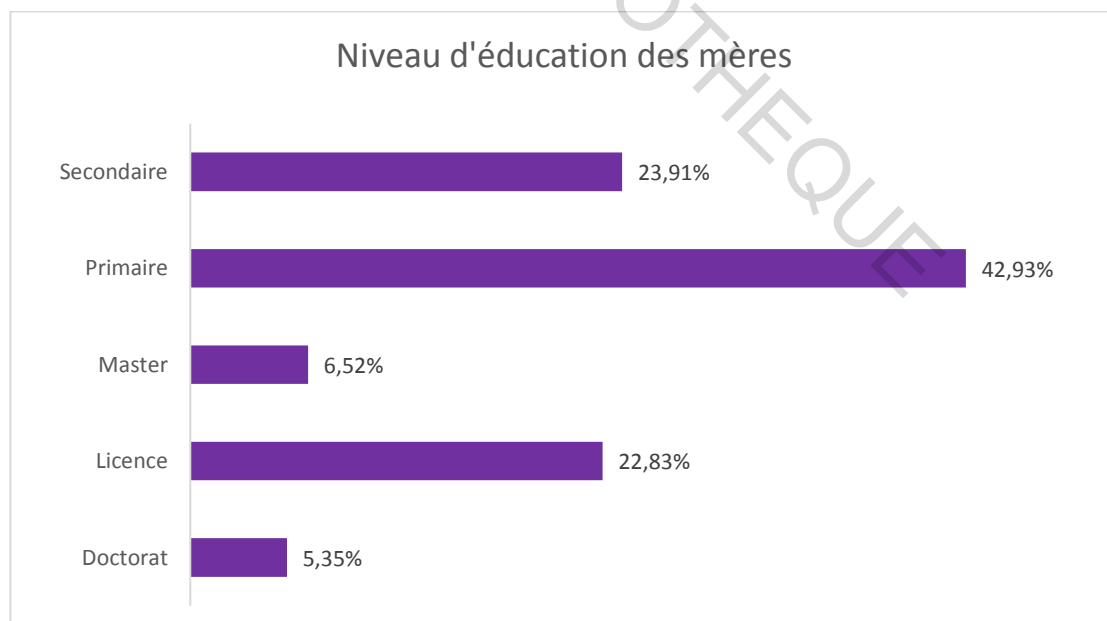


Source : données enquête

Le niveau d'éducation du père le plus représenté est le niveau secondaire avec un pourcentage de 28,35 %.

- Niveau d'éducation de la mère

Figure 11 : Répartition des médecins selon le niveau d'éducation des mères



Source : données enquête

Nous constatons que 42,93% des étudiants ont leur mère ayant le niveau primaire.

2.3.1.2) Choix de la spécialité

- Désir de faire une spécialité

Figure 12 : Répartition des médecins selon le désir de faire une spécialité



Source : données enquête

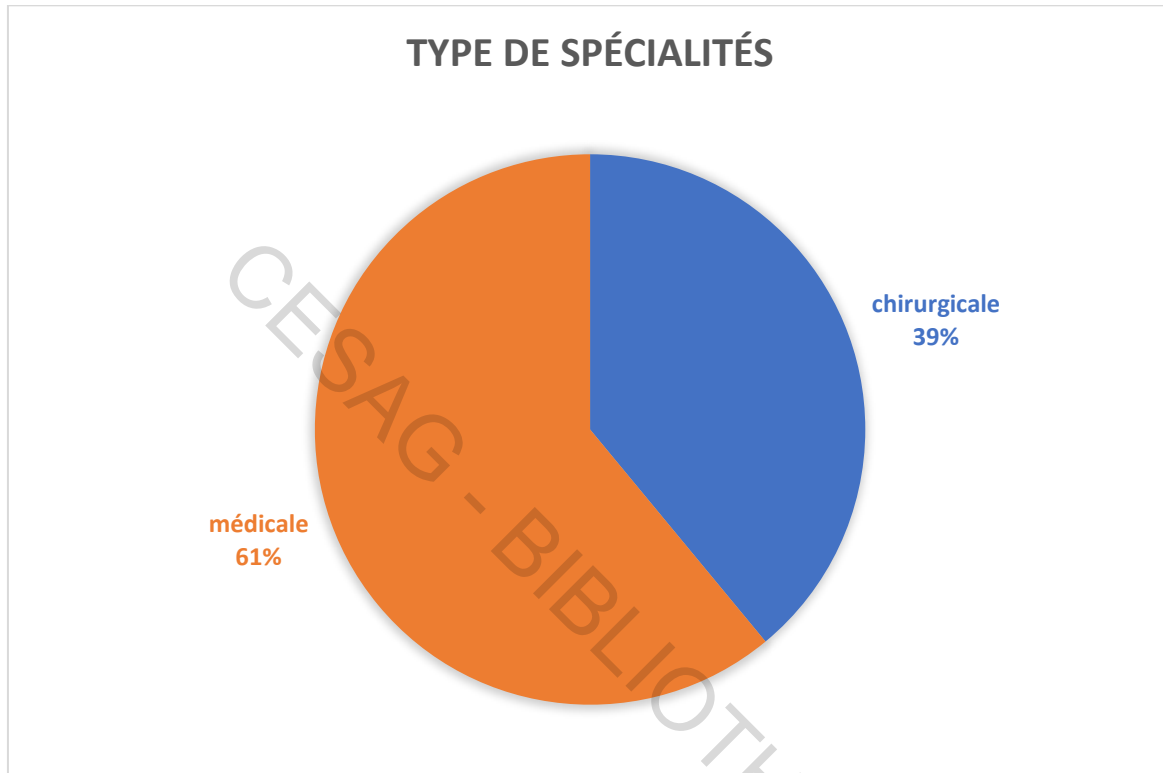
La grande majorité des médecins projetaient de faire une spécialité après obtention de leur doctorat. Le pourcentage de réponse favorable était de 62 %. Nous notons également que 34 % des médecins étaient indécis contre 4 % qui ont répondu négativement. Ces derniers évoquaient comme raison la reconnaissance des spécialités médicales et qu'ils avaient encore besoin de temps avant de se décider.

- Les spécialités plébiscitées par ordre de priorité

Nous distinguons deux types de spécialités : les spécialités médicales et les spécialités chirurgicales .

- Type de spécialités

Figure 13 : Répartition de la population selon le type de spécialité



Source : données enquête

Selon le type de spécialités, les médecins préféraient les spécialités médicales par rapport aux spécialités chirurgicales. Les pourcentages étaient de 61% pour les spécialités médicales contre 39 % pour les spécialités chirurgicales.

- Les spécialités chirurgicales

Tableau IV: Répartition de la population selon les spécialités chirurgicales

Pathologies chirurgicales	Nombre	Pourcentage
Urologie	5	3%
Chirurgie Viscérale	22	13%
Chirurgie Cardiaque	6	4%
Chirurgie Maxillo- Faciale	1	1%
Chirurgie Pédiatrique	4	2%
Chirurgie Plastique	2	1%
Chirurgie Thoracique	2	1%
Gynécologie-Obstétrique	50	30%
Neurochirurgie	19	11%
Traumatologie	15	9%
Ophthalmologie	32	19%
ORL	8	5%
Total	166	100%

Source : données enquête

Après avoir énoncé leurs trois choix de spécialités envisagées par ordre de priorité, nous avons constaté que les spécialités chirurgicales envisagées étaient la gynécologie/Obstétrique (30 %), l'ophtalmologie (19 %) et la chirurgie viscérale (13 %).

- Les spécialités médicales

Tableau V : Tableau récapitulatif des spécialités médicales

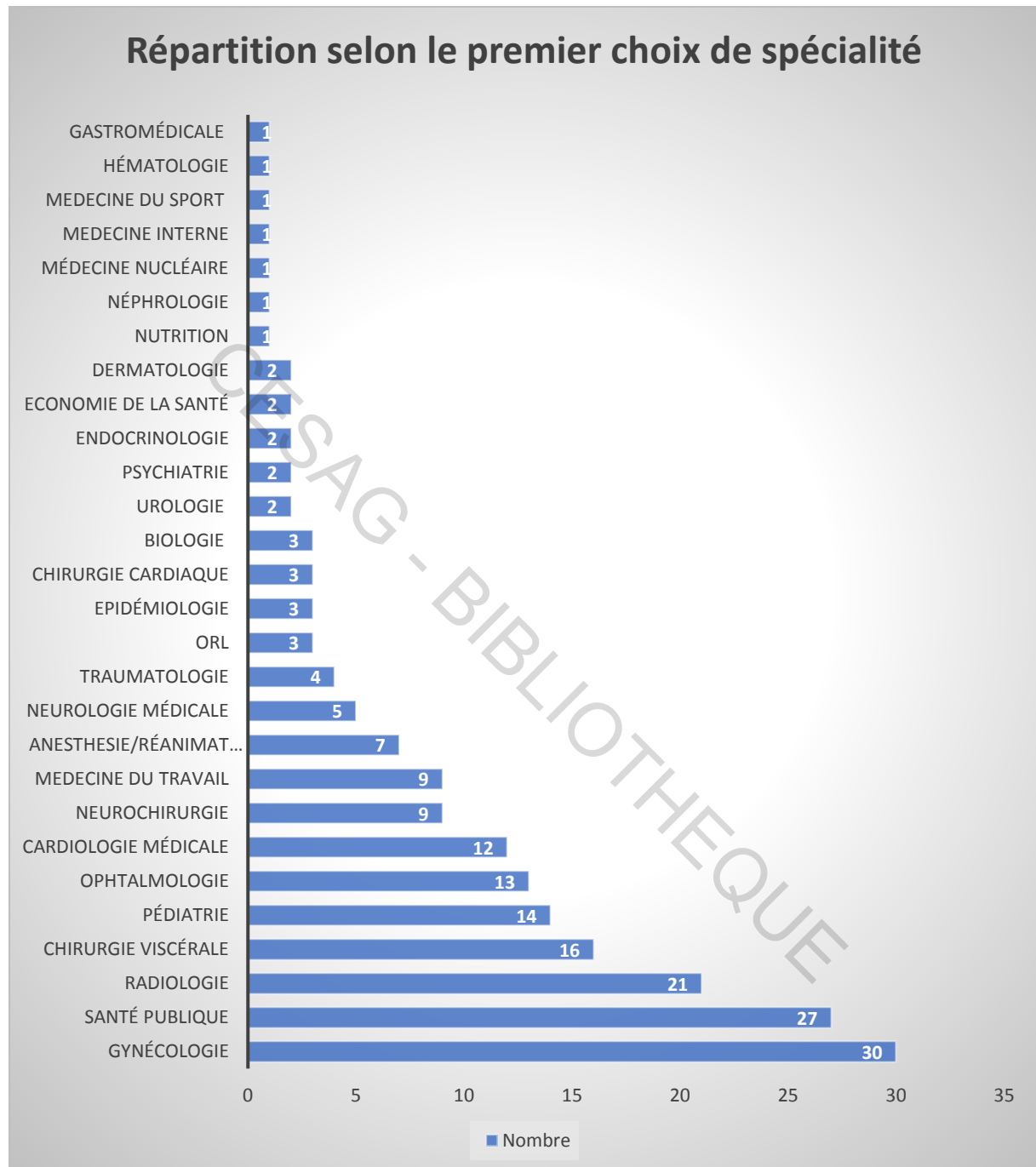
Spécialités médicales	Nombre	Pourcentage
Médecine Quantique	1	0%
Biostatisticien	1	0%
Gestionnaire Des Données	1	0%
Immunologie	1	0%
Médecine des Plateformes pétrolières	1	0%
Médecine Du Sport	1	0%
Médecine Nucléaire	1	0%
Nutrition	1	0%
Physiologie	1	0%
Psychologie	1	0%
Anatomie	2	1%
Biologie	2	1%
Bactériologie	2	1%
Médecine D'urgence	2	1%
Néphrologie	2	1%
Pneumologie	2	1%
Psychiatrie	2	1%
Médecine Légale	3	1%
Épidémiologie	3	1%
Maladies Infectieuses Et Tropicales	3	1%
Hématologie	4	1%
Urgences Médicales	4	1%
Endocrino-Diabétologie	5	1%
Médecine physique et rééducative	5	1%
Neurologie Médicale	6	2%
Rhumatologie	6	2%
Hépatogastro-entérologie	7	2%
Economie De La Santé	9	2%
Biologie	11	3%
Médecine Interne	13	3%
Dermatologie	14	4%
Médecine Du Travail	38	10%
Cardiologie Médicale	41	11%
Radiologie	53	14%
Pédiatrie	56	15%
Anesthésie - Réanimation	18	5%
Santé Publique	57	15%
Total	380	100%

