

## Les ficelles sans le métier

### Les ambiguïtés d'une formation aux méthodes qualitatives en médecine générale

Estelle Czerny et Victor Lepaux

*Émulations - Revue de sciences sociales*, 2021, n° 39-40, « Enseigner l'enquête de terrain. Transmettre, expérimenter, éprouver ».

Article disponible à l'adresse suivante

---

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations/article/view/czerny>

Pour citer cet article

---

Estelle Czerny et Victor Lepaux, « Les ficelles sans le métier. Les ambiguïtés d'une formation aux méthodes qualitatives en médecine générale », *Émulations*, n° 39-40, Mise en ligne le 11 mai 2022.  
DOI : 10.14428/emulations.039-40.11

Distribution électronique : Université catholique de Louvain (Belgique) : [ojs.uclouvain.be](https://ojs.uclouvain.be)

© Cet article est mis à disposition selon les termes de la Licence *Creative Commons Attribution, Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Éditeur : Émulations – Revue de sciences sociales / Presses universitaires de Louvain  
<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations>

ISSN électronique : 1784-5734

# Les ficelles sans le métier

## Les ambiguïtés d'une formation aux méthodes qualitatives en médecine générale

Estelle Czerny<sup>1</sup> et Victor Lepaux<sup>2</sup>

**[Résumé]** L'autonomisation universitaire de la médecine générale dans les années 2000 s'est accompagnée de la création d'un champ de recherche qui se veut indépendant et qui emprunte les méthodes de terrain des sciences sociales pour se distinguer de la recherche médicale traditionnelle. Cet article propose de revenir sur les conditions sociales de la réalisation de formations aux méthodes qualitatives à destination d'internes qui réalisent leurs thèses d'exercice. Il explore les usages particuliers de ces méthodes au sein d'un curriculum qui reste orienté vers la pratique médicale, et les conditions spécifiques de transmission des méthodes des sciences sociales dans un cursus qui ne prépare pas à devenir *social scientist*. Celles-ci se comprennent à la fois par les propriétés des formateurs issus des sciences sociales et des généralistes enseignants, et par les contraintes (temporelles et de positions académiques) auxquelles sont soumis ces différents acteurs et la place accordée à la méthode, à la fois fonction de certification et dissociée de socle théorique.

**Mots-clés :** médecine générale, sociologie, méthodes qualitatives, interdisciplinarité, universitarisation, enseignement.

***Sociological work without the work. Ambiguities in the teaching of qualitative methods to general practice students.***

**[Abstract]** Along with the academic autonomization of general medicine in the 2000s, a field of research aspiring to independence has developed. That research field draws on social science methods to stand out from mainstream medical research. This article examines the social conditions of qualitative methods training for residents preparing their medical thesis. It explores the specific ways in which these methods are utilized in a curriculum that remains geared towards medical practice, and the conditions of teaching social science methods to students who are not meant to become social scientists. These are informed by the respective characteristics of trainers with a social science background and lecturers in general practice, the constraints (in terms of time and academic positions) faced by these actors, and the role ascribed to methods, which have a legitimizing function but are separated from their theoretical foundations.

**Keywords:** general medicine, sociology, qualitative methods, interdisciplinarity, academization, teaching.

### Introduction

La formation des médecins est un objet d'étude historique de la sociologie, notamment américaine (Baszanger, 1981 ; Becker *et al.*, 1961), qui a permis la production de travaux et théories sur la socialisation secondaire. Cette dernière est particulière, car elle est

<sup>1</sup> Université de Strasbourg, SAGE, France.

<sup>2</sup> Centre national de la recherche scientifique, SAGE, France.

à la fois scolaire et professionnelle (Darmon, 2016). Notre terrain d'étude interroge la transformation de cette socialisation dans le contexte français d'évolution de la formation des médecins qui s'ouvre aux sciences humaines et sociales (SHS). La médecine générale (MG), dominée pendant des décennies par les autres spécialités médicales, semble particulièrement travaillée par ces transformations récentes. En France, elle est devenue une spécialité médicale à part entière en 2004. Ce trophée ne constitue pas seulement l'aboutissement heureux d'une lutte pour la reconnaissance de ce type d'exercice, engagée depuis les années 1980 et marquée notamment par la création au sein des facultés des premiers postes de généralistes associés (Bloy, 2010). Il constitue également le point de départ de l'histoire récente de l'autonomisation universitaire de la discipline<sup>3</sup>. Celle-ci se manifeste logiquement dans une double perspective de développement entre enseignement et recherche. Nous nous proposons, dans cet article, d'interroger un type d'activité qui participe de ces deux mouvements : les formations à la « recherche qualitative » destinées à des internes de MG qui préparent une thèse d'exercice. Pour cela, nous nous appuyons sur notre propre expérience de ce type d'enseignement (nous participons à des séminaires annuels à la faculté de médecine de Strasbourg depuis 2014) en réalisant un retour réflexif qui ne prétend pas à généraliser une configuration locale, mais qui éclaire cependant ce mouvement global d'appropriation de méthodes des SHS. Nous mobiliserons également l'exploitation d'un corpus de thèses d'exercice<sup>4</sup>, des observations et entretiens menés auprès d'enseignants et d'internes en MG et de formateurs issus des sciences sociales<sup>5</sup> ainsi que des matériaux de type littérature grise<sup>6</sup>.

Outre son caractère scolaire (en ce qu'elle clôture la formation initiale des internes), la thèse d'exercice est aussi un premier travail de recherche<sup>7</sup>. La recherche en MG, depuis une vingtaine d'années, se développe principalement en empruntant aux sciences

---

<sup>3</sup> Les événements récents les plus marquants sont la création en 2014 d'une sous-section au Conseil national des universités et l'obligation, depuis 2018, de soumettre une thèse d'exercice qui relève de la pratique de la médecine générale et non d'une autre spécialité (arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine).

<sup>4</sup> Nous avons réalisé une analyse statistique et documentaire d'un corpus exhaustif de thèses d'exercices (N = 291), soutenues en 1999, 2007 et 2015 à l'université de Strasbourg, pour objectiver la transformation des objets d'étude (de plus en plus proches des SHS), des méthodes de recherche (de plus en plus souvent qualitatives) et des spécialités des directeurs de thèse (de plus en plus généralistes).

<sup>5</sup> Les procédures de recueil du matériau de recherche sont largement diversifiées (et peu formalisées *a priori*). Outre les classiques entretiens de recherche que nous avons menés (une douzaine) auprès des différents types d'acteurs, nous avons alimenté un riche carnet de terrain au fil des années de formation : séminaires de formation que nous animions (nous en avons enregistré certains) ou pas, rendez-vous de suivi avec les internes, observation (parfois participante) de jurys de thèse, échanges de courriels de l'équipe pédagogique, moments formels (réunions de travail) ou informels (facilités par le développement d'une sociabilité amicale avec certains enquêtés).

<sup>6</sup> Articles, plaquettes de colloques, sites internet des départements de médecine générale des facultés de médecine françaises, des syndicats et organismes professionnels, supports de formation.

