

# Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes

*Qualitative research study on the sense of readiness in primary care during GP specialization*

Agnès OUDE ENGBERINK, Michel AMOUYAL, Michel DAVID et Gérard BOURREL

Département de médecine générale de la Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes, Université Montpellier, Montpellier, France

Manuscrit reçu le 10 mai 2010 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 16 octobre 2010 et le 8 novembre 2011 ; accepté pour publication le 12 novembre 2011

## Mots-clés

Médecine générale ;  
sentiment « d'être  
prêt à exercer » ;  
recherche qualitative ;  
*focus group* ;  
phénoménologie  
sémio-pragmatique

**Résumé – Contexte :** Durant le diplôme d'études spécialisées de médecine générale, six mois de stage ambulatoire sont obligatoires. Constatant un retard d'installation des jeunes généralistes, nous nous sommes demandé si le sentiment « d'être prêt à exercer » jouait un rôle et s'il variait avec le temps d'apprentissage ambulatoire en cabinet de médecine générale. **Objectif :** Comprendre ce sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale et son émergence. **Méthodes :** Le matériel a été recueilli à partir d'un guide d'entretien explorant à différents moments de leur apprentissage les expériences vécues d'internes en médecine générale et de jeunes médecins généralistes, lors de trois *focus group* filmés. Une analyse phénoménologique et pragmatique des différents *verbatim* a permis de faire émerger les catégories et les éléments invariants, constitutifs de ce sentiment, permettant de comprendre le phénomène « sentiment d'être prêt à exercer ». **Résultat :** Le sentiment « d'être prêt à exercer » est un phénomène évolutif, qui se déploie en trois moments phénoménologiques, allant du contact angoissant du métier avec ses valeurs idéales vers la maîtrise des processus professionnels, en passant par l'acquisition en situation d'une compétence réaliste. Ces trois étapes préfigurent une progression pédagogique souhaitable lors du cursus de troisième cycle. L'émergence de l'identité professionnelle, l'expérience en contexte authentique fondant l'acquisition de savoirs, accompagnée du ressenti d'une légitimité, constituent les déterminants du sentiment « d'être prêt à exercer ». **Conclusion :** L'approche compréhensive phénoménologique complétée par une analyse qualitative sémio-pragmatique est pertinente pour comprendre le sens du phénomène « se sentir prêt à exercer ».

**Abstract – Context:** The training period as a General Practitioner (GP) in ambulatory clerkships varies throughout European countries. In France, the only requirement is a 6-month clerkship.

**Keywords**

GP specialization;  
sense of readiness;  
qualitative research;  
focus group;  
phenomenology

However considering that the time it takes before young GPs can begin their practice is increasing, our hypothesis is that the sense of readiness or personal satisfaction is related to the length of ambulatory clerkships. **Objective:** The objective of this initial qualitative research study is to more accurately understand this sense by establishing significant variables. **Method:** The study is designed to include three focus groups: senior residents, young locum GPs or young GPs in private practice. Interviews with participants were carried out using audio-visual monitoring. A phenomenological and pragmatic analysis of verbatim transcripts was used to ascertain the phenomenological categories, providing insight into the way the variables, which are transformed on an individual basis into a sense of readiness, are put together. **Results:** The three phenomenological phases during the TCEM course are: 1- a fear of entering a new career, including associated human values, 2- the acquisition of real-life competencies and 3- professional process expertise. Such are the significant pedagogical steps during specialization. Shaping one's professional identity, ambulatory clerkships and the acquisition of knowledge that comes with a sense of legitimacy are the decisive factors. **Conclusion:** The phenomenological and pragmatic approaches are useful in understanding the sense of readiness.

## Introduction

L'intention initiale de cette étude, qui a fait l'objet d'une thèse pour le diplôme d'état de médecine générale<sup>[1]</sup>, était de réaliser un travail sur la formation des futurs médecins généralistes. Cette idée a émergé au cours du stage chez le praticien de l'auteure principale, à partir à la fois de la prise de conscience des compétences nécessaires pour l'exercice de la profession et du sentiment que cette prise de conscience génère.

L'origine de notre recherche provient d'un double constat. Le premier est que la formation pratique ambulatoire des futurs généralistes européens présente des disparités au sein même de l'Europe. La directive européenne EU 93/1, qui en définit les exigences, prévoit un temps de formation post-graduée minimal de deux ans, dont au moins six mois en médecine ambulatoire. La France ne propose, pour le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale que six mois de stage en cabinet de médecine générale au cours des trois ans que dure cette formation, alors que, aux Pays-Bas par exemple, deux ans de formation sur trois se déroulent auprès de généralistes.

Le deuxième constat est le contexte actuel, celui d'une démographie médicale qui crée les conditions d'une pénurie de médecins dans les années à venir,

avec une tendance des jeunes diplômés français à substituer à leur installation en cabinet des remplacements de longue durée ou à choisir des activités salariées.

L'objectif général de notre travail a été formulé à partir de ces constats : comprendre l'émergence du sentiment « d'être prêt à exercer » à l'issue du DES de médecine générale et observer si le contact avec la médecine générale au cours des stages en cabinet peut avoir une influence sur ce sentiment.

## Problématique

Problème général et revue de la littérature

Plusieurs phénomènes concernent ce champ du sentiment « d'être prêt à exercer » – ou à l'inverse de ne pas l'être –, comme : le retard d'installation, la non-attractivité de la médecine générale, la notion d'auto-évaluation, les bilans de compétences. Pour aborder ce problème, il faut différencier respectivement le sentiment lié à la compétence clinique et celui d'être prêt à exercer ; « être-prêt » ou « se sentir prêt » relève d'une exploration de l'expérience vécue.