Source : données enquête

Les trois spécialités médicales envisagées par les futurs médecins étaient : la santé publique (15%), la pédiatrie (15%) et l'imagerie médicale (14 %).

- Selon le premier choix de spécialité

Figure 14 : Répartition de la population selon le premier choix de spécialité

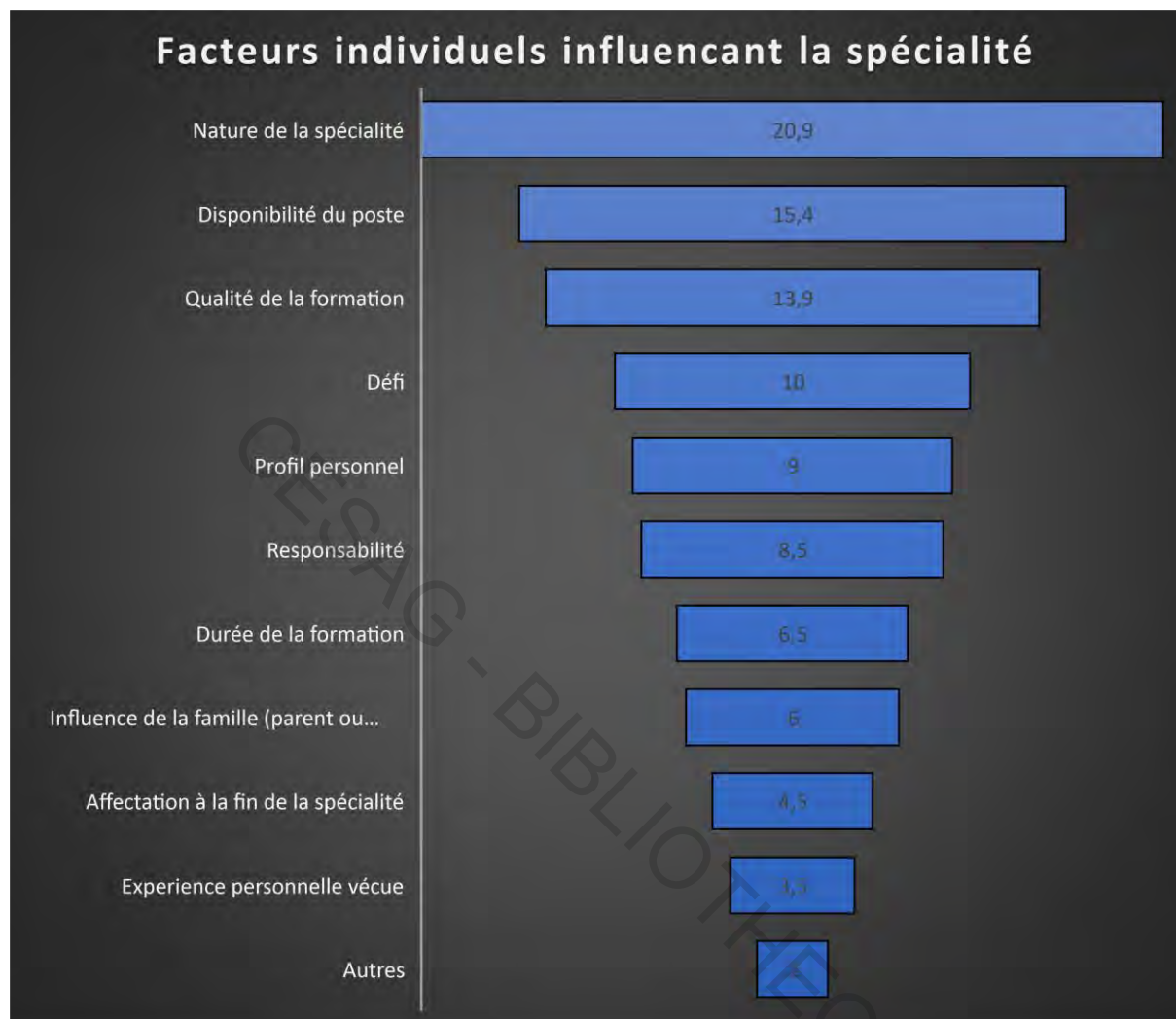


Source : données enquête

Selon le premier choix de spécialité, nous constatons que les trois spécialités envisagées sont la Gynécologie (15%), la santé publique (14%) et la radiologie (10%).

2.3.1.3) Facteurs personnels

Figure 15 : Répartition de la population selon les facteurs personnels



Source : données d'enquête

Nous constatons parmi les facteurs individuels pouvant influencer le choix d'une spécialité que la nature de spécialité avec 20,90 % était le facteur le plus considéré. Ensuite la disponibilité d'un poste après la spécialité, la qualité de la formation et le défi étaient les facteurs suivants avec respectivement 15,40 %, 13,90 % et 10 %. Certains médecins ont eu à évoquer d'autres facteurs à savoir :

- Les stages hospitaliers
- Le prestige et statut
- Les expériences vécues au cours et avant les cliniques
- L'aspect monétaire (gains)
- La réputation de la spécialité.

2.3.1.4) Les valeurs selon Murdoch

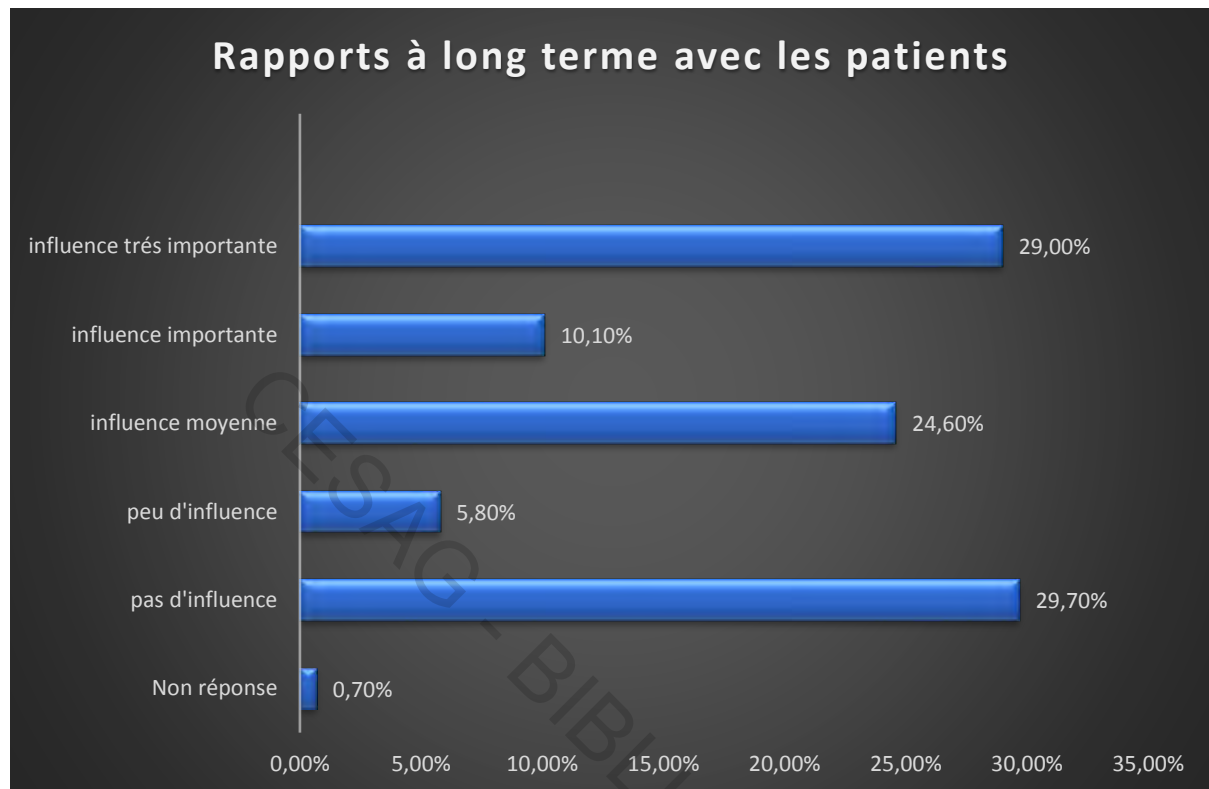
Murdoch² a mis en évidence une échelle de valeur sur le choix de spécialités. Selon lui, six facteurs peuvent influencer le choix de spécialité à savoir :

- **Orientation biosociale et bioscientifique (Biosocial and Bioscientific Orientation)**
 - Traiter le patient comme un tout fonctionnel, en tant qu'individu, avec les implications psychosociales que cela entend.
 - Désir d'épanouissement intellectuel et de familiarisation avec les techniques de pointe.
- **Intérêt académique (Academic interest)**
 - Travailler dans un contexte académique propice aux travaux de recherche et désir d'enseigner.
- **Prestige (Prestige)**
 - Reconnaissance sociale de ses capacités et de ses « exploits ».
- **Revenu (Income)**
 - Attente d'un revenu élevé et d'une vie aisée en carrière postdoctorale.
- **Évitement des contraintes (Avoid role strain)**
 - Travailler sans contraintes, à son rythme et garder une souplesse d'emploi du temps compatible avec la vie de famille.
- **Rôle de soutien (Role support)**
 - Ensemble de caractéristiques démographiques et personnelles qui rendent le résidanat et la profession plus « rassurants » pour certains candidats, anxieux à l'idée de travailler en milieu inconnu (socialement).