<sup>7</sup> Les étudiants sont d'ailleurs invités à rédiger des « thèses-articles » dans une visée de publication scientifique.

sociales empiriques, en particulier la sociologie et l'anthropologie, des méthodes de recueil et d'analyse de données dites qualitatives<sup>8</sup>. Dans d'autres pays (au Canada notamment) et dans d'autres spécialités (en santé publique, par exemple), des médecins réalisent depuis plusieurs décennies des recherches à l'aide de méthodes qualitatives sans pour autant collaborer avec des collègues de SHS. La familiarité des MG avec ces segments de la recherche médicale participe sans doute à légitimer l'appropriation des méthodes qualitatives par les tenants de cette jeune discipline universitaire. Les thèses d'exercice qualitatives sont ainsi de plus en plus fréquentes<sup>9</sup>. Dans une perspective de consolidation et de renouvellement de la spécialité, qui tend à « sortir de l'hôpital » et à prendre en considération « les dimensions biologiques mais aussi psychologiques et sociales<sup>10</sup> », ce mouvement d'appropriation des approches compréhensives semble aller de soi. Il s'inscrit dans un processus large d'ouverture du champ de la santé à ce que certains appellent aujourd'hui les « humanités médicales » (Lefève, Thoreau, Zimmer, 2020). Ce faisant, les médecins promoteurs de ce type d'approche, comme des sociologues, pointent la proximité supposée entre prise en charge médicale et compréhension des faits sociaux (Kivits *et al.*, 2016). En effet, dans la longue histoire de la recherche médicale, le modèle actuel basé sur une acception quantitative et hypothético-déductive de l'*Evidence Based Medicine* (EBM) est récent. Historiquement, nombre de résultats fondamentaux furent le fruit d'observations inductives. Aujourd'hui, la configuration interdisciplinaire SHS-recherche médicale pose question aux intervenants issus des sciences sociales. En témoignent l'organisation de manifestations scientifiques qui interrogent la transmission des méthodes ou plus largement la place et le rôle des sciences sociales dans les cursus de santé<sup>11</sup>. Les propos qui s'y tiennent visent souvent à identifier de bonnes pratiques d'enseignement tirées de l'expérience des acteurs. Mais ils transmettent aussi, notamment dans les échanges informels, un sentiment de découragement de la part de ces intervenants qui font face à un ensemble de contraintes et de contradictions. Celles-ci sont liées à la distance épistémologique entre sciences de la santé et sciences sociales et sont révélatrices de conceptions fortement dissemblables du terrain d'enquête et des matériaux qui en proviennent.

Nous exposerons dans un premier temps les modalités de mise en œuvre de ces formations optionnelles. L'importation de certaines des méthodes d'enquête des sciences

<sup>8</sup> Nous entendons par là l'entretien, l'observation ou la documentation mobilisés à des fins de compréhension des faits étudiés.

<sup>9</sup> Par exemple, à Strasbourg, en 2015, 29 % des thèses d'exercice en MG mobilisent une méthodologie qualitative (contre 3 % en 2007).

<sup>10</sup> Source : *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions*, rapport de G. de Pourville au ministre de la Santé et au ministre délégué à la Recherche, 31 mai 2006.

<sup>11</sup> Citons en premier lieu, à l'intérieur même des facultés de médecine, le congrès biennal du Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé (devenu en 2016 le Collège des humanités médicales). Au-delà, au cours des années récentes se sont tenus le colloque « Les sciences humaines et sociales face à l'interdisciplinarité dans les recherches en santé », MSH Paris Nord, décembre 2017, et la journée d'études « Enseigner les SHS en milieu soignant », UMR Triangle, Lyon, novembre 2020.

sociales se comprend au regard du mouvement plus général de développement disciplinaire de la MG, tout à la fois en rupture avec les autres spécialités perçues comme hospitalo-centrées, et nécessairement inscrites dans le champ de la recherche en santé. Elle provient de certains acteurs, promoteurs de la MG, et de leur rencontre avec des formateurs issus des SHS et des acteurs intermédiaires qui les mettent en relation. Dans un second temps, il s'agira surtout d'analyser les ressorts de l'acculturation aux méthodes d'enquêtes de terrain par les généralistes universitaires et les difficultés de transmission fréquemment rencontrées qui en découlent.

## 1. Rencontre interdisciplinaire en situation de formation

Que produit la rencontre entre des généralistes universitaires, militants pour l'autonomie et le développement de leur (nouvelle) discipline, des formateurs en SHS aux disciplines et statuts divers<sup>12</sup> et des internes en quête de sens et de réflexion sur leurs pratiques, incités à mobiliser des méthodes qu'ils découvrent après sept ans de socialisation à la recherche biomédicale ? Ingénieurs en sociologie et en science politique, nous n'avions jusqu'en 2014 aucun lien avec la médecine et les projets de recherche auxquels nous collaborions ne traitaient pas de santé. C'est précisément pour notre « expertise méthodologique » (expression employée par un MG enseignant) que nous avons été sollicités<sup>13</sup>. C'est un collègue historien, enseignant en faculté de médecine et nouveau membre de notre laboratoire de recherche en sciences sociales, qui nous a mis en lien avec le département de médecine générale (DMG) local. Ces départements regroupent les généralistes qui organisent les enseignements, mais aussi forment à la recherche les internes en MG. Si notre collaboration avec les généralistes enseignants n'a jamais représenté le cœur de notre activité, elle a cependant pu occuper une place importante de notre questionnement épistémologique et pédagogique et produire un certain inconfort : comment (et pourquoi) transmettre des méthodes à un public non formé à la sociologie ? Comment souscrire à l'acculturation de certaines notions méthodologiques ? Comment transmettre en si peu de temps à un public si pressé ? Ces étonnements relatifs à la demande formulée par les généralistes enseignants et à leurs usages particuliers des méthodes qualitatives, ainsi que les difficultés de transmission que nous avons rencontrées (et les interprétations spontanées que nous formulions à leur égard), nous ont amenés à investir cette activité de formation en objet d'études. Précisons d'emblée qu'il ne s'agit pas d'opposer spécialistes et profanes des sciences sociales. Nous ne voudrions pas donner une vision déformée d'une sociologie homogène

---

<sup>12</sup> Il nous semble que les formateurs SHS occupent fréquemment des positions fragiles dans le champ académique : doctorant, postdoctorant et, plus souvent encore, docteur sans poste. Nous-mêmes, ingénieurs, occupons une position plutôt dominée dans la hiérarchie symbolique de ce champ. Les intervenants n'ont par ailleurs pas toujours un intérêt scientifique pour la médecine. Il s'agit surtout de mettre un pied ou de conserver un lien avec l'université en réalisant des vacations.

<sup>13</sup> Certains ingénieurs de l'enseignement supérieur ou de la recherche, dont nous sommes, sont spécialisés en « production, traitement et analyses de données en SHS ».

dans ses pratiques et qui ne serait pas traversée de débats méthodologiques. Il est simplement ici question d'éclairer les circonstances d'un choc des cultures scientifiques.

### 1.1. Un format négocié

Les formations aux méthodes qualitatives en MG s'adressent, dans la faculté de médecine où nous intervenons, principalement aux internes<sup>14</sup>, dans un volume horaire limité (une journée annuelle à laquelle s'ajoutent des rendez-vous individuels de suivi). En 2014, « l'interconnaissance préalable » entre enseignants généralistes et formateurs extérieurs en SHS, nécessaire à une confiance réciproque (Bloy, Rigal, 2010), n'était sans doute déjà plus aussi fréquente qu'auparavant, lorsque les généralistes commençaient à s'intéresser à ces méthodes et à construire leur discipline universitaire. Ces derniers sont en effet passés du statut de formé dans les années 2000 à celui de formateur, et la plupart des enseignements se déroulent désormais sous la responsabilité d'un binôme MG-SHS (comme cela se fait dans plusieurs facultés), ce qui joue sur la latitude laissée aux formateurs extérieurs. La demande d'intervention méthodologique en cursus de MG interpelle inévitablement les sociologues à qui elle est adressée. Elle n'est souvent acceptée qu'après demande d'éclaircissements et, dans le cas concret qui rend possible notre observation, après négociation.

