

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N° 170

THÈSE

Pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Aurélia ESPINOZA

Née le 17/02/1982 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 12 septembre 2013

**Représentations et déterminants du vécu du travail de thèse
pour le doctorat en médecine,
réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes
thésés en 2012**

Président du jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Patrick DRÉNO

Membres du Jury : Madame le Professeur Angélique BONNAUD ANTIGNAC
Monsieur le Professeur Pierre POTTIER

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Rémy SENAND,

Vous m'avez fait l'honneur et le plaisir d'accepter la présidence de cette thèse.

Recevez l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Patrick DRÉNO,

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail et pour votre confiance.

A Madame le Professeur Angélique BONNAUD-ANTIGNAC,

Je vous remercie pour toute l'attention que vous m'avez accordée et pour vos précieux conseils.

Vous me faites l'honneur d'évaluer ce travail.

A Monsieur le Professeur Pierre POTTIER,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,

Soyez assuré de ma gratitude.

Aux médecins qui ont accepté de participer aux entretiens et sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé,

Merci pour votre confiance.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	1
2	GÉNÉRALITÉS.....	3
2.1	CADRE HISTORIQUE DU DOCTORAT EN MÉDECINE	3
2.1.1	La Révolution française : abolition des institutions et libre exercice de la médecine.....	3
2.1.2	Loi du 19 Ventôse an XI : docteurs en médecine et officiers de santé.....	3
2.2	THÈSE D'EXERCICE ET THÈSE DE DOCTORAT	4
2.3	CADRE LÉGAL : CONDITIONS D'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN FRANCE	5
2.4	CADRE INSTITUTIONNEL : LA THÈSE AU SEIN DU TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES	6
2.5	DÉVELOPPEMENT DE LA FILIÈRE UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET PROMOTION DE LA RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE	6
2.6	OUTILS PÉDAGOGIQUES ACTUELS POUR ACCOMPAGNER LE TRAVAIL DE THÈSE	8
2.7	PROBLÉMATIQUE.....	9
3	MATÉRIEL ET MÉTHODE	11
3.1	TYPE D'ÉTUDE	11
3.1.1	Choix de l'étude qualitative	11
3.1.2	Choix du type d'entretien	11
3.2	DÉFINITION DE LA POPULATION ET DU CORPUS.....	11
3.2.1	Choix de la population	11
3.2.2	Constitution du corpus : critères d'inclusion et caractéristiques	12
3.3	RECRUTEMENT ET MODE D'ACCÈS AUX INTERVIEWÉS.....	13
3.4	ÉLABORATION DU PLAN D'ENTRETIEN	14
3.4.1	Guide d'entretien initial.....	14
3.4.2	Entretiens tests et guide d'entretien final.....	14
3.5	RÉALISATION ET DÉROULEMENT DES ENTRETIENS.....	15
3.6	RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS.....	15
3.7	ANALYSE DES ENTRETIENS.....	16
4	RÉSULTATS	17
4.1	POPULATION ÉTUDIÉE - CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS INTERROGÉS	17
4.2	PARAMÈTRES DES SITUATIONS D'ENTRETIEN	20
4.3	ANALYSE DES ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGÉS.....	20
4.4	THÉMATIQUE N°1 : MOTIVATIONS.....	22
4.4.1	Quelles motivations à l'initiation du travail ?	22
4.4.2	Évolution et dynamique de la motivation.....	25
4.5	THÉMATIQUE N°2 : OBJECTIFS	28

4.6	THÉMATIQUE N°3 : LIEN ENTRE TRAVAIL DE THÈSE ET ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES OU DE FORMATION	31
4.7	THÉMATIQUE N°4 : TEMPORALITÉ DU TRAVAIL DE THÈSE	34
4.8	THÉMATIQUE N°5 : RESENTI ET ÉMOTIONS SUSCITÉS PAR LE TRAVAIL DE THÈSE	42
4.9	THÉMATIQUE N°6 : DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	51
4.10	THÉMATIQUE N°7 : AIDE PERÇUE DURANT LE TRAVAIL.....	55
4.11	THÉMATIQUE N°7 : AUTRES AIDES À DISPOSITION ET NON UTILISÉES.....	63
4.12	THÉMATIQUE N°8 : COMPÉTENCES ACQUISES AVEC LE TRAVAIL DE THÈSE	66
4.13	THÉMATIQUE N°9 : IMPACT DU TRAVAIL DE THÈSE SUR LA PRATIQUE CLINIQUE OU L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE.....	69
4.14	THÉMATIQUE N°10 : UTILITÉ DU TRAVAIL DE THÈSE	72
4.14.1	Utilité du travail de thèse d'une manière générale	72
4.14.2	Utilité du travail de thèse « dans ton cas précis »	76
4.15	THÉMATIQUE N°11 : QUALITÉ SCIENTIFIQUE DU TRAVAIL DE THÈSE.....	79
4.15.1	Qualité scientifique du point de vue individuel	79
4.15.2	Qualité scientifique du point de vue global	82
4.16	THÉMATIQUE N°12 : REGARD RÉTROSPECTIF SUR LE TRAVAIL DE THÈSE	87
4.17	THÉMATIQUE N°13 : VALORISATION DU TRAVAIL DE THÈSE	90
4.18	THÉMATIQUE N°14 : PUBLICATION	99
4.19	THÉMATIQUE N°15 : PISTES DE RÉFLEXION	103
4.20	THÉMATIQUE N°15 : PISTES DE RÉFLEXION- IMPLICATION À TITRE PERSONNEL	110
5	DISCUSSION.....	112
5.1	INTÉRÊTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE	112
5.1.1	Méthodologie choisie	112
5.1.2	L'enquêteur.....	113
5.1.3	Biais de sélection.....	113
5.1.4	Le recueil de données	113
5.1.5	Biais d'interprétation	114
5.2	DIVERSITÉ DES REGARDS	114
5.3	DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS	115
5.3.1	Quelle motivation pour le travail de thèse ?	115
5.3.2	La motivation s'inscrit dans un tableau complexe.....	119
5.3.3	Représentations a priori et objectifs du travail de thèse : quel investissement motivationnel ? ..	122
5.3.4	La temporalité du travail de thèse.....	131
5.3.5	Le facteur humain	139
5.3.6	La valorisation du travail de thèse	142

6	CONCLUSION	151
7	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	153
8	ANNEXES (VERBATIM sur CD en dernière page)	157
8.1	ANNEXE 1 : Fiche projet de recherche proposée par le DMG de Nantes.....	157
8.2	ANNEXE 2 : Courriel de recrutement.....	158
8.3	ANNEXE 3 : Guide d’entretien (version finale).....	159
8.3.1	Présentations	159
8.3.2	Grille de questions	160

TABLEAUX

Tableau 1 :	Répartition des personnes interviewées selon l’année de DES et le sexe	17
Tableau 2 :	Informations générales et statut des médecins interrogés.....	18
Tableau 3 :	Données sur le travail de thèse réalisé par les médecins interrogés	19
Tableau 4 :	Durée et lieu de chaque entretien.....	20
Tableau 5 :	Axes thématiques développés dans l’analyse	21
Tableau 6 :	Parallèle entre objectifs – compétences – impact et utilité du travail de thèse.....	125

FIGURES

Figure 1 :	Page d’accueil du portail web du DMG de Nantes.....	8
Figure 2 :	Déterminants du travail de thèse et leurs interactions.....	120
Figure 3 :	Importance de la valorisation dans les représentations du travail de thèse	144

ABRÉVIATIONS UTILISÉES

ABES	Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
BU	Bibliothèque Universitaire
BIU Santé	Bibliothèque InterUniversitaire de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
DMG	Département de Médecine Générale
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DESC	Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
DU	Diplôme Universitaire
DIU	Diplôme Interuniversitaire
ENC	Épreuves Nationales Classantes
FAYR-GP	French Association of Young Researchers in General Practice
FMC	Formation Médicale Continue
FUMG	Filière Universitaire de Médecine Générale
ISNAR-MG	Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
LMD	Licence – Master – Doctorat
M1	Médecin n°1 interviewé (en entretiens) (numérotation de 1 à 14)
MG	Médecine Générale
MSU	Maître de stages des Universités
PEB	Prêt Entre Bibliothèques
PH	Praticien Hospitalier
RSCA	Récit de Situation Clinique Authentique et Complexe
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires et en Autonomie Supervisée
STEP	Signalement des Thèses en Préparation
SP	Soins Primaires
SUDOC	Système Universitaire de Documentation
UFR	Unité de Formation et de Recherche
WONCA	World Organization of National Colleges and Academic Associations of general practitioners

1 INTRODUCTION

La thèse est une « *vieille Dame* », inscrite depuis des siècles dans le cursus des études médicales : retracer son origine et son histoire nous emporte dans les méandres du temps. Nous avons perdu sa trace à la Révolution Française : elle réapparaît peu après lorsque la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) définit les modalités légales de l'exercice de la médecine qui furent en vigueur jusqu'à la fin du XIXe siècle (1).

En 1913, Anna Delage (2) rédigeait sa thèse pour le doctorat en médecine à la faculté de Paris : elle se penche sur l'histoire de la thèse du doctorat en médecine, évoquant les discussions et interrogations qui l'entouraient déjà. Elle nous transporte dans les questionnements de l'époque avec une remarquable modernité.

Cent ans plus tard, le cursus des études médicales a été profondément modifié. Les Epreuves Nationales Classantes (ENC) et l'organisation du troisième cycle des études médicales, fixées par le décret du 16 janvier 2004 (3), ont fait de la médecine générale une spécialité à part entière, dont la qualification est mentionnée dans le Diplôme d'Etude Spécialisée (DES) nouvellement créé. L'exercice légal de la médecine exige, sauf situations particulières, l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine, défini dans l'article L 632-4 du code de l'Education (4). Au gré de ces changements, la thèse reste donc l'examen final couronnant la fin des études de médecine, mais elle n'est plus seule. Thèse et mémoire de DES se côtoient désormais pour présider à la fin des études : « *le diplôme d'Etat de docteur en médecine ne peut être délivré qu'aux candidats ayant à la fois soutenu avec succès leur thèse et obtenu le DES* » (3) et « *la thèse peut, en tout ou partie, tenir lieu de mémoire* » à présenter pour la validation du DES « *si elle porte sur un sujet de la spécialité et si elle est soutenue lors de la dernière année d'internat* ».

En 2007, le débat est ouvert : « *faut-il supprimer la thèse ?* » demande officiellement le syndicat des internes de Médecine Générale (5). Cette discussion fait écho à celle déjà soulevée par Anna Delage (2) cent ans plus tôt, exposant les arguments des partisans et opposants de l'exercice, dans un contexte bien évidemment différent.

Outre le remodelage des études médicales, c'est le développement de la recherche en Médecine Générale qui nourrit les réflexions : la nouvelle spécialité de Médecine Générale (MG) a besoin de travaux de recherche de qualité qui portent sur son domaine d'expertise, la médecine de soins primaires et de premiers recours. De nouvelles finalités semblent se dessiner pour la thèse, pourvoyeuse de ces travaux de recherche, mais non sans difficultés face aux exigences de qualité.