² Échelles de valeur influençant les choix de spécialité d'exercice des étudiants en médecine (d'après Murdoch et al.)

- ❖ Orientation bio sociale et bioscientifique
 - Développer des rapports à long terme avec les patients

Figure 16 : Répartition de la population selon le fait de développer des rapports à long terme avec les patients

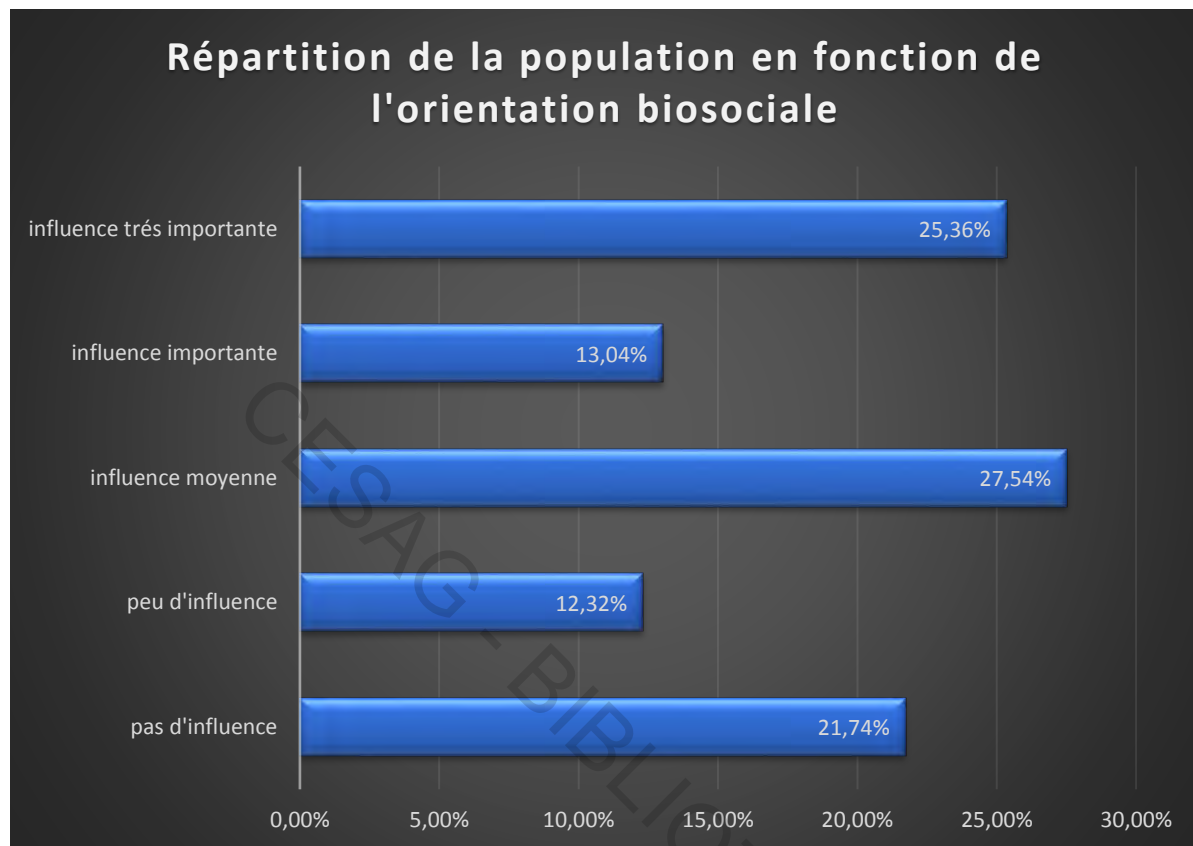


Source : données enquête

La plupart des médecins soit 29,70 % n'accordaient aucune importance avec le fait de développer des rapports à long terme avec des patients.

- Se concentrer sur les besoins sociaux et psychologiques des patients

Figure 17 : Répartition de la population selon les besoins sociaux et psychologiques des patients

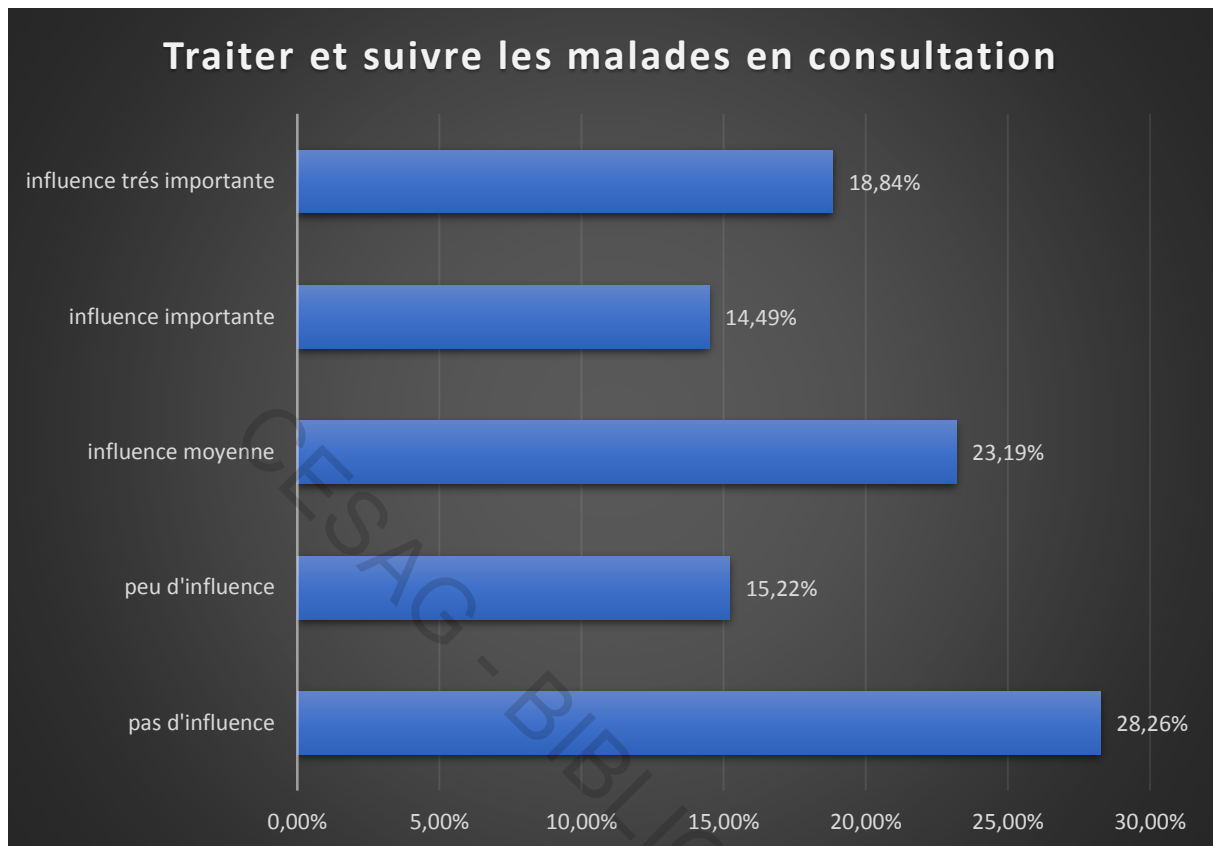


Source : données enquête

L'influence moyenne représentait la modalité la plus élevée soit 27,54% concernant la variable « se concentrer sur les besoins sociaux et psychologiques des patients ». La psychologie et la psychiatrie sont délaissées au profit d'autres spécialités.

- Traiter et suivre les familles en consultation

Figure 18 : Répartition de la population selon traiter et suivre les familles en consultation

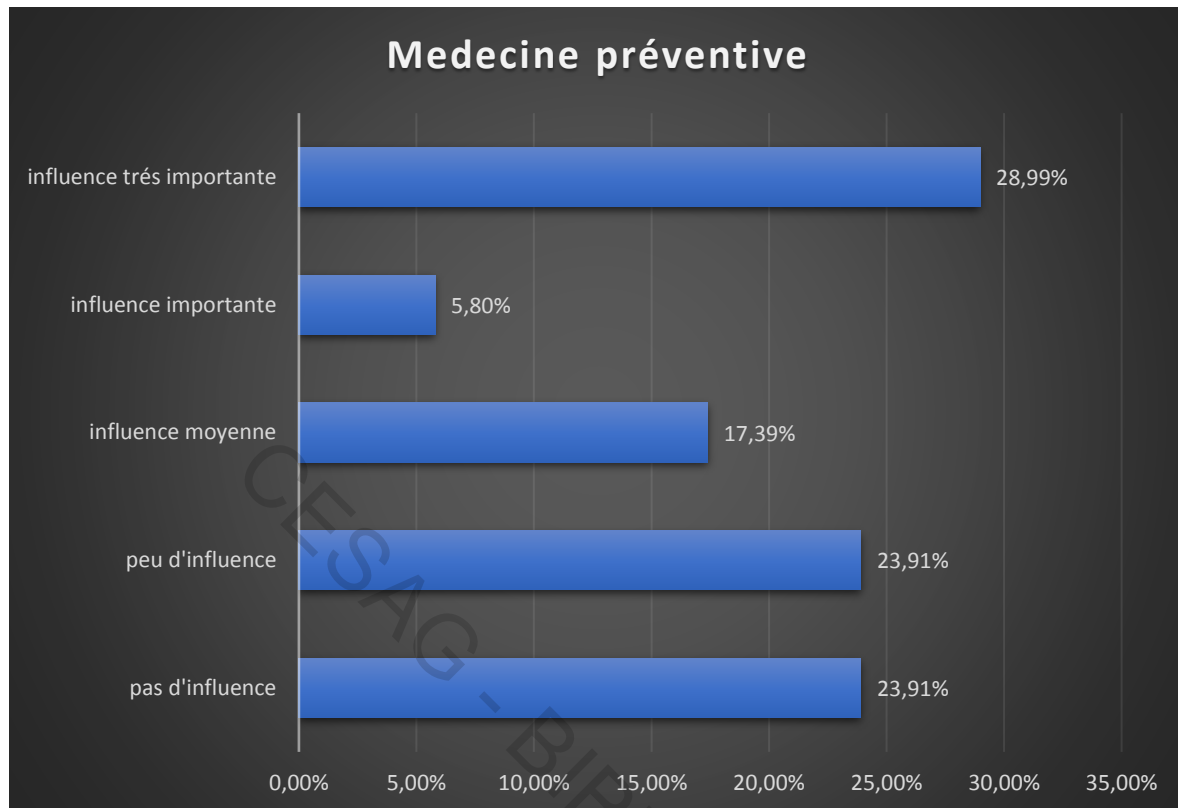


Source : données enquête

La variable « Traiter et suivre les malades en consultation » n'avait pas d'influence sur le choix de spécialisation. La majorité des médecins soit 28,26% disaient que cette variable importait peu sur leur choix de spécialisation.