Le format qui nous a d'abord été proposé était celui d'une succession d'ateliers courts (une heure), sur une journée, cloisonnant les différents moments supposés centraux en recherche qualitative. Les étudiants auraient alors été invités à alterner entre des ateliers intitulés « critères de rigueur scientifique et valorisation » et « outils informatiques », en passant par « comment analyser les données ? ». Nous avons proposé et obtenu, au contraire, des séances plus longues abordant de manière conjointe différentes dimensions qui nous paraissent centrales, dans une visée articulée et réflexive en faisant le lien avec leurs propres sujets de recherche : rupture avec le sens commun, construction d'une question de recherche, élaboration d'un protocole de recueil de données, choix bibliographiques, traitement et analyse du matériau. À titre d'exercice pratique, nous proposons un travail sur une thèse qui comporte de nombreux éléments sujets à critique : problématique normative, échantillon constitué comme pour un questionnaire, entretiens courts à questions fermées et avec imposition de problématique, pas d'analyse. Pour remédier au temps très limité de cette unique journée et aussi pour s'affranchir, quand cela était nécessaire, du binôme médecin, nous avons mis en place de manière informelle les rendez-vous de suivi individuels évoqués plus haut. Nous avons ainsi rencontré, de manière répétée et le plus souvent conjointement, une douzaine d'étudiants entre 2015 et 2019. Ces rendez-vous constituent des espaces plus libres que les ateliers en binôme avec les MG et nous parvenons à y faire passer des messages qui entrent moins en contradiction avec les discours des médecins, comme

<sup>14</sup> Même si des séniors ont pu ponctuellement assister à ces formations, il s'agissait le plus souvent non pas de généralistes enseignants du DMG, mais davantage d'acteurs satellites de la formation : maîtres de stage ou professionnels médicaux ou paramédicaux.

nous le verrons par la suite. Le temps accordé à cet enseignement ainsi que le format initialement proposé par les généralistes ne sont toutefois pas propres aux enseignements méthodologiques et doivent se comprendre au regard de la somme des connaissances à acquérir dans les cursus en médecine. Cette préférence pour la transmission rapide n'est par ailleurs pas uniquement le fait des MG enseignants, les internes en sont aussi demandeurs. Leur temps est partagé entre des stages d'internat, à l'hôpital ou chez le praticien, très prenants, un cours obligatoire d'une vingtaine d'heures par an, des travaux écrits à rendre et quelques formations optionnelles à réaliser. Ainsi, pour eux, comme lors de leurs premières années d'études, « il s'agit de trouver une manière de travailler qui soit efficace et de découvrir un critère pour sélectionner les choses importantes » (Darmon, 2016). Leurs enseignants tentent ainsi de les attirer dans une formation non obligatoire en les rassurant sur le volume horaire qui y sera consacré. Les évaluations écrites et anonymes de certains internes suite aux formations révèlent par exemple qu'une heure d'introduction aux fondements des méthodes qualitatives peut leur sembler une « perte de temps » et qu'ils préféreraient un guide ou un mode d'emploi résumé sur l'usage des méthodes qualitatives. Ainsi un interne précise, à l'issue de la journée de formation en 2017, qu'il souhaiterait « des messages simples et concis permettant rapidement de se faire une idée globale ». La rencontre des attentes relatives à l'organisation de la formation s'explique notamment par le fait qu'internes et enseignants généralistes présentent une forte proximité en termes de propriétés sociales, de socialisation secondaire et de rapport à l'apprentissage. Certains ont par ailleurs presque le même âge et des internes peuvent se retrouver quelques mois après leur soutenance de thèse dans le rôle de formateur.

## 1.2. La place et le rôle des formateurs

Dans la faculté où nous intervenons, chaque année, une soixantaine d'internes sont répartis en groupes de douze à quinze dirigés par deux enseignants, généralistes et SHS. Ces binômes changent d'une année sur l'autre et nous avons en conséquence travaillé respectivement avec cinq ou six collègues différents. La configuration particulière du binôme, peu fréquente en sciences sociales, prend évidemment des formes différenciées selon les positions et dispositions des acteurs qui le composent.

Concernant les généralistes enseignants rencontrés, nous observons des profils personnels ou professionnels relativement homogènes malgré des statuts divers<sup>15</sup> : un intérêt pour les questions sociales, qui peut se traduire par l'exercice en maison de santé dans des quartiers populaires ou un engagement syndical<sup>16</sup>. Cette appétence est

<sup>15</sup> Les DMG regroupent des professeurs ou MCF associés, des chefs de clinique et des assistants universitaires. Ces deux derniers statuts désignent le personnel non titulaire recruté respectivement quatre et deux ans après la fin de l'internat. Par ailleurs, depuis le milieu des années 2010, certains DMG comptent également de rares maîtres de conférences universitaires titulaires (voir note 3).

<sup>16</sup> Nous n'avons pas cherché à quantifier strictement ces situations. Celles-ci nous semblent toutefois majoritaires au regard de ce que nous avons pu observer à Strasbourg ainsi que dans d'autres DMG (entretiens, recherche des lieux d'exercice sur le portail de l'assurance maladie).

souvent mobilisée pour expliquer l'intérêt pour les SHS et, par confusion, les méthodes qualitatives.

Je me suis retrouvée à travailler dans un milieu de précarité. Quand on commence, on imagine que le patient est blanc, lettré. Et on se rend compte que ça ne se passe pas du tout comme ça. Donc, forcément, ça a un lien avec les sciences humaines : où est-ce qu'ils vivent ? Où est-ce que qu'ils travaillent ? C'est quoi leurs difficultés ? [...] Et y a probablement des histoires d'étudiants plus orientés biomédical et des étudiants plus orientés relationnel. Donc ceux qui sont plus orientés biomédical vont plus s'orienter vers le quanti et ceux qui sont plus intéressés par la relation médecin-patient, à s'interroger plus sur le sens du métier des choses comme ça, vont plus faire du quali. (Entretien enseignante DMG, 2017)

Le choix de la méthode est investi comme un moyen de distinction par rapport aux autres spécialités médicales sans qu'il soit réellement adapté à la problématique de recherche. Traiter de représentations ou de modes de vie impliquerait obligatoirement selon les généralistes d'user d'une méthode qualitative. Les MG interrogés confondent ainsi souvent dans leurs discours sujets de sciences sociales et méthodes qualitatives, l'un n'irait pas sans l'autre. Le prosélytisme dont ils font preuve en faveur de ces approches les conduit à convertir des étudiants sans objet de recherche (souvent parce qu'aucun ne leur a été proposé à l'occasion d'un des stages d'internat). Il en est de même de ceux qui s'intéressent à des sujets plus ou moins en lien avec ceux des sciences sociales (les représentations des soignants ou des patients, par exemple). Ceci confirme la dimension quasi militante des orientations scientifiques. Cette injonction peut être source de désaccord entre les formateurs et d'incompréhension de la part des internes. Alors même que nous tentons fréquemment de les orienter vers la réalisation d'un questionnaire (compte tenu de leurs sujets), les internes sont contraints de répondre aux attentes normatives de leurs directeurs :

Formateur SHS : Pourquoi avoir choisi de faire des entretiens pour ce sujet ?

Interne 1 : Moi, c'est parce que ma directrice me l'a demandé.