L'âge moyen d'installation est de plus en plus tardif et seuls deux tiers des étudiants titulaires du DES

de médecine générale exerceraient cette discipline<sup>[2]</sup>. En France récemment, le rapport Legmann<sup>[3]</sup>, s'interrogeant sur la non-attractivité de la médecine générale, a inventorié les déterminants suivants : la méconnaissance de cet exercice, l'inadéquation des savoirs acquis, la mauvaise image de la médecine générale, l'incertitude du statut de généraliste, la recherche d'une qualité de vie, la priorité accordée à la vie personnelle, les tracasseries administratives, la rémunération jugée insuffisante, les problèmes liés à la féminisation, un choix préférentiel croissant vers une activité salariée. Tous ces phénomènes psychosociaux exercent une influence à des degrés divers sur le choix du métier et sans doute sur la question du sentiment « d'être prêt à exercer ».

Sur un plan théorique, le sentiment « d'être prêt à exercer » peut être éclairé par le cadre conceptuel du « sentiment d'efficacité personnelle (*self-efficacy*) », développé par Bandura<sup>[4]</sup>. Cette perspective théorique rend compte du fait qu'un individu adopte un comportement s'il a suffisamment confiance dans sa capacité à le réaliser au moment de le faire. Ce sentiment est plus aisé à explorer dans le cadre d'une tâche particulière à travers laquelle on peut évaluer les mesures mises en œuvre par l'agent pour la remplir efficacement. De ce fait, la pertinence de ce cadre conceptuel pour étudier l'étendue et la complexité des contenus de l'exercice d'un métier est probablement discutable.

Dès lors, le cadre plus large de l'autoévaluation<sup>[5]</sup> est probablement plus approprié à notre questionnement, à condition de se situer en dehors du contexte de la mesure d'une compétence, que ce soit par une auto-évaluation ou par une évaluation externe. Plusieurs travaux se sont adossés à cette perspective pour étudier le développement du sentiment d'efficacité au cours de la formation post graduée en médecine générale. Dory *et al.*<sup>[6]</sup> ont ainsi exploré les opinions des résidents en dernière année de formation sur le métier de médecin de famille et la vision qu'ils avaient de leur carrière. Toutefois, ces études sont centrées sur les opinions ou les représentations des participants et rendent

insuffisamment compte, selon nous, de l'expérience vécue par les jeunes médecins généralistes.

L'étude de Kramer *et al.*<sup>[7]</sup> est plus convergente avec les orientations de notre réflexion. Il s'agit d'une évaluation menée du début jusqu'à la fin de la période post-graduée. À partir d'un questionnaire, les auteurs ont montré qu'au cours de ces trois années en médecine générale, les étudiants arrivaient à définir des variables du sentiment de « compétence clinique » ; mais ces auteurs concluent eux-mêmes que l'étude ne leur permet pas d'expliquer comment se développe ce sentiment et que d'autres études devraient être menées pour atteindre cet objectif.

### Question et paradigme de recherche

Notre étude vise dès lors à explorer l'expérience vécue située de jeunes généralistes de leur sentiment « d'être prêt à exercer » le métier et les modalités du processus d'émergence de ce sentiment tout au long des différents moments du cursus de DES de médecine générale. Il s'agit de répondre à la question spécifique suivante : « Comment comprendre le sentiment d'être prêt à exercer la médecine générale et les conditions de son émergence chez des étudiants inscrits en DES de médecine générale et chez de jeunes généralistes ? » Nous souhaitons éviter de faire un inventaire *a priori* des déterminants socio-économiques habituellement avancés.

Notre travail s'inscrit donc précisément dans le paradigme compréhensif, selon une approche qualitative, dans la mesure où nous voulons comprendre le sens du phénomène « se sentir prêt à exercer le métier de généraliste ». Plus précisément, il s'intéresse aux verbalisations des participants et, à travers elles, tente de répondre aux questions suivantes : « Que disent les propos tenus, c'est-à-dire de quoi parlent les participants ? Expriment-ils des représentations, des croyances, des théories subjectives ? Quels sont les sentiments éprouvés ? ». Se rapportant à l'expérience vécue des sujets, ces questions suggèrent dès lors plus explicitement le recours à une approche phénoménologique<sup>[8,9]</sup>.

## Objectifs de recherche

L'objectif principal de cette recherche peut être énoncé en deux points :

- comprendre ce qu'est le sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale à partir de l'expérience vécue d'internes et de jeunes médecins généralistes.
- comprendre les éléments qui influencent son émergence lors du DES de médecine générale.

Un objectif secondaire est de recueillir des informations inédites concernant la carrière des jeunes généralistes et de prolonger la réflexion sur l'amélioration de la formation initiale des généralistes.

## Matériel et méthodes

### Recueil des données

#### **Organisation de groupes de discussion focalisée (focus groups)**

Le *focus group* ou groupe de discussion focalisée<sup>[10]</sup> permet de recueillir dans un temps assez court un matériau qualitatif, relativement complet, constitué de données riches. Cette technique d'entretien permet la verbalisation de phénomènes profonds, enfouis et facilite la prise de conscience, par l'interaction des participants, de certains vécus non réfléchis, individuels ou collectifs.

La modératrice qui a conduit les entretiens avait reçu une formation spécifique à l'animation de groupe, sachant faire interagir les participants en maîtrisant la technique de reformulation et en évitant l'effet *leader*. Elle avait été formée au questionnement phénoménologique centré, c'est-à-dire qui utilise des reformulations orientant l'interviewé vers sa propre personne et son expérience vécue, ce qui permet de recueillir le ressenti, les représentations.