- Pratiquer la médecine préventive

Figure 19 : Répartition de la population selon pratiquer la médecine préventive

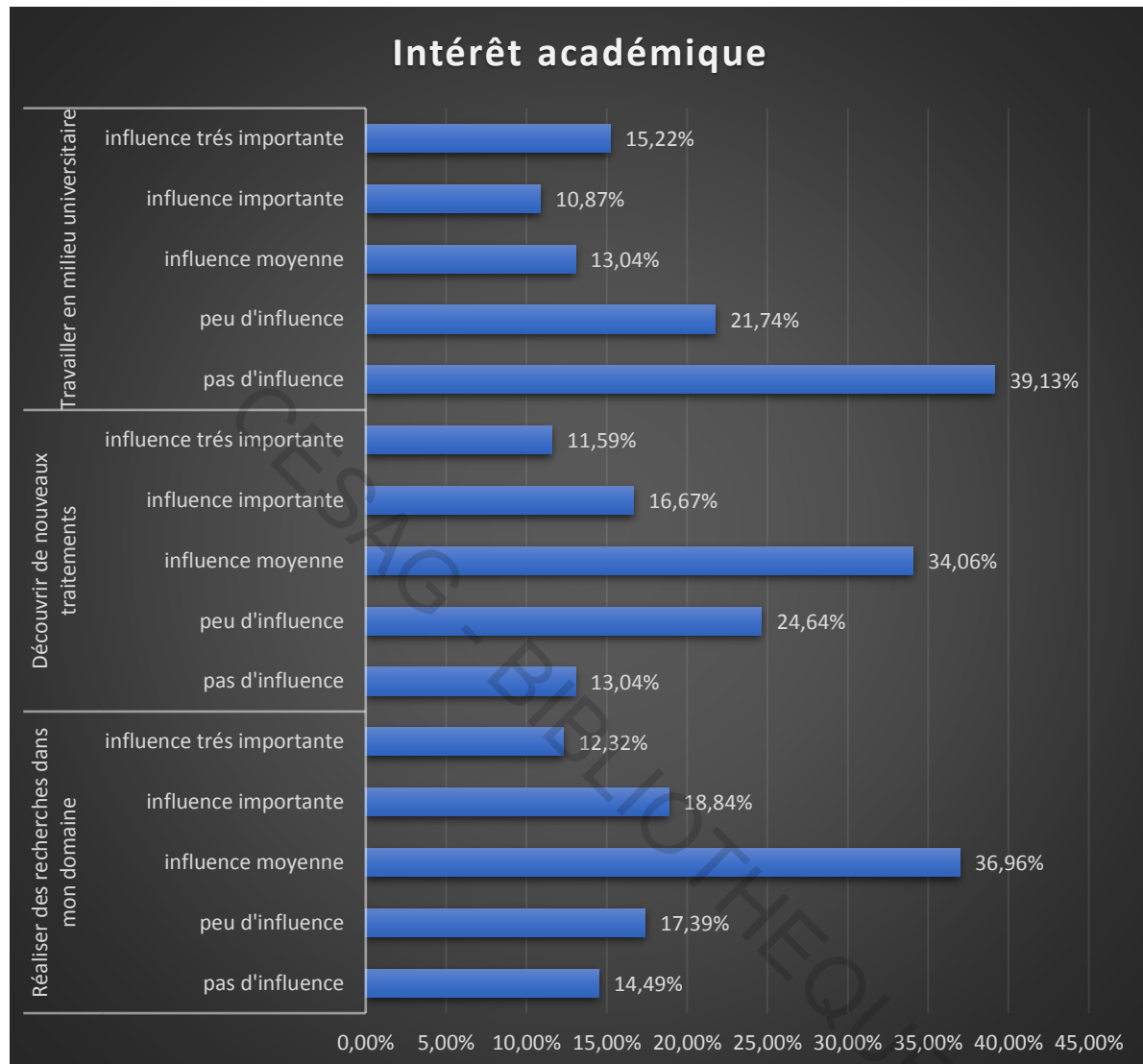


Source : données enquête

Pratiquer la médecine préventive était un facteur très influent sur le choix de spécialisation de notre population avec un pourcentage de 28,99%.

❖ Intérêt académique

Figure 20 : Répartition de la population selon l'intérêt académique



Source : données d'enquête

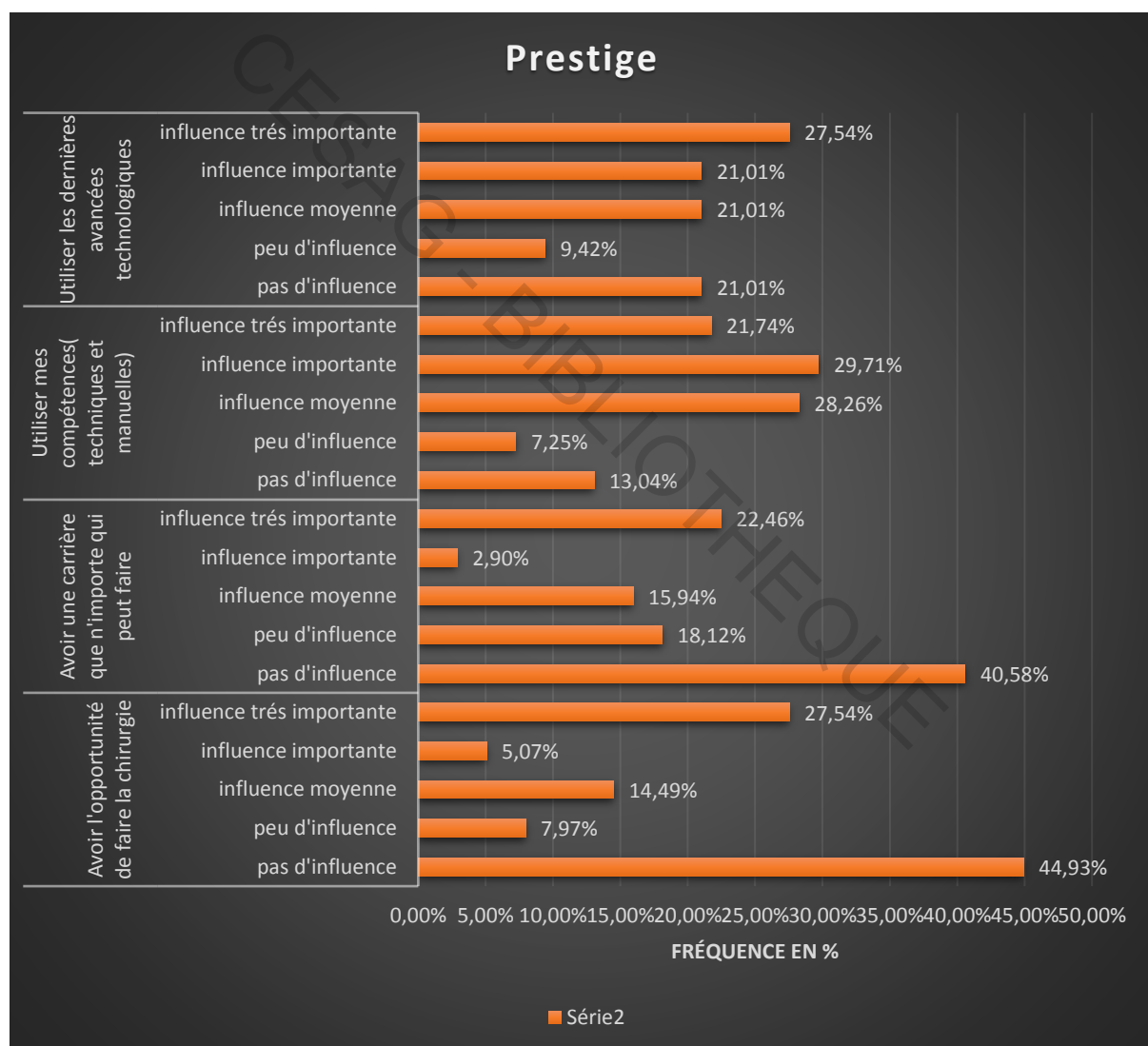
L'intérêt académique a été testé à travers trois variables que sont : le fait de travailler dans le milieu universitaire ; la découverte de nouveaux traitements et le fait de réaliser des recherches dans le domaine. Premièrement « travailler dans le milieu universitaire » n'avait pas d'influence sur notre population d'étude. Cela pourrait être s'expliquer de plusieurs manières. D'abord, le concours pour faire une carrière universitaire est difficile relataient certains étudiants et que pour être proposé par son cher maitre comme assistant ou maitre-assistant était parfois difficile.

Deuxièmement « découvrir de nouveaux traitements » avait une influence moyenne avec 34,06 %. Ceci s'expliquerait par le fait que la majorité des étudiants avaient choisi une spécialité médicale. Troisièmement, « le fait de réaliser des recherches dans son domaine » avait également une influence moyenne avec un pourcentage de 36.96 %.

En somme, nous pouvons conclure que l'intérêt académique a plus ou moins une influence sur le choix de la spécialisation .

❖ Prestige

Figure 21 : Répartition des médecins selon la valeur « Prestige ».



Source : données enquête.

Concernant le facteur « Prestige » avec ces différentes variables, la majorité des étudiants soit 27,57 % disaient que « utiliser les dernières technologies » avaient une influence importante. Ceci peut s'expliquer par le fait que nombreux sont les médecins attirés par l'imagerie médicale. Après un bref entretien, il en ressort que cette spécialité est moins stressante, limite le contact avec le malade et est très rémunératrice. La modalité « Utiliser les compétences (techniques et manuelles) » avaient une influence importante à 29,71%.