Si elle garde sa place d'honneur dans le cursus médical, la thèse est donc soumise à l'influence de ces multiples changements : son rôle ne saurait se limiter uniquement à la symbolique du titre et à la solennité de la soutenance ? Entre ancien rite initiatique, obligation légale héritée du passé, nouveau cursus universitaire et dynamique de recherche, comment la thèse se positionne-t-elle aujourd'hui ?

Au-delà de ce questionnement « *global* » sur la thèse, la problématique se pose également au niveau individuel, dans le rapport qui se crée entre le thésard et son travail de thèse. C'est certainement lorsque l'on est en prise avec ce travail que naissent les grandes interrogations : pourquoi ? Quelles finalités ? Comment l'appréhender ? Quelles motivations personnelles ? Si les perspectives évoquées

précédemment apportent des éléments de réponses ou de réflexions sur la thèse d'un point de vue général, la perception très personnelle de ce travail intègre d'autres facteurs tout aussi complexes.

Ainsi la thèse a-t-elle fait naître des interrogations et des difficultés qui ont nourri l'initiation du travail que nous présentons ici. Bien sûr, la thèse est objet de discussions, officielles et non officielles. Bien sûr, les impressions et les expériences se partagent entre confrères. Mais nous avons souhaité par ce travail aller au-delà des échanges informels, comprendre en étudiant dans un cadre plus neutre les représentations et les déterminants du vécu du travail de thèse.

2 GÉNÉRALITÉS

La définition du mot "thèse" selon le Petit Robert, langue française, est la suivante :

Thèse [tɛz] n.f.-1579; lat. rhét. *thesis*, mot gr., propr "action de poser". 1- Proposition ou théorie particulière qu'on tient pour vraie et qu'on s'engage à défendre par des arguments. 2- (1680) ANCIENNT. Proposition ou série de propositions que le candidat à un grade de bachelier, de licencié, de docteur, etc., s'engageait à soutenir. - (depuis le XIXe) **Ouvrage présenté pour l'obtention du doctorat. Préparer, soutenir une thèse de doctorat** (→ FAM. Thésard).

2.1 CADRE HISTORIQUE DU DOCTORAT EN MÉDECINE

Les premiers docteurs sont apparus en France au XIII^e siècle avec la création de l'Université de Paris. Le doctorat, conféré dans trois disciplines (le droit, puis la médecine et la théologie), est obtenu après soutenance d'une thèse nommée *vespérie*. (6)

La révolution française et la période qui s'en suivit ont modifié le cadre même de la pratique de la médecine : c'est en 1803 que fut officiellement instaurée la notion de doctorat en médecine.

2.1.1 La Révolution française : abolition des institutions et libre exercice de la médecine

La révolution française fit naître des projets de changements profonds de l'ensemble de la société. Les réformes menées au sein des structures professionnelles du milieu médical ont bouleversé l'exercice de la médecine (1). Par opposition à la rigidité des institutions de l'ancien régime, le décret d'Allarde de mars 1791 affirme qu'il sera « *libre à toute personne de faire tel négoce ou d'exercer telle profession, art ou métier qu'il trouvera* » sous la seule réserve de payer une taxe, la patente. L'exercice médical est ainsi ouvert à tous et la réussite professionnelle fait office de diplôme. La loi Le Chapelier met fin en juin 1791 aux différentes organisations telles que collèges, sociétés savantes et réseaux de soin qui structuraient la profession.

Ces nouvelles mesures ont été rapidement confrontées à une dégradation de la situation sanitaire (retour d'épidémies et de disettes) : les organisations mises en place sous l'ancien régime qui permettaient d'aider à lutter contre ces fléaux (organisation de secours anti-épidémiques, sociétés de secours mutuel) et interdites par les récentes réformes font défaut, tandis qu'exercent dans la profession des médecins aux compétences incertaines, parfois qualifiés de charlatans ou escrocs.

A ces événements succéda une période de réorganisation qui conduisit à la restauration des diplômes.

2.1.2 Loi du 19 Ventôse an XI : docteurs en médecine et officiers de santé

C'est d'abord dans les disciplines du droit et de la médecine que le doctorat est rétabli. La loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) définit les modalités légales de l'exercice de la médecine et resta en vigueur jusqu'à la fin du XIXe siècle, imposant la détention du nouveau diplôme de doctorat en médecine ou d'un décret d'officier de santé (1).

Ces deux filières se distinguaient par la durée des études, les tâches effectuées et les conditions d'exercice. Le doctorat était la voie royale pour devenir médecin au titre de docteur mais ses frais étaient cinq fois plus élevés que ceux de l'officiat. Les docteurs disposaient de la liberté de fixer leur

résidence, pouvaient remplir des fonctions d'administrateurs dans des hôpitaux, de membres permanents des jurys médicaux ou encore d'experts auprès des tribunaux. Ils pouvaient enfin accéder au professorat dans les écoles de médecine. Les officiers de santé quant à eux étaient cantonnés géographiquement : ils ne pouvaient exercer que dans le département où ils avaient obtenu leur brevet d'officier, uniquement hors des villes. Leurs honoraires étaient inférieurs à ceux des docteurs et ils devaient faire appel aux docteurs en médecine pour les cas graves.

Le statut d'officier de santé a été contesté tout au long du XIXe siècle par les docteurs en médecine qui réclamaient sa suppression. En 1890, les officiers de santé soutinrent également un projet de loi visant à abolir l'officiat. À cette date, les officiers de santé ne représentaient plus que 13% du corps médical contre plus de 75% au début du siècle. En contrepartie de leur ralliement aux syndicats médicaux, ils obtinrent quelques avantages leur permettant de se rapprocher du statut de docteur en médecine tel que la levée de la restriction géographique.

La loi du 30 novembre 1892 définissait que « nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis dans un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat ». Le monopole légal du statut de docteur en médecine est ainsi établi sur la pratique médicale en France.

Le doctorat en médecine est cependant distinct des autres doctorats tels que le doctorat ès sciences ou le doctorat ès lettres, séparés sur le plan législatif. Il conserve encore aujourd'hui sa spécificité, soumis à la validation d'une thèse dite d'exercice et non de science et ne correspond pas au même grade universitaire.

2.2 THÈSE D'EXERCICE ET THÈSE DE DOCTORAT

Le diplôme d'Etat de docteur en médecine est donc délivré à la fin du troisième cycle des études médicales après soutenance avec succès d'une thèse d'exercice.

La thèse d'exercice est une thèse particulière du système universitaire français. Elle concerne les études de médecine, de chirurgie dentaire, de pharmacie et de vétérinaire. Elle permet l'obtention du diplôme d'Etat de docteur (en médecine, pharmacie, odontologie et médecine vétérinaire), parfois appelé à tort doctorat. (6)

En France, le doctorat de recherche est le plus élevé des quatre grades universitaires ; il correspond au grade de docteur. L'arrêté du 7 août 2006 (7) dans le cadre de la réforme "Licence-Master-Doctorat" (LMD) a donné un nouveau cadre à la filière universitaire générale et a redéfini le doctorat. Il est délivré en principe après trois années de formation à la recherche postérieures à l'obtention du grade de master et soutenance d'une thèse de recherche portant sur la réalisation de travaux scientifiques originaux. C'est le grade universitaire généralement nécessaire pour accéder à des fonctions d'enseignement universitaire (par exemple maître de conférences) ou de chercheur dans un établissement public.

Le diplôme d'Etat de docteur en médecine, tout comme celui de pharmacie, odontologie et médecine vétérinaire sont donc distincts du doctorat de recherche : ils sont l'aboutissement d'un cycle de formation professionnelle couronné par la soutenance d'une thèse d'exercice. Ils ne

permettent pas d'accéder aux fonctions universitaires mais l'étudiant peut compléter sa formation par une thèse de doctorat (dite également thèse de science).

2.3 CADRE LÉGAL : CONDITIONS D'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN FRANCE

Les conditions légales de l'exercice de la médecine en France sont définies dans l'article L 4111-1 du Code de la Santé Publique (8). Trois conditions, cumulatives, doivent être remplies :

- Être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L 4131-1 du Code de Santé publique ;
- Conditions de nationalité ;
- Être inscrit au tableau de l'Ordre de Médecins.

Le diplôme français d'État de Docteur en médecine est exigé, en application du précédent article, pour l'exercice de la profession de médecin (article L 4131-1 du CSP) (9). Ses conditions d'obtention sont définies selon l'article L 632-4 du Code de l'Éducation (4) :

- *« Le diplôme d'État de docteur en médecine est conféré après soutenance avec succès d'une thèse de doctorat ;*
- *Après la validation du troisième cycle, un document est délivré au titulaire du diplôme, mentionnant la qualification obtenue, soit en médecine générale, soit en spécialité ;*
- *Le titre d'ancien interne ou d'ancien résident en médecine générale ne peut pas être utilisé par les médecins qui n'obtiennent pas mention de la qualification correspondante. »*

Par dérogations aux conditions légales rappelées ci-dessus, l'article L4131-2 du CSP (10) autorise l'exercice de la médecine aux étudiants sous les conditions suivantes :

- Validation du 2e cycle d'études médicales en France ou dans un Etat européen ;
- Inscription et validation au titre du troisième cycle des études médicales en France d'un nombre de semestres déterminé par décret, en fonction de la spécialité suivie.

Un délai légal est cependant fixé à cette autorisation de remplacement :

« Aucune autorisation ou aucun renouvellement d'autorisation ne peut être délivré au-delà de la troisième année à compter de l'expiration de la durée normale de la formation prévue pour obtenir le diplôme de troisième cycle de médecine préparé par l'étudiant » (article D. 4131-2 du CSP) (11).

Plus précisément, la période maximale au cours de laquelle les étudiants peuvent être autorisés à remplacer se calcule à partir de la durée de la formation médicale spécialisée à laquelle se rajoute un délai de trois ans qui correspond au délai maximal imparti pour la soutenance de thèse (12). Au-delà, l'étudiant doit donc soutenir sa thèse délivrant le diplôme d'État de docteur en médecine pour accéder à nouveau à l'exercice de la médecine.

Ce délai est par ailleurs en concordance avec les modalités de soutenance de ladite thèse, précisées dans le décret 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (article 20) (3):

« La thèse conduisant au diplôme d'Etat de docteur en médecine est soutenue devant un jury présidé par un professeur des universités-praticien hospitalier et composé d'au moins quatre membres dont

trois enseignants titulaires des disciplines médicales désignés par le président de l'université sur proposition du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée. La soutenance de cette thèse peut intervenir, au plus tôt, dès la validation du troisième semestre de formation et, au plus tard, trois années après la validation du troisième cycle des études médicales. »

En revanche, ces conditions d'exercice de la médecine hors exigence de diplôme ne s'appliquent pas à l'exercice hospitalier pour des postes tels que assistant ou chef de clinique, habituellement en continuité de l'internat, et qui imposent l'obtention du doctorat en médecine.