Interne 2 : Au DMG, quand on fait du quali, ils sont contents. (Rendez-vous de suivi de thèse, mai 2017)

La place centrale dans la transmission des connaissances reste globalement à l'heure actuelle dévolue à l'enseignant SHS, puisqu'une fonction d'expertise lui est assignée (sans pour autant que ses conseils et enseignements puissent être toujours suivis, comme nous le verrons plus loin). Ainsi, l'une d'entre nous est présentée aux étudiants par son binôme généraliste en ces termes : « c'est notre experte en méthodes, elle s'y connaît très bien, on a de la chance de l'avoir » (extrait de journal de terrain, juin 2019). Cependant, les profils des enseignants-MG ne sont pas parfaitement homogènes et les systèmes de relations observés entre ces derniers et les formateurs-SHS s'inscrivent dans l'historicité de la construction académique de la MG. Nous constatons ainsi un effet de génération lié à la progressive appropriation par la spécialité MG des méthodes qualitatives issues des SHS. Les enseignants généralistes les plus jeunes peuvent occuper une position d'expert du fait de leur usage effectif des méthodes qualitatives (ils

sont plus nombreux à avoir fait une « thèse quali » que les MG diplômés avant les années 2000) et sont en mesure de réaliser des retours d'expérience à visée pédagogique. Ceux-ci peuvent, sur certains points, être éloignés des manières de faire de la recherche en sciences sociales. L'enseignement étant dans ce cadre davantage partagé, les interventions mobilisent plus fréquemment le registre de la justification des pratiques de recherche. Les divergences alors exposées au public étudiant peuvent donner lieu à des formes d'interpellation qui mettent au jour les écarts des pratiques et le choc des épistémologies.

Enseignante MG : Les *focus groups*, sinon, c'est pas mal, ça vous permet d'avoir pas mal de personnes en même temps. Ça fait gagner du temps et souvent les gens ils se lâchent plus. Non ?

Sociologue : Bof, moi, personnellement, c'est pas ma tasse de thé, ou alors ça doit vraiment être adapté à...

Enseignant MG : Enfin, il faut bien animer le truc. (Note d'observation, atelier, juin 2018)

Cependant, la plupart du temps, loin de donner lieu à d'obscurs débats pour les étudiants, ce type de configuration semble particulièrement pertinent au regard de l'objectif de formation. Il oblige généralistes et sociologues à expliciter leur discours, en l'étayant théoriquement et empiriquement. Il donne à voir aux étudiants ce qui se joue dans ce transfert disciplinaire. Il limite enfin sans doute la dimension proprement sociologique de l'initiation aux méthodes de terrain, laissant par là possible une transmission par les pairs et le développement d'une recherche propre en MG.

Du côté des internes, les motivations à s'engager dans une thèse qualitative, et donc à se former aux méthodes de terrain, sont plurielles et conduisent à des formes d'investissement différenciées. Des entretiens menés avec des participants aux ateliers ou avec des internes rencontrés en rendez-vous de suivi montrent qu'en dehors d'un manque d'appétence pour les traitements statistiques des données quantitatives et d'une orientation prosélyte de leurs enseignants vers les méthodes qualitatives, certains d'entre eux participent pleinement du mouvement de création d'une nouvelle recherche en MG décrit plus haut. Ils cherchent à « savoir ce que les gens ont dans le crâne » (expression employée par un interne en rendez-vous de suivi, février 2017) et, à l'instar de leurs enseignants, identifient les méthodes qualitatives comme les plus à même de conduire à des analyses compréhensives. Ils développent en outre un intérêt pour les questions sociales (que l'on appréhende à partir de leurs objets de recherche, formations complémentaires qu'ils entreprennent ou souhaits de mode d'exercice<sup>17</sup>). Ce profil d'étudiant est tout à fait concordant avec la conception promue par les enseignants généralistes

<sup>17</sup> Les réponses au questionnaire d'évaluation des ateliers montrent que la moitié des étudiants déclare avoir suivi ou suivre actuellement d'autre(s) formation(s) universitaire(s). Celles-ci consistent souvent en des formations complémentaires en médecine de type diplôme (inter)universitaire (DU ou DIU en « addictologie » ou « VIH », par exemple) et parfois en master d'éthique, ou de sciences sociales (une dizaine de cas sur une centaine d'étudiants). Ces évaluations montrent par ailleurs que 15 % des participants envisagent d'exercer en maison de santé (34 % parmi ceux qui envisagent prioritairement un exercice libéral).

et intègre parfois les DMG en tant que chefs de clinique une fois l'internat achevé. En effet, comme en SHS, et même si en termes de volume et d'investissement la thèse d'exercice se rapproche davantage d'un mémoire de licence ou de master que d'une thèse de doctorat, il nous semble que se joue au moment de la thèse une consolidation de l'éthos professionnel<sup>18</sup>.

Par ailleurs, la question de la gestion du temps est pour les généralistes enseignants un enjeu que les internes ont bien saisi. Nombreux sont les conseils des directeurs de thèse qui visent à faire gagner du temps dans la réalisation de la thèse (comme pour l'exemple de l'usage du *focus group* plus haut). En effet, depuis quelques années, celle-ci doit être soutenue avant la fin de l'internat<sup>19</sup>, ce qui n'était pas le cas auparavant lorsque les jeunes MG pouvaient commencer à exercer en réalisant des remplacements en cabinet avant leur soutenance. Si la thèse pouvait ainsi durer plusieurs années (alors que la configuration actuelle pousse à la réaliser en un an), on peut faire l'hypothèse que cela permettait davantage à l'interne de prendre la mesure de son terrain d'étude et de ses possibilités d'accès. Le modelage linéaire (et non itératif) que subissent leurs enquêtes de terrain, comme nous le verrons plus loin, doit beaucoup à cette rationalisation de la gestion du temps mise en œuvre par les internes. Ces derniers se fourvoient par ailleurs souvent en pensant qu'une « thèse quali » sera plus rapide qu'une étude quantitative et déchantent en découvrant l'aspect chronophage de la retranscription des entretiens ou de la prise de contact avec des enquêtés, par exemple.

La tension éprouvée dans la transmission de connaissances méthodologiques ainsi qu'au regard de la finalité du choix des approches qualitatives se comprend aussi par des écarts de conception de la recherche et de la place des méthodes. Il peut paraître évident que les étudiants en médecine ne sont pas socialisés au même type de recherche que les étudiants en sciences sociales. Pour autant, nous ne connaissons pas avant de les avoir éprouvées les résistances concrètes et les difficultés pédagogiques que cet écart produit. En effet, comment parvenir à transmettre une vision (la nôtre, donc située) des « bonnes » manières de réaliser une enquête de terrain à un public pour qui la science est représentativité, reproductibilité, standardisation de protocole, données chiffrées, où le social n'est au mieux qu'une dimension explicative périphérique des pratiques et positions des individus (Darmon, 2005) ? Cette conception positiviste s'incarne dans ce modèle de l'EBM dont l'objectif est « d'établir des bases scientifiques pour la pratique médicale » (Maisonneuve, 2020 : 79) ; les essais contrôlés randomisés en étant le parangon. La socialisation des internes doit se comprendre de manière plurielle. Elle est le résultat de leur formation à la fois universitaire et professionnelle (à l'occasion

<sup>18</sup> Notamment de son caractère universitaire. Si la socialisation professionnelle des étudiants soignants a été très étudiée depuis la seconde École de Chicago, notamment en France, sous l'angle des savoir-faire et des pratiques médicales transmis, l'universitarisation récente de la MG invite à se pencher sur les processus propres à la socialisation à la « recherche en MG », entre nouvelle compétence professionnelle et outil de distinction de la spécialité. Voir à ce sujet l'introduction de F. Schepens et E. Zolesio au numéro de la revue *Travail et emploi* « La fabrication du soignant au travail » (2015).