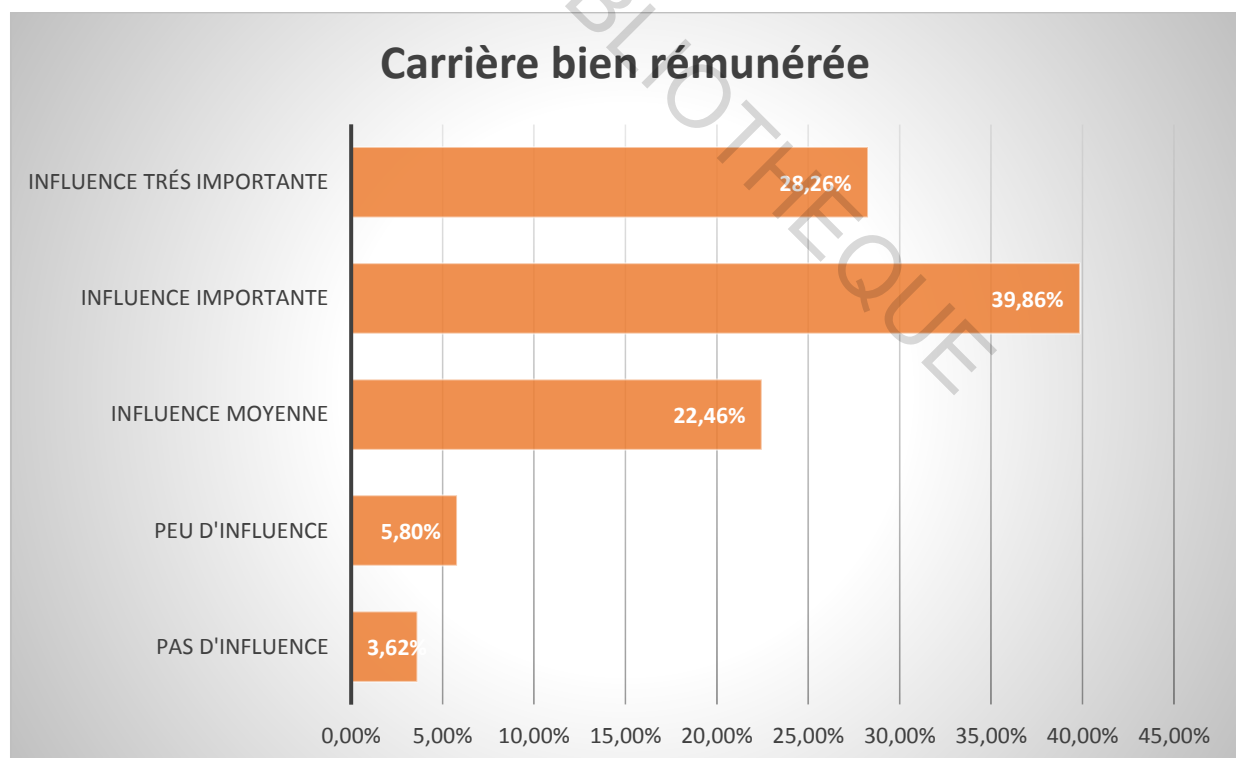
La modalité « Avoir une carrière que n'importe qui peut faire » n'avait aucune influence sur le choix de spécialisation parce que 40,58 % des médecins ont répondu que ce critère n'interférait pas dans leur décision. La plupart des étudiants soit 44,93 % disaient que « faire de la chirurgie » n'avait aucune influence sur le choix de spécialisation.

En somme, nous pouvons dire que la valeur prestige n'a pas d'influence majeure sur le choix de spécialisation des médecins ivoiriens.

❖ Le revenu

- Carrière bien rémunérée

Figure 22 : Répartition des étudiants selon la carrière bien rémunérée

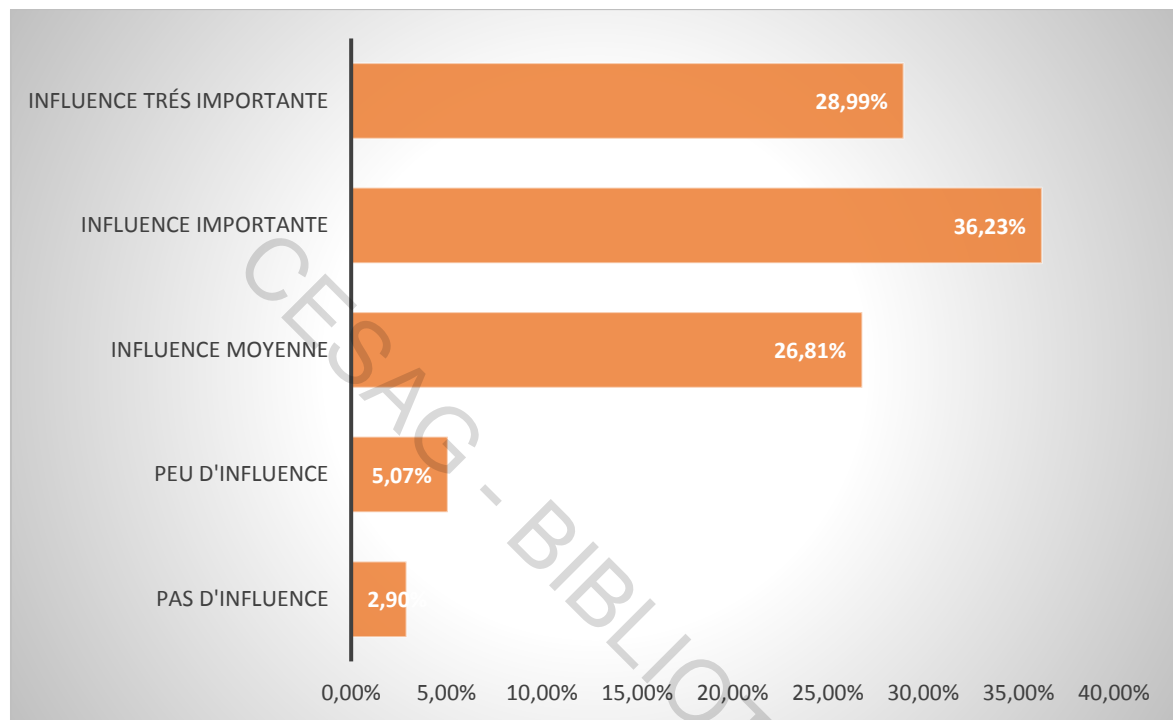


Source : données enquête

Nous constatons que l'aspect financier avait une importance dans le choix de spécialisation car 39,86 % des étudiants ont répondu favorablement.

- Carrière assure un bon revenu pour acheter une belle maison

Figure 23 : Répartition de la population selon la carrière assure un bon revenu pour acheter une belle maison

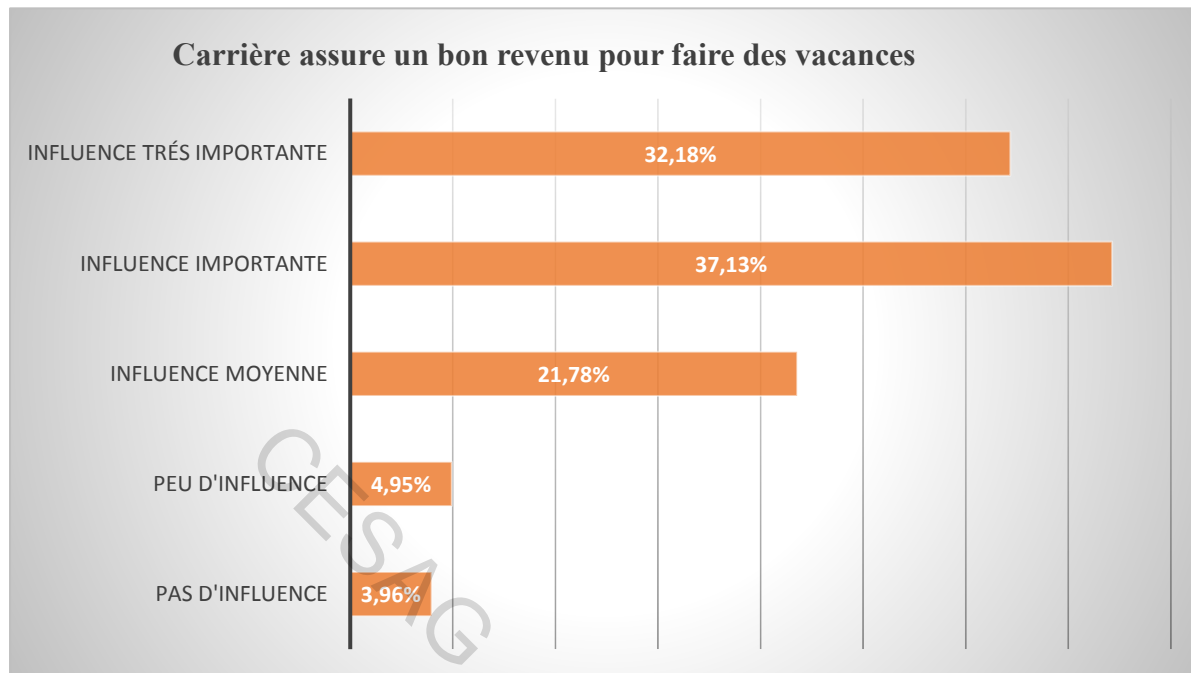


Source : données enquête

Plus de la moitié des médecins soit 65,22 % choisissaient cette variable comme importante ou voire même très déterminante.

- Carrière assure un bon revenu pour faire des vacances

Figure 24 : Répartition de la population selon la Carrière assure un bon revenu pour faire des vacances



Source : données enquête

Avoir un bon revenu leur permettant d'avoir de bonnes vacances avait également une influence importante avec un pourcentage de 37,13 %.

Nous pouvons conclure au vu de nos résultats que l'aspect monétaire avait une influence significative sur le choix de spécialisation de notre population.

- ❖ L'évitement des contraintes
- Les heures de travail seront à temps partiel

Tableau VI : Répartition de la population selon les heures de travail seront à temps partiel

	Modalités	Nombre	Fréquence
Les heures de travail seront à temps partiel	Influence importante	35	17,33%
	Influence moyenne	45	22,28%
	Influence très importante	80	39,60%
	Pas d'influence	24	11,88%
	Peu d'influence	18	8,91%
	TOTAL OBS.	202	100,00%

Source : données enquête

La majorité des médecins soit 39,60% avaient choisi travailler à temps partiel comme facteur d'influence très important dans leur choix.

- Les heures de travail seront stables et prévisibles

Tableau VII : Répartition de la population selon les heures de travail seront stables et prévisibles

	Modalités	Nombre	Fréquence.
Les heures de travail seront stables et prévisibles	Influence importante	29	14,36%
	Influence moyenne	42	20,79%
	Influence très importante	86	42,57%
	Pas d'influence	31	15,35%
	Peu d'influence	14	6,93%
	TOTAL OBS.	202	100,00%

Source : données enquête

La plupart des médecins environ 40,10% avaient choisi les heures de travail stables et prévisibles comme influençant le choix de spécialisation.