2.4 CADRE INSTITUTIONNEL : LA THÈSE AU SEIN DU TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES

Le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 (3) a réformé l'organisation du troisième cycle des études de médecine, avec une volonté de revaloriser la médecine générale en tant que spécialité au même rang que les autres : création des épreuves classantes nationales (ECN) anonymes et obligatoires, y compris pour les futurs médecins généralistes, apparition des diplômes d'études spécialisées (DES) nécessaires à la validation du troisième cycle et mentionnant la qualification obtenue. (Article 22)

L'arrêté du 22 septembre 2004 (13) fixe la liste et la réglementation des DES, dont celui de la médecine générale, devenue spécialité à part entière.

Thèse et mémoire de DES se côtoient désormais pour clôturer la fin des études de médecine : « *Le diplôme d'Etat de docteur en médecine ne peut être délivré qu'aux candidats ayant à la fois soutenu avec succès leur thèse et obtenu le DES mentionné à l'article 22* » (article 21) (3) et « *la thèse peut, en tout ou partie, tenir lieu de mémoire si elle porte sur un sujet de la spécialité* » pour le mémoire rédigé et soutenu par l'interne pour la délivrance du DES.

2.5 DÉVELOPPEMENT DE LA FILIÈRE UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET PROMOTION DE LA RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

La recherche en médecine générale s'inscrit, au moins pour une part, dans un contexte institutionnel issu de la réforme des études médicales (14). « *Être une discipline universitaire médicale suppose d'avoir également une recherche digne de ce nom* » soulignait J. Roland (15). La Médecine Générale, devenue spécialité, a vu se développer la Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG), afin que cette nouvelle discipline puisse être reconnue et bénéficier de la place qu'elle mérite dans le cadre universitaire.

Comment la thèse en médecine générale se positionne-t-elle dans cet essor de la recherche en Médecine Générale ? « *Les thèses d'exercice peuvent-elles être considérées comme des travaux de recherche ?* » questionnaient G. Levasseur et F-X Schweyer (16). Leur travail soulignait alors que les thèses de médecine générale représentaient moins de 5% des thèses d'exercice soutenues dans quatre UFR de l'Ouest de la France entre 1991 et 2000. Cependant, ce travail avait été réalisé avant la réforme de 2004, date à laquelle la Médecine Générale est devenue spécialité, et relevait un « *masque d'indexation* » des travaux étudiés.

Si la thèse, nous l'avons vu, peut tenir lieu de mémoire pour la validation du DES, le mémoire est clairement défini comme « un travail de recherche clinique ou fondamentale » selon ce même texte de loi (3).

Entourés de cette nouvelle dynamique, les objectifs du travail de thèse doivent-ils être redéfinis ? Quelle place ou fonction donner à la thèse dans cette volonté de promouvoir la recherche en Médecine Générale ? Est-elle la porte d'entrée, l'initiation à la recherche qu'il semble désormais nécessaire d'acquérir pour tout futur médecin généraliste ?

Le Conseil National des Généralistes Enseignants indique que la thèse est « *un engagement personnel scientifique important pour tout étudiant en médecine. Elle est une contribution au développement de la connaissance scientifique.* » (17)

L'article rédigé par G. Bourrel (18) précise les modalités et caractéristiques d'une thèse de médecine générale : « *il est souhaitable que la thèse de médecine générale soit utile à la discipline en participant à son nécessaire développement épistémologique, à la recherche en soins primaires, et à la propre pratique du futur médecin* ».

Dans la préface de l'ouvrage de H. Maisonneuve destiné aux futurs doctorés (19), P. Thibault désigne la thèse comme « *l'aboutissement d'un travail personnel approfondi et rigoureux* » dont « *l'élaboration s'apparente à un travail de recherche* ».

Dans son rapport sur le développement de la recherche en Médecine Générale et en soins primaires en France – Propositions (20), G. de Pourville identifie parmi les « *producteurs de la recherche* » les Départements Universitaires de Médecine Générale : ils « *mobilisent leurs étudiants de troisième cycle et se servent de la rédaction de la thèse d'exercice comme support principal de production de connaissance scientifique* ».

Pour H. Vaillant-Roussel (21), « *la thèse constitue pourtant le premier et, très souvent, l'unique, travail scientifique ou de recherche* » des internes avant qu'ils ne se lancent dans leur vie professionnelle, tout en s'interrogeant sur son intérêt réel pour la communauté scientifique ».

Une nouvelle justification semble donc désignée à la thèse en médecine générale : orienter son cadre de travail vers la dynamique de recherche en soins primaires désormais nécessaire à la médecine générale. De nouvelles pistes de réflexion émergent : la qualité des travaux de thèse face aux exigences de la recherche, leur diffusion, mais aussi la formation de ceux qui les réalisent ou les encadrent sont sujets à réflexion.

Nous ne souhaitons pas réaliser ici une revue exhaustive de la littérature sur ce sujet ; l'objectif était de resituer le cadre devenu complexe dans lequel s'inscrit désormais la thèse, intégrant notamment le champ de la Médecine Générale. Au-delà de sa qualification de « *travail de recherche* », la thèse a en effet vocation à s'inscrire dans le champ de compétences et d'expertise de la Médecine Générale (18). Nous en rappelons la définition, dont la plus répandue est celle de la WONCA (Association mondiale des collègues de généralistes enseignants) (22): « *La médecine générale – médecine de famille - est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.* »

2.6 OUTILS PÉDAGOGIQUES ACTUELS POUR ACCOMPAGNER LE TRAVAIL DE THÈSE

Dans la continuité de la dynamique évoquée précédemment et dans le cadre de la formation universitaire du troisième cycle, des outils pédagogiques ont été mis en place au sein des Départements de Médecine Générale (DMG) pour l'encadrement et l'accompagnement du travail de thèse.

Cette nécessité de développer la formation des internes de MG aux méthodologies de la recherche avait été soulevée par V. Hélias dans une vaste enquête nationale menée auprès de 27 UFR de médecine (sur 34 sollicitées) (23). Au travers de cet état des lieux, V. Hélias avait constaté une incohérence entre le manque de formation à la recherche des internes en MG et la nécessité de rédiger un premier travail de recherche pour la validation du DES : « *La thèse d'exercice ou le mémoire de fin de cursus devient l'un des premiers travaux de recherche d'un interne en médecine générale* ». Cette exigence se heurte à une formation des internes de médecine générale « *globalement très insuffisante* » et « *fortement disparate et inégale d'une UFR à l'autre* ».

Les DMG se sont « *efforcés au cours du temps d'augmenter les exigences de qualité scientifique des travaux en offrant des formations à la méthodologie de la recherche* » souligne G. de Pourville (20).

Les dispositifs pédagogiques progressivement mis en place au sein des DMG sont souvent similaires :

- Projet de recherche : soumis à validation par des référents du DMG ou de commissions d'évaluation du projet de thèse ;
- Séminaires ou ateliers dédiés au travail de thèse, parfois organisés sur des thématiques calquées sur les différentes étapes du travail ;
- Séances de formation à la recherche bibliographique.

Nous vous présentons ici les instruments pédagogiques mis en place au DMG de Nantes afin de mieux comprendre le cadre de travail mis à la disposition des étudiants et auquel nous ferons référence dans ce travail.

Figure 1 : Page d'accueil du portail web du DMG de Nantes



Le portail web du DMG de Nantes (24) comprend un espace « Recherche et Thèse ». Un message d'avertissement informe que « cette partie du site n'est plus mise à jour » et qu'« un nouveau site internet est en préparation et devrait être fonctionnel à l'été 2013 ».

L'étudiant est invité à poursuivre sa navigation vers un autre portail où sont regroupés :

- Des informations et principes généraux sur la thèse sous cinq intitulés :
 - 1- Information pour commencer : formalités- jury- textes, quand faire sa thèse, recommandations de présentation et contrat pédagogique ;
 - 2- Trouver un sujet ;
 - 3- Faire une recherche bibliographique ;
 - 4- Rédiger son projet de recherche ;
 - 5- Rédiger sa thèse.

Dans chaque partie des liens mènent à des documents officiels ou à visée pédagogique. Le sens du travail de thèse est précisé dans le « contrat pédagogique » : « *un travail utile à la communauté généraliste (et à l'interne en tant que futur professionnel de cette communauté)* » et « *un travail valorisable auprès de la communauté généraliste* ».

Le projet de recherche (Annexe 1) à soumettre par mail au DMG est téléchargeable sur le site, accompagné d'exemples.

- La liste des sujets proposés, en cours d'actualisation ;
- La présentation des groupes de travail et les modalités d'inscription : séances bibliographiques et séances de présentation des travaux de thèse en cours.

La formation et l'encadrement du travail de thèse sur le plan théorique sont-elles encore au cœur des difficultés malgré la mise en place de ces dispositifs pédagogiques ?

Le présent travail n'est pas une évaluation des outils pédagogiques mis en place à la faculté de Nantes ; nous ne leur avons pas dédié une dimension spécifique dans notre étude, préférant observer comment ils interviennent, ou non, dans l'évocation du travail.

2.7 PROBLÉMATIQUE

Déjà en 1913, Anna Delage (2) évoquait dans son travail les débats dont la thèse était déjà l'objet : « *Quel est son but ? Augmente-t-elle la somme des connaissances cliniques de l'aspirant au doctorat ?* » « *La thèse est-elle une garantie de la valeur du praticien, qui, au lendemain de l'acte, va prendre contact avec le public ?* » ... et de rappeler en conclusion « *les raisons invoquées par les partisans de la suppression* ».

Depuis une dizaine d'années, les interrogations sur la thèse, notamment dans le champ de la médecine générale, se font plus nombreuses. Les modifications apportées aux études médicales, la promotion de la Médecine Générale et la nécessité de développer une recherche de qualité dans son champ disciplinaire ont intégré la thèse au débat, parfois même au cœur des discussions. En 2007, suite au congrès de l'ISNAR, le Dr H. Vaillant-Roussel (21) reprend la question alors posée : « *Si son apport et son rôle sont si limités, ne serait-il par alors plus simple de la supprimer ?* »

Si une nouvelle dynamique, intégrée à celle de la recherche en soins primaires, semble vouloir être donnée à la thèse en Médecine Générale, sa légitimité ne semble pas établie pour tous. Il ne s'agit pas pour autant d'une remise en cause de la thèse, dont l'ultime question serait « pour ou contre la thèse ? ». Ce questionnement relève d'avantage d'une volonté de voir évoluer et s'intégrer à la

médecine d'aujourd'hui cet héritage du passé et de s'interroger sur sa portée au-delà de la symbolique du titre et de l'obligation légale qu'elle représente.

Les thésards en médecine générale sont acteurs de cette évolution. Par-delà les discours officiels, ils forgent aussi la nature et les représentations de ce travail commun à tous et pourtant vécu parfois tellement différemment. V. Hélis avait cherché à connaître l'opinion des étudiants sur la qualité de leur formation à la recherche, mais n'avait obtenu qu'un faible taux de réponses (11 réponses sur une enquête nationale) (23). S. Inesta relevait dans son étude la nécessité de prendre en compte la perception que peuvent avoir les internes de ce travail (25).