Un technicien a procédé à l'enregistrement audiovisuel. Le contenu a été retranscrit mot à mot, constituant ainsi un *verbatim* qui a servi de matériau pour l'étude. Deux observateurs expérimentés ont

noté lors des séances les éléments verbaux et non verbaux signifiants en dégagant les premiers thèmes émergents. Ils ont, en fin de séance, exposé rapidement leurs observations aux participants du groupe de discussion afin d'assurer une première validation par ces derniers du matériau recueilli.

#### **Élaboration du guide d'entretien**

Le groupe de discussion avait pour but de recueillir l'expérience vécue des participants lors de leurs premières expériences de généraliste, particulièrement celle qui renvoyait au « sentiment *d'être prêt à exercer* ». Le guide d'entretien a été élaboré à partir de deux enquêtes conduites auprès d'étudiants entrant en DES de médecine générale à la Faculté de Montpellier<sup>[11]</sup>. Ce travail interrogeait les étudiants sur les déterminants ressentis de leur choix de la médecine générale. Par ordre de fréquence, les réponses faisaient référence à : la variété des situations, la relation médecin-malade, les valeurs véhiculées. Puisque ces critères déterminaient leur choix de façon idéale, il convenait d'explorer la manière dont ils vivaient la réalité de leur exercice, *hic et nunc*, c'est-à-dire en position d'autonomie face à des situations authentiques. Dans ce cadre, nous avons formulé cinq groupes de questions pour le guide d'entretien : 1) Au début du troisième cycle de vos études médicales, comment vous voyiez-vous comme médecin généraliste ? De quelles valeurs ce métier est-il porteur pour vous ? 2) Comment avez-vous vécu vos premières expériences en tant que praticien ambulatoire ? 3) Pourriez-vous nous donner un exemple de situation vécue en tant que médecin généraliste, où vous vous êtes senti en difficulté ou en échec au point d'avoir eu le sentiment de ne pas être prêt à exercer ce métier ? Avez-vous une idée des éléments qui ont entraîné un tel ressenti ? 4) Depuis ces premières expériences, avez-vous observé une évolution de votre vécu ? Selon vous, qu'est-ce qui est à l'origine d'un tel changement ? 5) Vous sentez-vous prêt à exercer la médecine générale maintenant et pourquoi ?

Le questionnement phénoménologique était formalisé par les expressions : « vous voyiez-vous, pour vous, comment avez-vous vécu, donner un exemple de situation vécue, selon vous... ». Nous

avons testé ces questions auprès d'un groupe d'internes de médecine générale afin d'en vérifier la bonne compréhension.

### **Choix des participants**

Trois groupes de discussion ont été constitués à partir d'un échantillon de disponibilité de 17 volontaires recrutés parmi des internes en troisième année du DES de médecine générale et des médecins généralistes jeunes diplômés (en situation de remplacement ou installés depuis moins de cinq ans). Tous ont été contactés par courriel et une explication du sujet de la recherche leur a été fournie. Les trois groupes ont été constitués de la façon suivante.

- premier groupe : six internes ayant peu d'expérience ambulatoire (un semestre de stage chez le praticien, pas de remplacement ou un remplacement de courte durée) ;
- deuxième groupe : cinq internes ayant une expérience ambulatoire intermédiaire (un semestre de stage chez le praticien, un deuxième semestre de stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée – SASPAS, de un à trois mois de remplacements) ;
- troisième groupe : six jeunes généralistes avec une expérience ambulatoire importante (quatre d'entre eux ayant effectué un remplacement à temps plein, un installé depuis deux ans, un autre en cours d'installation).

### **Triangulation**

La réalisation de plusieurs entretiens avec enregistrement audiovisuel a permis de satisfaire une triangulation des données visant à prendre en considération la richesse des points de vue, leur complexité et leur caractère évolutif. Cette triangulation englobe des sous dimensions : le temps, l'espace, les personnes participantes<sup>[12]</sup>. La triangulation temporelle considère la dimension évolutive du phénomène étudié. La triangulation des participants rejoint la triangulation des sources : les participants ont des niveaux d'expérience différents, acquis dans des contextes différents (stage chez le praticien, stage en

autonomie, remplacement, installation) avec une diversité de points de vue.

Analyse qualitative des données selon une approche de type phénoménologique et pragmatique

### **Une approche phénoménologique**

L'approche phénoménologique place au premier plan l'expérience vécue du sujet, réflexive et située, sans y substituer un mécanisme explicatif ; elle vise la restitution d'un compte rendu descriptif<sup>[13]</sup>. C'est d'abord une attitude empathique d'écoute des témoignages des divers participants, dans le respect de la parole de chacun, en utilisant un questionnement phénoménologique<sup>[9]</sup> qui n'est en aucun cas un questionnaire.

La question 3 du guide d'entretien est un exemple de questionnement phénoménologique : « Pourriez-vous nous donner un exemple de situation vécue en tant que médecin généraliste, où vous vous êtes senti en difficulté ou en échec au point d'avoir eu le sentiment de ne pas être prêt à exercer ce métier ? ». Il s'agit d'un rappel à la mémoire (historicité) d'une expérience vécue, située, avec re-mémorisation de sentiments vécus.

Selon Depraz<sup>[13]</sup>, Husserl parle d'*epochè* ou de mise entre parenthèses des prérequis ou des jugements de valeur vis-à-vis du phénomène étudié afin de le regarder « tel qu'il est ». Dans notre cas, il s'agit pour le chercheur de tendre vers cette posture afin de respecter les propos des participants.