- Je peux partager mon poste avec d'autres médecins

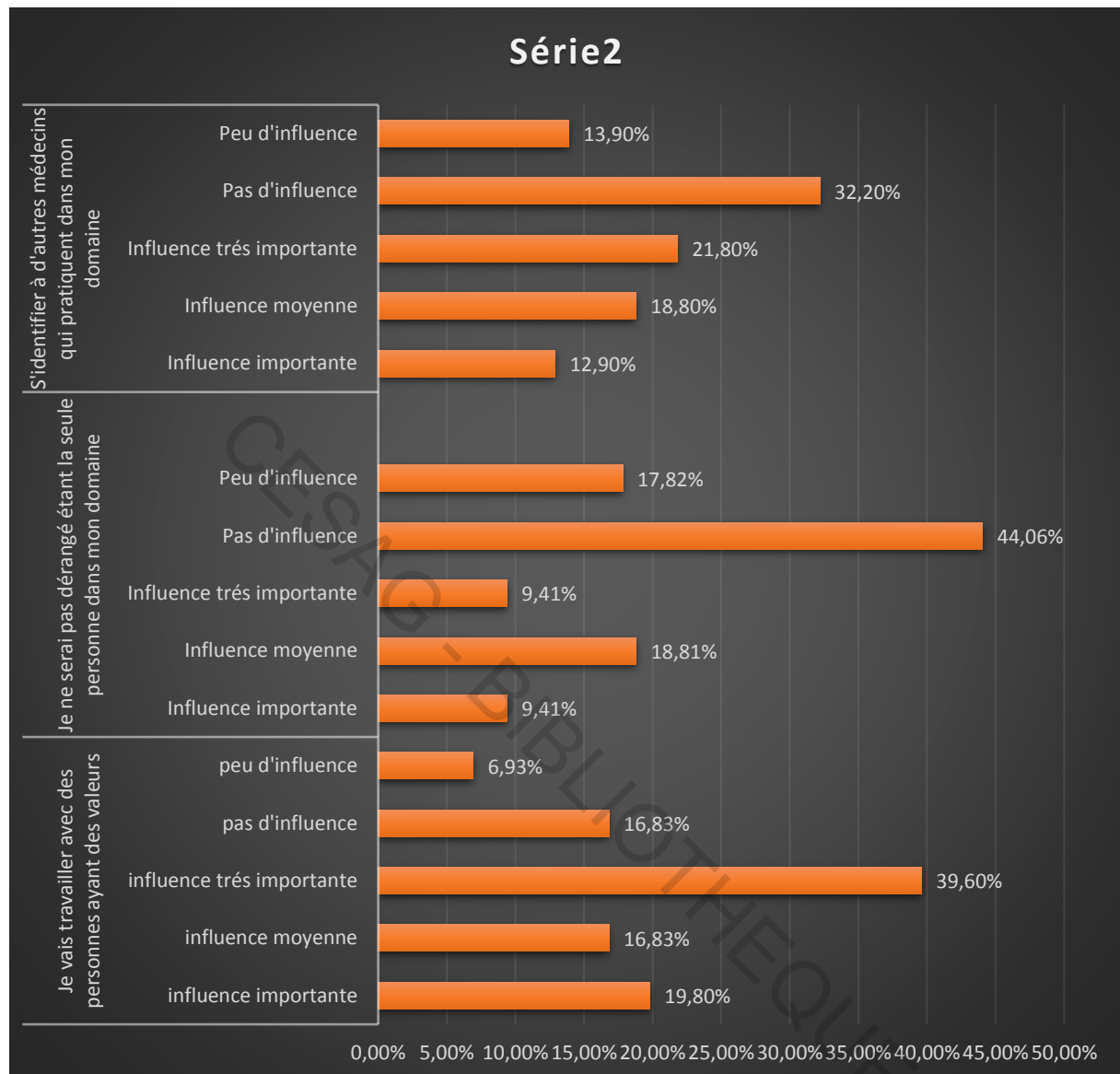
Je peux partager mon poste avec d'autres médecins	Modalités	Nb. cit.	Fréq.
	Influence importante	26	12,87%
	Influence moyenne	39	19,31%
	Influence très importante	54	26,73%
	Pas d'influence	58	28,71%
	Peu d'influence	26	12,87%
	TOTAL OBS.	202	100,00%

Source : données enquête

La plupart des étudiants soit 28,71% ont signifié que partager leurs postes avec d'autres collègues n'avait pas d'influence sur leur choix de spécialisation.

❖ Rôle de soutien

Figure 25 : Répartition de la population selon le rôle de soutien



Source : données enquête

Nous constatons d'abord que 32,20 % des médecins n'avaient pas comme facteur d'influence le fait de s'identifier à d'autres médecins qui pratiquent dans mon domaine. Ensuite 44,06 % de la population étudiée n'avait pas comme facteur d'influence « Je ne serai pas dérangé étant la seule personne dans mon domaine ». Enfin « travailler avec des personnes de valeurs » avait cependant une influence très importante car 39,6 % des médecins y ont répondu favorablement.

2.3.2) Analyse univariée

L'analyse univariée se résumait à faire un croisement entre deux variables. La variable dépendante « le type de spécialité » qui est une variable qualitative et les variables indépendantes telles que les facteurs démographiques et les facteurs personnels qui sont des variables qualitatives. Pour croiser ce type de variable, le test de Khi carré était le plus approprié et nous nous sommes exigés un seuil de significativité à 5%.

2.3.2.1) Influence des facteurs personnels sur le choix de spécialité.

Tableau VIII : Influence des facteurs personnels sur le choix de spécialité

Variable et modalités	Spécialité				P
	Médicale		Chirurgicale		
	N	%	N	%	
Durée de la formation	10	8%	11	14%	0,871
Disponibilité du poste	58	48%	8	10%	0,054
Affectation à la fin de la spécialité	64	53%	40	50%	0,046
Qualité de formation	65	54%	36	45%	0,455
Défi	39	32%	31	39%	0,419
Influence de la famille	25	21%	13	16%	0,385
Profil personnel	64	53%	45	56%	0,025
Expérience personnelle vécue	34	28%	31	39%	0,567
Responsabilité	32	26%	17	21%	0,825
Nature de spécialité	89	74%	31	39%	< 0,001

Source : données enquête

Les facteurs personnels ayant une dépendance significative à 5 % étaient l'affectation à la fin de la spécialité ; le profil personnel et la nature de la spécialité avec respectivement des probabilités de 0,046 ; 0,025 et < 0,001. La disponibilité du poste avait une influence peu significative avec une probabilité à 0,054. En revanche la responsabilité, l'expérience personnelle vécue, l'influence de la famille, le défi, la qualité de la formation et la durée de la formation n'étaient pas significativement associés.

Nous pouvons conclure que le lieu d'affectation après la spécialité, la nature de la spécialité et le profil personnel influencent la choix de la spécialité. Cependant la qualité de la formation n'a pas contre aucune influence sur le choix de faire une spécialité. De même que l'entourage familial n'a pas d'influence sur la spécialité envisagée.

2.3.2.2) Influence des facteurs démographiques sur le choix de spécialité

Tableau IX : Influence des facteurs démographiques sur le choix de spécialité

Variables et modalités	Spécialités				P
	Médicale		Chirurgicale		
	N	%	N	%	
Sexe					0,3243
Homme	61	57,01%	46	43%	
Femme	60	64%	34	36%	
Etat Civil					0,9204
Marié	28	60%	19	40%	
Célibataire	93	60%	61	40%	
Membre de la famille professionnel de la santé	121	60%	80	40%	0,7204
Niveau d'éducation père					0,0514
Primaire	14	12%	16	20%	
Secondaire	36	45%	22	28%	
Licence	36	45%	11	14%	
Master	25	31%	21	26%	
Doctorat	10	13%	10	13%	
Niveau d'éducation mère					0,2893
Primaire	49	40%	34	43%	
Secondaire	27	22%	19	24%	
Licence	23	19%	21	26%	
Master	10	8%	4	5%	
Doctorat	12	10%	2	3%	

Source : Données enquête

Aucun facteur démographique n'était significatif à 5 % excepté le niveau d'éducation du père qui avait une dépendance peu significative ($p = 0,051$).

2.3.2.3) Influence des valeurs sur le choix de la spécialité

Tableau X : Influence des valeurs sur le choix de la spécialité

Variable et modalités	P
Facteur 1 : Orientation biosociale et bioscientifique	
Développer des rapports à long terme	0,106
Se concentrer sur les besoins sociaux	0,227
Traiter et suivre les familles en consultation	0,258
Pratiquer la médecine préventive	0,001
Facteur 2 : Intérêt académique	
Réaliser des recherches dans mon domaine	0,451
Découvrir de nouveau traitement ou thérapie	0,481
Travailler dans un milieu universitaire	0,541
Facteur 3 : Prestige	
Avoir l'opportunité d'effectuer la chirurgie	0,846
Carrière de spécialité que n'importe qui ne peut faire	0,519
Utiliser les compétences techniques et manuelles	0,025
Utiliser les dernières avancées technologiques	0,068
Facteur 4 : Revenu	
Carrière bien rémunérée	< 0,001
Carrière assure un bon revenu pour acheter une belle maison	0,061
Carrière assure un bon revenu pour faire des vacances exotiques	0,021
Facteur 5 : Évitement des contraintes	
Les heures de travail seront à temps partiel	0,059
Les heures de travail seront stables et prévisibles	0,034
Je peux partager mon poste avec d'autres médecins	0,001
Facteur 6 : Rôle de soutien	
Je vais travailler avec des personnes ayant des valeurs	0,169
Je ne serai pas dérangé étant la seule personne dans mon domaine	0,559
S'identifier à d'autres médecins qui pratiquent dans mon domaine	0,841

Source : données enquête

Concernant l'échelle des valeurs mis en évidence par Murdoch, certaines variables étaient associées significativement au choix de spécialité. Ainsi pour le facteur « Orientation biosociale et bioscientifique », seule la variable « pratiquer la médecine préventive » était associée au choix de spécialité ($p = 0,001$) et était fortement liée à la médecine.

La valeur « Prestige » n'avait qu'une seule variable significativement liée au choix de spécialité. La modalité « Utiliser les compétences techniques et manuelles » ($p = 0,025$) était associée au choix de spécialité et corrélée également aux spécialités médicales.

Dans l'échelle des valeurs « revenu », les variables « Carrière bien rémunérée », « Carrière assure un bon revenu pour faire des vacances exotiques » étaient associées au choix des deux types de spécialités (avec des valeurs de p respectivement de $< 0,001$ et $0,021$).