Ce n'est que depuis quelques années que des travaux ont pris en considération le point de vue des principaux intéressés. Nous n'avons connaissance que de trois études de ce type avant de débiter ce travail. Y. Teisset (26) a étudié la perception du travail de thèse par des internes de MG n'ayant pas soutenu leur thèse ; A-I. Rousset (27) et M-C. Peltier (28) se sont intéressées à la réalisation du travail de thèse par des études qualitatives menées auprès de médecins thésés. Nous avons essayé d'inscrire notre étude dans la continuité de ces trois travaux précédent, tout en explorant des dimensions nouvelles et sous un angle d'approche différent. Un autre travail (29) a été présenté entre temps mais dont nous n'avons pu inclure les résultats dans l'élaboration de notre étude.

Quelles représentations les jeunes thésés ont-ils de leur travail de thèse et quels éléments ont pu en déterminer le vécu sont les questions posées dans ce travail. C'est finalement un « *retour d'expérience* » que nous avons souhaité réaliser qui, nous l'espérons, intéressera non seulement ceux qui accompagnent le travail de thèse mais aussi ceux qui le font ou le feront.

3 MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1 TYPE D'ÉTUDE

3.1.1 Choix de l'étude qualitative

L'objectif de notre travail était d'étudier les représentations et les déterminants du vécu du travail de thèse. Il s'agissait de décrire et de comprendre une expérience personnelle, issue d'un processus complexe et de données difficilement quantifiables. C'est pourquoi nous avons choisi de réaliser une étude qualitative et descriptive, au travers d'entretiens individuels semi-dirigés.

3.1.2 Choix du type d'entretien

L'entretien est une des méthodes de recueil de données disponibles en Sciences Humaines et également utilisée en Médecine Générale. On distingue différents types d'entretiens : libre, semi-dirigés, en focus groupe.

Nous avons émis l'hypothèse que l'expression des perceptions du travail de thèse était influencée par l'intimité du cadre dans lequel elles se faisaient. En effet, cette thématique peut toucher à des éléments biographiques ou des problématiques parfois « intimes » et personnelles (telles que les émotions), qui peuvent être difficiles à évoquer en groupe. L'entretien semi-dirigé offre une liberté de parole et un rapport interviewer-interviewé plus personnel. Il peut permettre ainsi l'émergence de représentations non consensuelles ou personnelles. Nous avons donc fait le choix des entretiens semi-dirigés et non de focus groupe pour créer une atmosphère plus propice à un discours libre et affranchi du regard ou du jugement d'autres participants, l'interviewer étant par définition dans une position de neutralité bienveillante.

Les entretiens libres individuels sont utilisés lorsqu'il existe peu d'informations sur le domaine étudié. Le cadre conceptuel de notre étude, la thèse, est complexe et vaste : les entretiens semi-dirigés semblaient donc plus appropriés que les entretiens libres pour cerner la problématique, ce d'autant que quelques travaux antérieurs nous ont guidé dans le choix des thématiques à aborder.

Les bases méthodologiques nous ont été fournies par deux ouvrages de référence (30) (31).

3.2 DÉFINITION DE LA POPULATION ET DU CORPUS

3.2.1 Choix de la population

Nous avons défini comme population de notre étude les médecins (internes ou anciens internes) de médecine générale de Nantes ayant soutenu leur thèse pour le doctorat durant l'année 2012.

Les représentations et le vécu peuvent être abordés selon trois points de vue différents : représentations « à priori » c'est-à-dire avant de débiter le travail de thèse, représentations pendant le travail de thèse, et enfin représentations « à postériori ». Au sein de ces différents points de vue, le curseur du temps est également variable : il ne sera pas le même en début et en fin de travail, au début et en post internat, un an ou cinq ans après la soutenance de thèse. Si nous distinguons ces différentes représentations, elles restent néanmoins en interaction par un continuum temporel : les

représentations « à priori » sont nourries par celles « à postériori » transmises par ceux qui sont déjà doctorés ; les représentations « à postériori » se sont constituées sur le lit des précédentes. Nous n'irons pas aussi loin dans l'analyse des entretiens. Il nous paraît cependant important de mentionner ici cette réflexion pour appuyer le choix de la population de notre étude. Étudier les perceptions « à postériori » s'appuie sur la volonté de réaliser un retour d'expérience qui nous semble riche d'informations.

Le choix de s'adresser à des personnes thésées la même année nous a semblé important car nous pensons que le vécu et la représentation que l'on peut avoir de sa thèse s'émeussent avec le temps et les conditions de réalisation du travail avaient pu changer. Nous avons donc choisi des personnes thésées dans une temporalité assez proche. Le choix de l'année 2012 s'est fait car nous avons présumé que les discours seraient plus prolixes et moins soumis au filtre de la mémoire qui se constitue avec le temps.

3.2.2 Constitution du corpus : critères d'inclusion et caractéristiques

Nous avons, au sein de la population précédemment définie, sélectionné un corpus dit « diversifié » et « raisonné » : les entretiens ont été réalisés auprès de personnes sélectionnées dans cette population sur des critères caractéristiques de cette population, sans en être strictement représentatif en terme statistique. L'intérêt réside dans une diversité et un contraste entre les différents médecins afin d'obtenir une richesse de discours dans l'analyse.

3.2.2.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Soutenance de la thèse pour le doctorat de médecine en 2012 ;
- Appartenance au DES de médecine générale ;
- Coordonnées mails ou téléphoniques disponibles (cf. mode d'accès aux interviewés).

3.2.2.2 Caractéristiques retenues pour la sélection du corpus

Nous avons essayé de constituer un corpus raisonné et diversifié en fonction de différents paramètres :

- Variables stratégiques supposées jouer un rôle important dans le thème abordé :
 - Année de DES : nous avons essayé de constituer un panel des diverses années de DES en proportion équivalentes. En effet, nous avons émis l'hypothèse que l'année de DES pouvait influencer le travail de thèse d'un étudiant lorsque le délai de soutenance de la thèse (de six ans après la date d'entrée en troisième cycle) arrivait à sa fin. Dans ce cas de figure, le médecin se voit retirer sa licence de remplacement par le conseil de l'ordre des médecins. C'est un enjeu important qui peut influencer le travail de thèse.
 - Participation ou titulaire d'un DESC, d'un DU (Diplôme Universitaire) ou d'un DIU (Diplôme Interuniversitaire) : nous avons souhaité conserver pour notre étude les médecins titulaires d'un DESC ou d'un DU/DIU car ils font partie de la population des médecins généralistes et que leur point de vue pouvait être instructif.

- Variable descriptive :
 - Sexe : devant la nette prédominance féminine dans la population, nous avons été néanmoins attentifs à inclure un certain nombre de médecins masculins dans le corpus.

L'interviewer étant lui-même du milieu médical et en lien avec la population, nous avons été attentif à ne pas inclure des personnes de son entourage proche, afin de garantir la neutralité du discours produit.

3.2.2.3 Taille du corpus

La taille du corpus, c'est-à-dire le nombre d'entretiens nécessaires, ne peut être déterminée à l'avance car les entretiens doivent être poursuivis jusqu'à saturation des données à recueillir. La saturation des données est atteinte lorsque les informations recueillies apparaissent redondantes et ne semblent plus apporter de nouvelles informations. Cela suppose d'avoir cherché un maximum de diversification. A cela s'ajoutent évidemment les contraintes matérielles de temps, de retranscription et d'analyse des données.

3.3 RECRUTEMENT ET MODE D'ACCÈS AUX INTERVIEWÉS

Nous avons opté pour un mode d'accès indirect : ce choix s'est fait pour des contraintes matérielles car la liste des médecins thésés en 2012 à la faculté de Nantes ne contenait pas leurs coordonnées.

Nous n'avons pas pu récupérer les coordonnées de l'ensemble de la population car le DMG et les services administratifs de la faculté de Nantes ne pouvaient nous les fournir pour des raisons de confidentialité. Nous nous sommes également adressés au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins ainsi qu'à la bibliothèque universitaire de Santé qui n'ont pas pu répondre à notre demande. Nous avons en conséquence dû intégrer ce paramètre dans nos critères d'inclusion.

Nous avons donc constitué le listing des coordonnées mails et téléphoniques via des mailings listes professionnelles, l'annuaire des pages jaunes pour les médecins installés, et de proche en proche par l'intermédiaire de ceux que nous avons pu contacter.

Nous avons ensuite privilégié un premier contact par mail (Annexe 2) qui nous semblait offrir plus de temps au participant pour apprécier le projet de recherche et plus de neutralité qu'un contact téléphonique. Nous présentions l'enquêteur, le projet de l'étude et demandions une simple confirmation ou refus de participation. Lorsque le premier mail n'obtenait pas de réponse, nous autorisions deux relances. Nous avons contacté une par une les personnes du corpus, afin d'adapter au mieux en fonction des réponses positives ou négatives les caractéristiques du corpus.

Après obtention d'une réponse positive, nous fixions par mail ou téléphone les modalités de l'entretien qui étaient laissées au choix du futur interviewé, dans la limite des contraintes matérielles. La durée de l'entretien n'était pas précisée à l'avance sauf demande du médecin auquel cas une durée d'une demie heure à une heure a été avancée.

Aucune personne contactée n'a retiré son accord pour participer à l'étude.

3.4 ÉLABORATION DU PLAN D'ENTRETIEN

3.4.1 Guide d'entretien initial

Les entretiens semi-dirigés sont basés sur un canevas d'entretien qui permet de guider avec souplesse le discours de l'interviewé. Le guide d'entretien diffère du questionnaire dans la mesure où il structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours. Il est basé sur un système organisé de thèmes. L'objectif est de laisser une liberté au discours de l'interviewé tout en abordant les questions de la recherche. Cela permet également de laisser émerger les thématiques non anticipées dans les hypothèses de recherche.

Notre guide d'entretien (Annexe 3) comprend une présentation puis quatre parties.

Il débute par une introduction qui présente le sujet de l'enquête, son cadre, le statut de l'enquêteur. Nous présentons notre travail comme une étude sur la thèse en médecine générale, dont l'objectif est d'obtenir des pistes de réflexions et non un jugement tranché « pour ou contre » la thèse. Les informations générales concernant l'interviewé (âge, sexe, année de DES, statut actuel ...) sont ensuite notées. Nous avons décidé de les recueillir suite à l'introduction et non en fin d'entretien car elles permettaient d'introduire le sujet par des questions simples telle que l'évocation du contexte temporel, et de créer ainsi un climat de confiance.

Le guide d'entretien s'organise ensuite autour de quatre parties correspondant aux thématiques à explorer :

- Motivations et objectifs du travail de thèse,
- Vécu du travail de thèse,
- Représentations rétrospectives du travail de thèse,
- Pistes de réflexion et perspectives.

Nous avons hiérarchisé nos thématiques selon une logique devant permettre au médecin de réaliser une analyse réflexive parfois complexe sur son travail. Les motivations à l'initiation du travail permettaient de reprendre la problématique à son début, et de cheminer au fil des thématiques dans la réalisation du travail (le vécu) pour finir avec les représentations à posteriori. Certaines questions peuvent paraître redondantes mais le déroulement de l'entretien devait permettre de nourrir le discours en faisant émerger de nouvelles réflexions. Les quatre parties ont toujours été abordées dans ce même ordre.