<sup>19</sup> L'internat de médecine générale dure trois ans en France.

des stages d'internat, notamment hospitaliers) (Darmon, 2016). Dans tous les cas, les médecins généralistes se retrouvent dominés symboliquement face à d'autres spécialités médicales plus anciennes et légitimes qui transmettent une définition particulière de la science<sup>20</sup>. Les soutenances de thèse où les membres du jury proviennent encore majoritairement d'autres disciplines que la MG sont des événements qui illustrent bien la domination par des universitaires qui jouent un rôle de validation scientifique.

Je ne suis vraiment pas favorable aux études uniquement qualitatives par entretiens semi-dirigés. À mon sens, cela n'apporte pas les réponses scientifiquement valables que l'on peut attendre pour une thèse et il est préférable que je décline votre invitation. Avec tous mes vœux de succès néanmoins. (Réponse par mail d'un pédiatre sollicité par un interne pour présider son jury de thèse, octobre 2017)

Les enseignants MG participent également, dans leurs discours, de cette définition de la science introduisant une échelle de valeurs où les méthodes qualitatives seraient situées en bas de la « hiérarchie des preuves » par rapport aux essais contrôlés randomisés et aux études cliniques (Kohn, Christiaens, 2014). C'est notamment le cas quand ils insistent sur le caractère subjectif d'une enquête qualitative, comme si la subjectivité inhérente aux données (la parole de l'enquêté) et aux raisons qui poussent au choix d'un sujet (affection pour un thème) empêchait la possibilité d'une analyse objective<sup>21</sup>.

C'est clair, vous ne serez jamais objectifs et jamais cette méthode a prétendu être une méthode objective. Une autre personne n'aura pas la même interprétation avec les mêmes données. C'est une méthode de la subjectivité puisque vous allez tout analyser en fonction de votre propre vécu, de vos propres représentations, mais c'est la force de l'analyse dès lors que vous arrivez à prendre un recul suffisant pour ne pas tout orienter en fonction de ça. (Extrait d'un discours d'ouverture. Séminaire de recherche d'un DMG à destination des internes 2017)

Dans ce contexte de formation, il nous semble davantage nécessaire qu'au sein de nos disciplines de nous présenter et d'expliquer « à quoi sert la sociologie » (Lahire, 2004). Car il nous faut bien souvent insister, voire soutenir des dimensions propres au processus de recherche qui nous paraissent évidentes au préalable. Ceci peut s'incarner dans une crispation épistémologique qui consiste à défendre, de manière parfois un peu caricaturale, la scientificité de la sociologie en insistant sur son caractère nomologique, ce qui pourtant ne fait pas consensus dans nos disciplines (Goussault, 2004), et l'existence de régularités sociales. Plus précisément, cette défense de la scientificité de l'enquête de terrain ne se réalise pas de manière magistrale, mais concrète, comme nous allons le voir. Lorsque nous insistons sur l'objectivité du traitement des données recueillies, incitons les étudiants à recueillir des faits et des propriétés sociales précises. Cette posture pédagogique, qui répond au risque de voir réduite la valeur scientifique

<sup>20</sup> Outre la MG (qui reste minoritaire), les spécialités les plus fréquentes des directeurs de thèse en MG sont la médecine interne, la chirurgie, la gériatrie et la pédiatrie (Czerny, Lepaux, 2019).

<sup>21</sup> Cette insistance sur le manque d'objectivité supposée propre aux méthodes qualitatives se retrouve moins dans des formes écrites plus institutionnelles et faisant référence dans le champ de la recherche en MG. Voir par exemple l'article d'Aubin-Augier *et al.* (2008), mobilisé fréquemment dans les « thèses quali ».

des méthodes qualitatives, implique par ailleurs de mettre de côté des dimensions que nous traitons davantage avec les étudiants de sciences sociales, comme la place des émotions ou l'effet de l'enquêteur sur le milieu enquêté.

## 2. La distance épistémologique mise en pratique

Pour donner à voir concrètement les différentes tensions que la rencontre entre recherche médicale et sciences sociales produit dans la réalisation d'un travail de recherche, nous nous proposons de découper artificiellement les étapes d'une enquête qualitative, de la production des données en passant par leur traitement, leur analyse puis leur restitution écrite. Ce mode linéaire de réalisation d'une recherche ne sert pas seulement la démonstration, il est en réalité souvent pratiqué par les internes qui reviennent rarement sur des phases de leur travail. Ainsi, la confrontation au terrain les conduit peu à réinvestir la construction de l'objet, le travail bibliographique ou les choix méthodologiques, par exemple.

### 2.1. Produire des données... (ou les recueillir ?)

Nous le rappelons, les MG n'ont pas attendu de travailler avec des « sciences humaines », comme ils aiment à nous appeler, pour faire de la recherche qualitative. Quand les formations ont débuté en 2014, les entretiens réalisés étaient souvent très courts (en moyenne dix minutes) et ressemblaient davantage à la passation orale d'un questionnaire avec des questions fermées qu'à un entretien compréhensif qui permettrait d'accéder aux expériences des enquêtés. Faire opérer aux internes un basculement de posture à l'aide d'exercices sur des entretiens ratés, par exemple, a été relativement facile, et désormais – également sous l'influence de directeurs de thèse convaincus – leurs entretiens peuvent être riches et bien menés. Conduire un entretien nécessite un ensemble de compétences (être attentif à ce qui se dit, ne pas en dire trop, encourager et guider le discours de manière neutre et bienveillante, tenir les silences, etc.) qui sont par ailleurs souvent considérées comme des qualités par ces jeunes médecins, parfois en opposition morale avec des pratiques de consultation médicale qu'ils jugent inhumaines. L'écoute bienveillante attendue en entretien fait écho à celle qu'ils devraient selon eux adopter face au patient et qui s'illustre par exemple en MG dans la pratique de l'entretien motivationnel, qui nécessite posture empathique et écoute active.

Cependant, la production des données subit une définition restrictive, ce qui limite la qualité du matériau d'enquête. Au-delà des classiques résistances au terrain, comme la peur du voyeurisme ou le fait de s'en remettre à des schémas théoriques explicatifs *a priori* (Beaud, Weber, 2010), l'expérience d'enseignement des méthodes qualitatives auprès d'internes en MG nous amène à constater un troisième type de résistance. Celui-ci est lié à la conception même du terrain de recherche : il serait source de potentielles erreurs ou biais et devrait être contrôlé. En conséquence, les internes s'interdisent d'étudier, et même de considérer, ce qui sort de l'entretien proprement dit (les contextes d'énonciation). Le fait que l'entretien semi-directif soit plébiscité (par exemple, 90 %

des thèses qualitatives de notre corpus) n'a rien d'étonnant, c'est sans doute également le cas en sociologie. Mais l'observation est mise de côté parce que ce mode de recueil symbolise une absence de contrôle des données et de cadre rassurant et objectif. Le souci de la validité scientifique s'incarne ainsi dans des pratiques précises, comme ne conserver que les *verbatim*, les nettoyer à l'aide d'un logiciel et les isoler d'autres sources de connaissances qui pourraient influencer l'analyste. C'est le cas de cette interne qui réalise une enquête par entretiens faisant suite à un travail quantitatif sur le même sujet<sup>22</sup> et qui juge bon de préciser : « Dans un souci d'objectivité, je n'ai pas eu accès aux résultats du questionnaire des médecins. » Ces pratiques vont à l'encontre de la triangulation des données, pourtant fréquemment annoncée et valorisée par les MG, qui nécessite que « le chercheur croise les informateurs, afin de ne pas être prisonnier d'une seule source » (Olivier de Sardan, 1995 : 92).