Dans l'échelle des valeurs « évitement des contraintes », les variables « Les heures de travail seront stables et prévisibles » et « Je peux partager mon poste avec d'autres médecins » étaient associées significativement au choix des spécialités médicales avec des valeurs de p respectivement égales à $0,034$ et $0,001$.

Les facteurs « rôle de soutien » et « intérêt académique » n'avaient montré aucune association.

Conclusion des résultats :

Au terme de cette analyse, nous pouvons conclure que les facteurs sociodémographiques ou culturelles n'influençaient pas la décision de spécialiser des étudiants. En revanche, parmi les caractéristiques individuelles, nous avons des variables significatives. En ce qui concerne les facteurs personnels, les variables significatives étaient la nature de la spécialité, le profil personnel, l'affectation à la fin de la spécialité. Selon l'échelle de Murdoch, les modalités associées significativement étaient :

- Pratiquer la médecine préventive ;
- Utiliser les compétences techniques et manuelles ;
- Carrière bien rémunérée ;
- Carrière assure un bon revenu pour faire des vacances exotiques ;
- Les heures de travail seront stables et prévisibles ;
- Je peux partager mon poste avec d'autres médecins.

2.3.3) Discussions

Dans notre étude, 62 % des étudiants étaient sûrs de faire une spécialité, 34 % étaient indécis et 4% ne savaient pas la spécialité qu'ils allaient faire. Dans une étude prospective, Scott (2005) mettait en évidence que la majorité des étudiants envisageant une ou plusieurs spécialités en début dans leurs études conserveront leur choix à la fin.

Notre étude révélait que les trois spécialités envisagées par les femmes étaient la gynécologie/obstétrique, la santé publique, et la pédiatrie tandis que les hommes préféraient la santé publique, la gynécologie/obstétrique et l'imagerie médicale. Mlle AQIL (2016) dans son étude sur « les facteurs influençant le choix de spécialité chez les médecins au CHU Hassan II de Fès » révélait que les médecins de sexe masculin choisissaient majoritairement la chirurgie, la réanimation et les homologues de sexe féminin préféraient la pédiatrie et la gynécologie. Concernant la gynécologie et la pédiatrie chez les femmes, cette tendance se confirme également dans notre étude. Chez les hommes, une étude réalisée au Japon et en Nouvelle - Zélande conclut que les hommes préféraient la chirurgie générale, la traumatologie et la neurochirurgie. Dans notre étude, les médecins surtout les hommes n'ont pas choisi la chirurgie parce qu'ils estimaient que le plateau technique est non adapté pour la pratique de ces disciplines en particulier pour la Neurochirurgie.

La santé publique devient une discipline de plus en plus prisée par les étudiants selon notre étude. Les études antérieures avaient précédemment cité d'autres disciplines comme la pédiatrie, la gynécologie comme spécialités envisagées .

Concernant les facteurs socio-démographiques, notre étude n'a montré aucune dépendance significative excepté le niveau d'éducation du père qui avait une dépendance peu significative ($p=0,051$). Une étude réalisée en Grande-Bretagne sur le souhait des médecins de se spécialiser en chirurgie a montré une différence non significative entre les deux sexes.

Cependant des études réalisées dans les pays anglosaxons, en Turquie, au Japon ont montrées que certains facteurs démographiques comme l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, et l'influence d'un parent médecin avaient une influence sur le choix de spécialisation.

Concernant les facteurs personnels, notre étude a montré une significativité des facteurs suivants : le lieu d'affectation à la fin de la spécialité ($p = 0,046$), le profil personnel ($p = 0,025$) et la nature de la spécialité ($p < 0,001$). Les étudiants privilégiaient d'autres facteurs personnels à la qualité de la formation qu'ils trouvaient peu incitateur.

L'étude de MATRANE sur « Les critères de choix de la spécialité des médecins résidents de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech (Maroc) » avait montré une significativité

pour l'influence de la famille, la durée de formation, le défi, le profil personnel, la responsabilité et la nature de la spécialité. Notre étude confirme celle de MATRANE pour la nature de la spécialité et le profil personnel.

L'étude menée par Mlle AQIL avait montré la non-significativité de l'intérêt personnel dans le choix de spécialité mais ce facteur a été considéré comme significatif dans d'autres études en France, en Chine, en Malaisie, en Inde et dans les régions d'Asie. Ces études mettaient en évidence que les stages parcourus (88%), l'enseignement (74%) et la qualité de vie (56%) avaient une influence sur le choix de spécialité.

Plusieurs raisons sont à l'origine du rejet de certaines spécialités. Dans notre étude, les étudiants ont estimé qu'ils étaient livrés à eux-mêmes pendant les stages, le plateau technique n'était pas adapté pour permettre au médecin d'exercer pleinement sa fonction. Ces raisons poussent les étudiants à s'orienter vers d'autres spécialités où la charge de travail est moindre et/ou qui sont plus rémunératrices par rapport à d'autres. Ainsi notre hypothèse selon laquelle que la perspective d'un bon revenu stable l'emporte sur le milieu social est vérifiée.

Dans l'échelle des valeurs, le facteur Revenu avait plusieurs de ces variables significatives. Les variables «Carrière bien rémunérée», «Carrière assure un bon revenu pour faire des vacances exotiques» étaient associées au type de spécialités (avec des valeurs de p respectivement de $< 0,001$ et $0,021$). Cette dépendance très significative a été mise en évidence dans d'autres études. Des études menées en France, en Allemagne et aux Etats-Unis sur 1237 diplômés de deux écoles médicales mettent en évidence que la qualité de la vie et l'aspect monétaire étaient les deux principaux facteurs influençant le choix de spécialité. Les spécialités comme la pédiatrie, la gynécologie, l'imagerie médicale et même la santé publique sont considérées par les étudiants comme des spécialités très rémunératrices et avec une facilité pour exercer dans le privé .

Notre étude a mis en évidence que les étudiants préféraient des spécialités dans lesquelles la charge de travail est moindre. Ainsi dans l'échelle de valeurs de Murdoch, le facteur « évitement des contraintes » avaient deux sur trois variables significatives : « Travailler à des heures stables et prévisibles » ($p = 0,034$) et « partager son poste avec d'autres médecins » ($p = 0,001$) étaient les variables significatives. La variable « travailler à temps partiel » avait une dépendance peu significative ($p = 0,059$).

L'étude de MATRANE révélait que les femmes étaient plus sensibles aux heures de travail qui leur permettraient de concilier vie professionnelle et vie familiale. Les femmes choisissaient en fonction des considérations familiales. Maiorova et alii dans l'étude sur « la prévention dans la

pratique médicale malgré la féminisation de la main d'œuvre médical» a montré un accroissement de l'intérêt pour la conciliation avec la vie privée au cours des études.

2.3.4) Recommandations

Le choix de la spécialisation a un impact sur le système de santé. Avoir du personnel qualifié et disponible sur tout le territoire national permettrait ainsi à renforcer notre système de santé . La formation occupe une place centrale pour le choix de spécialisation. Afin de pouvoir stimuler le choix de spécialisation des étudiants, il faudrait agir d'abord au niveau de l'organisation des études médicales, ensuite au niveau de l'organisation des spécialités. Nous recommandons :

- Au doyen de la faculté des sciences médicales de l'université Felix Houphouët Boigny :
 - Permettre aux étudiants d'être rapidement intégré dans l'univers des stages avec un encadrement rigoureux en développant un programme de mentorat.
 - Mettre en exergue les failles de notre système de santé lors des cours en encourageant les étudiants à combler ces failles. Par exemple insister sur la démographie médicale, l'étudiant pourrait considérer ce facteur dans le choix de sa spécialisation.
 - Mettre en place un bureau d'informations pour expliquer les caractéristiques des spécialités et les choix de carrière possibles.
 - Créer des facteurs d'attraction pour des spécialités non envisagées par les étudiants comme la psychiatrie, la cancérologie en octroyant des bourses ou en subventionnant le coût de la spécialité pour les étudiants qui veulent les faire.
- A l'état de Côte d'Ivoire :
 - Reconnaître les spécialités médicales en termes de revalorisation salariale .
 - Subventionner le coût de la formation des spécialités médicales.
 - Rehausser le plateau technique dans les centres de référence avec un minimum de service « MCO Ad » c'est-à-dire Médecine Chirurgie Obstétrique et outils d'Aide au Diagnostic dans les centres de second niveau.
 - Promouvoir la recherche dans les spécialités non plébiscitées.
- A la direction des ressources humaines de la santé :
 - Evaluer les besoins en RHS avant l'affectation du personnel en évaluant la charge de travail du personnel à l'aide du logiciel WISN (Workload Indicators of Staffing Need).

2.3.5) Les limites de l'étude

Les résultats de notre étude devraient être pris en considération en tenant compte des limites ci-dessous.

- Le taux de non-répondants était de 21% et la complétude des réponses n'était pas de 100%. Notre étude, portant sur une seule faculté de médecine, ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble du pays.
- Nous avons utilisé une méthode non aléatoire pour notre échantillonnage.
- La méthode d'évaluation à savoir un questionnaire ne permettant pas aux étudiants de s'exprimer clairement. Ultérieurement, il aurait été plus judicieux d'avoir un guide d'entretien pour mieux identifier les facteurs influençant leur choix de spécialisation et leurs ressentis au cours de leur formation.
- Le caractère prospectif de l'étude n'occulte pas le fait qu'un étudiant peut changer d'avis. Les choix au moment de l'enquête peuvent changer. Ainsi, ils auraient été appropriés d'étudier les facteurs influençant le choix de spécialisation chez des médecins spécialistes ou des médecins qui débutent le DES dans une étude rétrospective.

CONCLUSION GENERALE

CESAG BIBLIOTHEQUE

L'objectif général de notre étude était d'analyser les déterminants du choix de la spécialité des étudiants de fin de cycle de médecine afin de formuler les politiques de santé judicieuse basées sur les RHS. Notre hypothèse selon laquelle la perspective d'un bon revenu stable l'emporte sur le milieu social a été confirmée.

Les facteurs démographiques mis en évidence dans notre étude n'avaient pas d'influence sur le choix de spécialisation. Notre étude a montré parmi les facteurs intrinsèques à l'individu que l'affectation à la fin de la spécialité, le profil personnel et la nature de la spécialité ont une influence sur le choix de spécialisation. Concernant l'échelle des valeurs de Murdoch, la variable « pratiquer la médecine préventive » avait une influence sur le choix de spécialisation. Le facteur « intérêt académique » n'avait aucune influence sur le choix de faire une spécialité. La variable « utiliser les compétences techniques et manuelles » avait une influence sur le choix des étudiants. Les facteurs « Revenu » et « évitement des contraintes » avaient une forte influence sur le choix des étudiants. Le facteur « rôle de soutien » n'avait pas d'influence sur le choix de spécialisation.