Chaque partie contenait en moyenne trois consignes maximum, pour lesquelles nous avons anticipé et défini des stratégies d'intervention de l'interviewer si nécessaire.

Pour appuyer notre démarche sur le plan méthodologique, nous avons soumis à validation notre grille d'entretien ainsi que la réalisation et l'analyse des entretiens auprès du département de Sciences Humaines et Sociale de la faculté de Nantes.

3.4.2 Entretiens tests et guide d'entretien final

Des entretiens tests ont été menés préalablement aux entretiens « officiels » afin de s'assurer du bon fonctionnement et de la pertinence du guide d'entretien. Ils ont permis de juger de la bonne compréhension par l'interviewé du cadre conceptuel de l'étude ainsi que de modifier le guide d'entretien en fonction des difficultés rencontrées ou des nouvelles pistes de réflexion.

Nous avons réalisé trois entretiens tests dont les résultats n'ont pas été inclus dans les résultats de notre travail. Suite aux entretiens test, nous avons effectué des modifications dans l'organisation des thématiques et affiné les questions. Ce processus peut être poursuivi tout au long des entretiens : le guide d'entretien peut être affiné et perfectionné au fil des entretiens car chaque entretien réalisé nourrit le suivant. C'est ainsi que suite à l'entretien n°1, nous avons ajouté deux interventions dans la grille d'entretien :

- « Que penses-tu du moment où tu as réalisé ta thèse par rapport à ton cursus ? Est-ce que la réalisation de ta thèse à ce moment-là a influencé ton travail ? » : nous l'avons supprimée dans la version finale du canevas d'entretien, mais cette dimension a été abordée par M1 (M1 = premier médecin interviewé) et nous avons souhaité la réintégrer dans la grille.
- « Est-ce que l'on t'a proposé de publier ta thèse ? » : durant les entretiens tests, la publication de la thèse n'avait pas été abordée. Nous avons pris le parti de considérer que si les médecins n'évoquaient pas la publication, cela serait en soi informatif. Ce fut également le cas dans l'entretien n°1. Dans la discussion informelle poursuivie avec M1 après l'entretien, nous avons perçus qu'au-delà du fait de parler ou non de la publication, il serait intéressant de savoir pourquoi la publication était évoquée ou non dans le discours.

Aucune autre modification n'a été apportée à la grille d'entretien au cours des entretiens suivants. Le guide d'entretien final incluant les modifications apportées après le premier entretien est présenté en Annexe 3.

3.5 RÉALISATION ET DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Les paramètres de la situation d'entretien interviennent dans l'élaboration et le déroulement de l'entretien. En effet, l'entretien est toujours un rapport social, une situation d'interlocution et un protocole de recherche (30). Le cadre de l'entretien doit être précisé car il peut influencer le contenu du discours.

Les paramètres étaient les suivants :

- Cadre temporel : les quatorze entretiens ont été réalisés entre le 9 janvier et le 12 février 2013 ;
- Cadre spatial : nous avons laissé le libre choix aux médecins du lieu de l'entretien, dans la limite des contraintes matérielles. Sept entretiens ont eu lieu au domicile du médecin, quatre au domicile de l'enquêteur, deux dans une salle mise à la disposition par la faculté, et un dans un bureau hospitalier ;
- Durée des entretiens : les entretiens ont duré de vingt minutes à une heure douze minutes.

Chaque entretien été précédé d'une introduction orale hors enregistrement, au cours de laquelle étaient présentés l'enquêteur et l'enquête. Nous précisions également que les entretiens étaient enregistrés sur support audiométrique, qu'ils resteraient anonymes et que l'origine de ce travail n'émanait pas d'une demande d'évaluation de la faculté.

3.6 RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

Les entretiens ont tous été retranscrits de manière littérale dans la semaine suivant leur réalisation. L'enquêteur a noté à part les éléments associés au discours et non retranscrits, tels que les difficultés

rencontrées ou certaines spécificités de la situation d'entretien ayant pu influencer le discours de l'interviewé et à prendre éventuellement en compte dans l'interprétation finale.

Certains éléments du texte permettaient d'identifier la personne entendue : sujet de thèse, date de soutenance, activités universitaires, lieu d'exercice, nom de personnes ... Ils ont été effacés pour des raisons de confidentialité et apparaissent dans le texte sous forme de pointillés (dix points de suspensions quelle que soit la longueur de texte « cachée »).

3.7 ANALYSE DES ENTRETIENS

L'entretien ne parle pas de lui-même. Les analyses de contenu étudient et comparent les sens des discours pour mettre à jour les systèmes de représentations qui y sont véhiculés. Il s'agit d'une lecture orientée par les hypothèses de recherche et comportant une part inévitable d'interprétation. Les données sont sélectionnées et extraites des discours afin de confronter les hypothèses de recherche aux faits (30) (31). Il existe plusieurs types d'analyse de contenu : nous avons réalisé une analyse de contenu thématique.

L'analyse de contenu thématique s'appuie sur une grille d'analyse élaborée d'après :

- Le guide d'entretien,
- Une première lecture des transcriptions, orientée par les hypothèses de recherche, et permettant de faire émerger les principaux axes thématiques.

Chaque discours est ensuite exploré puis décomposé selon la grille d'analyse : l'unité de découpage est le thème que représente un fragment de discours. Le mode de découpage est donc stable d'un entretien à l'autre : ce type d'analyse réalise ainsi une découpe transversale de ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. L'analyse de contenu thématique recherche une cohérence thématique inter-entretien, ignorant la cohérence singulière de chaque entretien (à la différence de l'analyse entretien par entretien).

Un codage alphanumérique a permis l'indexation des éléments du discours selon le ou les thématiques s'y rapportant.

Notre grille d'analyse a été hiérarchisée en thématiques principales et sous-thématiques. Elle comporte 4 thématiques issues des 4 principales dimensions énoncées dans le guide d'entretien :

- Motivations et objectifs du travail de thèse,
- Vécu du travail de thèse,
- Représentations rétrospectives du travail de thèse,
- Pistes de réflexion et perspectives.

Cette grille d'analyse est proche d'une analyse thématique dite « verticale » au sens où elle n'a pas ou peu déstructuré le discours qui s'est spontanément organisé autour de ces dimensions.

4 RÉSULTATS

4.1 POPULATION ÉTUDIÉE - CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS INTERROGÉS

Quatorze entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes thésés en 2012 à la faculté de médecine de Nantes. Les entretiens ainsi que les médecins (anonymat) ont été numérotés de M1 à M14 en suivant la répartition temporelle. Les entretiens ont été réalisés entre le 9 janvier et le 12 février 2013.

Aucune personne n'ayant accepté de participer à un entretien n'a retiré son accord. Certains médecins n'ont pas répondu au premier mail demandant une réponse, acceptation ou refus, de participer à l'étude. Nous ne savons pas si l'absence de réponse constituait un refus ou si leurs coordonnées n'étaient plus valables.

Nous souhaitons inclure un nombre égal de personnes issues des années de DES 2006 à 2009 avec au minimum un homme dans chacun de ces sous-groupes.

Une seule personne de l'année de DES 2005 a soutenu sa thèse en 2012. Il s'agissait d'une femme.

La répartition finale est donnée dans le tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1 : Répartition des personnes interviewées selon l'année de DES et le sexe

Année de DES	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Nb de femmes	1	3	1	2	2	9
Nb d'hommes		2	1	1	1	5
Total	1	5	2	3	3	14

Il apparaît un déséquilibre entre l'année de DES 2006 et 2007 car une des personnes incluse dans le corpus comme étant de DES 2007 était finalement de l'année précédente.

Les caractéristiques du corpus sont regroupées dans les deux tableaux suivants :

- Le tableau 2 regroupe les informations générales, le mode d'exercice et les projets professionnels des médecins rencontrés,
- Le tableau 3 indique des données portant sur le travail de thèse réalisé par le médecin.

Il est intéressant de constater que peu de médecins utilisent le titre de docteur en médecine pour qualifier leur statut professionnel actuel.

Tableau 2 : Informations générales et statut des médecins interrogés

	AGE (ans)	SEXE	Année de DES	Statut professionnel actuel (*)	DESC /DU (ou en cours)	Projets professionnels futurs
M1	29	F	2008	« médecin généraliste remplaçante »	DU médecine préventive de l'enfant DIU gynécologie obstétrique	Non « Pas pour le moment »
M2	27	F	2009	« remplaçante thésée »	non	Installation DU de gynéco
M3	32	F	2006	« médecin généraliste en collaboration »	non	Non
M4	28	F	2009	« médecin généraliste remplaçante »	non	Installation, mais sans projet réellement défini
M5	34	M	2006	« je suis remplaçant »	Non	Installation dans 1 mois, Faire de la formation
M6	29	F	2008	« médecin généraliste remplaçante »	DU médecine préventive de l'enfant en cours	Remplacements fixes en cabinet de MG DU (gynécologie ?) Poursuivre la formation
M7	29	F	2006	« assistante aux urgences et au Samu »	DESC d'urgence en cours	Poste de PH aux urgences et au SAMU
M8	29	M	2008	« médecin généraliste installé »	Non	Monter une maison de santé
M9	32	F	2005	« médecin... docteur en médecine générale remplaçante »	DU sur les	Non
M10	29	M	2007	« remplaçant en médecine générale, mixte quoi : je fais du libéral et de l'hospitalier »	DIU de secours médicaux en milieu équatorial	Reprendre les embarquements au titre de médecin embarqué.
M11	31	F	2006	« collaboratrice (...) installée en collaboration »	DU de médecine d'urgence	Non, poursuite de la collaboration
M12	31	M	2006	« médecin généraliste qui effectue des remplacements dans des cabinets de médecine générale »	Non	Installation
M13	28	M	2009	« médecin généraliste remplaçant »	Capacité d'..... en cours	« transition progressive de médecine générale plutôt vers l'angiologie »
M14	30	F	2007	« médecin installée »	DU de nutrition préventive	non

Abréviations : M = médecin, H= homme, F= femme, * tel que mentionné littéralement par le médecin

Tableau 3 : Données sur le travail de thèse réalisé par les médecins interrogés

	Période à laquelle le travail de thèse a été débuté par rapport à l'internat	Travail réalisé seul ou en groupe	Durée approximative du travail	Délai entre la fin de l'internat et la soutenance de thèse
M1	2 ^e année d'internat	Groupe	« Un an à peu près, un an et demi peut-être »	5 mois après
M2	3 ^e année d'internat	seule	12 mois	4 semaines après
M3	14 mois après la fin de l'internat	seule	6-8 mois	2 ans après
M4	Fin de 1 ^e année d'internat	Seule	2 ans	15 jours après
M5	Post internat, deux ans après la fin.	Seule	1 an	3 ans, interdiction d'exercer de 2 semaines
M6	2 ^e semestre d'internat	Seule	Plus de 3 ans	1 an ½ après
M7	Dernière année d'internat	Seule	1 an ½ voire 2 ans	1 mois ½ avant la fin de l'internat
M8	4 ^e semestre d'internat	Seul	2 ans	10 mois après la fin de l'internat
M9	2 ans après l'internat	Seule	1 an ½ : « je t'ai dit un an et demi mais réellement sur six mois »	3 ans 3 mois après la fin de l'internat
M10	Quelques mois après la fin de l'internat	Seul	1 an ½	1 an 1/2
M11	Dernier semestre d'internat	Seule	1an ½, presque 2 ans	2 ans après la fin de l'internat
M12	Un an après la fin de l'internat (exclu les 7-8 mois de choix du sujet)	Seul	1an ½, presque 2 ans	3 ans moins 2 mois après la fin de l'internat
M13	3 ^e semestre d'interne	Seul	6 mois	3 mois avant la fin de l'internat
M14	5 ^e semestre d'interne « c'était avant mon dernier stage en fait »	En groupe	2 ans	1 an ½ après la fin de l'internat

4.2 PARAMÈTRES DES SITUATIONS D'ENTRETIEN

La durée de chaque interview est indiquée dans le tableau ci-dessous. Seul un entretien a été interrompu par une intervention extérieure, sans incidence sur la reprise et le déroulement de l'entretien. Un médecin a demandé si la présence de sa conjointe durant l'entretien était permise ; le refus a été motivé par un souci de conserver une cohérence dans les situations d'entretien afin que la présence d'un tiers n'interfère pas dans l'échange.