La construction de données propres et contrôlées (quand bien même les généralistes envisagent davantage les données comme le résultat d'une opération de récolte que d'une construction) se donne aussi à voir par une posture plus legaliste que celle d'apprentis sociologues. Il est fréquent d'entendre « On a vraiment le droit de ? » : « noter du discours énoncé hors enregistrement ? », ou « recontacter un enquêté pour des précisions ? ». En formation, nous jouons la provocation pour les faire réagir en moquant gentiment leur attitude qui ressemble à celle d'un biologiste qui ne regarderait que ce qu'il y a sous son microscope. Ce rapport au contrôle des données n'est pas le plus difficile à détricoter et les internes parviennent plutôt facilement à s'en affranchir. Nous faisons ici l'hypothèse qu'il leur est plus simple d'acquiescer davantage de liberté (s'affranchir de ces règles surprotectrices des enquêtés) que d'ajouter des restrictions, bien que ces dernières permettent aussi de limiter le temps de l'enquête dans un contexte temporel contraint. En formation, nous insistons sur le fait que les représentations des enquêtés se (re)construisent à partir de l'analyse des entretiens et qu'elles ne sont pas « données » de manière brute. Ces conseils fonctionnent surtout lors de rendez-vous individuels où nous disposons de plus de marge de manœuvre qu'en formation.

## 2.2. ... (ne pas) problématiser...

La problématisation au sens d'une prise de distance avec le sens commun et d'une mise en énigme du réel appelant une réponse empirique est, dans les travaux des étudiants, compliquée pour deux raisons : la finalité pratique du travail de recherche et le défaut de lecture. Même si ce n'est pas un obstacle insurmontable à la rupture épistémologique, le fait que les internes s'intéressent à des sujets qui les concernent personnellement (comme c'est fréquemment le cas en SHS) mais aussi professionnellement<sup>23</sup> renforce évidemment la difficulté d'objectivation (Paugam, 2012) et donc de problématisation.

<sup>22</sup> Il n'est pas rare en MG de voir des thèses dites collectives ou des internes qui travaillent sur le même sujet en étudiant des dimensions différentes.

<sup>23</sup> Exemples de sujet de recherche relevés lors des journées de formation : « L'impact des erreurs médicales sur les médecins généralistes et les solutions évoquées pour le diminuer », « L'influence des croyances personnelles sur la prise en charge du syndrome des jambes sans repos ».

La production de connaissances est nécessairement au fondement de la recherche que l'interne entreprend, mais elle est réalisée dans une visée prescriptive puisqu'elle s'inscrit dans une discipline qui s'attache à l'amélioration de la prise en charge des patients ou de l'organisation d'un système de soin. Pour cela, le travail aboutit généralement à des préconisations. Les internes doivent donc réaliser une thèse « utile », dont l'objectif implicite est de les préparer à exercer de manière humaine (d'où la confusion avec les SHS) et de « mieux soigner ». Ainsi, un support de formation en méthodes qualitatives produit par des généralistes universitaires à destination des internes définit un problème de recherche comme un « écart entre une situation actuelle insatisfaisante et une situation visée ; la recherche entreprise doit permettre de réduire cet écart<sup>24</sup> ». Un autre exemple illustre combien la conception d'une production de connaissance sans visée d'amélioration pratique leur est éloignée, quand un interne nous explique qu'il nous considère comme des praticiens du social : « Vous, vous êtes comme nous, en fait, nous on doit résoudre des problèmes médicaux et vous des problèmes sociaux. »

L'absence de problématisation, au sens où nous la connaissons, qui distingue problème social/pratique et problématique de recherche (Berger, 2006), se comprend aussi bien entendu par le manque d'apports théoriques. Bien sûr, les internes lisent et la constitution d'une bibliographie est leur premier réflexe. Cependant, il s'agit souvent d'articles courts parus dans des revues médicales (souvent plus thématiques que disciplinaires). Les sciences sociales sont peu présentes dans leurs lectures, malgré des sujets de recherche qui en sont proches, et « les perspectives distinctes au sein des SHS sont souvent ignorées ou perçues comme des rigidités non pertinentes » (Bloy, Rigal, 2010 : 336). Certains ironisent à ce sujet en soulignant « on ne lit pas de gros bouquins chiants, nous ! » (expression employée par un enseignant généraliste, sur le ton de l'humour, à l'occasion d'un moment de sociabilité informelle<sup>25</sup>). L'idée que tout est bon à prendre (produit d'une conception cumulative du savoir scientifique) est par ailleurs prégnante. Ainsi, les internes nous demandent souvent des références avant tout récentes, sans se soucier de l'ancrage disciplinaire. Ce butinage disciplinaire est d'ailleurs encouragé par les promoteurs de la construction d'un champ de recherche en MG autonome (notamment G. de Pourville, voir note 10) et s'illustre aussi dans le fait que les formateurs SHS proviennent de multiples disciplines (démographie, histoire, sociologie, science politique, etc.).

Les internes MG sont donc contraints d'isoler les dimensions méthodologiques de leurs fondements disciplinaires. Ainsi, comme ce public ne suit pas en parallèle de formation théorique en sociologie, notre position est bien plus inconfortable que dans le cadre d'un cursus en sciences sociales. Dans ce dernier cas, nos enseignements

<sup>24</sup> Source : diapositive de présentation de la « recherche qualitative » d'un DMG, en ligne.

<sup>25</sup> Être familier de lectures théoriques en sciences sociales peut également constituer un empêchement à l'enquête de terrain, notamment car il s'agit alors d'investir un travail de recherche non « exclusivement fondé sur des éléments théoriques, alors même que ceux-ci sont souvent considérés [...] comme étant au sommet de la légitimité des savoirs » (Bourguignon, Maurice, 2019 : 7, sur l'enseignement de l'enquête de terrain à un autre public d'étudiants bien dotés en capital scolaire, des étudiants de l'École normale supérieure).

s'appuient sur d'autres, non strictement méthodologiques. En MG, nous devons insister davantage, sans être couronnés d'un grand succès, sur l'importance de la lecture dans le processus de problématisation (Van Campenhoudt, Marquet, Quivy, 2017) et transmettre un kit théorique de base de l'enquêteur en sciences sociales, alors même que ceci n'est demandé ni par les internes ni par leurs directeurs de thèse. Celui-ci s'organise autour de la distribution et de l'explicitation d'une liste de ressources bibliographiques d'ordre méthodologique et disciplinaire, notamment en sociologie de la santé. Nous leur conseillons aujourd'hui essentiellement des ressources pratiques (manuels) et relativement faciles d'accès pour des non-spécialistes des sciences sociales. L'expérience nous a montré que les lectures proposées sont toutefois rarement investies par les étudiants ou leurs enseignants généralistes. Surtout, les discussions autour des sujets de recherches des internes nous conduisent à introduire, trop rapidement sans doute, des concepts ou dimensions sans lesquels il serait plus difficile d'enseigner les méthodes. Les grands principes explicatifs de l'ordonnement du monde social (comme les effets d'âge ou de genre, la socialisation, les classes sociales, le rapport à la norme, etc.) sont ainsi abordés rapidement. Ils constituent des clés méthodologiques heuristiques (thèmes à aborder en entretien, critères de diversification du corpus, pistes d'interprétation, etc.), mobilisables pour un large éventail de sujets. Ce faisant, nous nous écartons de l'approche inductive tant vantée par les enseignants généralistes. Enfin, les rendez-vous individuels avec certains étudiants permettent évidemment d'aller un peu plus loin dans l'accompagnement théorique en proposant, au prix d'un travail bibliographique préalable de notre part, des lectures plus ciblées.