Notre étude souligne également que la majorité des étudiants envisageaient de faire une spécialité après l'obtention de leur doctorat en médecine générale. Les étudiants préféraient des spécialités médicales par rapport aux spécialités chirurgicales. Parmi les spécialités chirurgicales : la gynécologie/obstétrique, l'ophtalmologie et la chirurgie viscérale étaient le plus citées par les étudiants. Concernant les spécialités médicales : la santé publique, la pédiatrie et l'imagerie médicale étaient les plus citées. Les spécialités non envisagées par les étudiants étaient la cancérologie, la psychiatrie, l'anesthésie-réanimation. Parmi les motifs du refus d'envisager les spécialités, les étudiants citaient : le plateau technique insuffisant, la charge de travail, l'organisation des stages hospitaliers, etc.

Notre étude a révélé que la santé publique est la nouvelle spécialité plébiscitée par les étudiants. Quelles pourraient être les facteurs d'attraction de cette nouvelle discipline envisagée par la plupart des étudiants? Le coût de la spécialité n'avait pas été évalué au cours de l'enquête, ainsi il serait pertinent d'inclure ce facteur dans les prochaines études visant à comprendre le comportement des étudiants en médecine.

Bibliographie

1. Boniface Ikenna Eze, Onochie Ike Okoye, Ferdinand Chinedu Maduka-Okafor, Emmanuel Nwabueze Aguwa. Factors influencing choice of medical specialty of preresidency medical graduates in Southeastern Nigeria. *J Grad Med Educ.* 2011 Sep; 3(3): 367–371.
2. Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1970). *La reproduction*. Paris : Éditions de Minit.
3. Bradshaw J. A taxonomy of social need. *New Soc.* 1972;30(3):72.
4. Duru-Bellat M., Les inégalités sociales à l'école, in *Comprendre n°4*, PUF, Oct. 2003.
5. Guichard J, Huteau M. *Orientation et insertion professionnelle : 75 concepts clés*. Dunod; 2007.
6. Guichard J., Huteau M (2006). *Psychologie de l'orientation*, PARIS : Dunod.
7. Hallett MB, Gilbert LA. Variables Differentiating University Women Considering Role-Sharing and Conventional Dual-Career Marriages. *J Vocat Behav.* 1997;50(2):308–22.
8. Leong F, Barak A. *Contemporary Models in Vocational Psychology: A Volume in Honor of Samuel H. Osipow*. Routledge; 2005. 345 p.
9. Lorant V, Artoisenet C, Violet I. Pourquoi certains médecins abandonnent-ils la profession ? *Healthc Exec.* 2007 ;45–8/ 69
10. Maiorova T, Stevens F, van der Zee J, Boode B, Scherpbier A. Shortage in general practice despite the feminisation of the medical workforce: a seeming paradox? A cohort
11. Murdoch MM, Kressin N, Fortier L, Giuffre PA, Oswald L. Evaluating the psychometric properties of a scale to measure medical students' career-related values. *Acad Med* 2001; 76:157-65.
12. Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. *Health Workforce Planning in OECD Countries - A review of 26 projection models from 18 countries*. OECD; 2013. (OECD Health Working Papers). Report No.: 62.
13. Parsons, F. (1909). *Choosing a vocation*. Boston: Houghton-Mifflin.
14. Ronzeau M. (2006). *L'orientation : un avenir pour chacun*, BARRET/MEOUGE : Yves Michel.
15. S Gaucher, D Thabut - *La Presse Médicale*, 2013 – Elsevier
16. Schultheiss DEP. To Mother or Matter: Can Women Do Both? *J Career Dev.* 2009;36(1):25-48

17. Schwartz SH. Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. Rev Fr Sociol. 47(4)
18. Stevens A, Raftery J, Mant J. Health care needs assessment—the epidemiologically based needs assessment reviews. Vol. 1. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1994.
19. Strong (E. K. Jr). — Vocational interests of men and women, Palo Alto: Stanford Univ. Press, 1943.
20. Super (D. E.). — Appraising vocational fitness, New York: Harper & Brothers, 1949
21. Super DE. The Work Values Inventory. In: Contemporary approaches to interest measurement. Oxford: U. Minnesota Press;
22. Takeda Y, Morio K, Snell L, Otaki J, Takahashi M, Kai I. Characteristic profiles among students and junior doctors with specific career preferences. BMC Med Educ. 2013
23. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. BMJ. 1998 Apr 25;316(7140):1310–3.

Webographie

- Plan stratégique de développement des RHS en côte d'ivoire 2009-2013.
https://www.who.int/workforcealliance/countries/CotedIvoire_PlanStrategique_2009_2013_Fr
- Note de la DREES de mars 2012 sur “Les affectations suite aux ECN 2011”
<https://www.letudiant.fr/educpros/actualite/universites-comment-attirer-plus-d-etudiants-vers-la-medecine-generale-1.html>
- Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020
http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cote_divoire/pnds_2016-2020.pdf
- Données transmises à l’OMS en réponse au questionnaire annuel pour le suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007
https://www.who.int/hiv/pub/tua_report_2008_fr_chap6.pdf.
- <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-lasante/203-les-migrations-internationales-de-medecins-impacts-etimplications-politiques.pdf>
http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cote_divoire/pnds_2016-2020.pdf

Annexe

Annexe 1 : Fiche d'enquête

Caractéristiques sociodémographiques

1. Sexe

- Masculin Féminin

2. quelle est votre tranche d'âge ?

- Moins de 25 ans De 25 à 30 ans Plus de 30 ans

3. Situation matrimoniale

- Célibataire Marié divorcé

4. Avez vous un parent professionnel de la santé ?

- Oui Non

5. Niveau d'éducation du père

- Primaire Secondaire Licence
 Master Doctorat

6. Niveau d'éducation du mère

- Primaire Secondaire Licence
 Master Doctorat

Choix de la spécialité

7. Avez-vous une idée précise sur la spécialité que vous allez entreprendre

- Oui Non J'hésite entre plusieurs

8. Donnez par ordre de priorité trois spécialités que vous pourriez entreprendre:

9. Quelles spécialités vous n'oserez pas entreprendre ? (citez au moins deux)

10. Donnez au moins une raison pour laquelle vous refuserez de faire ces spécialités ?

Facteurs personnels influençant le choix de la spécialité

11. Quels sont parmi ces facteurs individuels ceux qui peuvent vous pousser à choisir votre spécialité ?

- Durée de la formation
 Disponibilité du poste
 Affectation à la fin de la spécialité
 Qualité de la formation
 Défi
 Influence de la famille (parent ou conjoint)
 Profil personnel
 Expérience personnelle vécue
 La Nature de la spécialité
 Responsabilité
 Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

12. Si 'Autres', précisez :

Quelle est l'influence des valeurs suivantes sur le choix de se spécialiser ?

13. Développer des rapports à long terme avec mes patients

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

14. Se concentrer sur les besoins sociaux et psychologiques du patient

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

15. Traiter et suivre les familles en consultation

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

16. Pratiquer la médecine préventive

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

17. Réaliser des recherches dans mon domaine

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

18. Découvrir de nouveaux traitements ou thérapie

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

19. Travailler dans un milieu universitaire

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

20. Avoir l'opportunité d'effectuer de la chirurgie

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

21. Désirer une carrière de spécialité que n'importe qui ne peut faire

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

22. Utiliser mes compétences (techniques et manuelles)

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

23. Utiliser les dernières avancées technologiques

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

24. La carrière est très bien rémunérée

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

25. La carrière assure un revenu suffisant pour pouvoir acheter une belle maison

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

26. La carrière assure un bon revenu pour pouvoir faire des vacances exotiques

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

27. Les heures de travail seront à temps partiel et flexibles

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

28. Les heures de travail seront stables et prévisibles

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

29. Pouvoir partager mon poste de travail avec d'autres médecins

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

30. Travailler avec des personnes ayant des valeurs et de l'estime

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

31. Je ne serai pas dérangé étant la seule personne dans mon domaine

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

32. S'identifier à d'autres médecins qui pratiqueront dans mon domaine

- pas d'influence peu d'influence
 influence moyenne influence importante
 influence très importante

TABLE DES MATIERES

Dédicace	I
Remerciements	II
Sigles et abréviations	III
Liste des tableaux	IV
Liste des figures	V
Résumé	VI
Sommaire	VII
INTRODUCTION GENERALE	8
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	17
Chapitre 1 : Revue de la littérature	18
1.1.1) Historique de l'orientation professionnelle	18
1.1.1.1) Définitions des concepts.....	19
1.1.1.2) Facteurs influençant le choix de spécialisation.....	21
1.1.1.2.1) Les facteurs personnels.....	21
1.1.1.2.2) Influence des facteurs démographiques.....	25
1.1.1.3) Application de ces théories au choix de spécialisation en médecine.....	27
Chapitre 2 : Méthodologie	31
1.2.1) Type et période de l'étude	31
1.2.2) Population de l'étude	31
1.2.3) Critères d'inclusion et de non-inclusion	31
1.2.4) Population et taille de l'échantillon	31
1.2.5) Construction du questionnaire et collecte des données	32
DEUXIEME PARTIE: CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE	33
Chapitre 1: Présentation de la république de Côte d'Ivoire	34
2.1.1) Histoire de la Côte d'Ivoire	34
2.1.2) Contexte sociopolitique	35

2.1.3)	Contexte géographique et démographique	35
2.1.4)	Contexte économique	36
2.1.5)	Système de santé de la Côte d'Ivoire.....	38
2.1.5.1)	Organisation du système de santé	38
2.1.5.2)	Financement du système de santé.....	41
2.1.5.3)	Source de financement.....	42
2.1.5.4)	Ressources humaines	43
Chapitre 2 : Présentation de l'université FHB		45
2.2.1)	Présentation de la faculté des sciences médicales de l'université FHB.....	46
Chapitre 3 : Présentation et analyse des résultats.....		47
2.3.1)	Analyse descriptive de la population	47
2.3.1.1)	Caractéristiques sociodémographiques	47
2.3.1.2)	Choix de la spécialité.....	50
2.3.1.3)	Facteurs personnels	55
2.3.1.4)	Les valeurs selon Murdoch	56
2.3.2)	Analyse univariée.....	70
2.3.2.1)	Influence des facteurs personnels sur le choix de spécialité.....	70
2.3.2.2)	Influence des facteurs démographiques sur le choix de spécialité	71
2.3.2.3)	Influence des valeurs sur le choix de la spécialité	72
2.3.3)	Discussions.....	74
2.3.4)	Recommandations	76
2.3.5)	Les limites de l'étude.....	77
CONCLUSION GENERALE		78
Bibliographie		80
Webographie.....		81
Annexe		82