Tableau 4 : Durée et lieu de chaque entretien

	DUREE DE L'ENTRETIEN	LIEU D'ENTRETIEN
M1	19 min 47 sec	Domicile de l'interviewé
M2	52 min 56 sec	Domicile de l'interviewé
M3	47 min 28 sec	Domicile de l'interviewé
M4	54 min 34 sec	Salle de la faculté
M5	1 heure 12 min 58 sec	Domicile de l'interviewé
M6	42 min 11 sec	Domicile de l'intervieweur
M7	57 min 43 sec	Domicile de l'intervieweur
M8	57 min 01 sec	Domicile de l'interviewé
M9	58 min 05 sec	Domicile de l'intervieweur
M10	39 min 42 sec	Bureau à l'hôpital
M11	1 heure 10 min 22 sec	Domicile de l'intervieweur
M12	1 heure 14 min 01 sec	Domicile de l'interviewé
M13	52 min 36 sec	Salle de la faculté
M14	58 min 27 sec	Domicile de l'interviewé

4.3 ANALYSE DES ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGÉS

Nous avons fait le choix de ne pas réduire d'avantage notre analyse dans le souci de préserver le sens des idées que nous avons identifiées. La densité d'informations recueillies lors des entretiens reflète la complexité du thème, de même que la longueur des entretiens eux-mêmes. L'analyse a permis d'identifier 15 axes thématiques qui sont développés ci-après.

Afin d'offrir une meilleure lisibilité nous avons inclus au début de chaque thématique un tableau synthétique regroupant l'ensemble des idées fortes représentatives du thème. Ces tableaux, que nous avons intégrés à l'analyse, permettent de se diriger plus rapidement vers les citations explicitant une idée.

Le tableau suivant présente les principaux axes thématiques identifiés dans notre analyse et la pagination correspondante.

Tableau 5 : Axes thématiques développés dans l'analyse

THEMES	Page
THEMATIQUE N°1 : MOTIVATIONS	
- QUELLES MOTIVATIONS A L'INITIATION DU TRAVAIL ?	22
- ÉVOLUTION ET DYNAMIQUE DE LA MOTIVATION	25
THEMATIQUE N°2 : OBJECTIFS	28
THEMATIQUE N°3 : LIEN ENTRE TRAVAIL DE THÈSE ET ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES OU DE FORMATION	31
THEMATIQUE N°4 : TEMPORALITÉ DU TRAVAIL DE THÈSE	34
THEMATIQUE N°5 : RESENTI ET ÉMOTIONS SUSCITÉS PAR LE TRAVAIL DE THÈSE	42
THEMATIQUE N°6 : DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	51
THEMATIQUE N°7 : AIDES PERÇUES DURANT LE TRAVAIL	55
AUTRES AIDES A DISPOSITION ET NON UTILISÉES	63
THEMATIQUE N°8 : COMPÉTENCES ACQUISES AVEC LE TRAVAIL DE THÈSE	66
THEMATIQUE N°9 : IMPACT DU TRAVAIL DE THÈSE SUR LA PRATIQUE CLINIQUE OU L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE	68
THEMATIQUE N°10 : UTILITÉ DU TRAVAIL DE THÈSE	
- D'UNE MANIÈRE GÉNÉRALE	72
- DANS TON CAS PRÉCIS	76
THEMATIQUE N°11 : QUALITÉ SCIENTIFIQUE DU TRAVAIL DE THÈSE	
- D'UN POINT DE VUE INDIVIDUEL	79
- D'UN POINT DE VUE GLOBAL	82
THEMATIQUE N°12 : REGARD RÉTROSPECTIF SUR LE TRAVAIL DE THÈSE	87
THEMATIQUE N°13 : VALORISATION DU TRAVAIL DE THÈSE	90
THEMATIQUE N°14 : PUBLICATION	99
THEMATIQUE N°15 : PISTES DE RÉFLEXION	103
PISTES DE RÉFLEXION : IMPLICATION A TITRE PERSONNEL	110

4.4 THÉMATIQUE N°1 : MOTIVATIONS

MOTIVATIONS A L'INITIATION DU TRAVAIL	
Mo1	La motivation « contrainte»
Mo2	Le sujet de thèse
Mo3	Un facteur humain : une rencontre, un accompagnement pour initier le travail
Mo5	Un atout pour un projet professionnel
Mo0	Thématique transversale : rôle du partage d'expérience entre confrères
ÉVOLUTION ET DYNAMIQUE DE LA MOTIVATION	
mo'6	Une motivation évolutive et fluctuante
mo'1	Rôle de l'échéance, la deadline et évolution de la contrainte
mo'2	Déplacement de la motivation : de la contrainte au sujet de thèse
mo'3	Déplacement de la motivation : challenge d'un travail nouveau, original, perspectives d'utilité
mo'4	Facteur humain : rôle du directeur de thèse
mo'8	Le travail en groupe, une dynamique motivante

4.4.1 Quelles motivations à l'initiation du travail ?

Mo1 : La motivation « contrainte»

La motivation initiale la plus fréquemment évoquée par les médecins est l'obligation contraignante de réaliser ce travail (à titre indicatif : 11 médecins sur 14) :

M7 : « c'est dur les motivations parce que de toutes les façons on doit y passer, c'est obligatoire, hein ... Donc au départ, euh ... c'est pas spontané. »

M14 : « c'était une obligation hein, c'était pas un sujet qui me motivait à la base, et puis, parce qu'il faut bien passer la thèse (...) c'est l'obligation de la passer »

Nous avons identifié dans les discours des médecins différentes modalités au travers desquelles s'imposait cette contrainte.

- Pour la moitié d'entre eux, cette contrainte s'intégrait dans des perspectives ou projets professionnels nécessitant l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine :

M3 : « ma motivation était vraiment ... purement alimentaire on va dire, puisque je ne pouvais plus travailler (...) par obligation, tout à fait. »

M5 : « pour en revenir à ma motivation, euh ... c'était la nécessité pour pouvoir être docteur en médecine et pour pouvoir ensuite avancer dans la vie professionnelle. »

- Pour les autres, cette contrainte est directement liée à la notion de délai légal, c'est-à-dire l'obligation de soutenir la thèse pour le doctorat en médecine dans les six ans suivant le début de l'internat, au risque de se voir ensuite retirer sa licence de remplacement :

M9 : « j'ai pas eu le droit d'exercer entre le et le, euh ... j'ai passé ma thèse 2012 (...) j'ai retardé le plus possible le fait de passer ma thèse, et arrivé à un moment où t'es obligé. Voilà ce qui s'est passé » qui a été un des deux médecins interdit d'exercer.

M6 : « on réfléchit pas trop à est-ce qu'il faut la passer ou pas en fait, c'est ... si on veut travailler, on la passe. En médecine générale en tout cas, après ... »

- Pour deux autres médecins, le caractère obligatoire donc inéluctable du travail de thèse s'est traduit par la volonté de **choisir la temporalité la plus adaptée à ce travail afin de réduire la contrainte** :

M8 : « parce que y fallait bien passer sa thèse un jour ou un autre (...) j'avais déjà pensé quand j'étais en stage chez le prat, parce qu'on m'avait dit : « c'est le moment », j'ai le temps, c'est ça l'histoire (...) donc du coup je me suis dit : ben c'est le moment de faire ta thèse ».

Cette thématique du choix de la temporalité du travail de thèse sera abordée à nouveau par la suite (t'3).

L'obligation dans le cursus médical de soutenir une thèse pour obtenir le diplôme d'état de docteur en médecine génère donc cette perception contraignante du travail de thèse : elle s'applique à tous. Cependant, trois médecins du corpus (M1 M10 M11) ne l'ont pas évoquée comme intervenant dans la motivation initiale. Seul un médecin (M1) n'a pas du tout évoqué cette notion (nous avons effectué une analyse par mots clefs " obligation " / " contrainte " / " obligatoire " / " nécessaire " dans le texte en plus de l'analyse thématique). Les deux autres médecins (M10 et M11) l'ont abordée ultérieurement.

Quels sont les autres sources de motivation évoquées au début du travail de thèse ?

Mo2 : Le sujet de thèse

Le sujet de thèse est également intervenu dans la motivation initiale : près de la moitié des médecins interrogés en ont parlé à ce titre :

M8 : « c'est le sujet de ma thèse qui m'a motivé avant tout ».

M11 : « c'est le sujet qui m'a motivé (...) enfin, j'ai essayé de trouver un sujet qui me motivait, plus précisément ».

La motivation née du sujet de thèse est rattachée à plusieurs notions :

- intérêt personnel pour le sujet :

M10 : « c'est surtout ça qui m'a motivé : un sujet qui m'intéressait (...) et le fait de pouvoir rapporter aussi mon expérience sur euh, sur Quoi. C'était un peu un retour d'expérience aussi ».

- pertinence du sujet (actualité du sujet, utilité en pratique clinique, lien avec le domaine de la médecine générale, originalité) :

M11 : « sujet que je trouvais intéressant parce qu'il touche ... il euh ... Il appartenait au domaine de la médecine générale ».

M8 : « un sujet d'actualité, ça m'intéressait, plus que quelque chose qui aurait, ... qui aurait pu m'être imposé ».

Mo3 : Facteur humain : une rencontre, un accompagnement pour initier le travail

Une rencontre avec une personne, tel que le tuteur ou le directeur de thèse, au sein d'une structure universitaire comme le DMG de Nantes ou d'un service hospitalier, a parfois été le déclencheur motivant l'initiation du travail de thèse. Ce « facteur humain », rapporté par 4 médecins, et souvent associé à la motivation pour le sujet de thèse :

M11 : « on en a parlé du coup avec mon maître de stage, du coup, qui était mon directeur de thèse (...) il m'a directement demandé, voilà, si j'avais un sujet de thèse, et ce qui pourrait m'intéresser dans la thèse. (...) Oui, c'est lui qui m'a poussée là de ... là-dedans ».