### 2.3. ... traiter les données d'enquête et (ne pas pouvoir) les interpréter...

Le défaut de problématique oblige ainsi ces internes MG à se concentrer sur le traitement des données plutôt que sur leur interprétation. Ce traitement est le plus souvent réalisé à l'aide d'un logiciel *Caqdas*<sup>26</sup> et de manière thématique. En l'absence de socle disciplinaire, il paraît logique de se concentrer uniquement sur des données en alimentant une croyance en l'outil informatique qui serait neutre et objectif. Ces pratiques ne sont pas sans rappeler par ailleurs des évolutions actuelles au sein des sciences sociales qui conduisent à ériger en modèle les normes de production de la recherche des sciences dites dures : publications plus courtes, traitements outillés informatiquement et reproductibles, publication des données et respect de l'éthique de l'enquête<sup>27</sup>. Notre frustration se cristallise dans le fait qu'avec des entretiens parfois extrêmement riches, l'analyse consiste simplement en la restitution à plat d'une liste d'extraits d'entretiens non liés entre eux, sans qu'une thématique n'émerge du terrain. La posture inductive pourtant annoncée dans une visée de distinction par rapport à la recherche hospitalière

<sup>26</sup> *Computer-assisted qualitative data analysis software* (Nvivo ou Atlas-Ti, par exemple).

<sup>27</sup> Ce mouvement n'est pas nouveau, Pierre Bourdieu rappelait, dans la *Misère du monde*, « la fidélité à de vieux principes méthodologiques qui sont souvent issus, comme l'idéal de la standardisation des procédures, de la volonté de mimer les signes extérieurs de la rigueur des disciplines scientifiques les plus reconnues » (Bourdieu, 1993 : 1389).

est en conséquence difficilement tenable. Par exemple, les enquêtés sont souvent diversifiés *a priori* selon des critères semblables à la constitution d'un échantillon construit dans le cadre de l'administration d'un questionnaire : selon le sexe, l'âge, le mode et le lieu d'exercice (rural/urbain), et non pas au fur et à mesure de l'avancée du terrain et de la construction de l'objet. La mention systématique à la théorisation ancrée (Glaser, Strauss, 2010) serait finalement à comprendre davantage par sa proposition de cadre méthodologique protocolisé et non par la pratique effective de l'induction.

Anselm Strauss ? C'est parce qu'il y a un protocole dans l'analyse. Ce côté rassurant du protocole d'analyse. C'est pas on a des données puis on réfléchit dessus puis on discute, etc. Y a quand même on commence à coder, puis on fait des retours au texte puis on recode. Y a ce côté protocole qui joue. (Entretien enseignant MG, avril 2017)

En effet, la théorisation ancrée est très fréquemment citée<sup>28</sup> sans pour autant que les travaux n'adoptent de démarche inductive. Au-delà des pratiques décrites précédemment, être inductif sans mobiliser de socle disciplinaire semble bien laborieux. En formation, à propos de cette approche mise en avant par les MG, nous encourageons les internes à s'éloigner d'une posture puriste dans laquelle le chercheur ferait fi de toute hypothèse préalable. Nous tentons de leur expliquer que, tout en restant attentifs à ce qui émerge des entretiens et en favorisant les conditions d'une telle émergence, dans les faits, lire avant d'aller sur le terrain et formuler des questions permet davantage de problématiser que de ne pas le faire.

## 2.4. ... et les restituer

Si les sciences sociales sont aussi soumises à des normes de présentation des résultats (et de plus en plus, en attestent les injonctions récentes à la science ouverte), les médecins qui souhaitent publier doivent davantage cocher des cases de conformité de l'étude qui répondent à des standards précis. Les injonctions qui encadrent la mise à l'écrit limitent fortement la démonstration des résultats d'une enquête de terrain alors que « c'est au moment de la rédaction que [l']analyse prend corps et qu'[on] construit sa cohérence » (Beaud, Weber, 2010 : 227). Le moule démonstratif imposé est celui du modèle IMRAD (Introduction, Méthodes, Résultats et Discussion), divisé en quatre parties ayant une fonction distincte. Ainsi, chose surprenante pour nous, les citations d'entretiens se retrouvent dans la partie résultats et leur analyse dans la partie discussion. Les exigences de la conformité avec ces normes limitent la possibilité de mise en cohérence des résultats d'enquête.

<sup>28</sup> Au-delà du fait qu'Anselm Strauss a travaillé sur des professions soignantes, il serait intéressant de comprendre comment cette référence s'est vue appropriée par les MG universitaires. Il nous semble, suite à des observations non systématisées, qu'il faudrait regarder du côté des sciences infirmières et des MG canadiens qui font référence (dans leurs organisations professionnelles, leur position académique) auprès de nombreux MG français.

Formateur SHS : Pourquoi est-ce que vous rédigez votre thèse dans ce format ?  
On ne va pas pouvoir faire le lien entre ce qui est dit et qui le dit et faire de liens avec les propriétés des enquêtés.

L'interne : Parce qu'on est obligés ! (Rendez-vous de suivi de thèse, 2018)

Il faut toutefois souligner que ces travaux universitaires consacrent une part significative à la présentation et la justification de la méthode, ce qui n'est pas toujours le cas en sciences sociales. Concrètement, nous n'avons pas à convaincre les internes lors de nos rendez-vous de l'intérêt d'expliquer précisément leurs choix méthodologiques et de les justifier. Dans les thèses que nous avons consultées et qui utilisent les méthodes qualitatives sont, par exemple, toujours fournies en annexe la grille d'entretien, la description du recrutement (l'inclusion) des enquêtés, les retranscriptions intégrales, etc. Cependant, la méthode est présentée dans une visée de certification de l'étude<sup>29</sup> et non comme support à la démonstration : parfois sont précisées la durée des entretiens à la seconde près ou la marque du dictaphone qui a servi à l'enregistrement de l'entretien. Au-delà de ces usages caricaturaux, une série d'éléments méthodologiques sont mobilisés de manière systématique comme des labels, et les thèses sont ainsi extrêmement standardisées dans leurs formats, contenus, protocoles d'analyse et de restitution des résultats et les références qu'elles mobilisent. Quel que soit le sujet (sur la représentation du diabète chez des patients maghrébins<sup>30</sup> comme sur la prise en charge des patients en dépression par les MG, par exemple), on y trouve des ingrédients similaires, dont certains sont énoncés sans qu'ils correspondent à des réalisations effectives. On l'a vu, c'est le cas de la théorisation ancrée, comme de la mention d'une triangulation et d'une saturation des données. Est également toujours affichée la réalisation d'une analyse thématique présentée comme ayant été réalisée à l'aide d'un codage en double aveugle (codage des entretiens par plusieurs personnes) et informatisée<sup>31</sup>. Ces usages répétés produisent des dogmes chez les internes ou encadrants novices qui, comme cela se fait dans d'autres disciplines, consultent des travaux aboutis. Par exemple, en rendez-vous en 2018, une interne nous explique que dans le cadre de sa thèse sur l'usage des « nouvelles technologies » par les médecins libéraux, « avec ma directrice de thèse, on est partis sur quinze entretiens pour qu'on arrive à saturation des données ». De même, nous pouvons lire dans une thèse soutenue en 2017 : « On sature entre treize et quinze en général. » En formation, et notamment en rendez-vous individuels, toujours dans une visée de défense de la scientificité des méthodes qualitatives et de possibilité d'analyse objective, nous insistons (à leur grand étonnement souvent), en forçant le

<sup>29</sup> Cette certification s'accompagne parfois de l'évocation du respect d'une grille de validité scientifique, comme la grille Coreq : *Consolidated criteria for reporting qualitative research*. Cette grille, devenue un standard pour les méthodes qualitatives en santé, n'est pas issue des sciences sociales et est très éloignée de nos pratiques. On peut y trouver par exemple les vérifications suivantes : « Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? » ou « Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? ».