### **Une approche intégrant les apports du courant pragmatiste**

Le courant pragmatiste a transformé la phénoménologie en « phénoménologie pragmatique »<sup>[13,15]</sup>, qui invite à partir des faits pour remonter aux conceptualisations dans un mouvement d'ouverture, ce qui correspond à une démarche abductive, habituelle en médecine générale. En cohérence avec la théorie des signes (sémiotique) et les catégories universelles de Peirce<sup>[16]</sup>, nous avons analysé les données du *verbatim* selon les trois catégories : celle de la qualité

**Tableau I.** Les trois modes d'être de tout phénomène selon Peirce.

CATÉGORIES	SIGNES	NATURE DES PHÉNOMÈNES
Priméité	Qualité (Qualisigne)	<b>Perçus</b>
		sentiments, émotions, représentations, vécus, tons, esquisses, styles...
Secondéité	Fait (Sinsigne)	<b>Vécus</b>
		expériences, constats, mises en acte, mises à l'épreuve, prises de conscience, relations, réflexivité
Tiercéité	Loi (Légisigne)	<b>Théorisés, institués, interprétés</b>
		principes, concepts, pensées, habitus, théories, schémas subjectifs

(priméité), qui intègre les émotions, les ressentis, les sentiments ; celle des faits (secondéité), qui comprend les faits d'expérience, les constats, la relation au monde ; celle de la loi (tiercéité), qui concerne les principes, les habitus, les énoncés de sens commun, les institutions, les processus généraux, les concepts et les théories. En accord avec la dénomination adoptée par Peirce, ces catégories seront respectivement désignées par les chiffres 1, 2 et 3, lors du classement des unités de sens dans l'analyse (tableau I). Leur organisation hiérarchique a pour conséquence que l'existence d'une catégorie 3 présuppose l'existence d'une catégorie 2 et d'une catégorie 1, selon une architecture englobante. Selon Houser<sup>[17]</sup>, « ces catégories sont celles que l'investigation phénoménologique ne cesse de nous faire obtenir, si invariablement que nous nous sentons le droit de conclure que la structure relationnelle de la tiercéité, impliquant comme elle le fait la secondéité et la priméité, constitue la structure fondamentale de l'expérience ». Une telle évolution dresse les contours d'une phénoménologie sémio-pragmatique dont notre travail se réclame.

### **Une approche phénoménologique sémio-pragmatique**

Elle est adaptée du modèle d'approche qualitative classique, dont des exemples sont cités par Santiago-Delefosse<sup>[9]</sup>. Le processus de catégorisation se fait par un va-et-vient continu entre la catégorie en

train-de-se-construire et le matériau textuel, jusqu'à ce que la catégorie atteigne une saturation, c'est-à-dire lorsque les indices recueillis ne l'enrichissent plus.

À des fins didactiques, nous avons décomposé notre démarche analytique en cinq étapes, exposées dans le tableau II :

- lecture de la transcription des données, d'abord intuitive, puis focalisée permettant de commencer à colliger des notes ;
- découpage en unités de sens, c'est-à-dire en différentes séquences de texte délimitant chacune des fragments autonomes « idéellement » ;
- repérage de tous les éléments signifiants, linguistiques et contextuels (indices), dont la mise en lien conduit vers un premier ordre de catégorisation ;
- caractérisation sémiotique selon les catégories de Peirce et ordonnancement logique ; c'est un deuxième ordre de catégorisation ;
- restitution du sens : il se construit en tenant compte des liens que chaque catégorie obtenue entretient avec les autres, selon une hiérarchie des signes de type 1-2-3, en sachant que la catégorie de la loi gouverne le sens, les autres s'emboîtant à la manière des poupées russes. Il peut prendre la forme d'un court texte de synthèse, d'un énoncé, voire d'une théorie. On retrouve dans cette synthèse le sens global du discours de chacun et sa cohérence (logique interne). C'est la variation des différentes logiques internes individuelles qui dégage les traits caractéristiques d'une logique de groupe et l'essence même du phénomène général.

**Tableau II.** Les étapes de la démarche analytique utilisée au cours de l'étude.

Étapes de la démarche	Contenus procéduraux
Recueil de matériau	Transcription mot à mot des enregistrements (matériau verbal et non-verbal)
Lecture globale (relectures)	Approche intuitive, puis focalisée ; permet de commencer à colliger des notes, à repérer des indices
Découpage en unités de sens	Séquences de texte délimitant chacune des fragments autonomes idéellement
Repérage des éléments signifiants (indices)	Indices linguistiques et contextuels dont la mise en lien conduit à des catégories de 1 <sup>er</sup> ordre
Caractérisation sémiotique selon C.S. Peirce et ordonnancement logique	Désignation des catégories selon 1-2-3 et repérage des liens de subordination qu'elles entretiennent. Catégorisation de 2 <sup>e</sup> ordre
Restitution du sens	Écriture d'un énoncé ou texte synthétique restituant le sens global

Dans la pratique de l'analyse sémio-pragmatique, ces étapes ne sont pas strictement chronologiques et s'enchevêtrent.

Les tableaux III et IV permettent d'illustrer la méthode employée à l'aide de deux exemples concrets d'analyse d'extraits de *verbatim*.

## Résultats

Le sentiment d'être prêt à exercer la médecine générale : un phénomène diachronique

Notre analyse met en lumière trois moments phénoménologiques de l'expérience vécue « de se sentir prêt à exercer », formalisant ce que Depraz<sup>[13]</sup> appelle le « devenir conscient » :

- le premier correspond à celui du choc émotionnel de la découverte d'un nouveau métier, avec angoisse et stress devant « l'écart » entre les connaissances acquises et les habiletés mobilisées.
- Le deuxième moment est celui de la confrontation à des situations authentiques et de la conscience des besoins nécessaires : c'est celui où la réflexivité construit l'expérience.
- Le troisième moment est celui de l'acquisition d'une expertise dans la maîtrise des processus de l'exercice de la médecine générale, dans sa vision professionnelle et individuelle.