M14 : « c'est pas forcément un sujet que je voulais faire à la base, mais j'arrivais pas à me motiver pour, euh, me lancer dans un travail, du coup je me suis dit qu'il fallait que je me rapproche du DMG pour trouver quelqu'un qui me soutienne et qui me motive ».

Mo5 : Un atout pour un projet professionnel

Pour 2 médecins, la réalisation de la thèse s'est présentée comme un atout sur le plan professionnel,

- que ce soit pour concrétiser un projet :

M10 : « j'avais postulé donc pour ce poste particulier là ..., après l'internat. Et euh ... dans mes arguments un petit peu pour postuler aussi, ben j'avais dit que ça serait mon support de thèse ». « c'était un petit peu les deux imbriqués (...) je me suis pas dit je veux faire ma thèse sur ça du coup il me faut un poste, et je me suis pas dit je vais avoir le poste donc je vais faire une thèse sur ça ».

- que pour des perspectives professionnelles futures :

M7 : « un projet qui me semblait assez intéressant, et ... des choses qui pourraient avoir des répercussions aussi sur mon travail après ».

Mo0 : Thématique transversale : rôle du partage d'expérience entre confrères

La transmission d'expérience entre confrères de même génération (co-internes) est fréquemment retrouvée comme déclencheur de la réflexion personnelle du médecin sur ce travail de thèse. La confrontation entre ceux ayant déjà entamé ou fini ce travail et ceux ne l'ayant pas réalisé nourrit ou génère cette réflexion :

M2 : « c'est venu je dirai au milieu de la deuxième année ... quand j'ai commencé un peu à droite à gauche à entendre les gens parler de leur thèse » ; « personnellement ça a été beaucoup ce que me disaient les autres internes à droite à gauche, c'est ... c'est leurs conseils qui m'a fait démarrer ».

M4 : « je voyais autour de moi que ... que enfin, même si c'était au bout d'un an d'internat, ils en parlaient et tout ça. J'avais une copine qui était un an au-dessus, qui avait finis sa thèse. Donc du coup ça m'a un peu inquiétée (rires), alors c'est pour ça que je m'y suis ... c'est pour ça que j'ai commencé ».

4.4.2 Évolution et dynamique de la motivation

Nous avons souhaité étudier comment cette motivation initiale évoluait au fil du travail, et pouvait toucher à d'autres aspects du travail de thèse non évoqués précédemment.

mo'6 : Une motivation évolutive et fluctuante

La motivation est une force dynamique mais fortement soumise à variations : près de la moitié des médecins interrogés décrivent bien cette fluctuation de la motivation au fil du travail :

M12 : « c'est une marche par étape »

N13 : « c'est vraiment par vagues »

Cette motivation peut être notamment influencée par le temps (longueur du travail), certaines difficultés ou satisfactions rencontrées (que nous aborderons ultérieurement) :

M6 : « on s'essouffle, et puis ... après la motivation revient ».

M12 : « il y a des périodes qui sont plus dures que d'autres, et ces périodes-là, la baisse de motivation ».

mo'1 : Rôle de l'échéance, la deadline et évolution de la contrainte

Pour près de un tiers des personnes interrogées, la contrainte reste présente au cours du travail ; elle est évoquée au travers d'une évolution professionnelle en attente du titre de docteur et de la contrainte temporelle via l'échéance fixée pour ce travail :

M3 : « j'avais un délai, il fallait que je le fasse dans ce délai-là, donc voilà. Je n'avais plus le choix ».

A noter que pour M11, cette contrainte, non présente au début, s'est imposée au fur et à mesure de son travail :

M11 : « ma motivation au fur et à mesure ? Euh ... le sujet m'a toujours motivée, et puis ... au fur et à mesure, c'est surtout l'envie de terminer ma thèse qui m'a motivée. Qu'il fallait la terminer de toute façon (...) C'était pas une obligation au départ, mais ça l'est devenu au fur et à mesure (...) parce que ... j'avais envie de terminer mes études, n'est-ce pas ?! (rires) Et parce que ... j'avais des projets professionnels, aussi, qui ... voilà ... il fallait, pour avoir une collaboration, il fallait que je sois thésée »

Si cette notion de contrainte temporelle, de « dead line » semble revêtir une tonalité plutôt négative, elle est pourtant reconnue par certains médecins comme une condition essentielle, un moteur indispensable pour mener à bien ce travail :

M8 : « c'est bien d'avoir une dead line (...) J'aurais pas eu cette date euh, je sais pas si ça ce serait terminé un jour quoi (...) on en revient toujours à la même chose, t'es pas motivé ».

M13 : « je pourrais laisser reporter ça pendant plusieurs mois, années. Là, le fait d'être contraint dans le temps, ça ... moi j'ai fait bon ben y faut que, y faut y aller ».

mo'2 : Déplacement de la motivation : de la contrainte au sujet de thèse

Le rôle du sujet de thèse est à nouveau largement évoqué mais par des médecins qui n'en avaient pas parlé dans la partie précédente sur la motivation initiale (sauf M7 et M10) :

M2 : « au début, c'était le côté contrainte vraiment qui me motivait. Après, euh ... après, j'étais motivée puisque j'ai trouvé un sens à mon travail. C'est-à-dire que, euh ... c'est un sujet que j'avais choisi, donc qui me plaisait, qui me tenait à cœur ».

M5 : « Le fait de s'y pencher, de se lire, ça te pousse à vouloir avancer dans ton travail de thèse. Parce que ... même si j'ai trouvé ça inutile, j'ai trouvé un plaisir à la faire ».

L'investissement positif du sujet de thèse comme source de motivation accentue l'importance que représente ce choix :

M5 : « la difficulté, oui, d'avoir un travail d'un autre c'est que ... euh ... ben c'est de passer totalement à côté (...) et puis pas ... pas y trouver la motivation nécessaire non plus, parce que du coup euh ... c'est pas son travail, ça représente rien pour soi ... alors déjà que la thèse ça représente pas grand-chose, mais alors ... En plus si c'est une thématique pour laquelle t'es pas très impliqué euh ... c'est encore plus compliqué ».

On voit donc comment la contrainte est progressivement remplacée ou enrichie par l'intérêt développé pour le sujet, phénomène qui s'amplifie au fil du travail.

mo'3 : Déplacement de la motivation : challenge d'un travail nouveau, original et perspective d'utilité

Le challenge que représente ce travail, par sa nouveauté et les perspectives d'apporter des réponses à une problématique donnée sont évoquées par plusieurs médecins comme une motivation apparue progressivement durant le travail, atténuant ainsi le caractère obligatoire et contraignant qu'ils avaient perçu au début :

M2 : « je me suis prise au jeu un petit peu, et j'avais envie d'aller plus loin, j'avais envie de faire les choses bien (...) ce côté obligation vraiment est devenu plus un travail, une réalisation personnelle ».
« un challenge un peu ... ouais ... c'était des choses tellement inconnues que ... mais toujours pareil, moi au début je voyais le côté contrainte en me disant euh ... ça va être dur ... (...) et puis finalement je, euh ... je l'ai vu dans l'autre sens en me disant c'est un travail original par rapport à tout ce que j'ai fait avant, et ça va m'apprendre beaucoup, même si je ne le referai pas ou peut être plus ... je me suis dit, euh ... Euh ... enfin, il faut que je me dépasse là-dessus ».

M14 : « plus je me mettais dedans plus ça me plaisait quoi, plus, c'est une difficulté de se mettre dedans, et après une fois qu'on y est c'est agréable » ; « je voulais que ce soit utile, je voulais pas faire ça pour que ça reste dans un placard (...) ça a été une motivation, ça c'est clair (...) c'est le fait que ce soit utilisé après euh, c'est ce qui m'a poussé ».

mo'4 : Le facteur humain : rôle du directeur de thèse

Le facteur humain intervient tant à l'initiation que durant le travail pour entretenir la motivation. Il n'est évoqué que par deux médecins, il s'agit dans les deux cas de leur directeur de thèse :

M7 : « qui me refaisait travailler les choses (...) Finalement, c'est un ... c'est une motivation ».

M12 : « ce qui m'a poussé à ... à le faire, et à ... à la faire vraiment correctement, cette thèse. Parce que euh ... parce que j'avais un sujet qui m'a beaucoup plu, une directrice de thèse qui ... même si du coup elle a voulu que je fasse des choses (...) en fait c'était très bien, parce que ça m'a permis de faire un travail qui était vraiment abouti ».

mo'8 : Le travail en groupe, une dynamique motivante

Les deux médecins ayant réalisé un travail de thèse en groupe l'ont évoqué comme une force de motivation :

M14 : « le fait de travailler avec d'autres internes aussi c'était boostant parce que quand y'en avait un qui était un peu moins motivé, ben les autres le remotivaient, enfin on avançait tous à notre vitesse mais on se soutenait aussi, c'est, c'était plutôt sympa comme dynamique ».

Cependant, cette dynamique de groupe positive est pondérée par M14 : si elle l'a vécue comme un moteur pour sa motivation personnelle, il semble que cela n'ait pas été le cas pour d'autres membres du groupe avec un effet inverse :

M14 : « pour certains ça l'a pas été, dans notre groupe (...) y'en a qui en voyant que les autres avaient terminé, se décourageaient, se disaient qu'ils allaient jamais y arriver (...) qui sont restés du coup un peu à l'écart (...) on a pas su les garder dans le, la dynamique de groupe (...) c'est comme ça, après euh, un travail de thèse c'est aussi personnel même si on est en groupe euh, si y'en a qui sont pas prêts à avancer euh, on peut pas les brusquer quoi (...) y'a vraiment des étapes, clairement (...) son rythme ».

4.5 THÉMATIQUE N°2 : OBJECTIFS

OBJECTIFS DU TRAVAIL DE THÈSE	
O7	Validation du cursus, obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, Clôture des études de médecine
O4	Travail de recherche en médecine générale
O1	Faire un travail utile à la médecine en apportant des réponses, Répondre à une problématique, Apporter quelque chose de nouveau
O3	Approfondir un domaine (de travail, de compétences)
O5	Travail de synthèse, de rédaction, de présentation
O8	Travail de bibliographie
O2	Difficultés à identifier les objectifs du travail de thèse

O7 : Validation du cursus, obtention du diplôme d'état de docteur en médecine et travail symbolique de fin d'études de médecine

Il s'agit de l'objectif le plus fréquemment mentionné dans le corpus (7 médecins sur 14),

- validation du doctorat en médecine, projet professionnel, échéance temporelle légale :

M5 : « on a été plusieurs à se réunir régulièrement, à se demander à quoi sert cette thèse, et aussi, on se dit euh ... à part pouvoir travailler ... à part pouvoir travailler, l'intérêt reste très mineur ».

M9 : « l'objectif, euh ... c'est d'avoir ton doctorat ! Franchement, je vois que cet objectif-là ».

- clôturer les études de médecine et symbolique de l'examen :

M3 : « c'est conclure les études, enfin, en conclusion des études ».

M10 : « c'est un objectif personnel, qui permet aussi de clôturer un peu le ... les neuf ans d'études (...) l'impression peut-être de ... ben de ... de faire un travail un peu symbolique de fin d'études ».