<sup>30</sup> Cet exemple permet de noter (sans en creuser les ressorts) que les internes proposent fréquemment une lecture culturaliste du social.

<sup>31</sup> Nous n'avons jamais consulté de thèse proposant un autre type d'analyse des entretiens (longitudinale, récit de vie, relations d'oppositions, etc.).

trait, sur l'inutilité d'utiliser un logiciel (surtout pour quelques entretiens) ou de se faire aider pour l'étape de codage. Cependant, ces conseils ne parviennent pas à ôter des rendus finaux l'égrenage de notions méthodologiques, comme expliqué précédemment.

### **Conclusion : un contexte académique en transformation, mais toujours contraint**

Il faut enfin replacer nos observations dans le dilemme particulier qui questionne les promoteurs de leur nouvelle discipline : piocher dans les disciplines existantes et faire de la MG un objet de recherche ou en faire fi et créer une nouvelle discipline autonome avec sa propre épistémologie ? Que vont par ailleurs produire les récentes évolutions dans l'enseignement des SHS en faculté de médecine, la multiplication de parcours de master en sciences sociales qui intègrent des médecins et l'augmentation de projets de recherche associant médecins et sociologues, par exemple (Kivits *et al.*, 2013) ? Quelle place occuperont les différentes disciplines des SHS dans la formation et la recherche des médecins ? Assisterons-nous à un renforcement des disciplines des sciences sociales qui trouveront de nouveaux terrains, de nouveaux adeptes chez les médecins, ou seront-elles reléguées à une caution méthodologique ou humaniste (Darmon, 2005) ? Élargir la focale et comprendre dans quel espace de concurrence académique se situent les enseignants généralistes permet de saisir qu'ils ne produisent pas les règles du jeu auquel ils participent. Ainsi, même si nous avons çà et là entendu des volontés de publier dans des revues de sciences sociales, la plupart publient ou tentent de publier dans des revues médicales. En l'état, et au regard des possibles et perspectives visées, il s'agit moins d'être légitime vis-à-vis des SHS que de consolider sa légitimité dans le champ médical. L'objectif n'est pas de se transformer en sociologue de la santé. Nous pouvons nous demander si, lorsqu'ils réalisent un travail usant de méthodes qualitatives, abandonnant représentativité et reproductibilité, il s'agit réellement pour eux de faire de la science. Il n'est pas simple de s'affranchir de l'idée de la supériorité de la preuve chiffrée et quantitative en intégrant le « régime de scientificité particulier » (Colmellere, 2017 : 251) issu de la sociologie que nous leur proposons. L'envie de se confronter aux expériences particulières et uniques des patients ou médecins enquêtés par les internes et leurs enseignants peut davantage se comprendre comme le besoin de se préparer à une pratique humaine de la médecine.

### **Bibliographie**

- AUBIN-AUGER I., MERCIER A., BAUMANN L., LEHR-DRYLEWICZ A. M., IMBERT P., LETRILLIART L. et le GROUPE DE RECHERCHE UNIVERSITAIRE QUALITATIVE MÉDICALE FRANCOPHONE (2008), « Introduction à la recherche qualitative », *Exercer*, n° 84, p. 142-145.
- BASZANGER I. (1981), « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, vol. XXII, n° 2, p. 223-245.

- BEAUD S., WEBER F. (2010), *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte.
- BECKER H. S., GEER B., HUGHES E. C., STRAUSS A. L. (1961), *Boys in white. Student culture in medical school*, Chicago, University of Chicago Press.
- BOURGUIGNON A., MAURICE J. (2019), « Enseigner la sociologie hors les livres. Retour réflexif sur un cours de méthodes qualitatives dans une grande école », *Socio-logos*, vol. 14. En ligne, consulté le 16 novembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/socio-logos/4258>.
- BERGER P. L. (2006 [1963]), « Un problème "sociologique" n'est pas un problème "social" », in P. L. BERGER, *Invitation à la sociologie*, Paris, La Découverte (« Grands repères »), p. 70-71.
- BLOY G. (2010), « Que font les généralistes à la faculté ? Analyse d'une implantation improbable », in G. BLOY (éd.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP (« Métiers Santé Social »), p. 307-328.
- BLOY G., RIGAL L. (2010), « (Se) Former aux méthodes qualitatives : modalités et enjeux d'une rencontre sociologue-médecins généralistes », *Sociologie Santé*, n° 32, p. 329-346.
- BOURDIEU P. (1993), « Comprendre », in P. BOURDIEU, *La misère du monde*, Paris, Seuil, p. 1389-1432.
- COLMELLERE C. (2017), « Un si petit monde, des élèves ingénieurs s'essaient à l'enquête sociologique », *Zilsel*, vol. 2, n° 2, p. 251-280.
- CZERNY E., LEPAUX V. (2019), « Thèses de médecine générale dirigées par des généralistes : de nouvelles méthodes pour de nouveaux objets », *Santé publique*, vol. 31, n° 5, p. 703-710.
- DARMON M. (2005), « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, vol. 1, n° 58, p. 98-112.
- DARMON M. (2016), *La socialisation*, Paris, Armand Colin.
- GLASER B. G., STRAUSS A. A. (2010), *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Colin (« Individu et Société »).
- GOUSSAULT B. (2004), « Du critique à l'interprétatif en sociologie », *Espaces Temps*, vol. 84-86, p. 120-131.
- KIVITS J., FOURNIER C., MINO J.-C., FRATTINI M.-O., WINANCE M., LEFEVE C., ROBELET M. (2013), « Jalons pour une recherche interdisciplinaire en santé et en sciences humaines et sociales : apport d'un séminaire de recherche », *Santé publique*, vol. 5, n° 25, p. 579-586.
- KIVITS J., BALARD F., FOURNIER C., WINANCE M. (2016), *Les recherches qualitatives en santé*, Paris, Armand Colin.

- KOHN L., CHRISTIAENS W. (2014), « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », *Reflets et perspectives de la vie économique*, n° 4, p. 67-82.
- LAHIRE B. (2004), *À quoi sert la sociologie ?*, Paris, La Découverte.
- LEFÈVE C., THOREAU F., ZIMMER A. (2020), « Former de vrais thérapeutes. La place des sciences humaines et sociales dans les études de médecine », *Études*, vol. 414, n° 2, p. 187-198.
- MAISONNEUVE H. (2020), « Grandeurs et turpitudes des normes depuis l'EBM : quantitativistes et qualitativistes doivent travailler ensemble », *Les Tribunes de la santé*, vol. 2, n° 64, p. 79-86.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P. (1995) « La politique du terrain », *Enquête*, vol. 1. En ligne, consulté le 16 novembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/enquete/263>.
- PAUGAM S. (2012), « S'affranchir des prénotions », in S. PAUGAM (éd.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses universitaires de France (« Quadrige »), p. 5-26.
- SCHEPENS F., ZOLESIO E. (2015), « La fabrication du soignant au travail. Introduction », *Travail et emploi*, n° 141, p. 5-7.
- VAN CAMPENHOUDT L., MARQUET J., QUIVY R. (2017), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Malakoff, Dunod.