Ce résultat, montrant à la fois que ce phénomène se construit dans la temporalité et qu'il est possible de le structurer selon la logique des catégories universelles de l'expérience (qualité, fait, loi), peut s'énoncer ainsi : « le sentiment d'être prêt à exercer la médecine générale se construit de façon évolutive pour aboutir à la maîtrise des processus (tiercéité-3), de l'exercice du métier et de gestion de la vie personnelle impliquant une prise de conscience des compétences nécessaires dans l'expérience vécue située (secondéité-2), celle-ci passant par une phase émotionnelle inaugurale (priméité-1) ».

Au total, on peut comprendre le sentiment « d'être prêt à exercer » comme un « phénomène-entraîneur-de-se-faire », évolutif avec une nécessité de passer par ces trois moments (étapes) lors d'un processus d'apprentissage.

Les catégories structurantes du sentiment « d'être prêt »

### **La construction d'une identité professionnelle (3) intègre trois sous-catégories :**

- la référence à un modèle de rôle professionnel avec ses valeurs disciplinaires propres à la médecine générale (les participants insistent sur l'absence de ce modèle dans leur cursus et sur la confrontation constante avec un modèle de médecin hospitalier) ;

**Tableau III.** Exemple d'analyse d'un extrait de *verbatim* en utilisant une méthode phénoménologique et pragmatique, telle qu'elle a été effectuée dans l'étude.

QUESTION POSÉE	Pouvez-vous me donner un exemple de situation vécue en tant que médecin généraliste où vous vous êtes senti en difficulté ou en échec, au point d'avoir eu le sentiment de ne pas être prêt à exercer ce métier ?		
RÉPONSE DU PARTICIPANT	« ce qui est difficile aussi de se dire tout ce qu'il faut savoir, enfin moi, c'était tout ce qu'il faut savoir pour que je sois un bon médecin, et il faut que je sache tout et c'est pas possible, tout ça pour moi et ben voilà, c'est un peu un échec. Et puis j'arriverai jamais à tout savoir, à leur répondre comme ça du tac au tac, il y a une époque où on savait super bien telle pathologie, tel cours et puis là on se retrouve « ah ça je l'ai su, mais alors là le ressortir comme ça », c'est difficile quoi »		
PRÉSENTATION DES DONNÉES	Catégorie de la Qualité (1) (le sentiment de...)	Catégorie des Faits (2) (l'expérience de...)	Catégorie de la Loi (3) (le principe de...)
Caractérisation	« ce qui est difficile » « c'est un peu un échec » « c'est difficile quoi » « j'arriverai jamais » « ah » « mais alors là, le ressortir comme ça »	« de se dire tout ce qu'il faut savoir » « j'arriverai jamais à tout savoir, à leur répondre (aux patients) comme ça du tac au tac » « il faut que je sache tout et c'est pas possible » « il y a une époque, on savait super bien telle pathologie, tel cours »	« enfin moi c'était tout ce qu'il faut savoir pour être un bon médecin... »
	sentiment d'échec, de difficulté.	Prise de conscience de la difficulté à tout mémoriser	un bon médecin doit tout savoir
RESTITUTION DU SENS PAR ORDONNANCEMENT LOGIQUE	Pour ce participant, <i>l'idée que pour être un bon médecin il faut tout savoir (3) confrontée à la prise de conscience par l'expérience que ce soit difficile (2) lui donne un sentiment d'échec (1).</i>		

- l'émergence du phénomène d'affirmation de soi ;
- le développement d'un projet professionnel.

**La prise de conscience des savoirs utiles à partir de l'expérience vécue et située (2) passe :**

- par le vécu de situations authentiques variées et répétées de médecine générale (stage chez le praticien, SASPAS, remplacements) ;

- par l'appropriation des savoirs et l'intégration de l'incertitude liée à l'exercice de la médecine générale ;
- par la découverte de l'existence des différents niveaux taxonomiques des savoirs, d'égale importance (savoirs, savoir-être, savoir-faire) ;
- par le nécessaire entretien des savoirs et la découverte d'apprentissages nouveaux.



**Tableau IV.** Exemple d'analyse d'un extrait de *verbatim* en utilisant une méthode phénoménologique et pragmatique, telle qu'elle a été effectuée dans l'étude.

QUESTION POSÉE	« Au début de votre troisième cycle des études médicales, comment vous voyiez-vous comme médecin généraliste ? »		
RÉPONSE DU PARTICIPANT	« moi je me voyais pas du tout, parce que y a pas de médecin généraliste dans ma famille, c'est pas... j'avais jamais fait de stage en tant qu'externe chez un médecin généraliste, j'avais un peu du mal à imaginer cela... la pratique d'un cabinet de ville... heu »		
PRÉSENTATION DES DONNÉES	Catégorie de la Qualité (1) (le sentiment de...)	Catégorie des Faits (2) (l'expérience de...)	Catégorie de la Loi, (3) (le principe de...)
	« j'avais un peu de mal à imaginer la pratique d'un cabinet de ville »	« je ne me voyais pas du tout, il n'y a pas de médecin généraliste dans ma famille j'avais jamais fait de stage en tant qu'externe chez un médecin généraliste »	« ...parce qu'il n'y a pas... »
	sentiment d'incertitude	Projection en médecin généraliste impossible, Pas d'expérience vécue de médecine générale	Pour ce participant, l'absence de modèle de rôle (3) empêche de se projeter
RESTITUTION DU SENS	L'absence de modèle de rôle (3) empêche la projection de soi en tant que médecin généraliste (2) et donne une incertitude sur sa pratique (1)		

**Le sentiment de légitimité (1) se construit :**

- par le ressenti inédit de la satisfaction du patient ;
- par la reconnaissance de ses pairs, des instances facultaires ;
- par le plaisir personnel dans l'intersubjectivité.

Ces catégories correspondent aux trois niveaux phénoménologiques des déterminants, renvoyant aux catégories universelles de Peirce, la construction de l'identité professionnelle comme finalité de l'apprentissage, impliquant nécessairement la prise de conscience des savoirs utiles par la confrontation réflexive au réel du patient et de la pathologie, elle-même à l'origine d'un sentiment de légitimité.

**Discussion**

Forces et limites méthodologiques du travail

**Concernant le recueil de données dans le cadre de groupes de discussion focalisée**

Nous avons pu noter la difficulté de réunir un nombre suffisant de participants disponibles au même moment, ce qui constitue une perte de temps pour la recherche dans le cadre des thèses dites d'exercice, qui impliquent une durée d'étude relativement

limitée. Un technicien était présent pour l'enregistrement audio-visuel permettant une transcription mot à mot et la notification des signes non-verbaux. L'analyse exhaustive des éléments non-verbaux est une limite supplémentaire de la technique d'entretien de groupe, à cause de la difficulté à relever tous les indices simultanés. Néanmoins, dans une analyse qualitative discursive comme la nôtre, les indices non-verbaux n'ont pas apporté plus de renseignements sur l'objet de notre recherche.

Le modérateur était entraîné à un type d'entretien « centré sur l'expérience de chacun », en utilisant des « reformulations phénoménologiques » en rapport avec nos objectifs, permettant une investigation de l'expérience vécue « en profondeur ». L'expérience montre qu'un questionnement moins orienté vers la personne peut conduire à des réponses dans un « domaine de verbalisation » plus général et moins individuel<sup>[19]</sup>, nuisant à l'authenticité des réponses.

Les deux observateurs qui ont pris des notes ont restitué aux participants, après un temps de concertation, les différents messages-clés émis par les participants. Ceux-ci ont pu ainsi valider cette synthèse immédiatement.

La question du nombre d'entretiens de groupe ou de participants à interviewer reste difficile à déterminer. Toutefois, la cohérence et la redondance dans les catégories émergentes nous permettent de dire que la saturation des données a été atteinte.

### **Concernant la méthode d'analyse**

L'approche phénoménologie utilisée s'appuie sur une sémantique spécifique complexe qui nécessitant un effort d'appropriation. Le souci de la rendre plus « appliquée » dans le cadre d'une démarche pragmatique la rend moins hermétique ; c'est dans cette perspective que nous avons inscrit notre travail.

La catégorisation selon les niveaux 1, 2 ou 3 relève d'un choix interprétatif qui est au cœur de la démarche compréhensive et qui induit comme limite l'habileté et l'expertise du chercheur pour catégoriser. Le choix catégoriel se fait en tenant compte des éléments signifiants linguistiques (mots, phrases,

figures de style, énoncés) et contextuels, opérations propres à la pragmatique qu'il convient de rapporter à l'objet de la recherche.

Il peut enfin apparaître comme un paradoxe de mêler la phénoménologie de Peirce, avec ses classes universelles *a priori*, et l'immédiateté et les contingences de l'expérience. Mais l'investigation phénoménologique, telle que ce travail l'applique, montre qu'invariablement la structure de l'expérience émerge de façon triadique, intégrant le singulier et l'universel. Cet apparent paradoxe constitue l'originalité et la force de cette méthode alliant rigueur et créativité.

### **Triangulation**

Comme cela a été exposé dans la section « Méthodes », un premier niveau de triangulation des données a été effectué en constituant trois groupes de discussion avec des participants différents, parvenus à des moments différents de leur formation. Selon Savoie-Zajc<sup>[12]</sup> une telle démarche constitue une triangulation temporelle qui tente de prendre en considération la dimension évolutive du phénomène étudié.

Une triangulation des méthodes, en recourant par exemple à des entretiens individuels semi-directifs, aurait pu apporter une rigueur et une richesse complémentaires mais le temps limité pour ce travail de thèse d'exercice ne l'a pas permis.

S'il n'y a pas eu de vraie triangulation des chercheurs, il a cependant existé un travail collaboratif avec l'équipe des chercheurs du département de médecine générale autour des deux observateurs, parmi lesquels un expert en analyse phénoménologique et l'auteur de la thèse.

Nous n'avons pas réalisé non plus de triangulation de méthodes d'analyse à cause des difficultés rencontrées dans le recrutement de chercheurs habitués à d'autres cadres théoriques, telle que la théorie ancrée (*grounded theory*)<sup>[20]</sup>. Une comparaison de nos résultats avec ceux obtenus par cette méthode, ayant en commun certaines des étapes méthodologiques, serait intéressante à mener.

### **Validité, reproductibilité et généralisabilité des résultats**

La recherche qualitative étant interprétative par nature, elle ne peut répondre au critère d'objectivité exigé en recherche quantitative mais elle doit répondre au critère de réflexivité<sup>[21]</sup>, qui implique que le chercheur doit prendre conscience de sa contribution dans la production, de la manière dont il influence les résultats et d'en rendre compte. Dans ce travail, nous avons conscience que notre présence impliquée dans la modération des *focus groups* ait pu influencer certaines réponses ; toutefois, certains voient, dans cette implication et dans la connaissance du champ exploré par le chercheur un atout pour faire émerger les données pertinentes. En outre, ce type de questionnement, dont le but est de recentrer les participants sur leur expérience propre par des reformulations choisies, permet de limiter les biais d'implication. Enfin, le choix d'intégrer la sémiotique de Peirce à notre analyse phénoménologique ajoute une compétence heuristique supplémentaire dans sa capacité à limiter les biais interprétatifs. En effet, la restitution du sens s'élabore par ordonnancement logique et non par la seule interprétation du chercheur.

Le critère de reproductibilité n'est pas transposable en tant que tel à la recherche qualitative. Il convient cependant que le chercheur soit en mesure d'explicitier précisément les étapes de son analyse et de rendre compte en continu de l'ensemble des processus de production théorique. Nous avons tenté de répondre à cette exigence au cours de ce travail et d'en rendre compte dans cet article, malgré une nécessité de concision.

En recherche qualitative, la généralisabilité des résultats peut être examinée au regard des critères de significativité (qui stipule que les résultats donnés doivent faire sens en situation, dans leur contexte, permettant ainsi d'informer d'autres situations concrètes) et de vraisemblance pour les acteurs, ce que nous avons vérifié lors d'une restitution des résultats auprès des participants.

Nous avons par ailleurs cherché à satisfaire l'exigence de validité de cohérence<sup>[22]</sup>, en inscrivant cette recherche dans le paradigme compréhensif, avec une démarche phénoménologique pour recueillir et

analyser nos données, en cohérence avec la nature de la question de recherche. Enfin, nous sommes efforcés de satisfaire l'exigence de validité de reliance, en exposant et justifiant nos questionnements et nos choix à chaque étape du travail.

### Discussion des résultats

#### ***Le sentiment d'être prêt à exercer la médecine générale est un phénomène expérientiel en devenir***

L'analyse a fait émerger trois moments phénoménologiques correspondant au processus de prise de conscience du « sentiment d'être prêt à exercer ». La description de ce qui est « en train de se faire » est l'enjeu majeur de toute phénoménologie pragmatique<sup>[13,15]</sup>. Notre description a montré comment les émotions premières surgissent lors de l'apprentissage d'un nouveau métier, puis comment l'expérience réflexive face à l'authenticité des situations permet l'acquisition de compétences réalistes, enfin comment s'acquiert la maîtrise des processus de gestion d'un exercice centré sur le patient. Ces trois moments ne sont pas construits artificiellement par l'analyse phénoménologique car ce sont des « déjà-là » émergents de cette analyse, qui en précise toutefois la richesse du contenu.

D'autres approches étaient possibles, telle que celle de l'exploration d'un sentiment d'efficacité personnelle ; celui-ci repose sur la conviction d'un individu d'être capable de réaliser des actions nécessaires à l'accomplissement d'une tâche. Mais notre objectif, en utilisant l'approche phénoménologique, était de nous centrer sur l'expérience de chacun face à ce qu'il avait vécu, dans sa complexité. Par cette approche, nous montrons que ce sentiment évolutif « se construit en acte et non en représentation »<sup>[9]</sup>.

#### ***Les déterminants du sentiment d'être prêt à exercer***

L'analyse phénoménologique nous a permis de dégager trois grandes catégories instituant les déterminants constitutifs de ce phénomène. Ces catégories intègrent d'autres sous-catégories par extension, laissant, de ce fait, apparaître toute la dimension du

phénomène. Ainsi l'identité professionnelle est-elle dans ce cas très liée au modèle de rôle dont l'absence est reconnue préjudiciable pour la prise en compte du sentiment « d'être prêt à exercer ». Elle se réfère aussi au concept d'affirmation de soi évoqué par les étudiants et à l'élaboration de leur projet professionnel.

La prise de conscience des savoirs utiles se développe au fil du temps par la mise à l'épreuve (en acte) de l'étudiant lors de situations authentiques et à partir du regard des autres sur sa capacité à y faire face. Dans ce contexte, la satisfaction du patient est déterminante, ainsi que le jugement approbateur des pairs conférant *de facto* un sentiment de légitimité.

### Dimension éthique du travail

Nous avons dégagé deux axes concernant l'éthique de ce travail, celui des valeurs disciplinaires du métier et celui, vu comme obligation professionnelle, de la question de « tout savoir ».

Le premier axe concerne les valeurs disciplinaires de la médecine générale : nous avons constaté que les internes du premier groupe, ayant le moins d'expérience ambulatoire, les expriment spontanément comme socle de la pratique généraliste (disponibilité, altruisme, humanisme, goût des autres). Ceux du deuxième groupe ont déplacé cette question vers la structuration de la sphère privée (organisation des soins, aménagement du temps de travail, équilibre familial). Toutefois, tous les participants ont manifesté leur souci d'une relation médecin-malade de qualité, relation construite dans la durée et le suivi. Enfin, les jeunes médecins généralistes du troisième groupe insistent sur l'importance de la qualité de la vie personnelle comme condition favorisant leur investissement professionnel.

Le deuxième axe explore l'idée déontologique qu'un médecin généraliste doit « tout savoir ». Cette idée pose un problème aux internes les moins expérimentés qui, cependant, arrivent à reconsidérer ce postulat dans le temps en s'y adaptant. Nous retiendrons que le ressenti de satisfaction du patient comme facteur de légitimation de leur statut de médecin prend le pas sur l'accumulation des

connaissances. Nous pouvons y voir le gage d'une approche humaniste définie par le souci de l'autre.

## Conclusions et perspectives

Ce travail a permis de mieux comprendre le phénomène du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale et d'en identifier les déterminants. Parmi ces déterminants, celui de la construction de l'identité professionnelle, indispensable à toute démarche professionnelle assumée, apparaît comme intimement lié à la notion de « modèle de rôle », mettant ainsi en exergue la nécessité d'un contact précoce avec un médecin généraliste, menant à l'affirmation de soi et à une légitimité professionnelle. Cette double identité, personnelle et professionnelle, s'inscrit dans une co-construction, réflexive et empirique, lors de la mise à l'épreuve du patient dans des situations authentiques. Ces situations révéleront ce « devenir conscient », confortant l'étudiant dans le sentiment « d'être prêt à exercer » à travers différentes étapes incontournables et salutaires, justifiant en cela la nécessité d'une progressivité dans le processus pédagogique.

Ce travail a permis en outre d'explorer un domaine peu développé en France, celui de la recherche qualitative dans le champ médical, inscrite dans un paradigme compréhensif et utilisant une démarche phénoménologique pragmatique.

Au sein de cette approche, nous voudrions revenir sur le rôle primordial que le projet phénoménologique pourrait tenir à juste titre dans une perspective pédagogique pour les étudiants du DES de médecine générale, de par sa triple dimension : il est à la fois un apprentissage du développement de l'empathie et de la sensibilité, en même temps qu'une méthode de recueil de données pertinentes pour la compréhension des patients (mots et maux) à partir d'une technique de questionnement centrée sur le vécu ; il constitue enfin une méthode d'analyse cohérente de ces données.

À ce titre, la mise en contact de l'étudiant avec cette approche dans un groupe de discussion apparaît en soi comme un outil réflexif, apte à ouvrir la voie

vers un retour sur soi, qui lui est indispensable en tant que soignant à ce stade de l'apprentissage, et à une prise de conscience des compétences utiles à l'exercice de son métier.

## Contributions

Agnès Oude Engberink a réalisé ce travail de recherche dans le cadre de la thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Elle a participé à la conception du protocole de recherche, au recueil des données, à l'analyse des résultats et à la rédaction du manuscrit. Michel Amouyal, Michel David et Gérard Bourrel ont participé à la conception du protocole de recherche, au recueil des données et à l'analyse des résultats. Brigitte Julia, docteur en sémiotique et communication, a participé aux relectures des versions successives du manuscrit.

## Références

- Isambert A. Le sentiment d'être prêt à exercer la Médecine générale : déterminants et éléments de mesure. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Université de Montpellier I; 2007.
- Berland Y. Commission démographie médicale. Rapport ministériel 2005. [On-line]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/>
- Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Mission présidentielle 2010. [On-line] Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/conclusions-de-la-mission-legmann-definition-d-un-nouveau-modele-de-la-medecine-liberale-970>
- Bandura A. Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle. Paris : De Boeck Université, 2003.
- Dory V, de Foy T, Degryse J. L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. *Pédagogie Médicale* 2009;10:41-53.
- Dory V, Beaulieu M-D, Pestiaux D, Pouchain D, Gay B, Rocher G, *et al.* The development of self-efficacy beliefs during general practice vocational training: An exploratory study. *Med Teach* 2009;31:39-44.
- Kramer AWM, Zuithoff P, Jansen JJM, Tan LHC, Grol RPTM, Vleuten CPM. Growth of Self-Perceived Clinical Competence in Postgraduate Training for General Practice and its Relation to Potentially Influencing Factors. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2006;12:135-45.
- Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin collection U, 2003.
- Santiago Delefosse M, Rouan G (dir.). Les méthodes qualitatives en psychologie. Paris : Dunod, 2001.
- Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. *Revue du praticien – médecine générale* 2004;18:645.
- Meric M. À propos des perspectives professionnelles des étudiants inscrits en 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale : enquêtes transversales auprès de 161 étudiants inscrits en 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale à Montpellier en 2001 et 2006. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Université de Montpellier I; 2007.
- Savoie-Zajc L. Technique de validation par triangulation. In : Mucchielli A (Dir.). Dictionnaire des méthodes qualitatives. Paris: Armand Colin collection U;1996:261-2.
- Depraz N. Comprendre la phénoménologie : Une pratique concrète. Paris: Armand Colin collection Cursums, 2006.
- Depraz N, *Écrire, résister.* Paris : Encre Marine, 2001 : 167-73.
- Apel KO. Le problème de l'évidence phénoménologique à la lumière d'une sémiotique transcendante. In : Poulain J (Dir.). Critique de la raison phénoménologique. La transformation pragmatique. Paris : Cerf, 1991:37-66.
- Peirce CS. *Écrits sur le signe* (trad. Deledalle G). Paris : Seuil, 1978.
- Houser N. La structure formelle de l'expérience selon Peirce. In : *Études phénoménologiques. La phénoménologie de Charles Sanders Peirce.* Bruxelles : Ousia, 1989; (n° 9/10): 77-111.
- Bourrel G. Analyse phénoménologique d'une étude qualitative sur le surpoids en médecine générale. L'apport de la Pragmatique. *Recherches Qualitatives* 2008; Hors série 6 : 87-103.

- 
19. Vermersch P. L'entretien d'explicitation. 6<sup>e</sup> éd. Paris : ESF Editeur, 2010.
20. Glaser BG, Strauss AA. La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative. Paris : Armand Colin, 2010.
21. Soulet M-H. Traces et intuition raisonnée. Le paradigme indiciaire et la logique de la découverte en sciences sociales. In : Paillé P. (éd.). La Méthodologie qualitative. Posture de recherche et travail de terrain. Paris ; Armand Colin, 2006.
22. Pourtois J-P, Desmet H. Epistémologie et instrumentation en Sciences Humaines. Wavre : Editions Mardaga, 2007: 119-122.
- 
- Correspondance et offprints : Agnès Oude Engberink, 23 rue Pierre Puget, 66000 Perpignan, France.  
Mailto : agnesisambert@hotmail.com