O4 : Travail de recherche en médecine générale

M4 : « s'initier ou ... ou faire un travail de recherche ».

M5 : « l'objectif c'est de toucher un petit peu à la recherche, euh ... savoir construire une, euh ... une critique aussi par rapport à la littérature qu'on lit, prendre conscience de la difficulté que cela représente, euh ... ça je pense que c'est très intéressant ».

M11 : « On m'a dit et on m'a rabâché que c'était euh ... un travail de ... de recherche, et qu'il fallait que dans notre euh ... que dans un troisième cycle universitaire on fasse un travail de recherche. Je l'ai pas vraiment senti comme ça ».

O1 : Faire un travail utile à la médecine en apportant des réponses, répondre à une problématique, apporter quelque chose de nouveau

M1 : « l'objectif, c'était d'apporter une réponse quelque part, enfin, euh ... donc, d'essayer d'apporter quelque chose à la médecine, oui, enfin plus ou moins, c'est un peu prétentieux, mais euh ... essayer de faire quelque chose qui serve à quelque chose quoi ».

M12 : « Le but, l'objectif de la thèse (...) c'est ça : c'est contribuer (...) à faire avancer les choses sur la prise en charge des patients, sur les connaissances qu'on a de la médecine ».

Cette notion d'utilité et la perspective d'apporter des réponses sont cependant remises en question par certains médecins :

M12 : « nous en médecine générale, on ne peut pas être subventionné par les labo, on ne peut pas faire de grosses thèses, on va pas révolutionner le ... Mais je pense que sur ... sur euh, sur tout le travail qu'on fait, on peut apporter une petite pierre ... une petite pierre, voilà, à l'édifice ».

M9 : « certaines thèses apportent un complément d'information sur la médecine, encore qu'en médecine générale, il faut être honnête : on ne révolutionne rien du tout (...) Je pense qu'en médecine générale, euh ... l'objectif c'est d'avoir son doctorat, mais qu'on apporte franchement ... ça doit être très rare les thèses de médecine générale où on apporte quelque chose à la médecine ».

O3 : Approfondir un domaine (de travail, de compétences)

D'autres médecins voient dans le travail de thèse l'occasion de se perfectionner dans un domaine de travail, ou de compétences :

M4 : « se spécialiser sur un thème ».

M14 : « ça m'a ouvert les yeux sur un champ de la médecine générale ».

M13 : « je pense que ça devrait être ouais couplé avec un DU ou avec quelque chose un peu dans le même style pour euh, pour se « spécialiser » et être un peu plus performant ou à jour sur un certain domaine ».

O5 : Travail de synthèse, de rédaction, de présentation

M2 : « tout ce qui est synthèse, présentation orale, présentation écrite ».

- mais parfois remis en question :

M6 : « après, euh ... la rédaction, la présentation. Ça, c'est moins ... c'est moins important, dans les objectifs en tout cas ».

M14 : « sur les capacités rédactionnelles je pense que ça apporte pas grand-chose ».

- le travail de présentation orale est l'occasion aussi de se confronter à des médecins référents :

M14 : « faire un travail de présentation, c'est intéressant aussi, donc euh, puis se confronter aussi à des médecins ben du département de médecine générale qui sont aguerris, euh, ben ça oblige à aller

un petit peu au-delà de ce qu'on fait habituellement » ; « c'est profiter de leur compétences et aussi se mettre à leur niveau ».

O8 : Travail de bibliographie

M6 : « Apprendre déjà à faire une recherche bibliographique (...) poser une question, faire un travail bibliographique pour savoir si on peut y répondre ou pas ».

O2 : Difficultés à identifier les objectifs du travail de thèse

Nous avons pris le soin de préciser au cours de l'entretien que cette question n'avait pas pour objectif d'évaluer les connaissances mais d'identifier ce que le médecin pensait être les objectifs du travail de thèse. Notre volonté était que le médecin interviewé ne ressente pas l'entretien comme un interrogatoire et qu'il exprime son point de vue loin de toute théorie.

Nous avons relevé dans les éléments du discours de près d'un tiers des médecins des marqueurs d'une difficulté à aborder cette question :

M11 : « C'est difficile comme question, ça (...) Pfff ... C'est ... Difficile, oui ... Objectifs, objectifs ... ».

M13 : « objectifs d'un travail de thèse, euh ... Mmm je sais pas si ... y'en a des officiels ? C'est ça non ? C'est quelque chose ... pas du tout ? ».

4.6 THÉMATIQUE N°3 : LIEN ENTRE TRAVAIL DE THÈSE ET ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES OU DE FORMATION

La question posée (« comment ton travail de thèse s’inscrivait-il dans tes activités professionnelles ou de formation ») a une double lecture. Elle interroge sur la place de la thèse en terme organisationnel : évaluer comment le travail de thèse s’est intégré en termes de planning à l’activité professionnelle et comment les différentes activités se sont combinées. Elle aborde également le contenu du travail de thèse, pour identifier le lien qu’il pouvait exister avec l’activité professionnelle ou de formation.

C’est un peu la forme (organisation temporelle) (comment ?) et le fond (contenu du travail de thèse) (quoi ?) que nous avons cherché à explorer par cette question.

LIEN ENTRE TRAVAIL DE THESE ET ACTIVITES PROFESSIONNELLES OU DE FORMATION	
L1	Un travail en plus, en parallèle
L2	Un travail au dépend des activités professionnelles ou de formation
L4	Absence de lien entre travail de thèse et activités professionnelles ou de formation
L5	Lien avec les activités professionnelles ou de formation : le sujet de thèse
L6	La thèse, une thématique ciblée en comparaison du vaste champ disciplinaire de la MG

L1 : Un travail en plus, en parallèle

Cette idée trouve largement sa représentation, abordée par onze médecins :

M6 : « c’est en plus ».

M7 : « on fait en dehors du temps de travail, du stages et des gardes, et tout ça ».

Le travail de thèse se faisant en plus, la difficulté semble résider dans le fait de concilier les différents éléments et de faire une place au travail de thèse sans que cela ne se fasse au dépend de l’activité professionnelle ou de la sphère privée :

M6 : « par contre au niveau de l’organisation, pas facile de combiner euh ... soit durant l’internat le travail de thèse en plus qui était quand même compliqué, ou soit après avec les remplacements où il faut clairement arrêter de travailler pendant plusieurs semaines et ce pendant plusieurs mois pour euh ... pour avancer sur son travail de thèse ».

L’aménagement du temps de travail pour la thèse s’est fait de différentes façons.

Certains ont modulé leurs activités de remplacement : les remplacements fixes laissent des jours libres dans la semaine, d’autres ont limité voir réduit leur activité professionnelle. Ce dernier point implique notamment une organisation sur le plan financier :

M11 : « J’avais des remplacements fixes qui me permettaient de libérer du temps (...) je travaillais tous les mercredis et puis d’autres jours dans la semaine où on me demandait régulièrement, et ça me permettait de libérer du temps. (...) J’organisais mon temps grâce aux remplacements ».

M6 : « moi j'ai vraiment avancé après quand je me suis bloquée des semaines et des mois (...) entre les remplacements » ; « c'est juste qu'il faut bien s'organiser, il faut ... enfin, après, financièrement, c'est pareil, hein, quand on ne remplace pas, il faut s'organiser avant ».

M8 : « Il a fallu que donc j'arrête un certain nombre d'activités, hein, ça c'est clair, euh et pour me consacrer essentiellement à ça (...) il a fallu absolument que je réduise mon temps de travail pour pouvoir euh, pour pouvoir faire ma thèse, au niveau temps (...) je me suis contraint à ne pas prendre de remplacement pendant toute une période pour finir ma thèse (...) en gros je faisais à peu près, je calculais ce dont j'avais besoin pour vivre, euh puis euh voilà, et puis je m'arrêtais de travailler, de faire des rempla pour ensuite faire ma thèse ».

Certains stages d'internes ont laissé un temps de travail libre qui a pu être dédié à la thèse :

M2 : « j'ai enchaîné les stages prat et SASPAS donc toute l'année j'ai eu deux jours de libres donc je me suis dit aussi qu'il fallait profiter de ce temps libre, de ne pas travailler à temps plein pour faire ça ».

Enfin, le travail de thèse s'impose parfois dans le temps libre, parfois celui de la sphère privée, non sans difficultés ou conséquences pour certains :

M5 : « moi j'ai toujours travaillé que le weekend parce que en semaine quand tu rentres à neuf heures le soir heu ... que t'as vu tes trente ou trente-cinq patients, ben ... moi j'ai qu'une envie, c'est discuter avec ma femme et puis euh ... ou de me mettre devant la télé pour me lobotomiser le cerveau, j'ai pas du tout envie de faire un effort intellectuel ».

M7 : « ça m'a demandé de passer beaucoup de soirées, de nuits dessus en plus de mon boulot ».

M14 : « on a trente ans, euh, on a une vie aussi à côté et ... que moi, bosser le soir ou le weekend euh, c'est bon quoi, j'ai donné, euh, j'en veux plus (rires) ».

L2 : Un travail au dépend des activités professionnelles ou de formation.

Pour certains, le travail de thèse s'est fait au dépend de leur activité de formation :

M6 : « j'ai pas lu un seul Prescrire, j'ai pas fait une seule FMC, et j'étais uniquement dans ma thèse, euh ... (...) ça, c'est gênant oui, par contre ».

M14 : « j'ai pas pu faire de formation en parallèle parce que j'avais pas le temps ».

L4 : Absence de lien entre travail de thèse et activités professionnelles ou de formation

La majorité des médecins interviewés n'ont pas identifié de lien entre leurs activités professionnelles ou de formation et leur travail de thèse :

M2 : « non, ça a vraiment été indépendant de ma formation professionnelle ».

M12 : « non, c'était des choses qui étaient complètement dissociées (...) le seul lien, c'est-à-dire que ça m'a euh ... les patients je les ai trouvés par l'intermédiaire, beaucoup par l'intermédiaire des médecins que je remplaçais en fait. Et euh ... mais autrement, après, c'était ... c'était dissocié ».

Cependant, parmi les médecins ayant exprimé ne pas avoir vu de lien entre ces deux domaines, quelques-uns vont finalement moduler leur point de vue par le rôle du sujet de thèse.

L5 : Lien avec les activités professionnelles ou de formation : le sujet de thèse

En effet, le lien qui peut se faire entre activités professionnelles et travail de thèse semble exister au travers du sujet de thèse, il est relevé par un peu plus d'un tiers des médecins :

M6 : « par rapport à la pratique, oui ... Ah ben oui, parce que ça concerne la contraception, et que la contraception en médecine générale, enfin ... là où je travaille, on a ... on a beaucoup de jeunes, donc oui ... c'est ... on a un lien direct là ».

M14 : « Après, par rapport à mon travail, euh, y'avait pas forcément de lien donc euh, voilà, euh, si, j'ai fait une formation en rapport avec mon sujet de thèse ».

M10 est le seul médecin à évoquer un travail de thèse qui semblait s'intégrer parfaitement avec son activité professionnelle de l'époque :

M10 : « moi c'était vraiment en parallèle de ... de mon travail (...) c'est le retour d'expérience, moi ça complétait mon travail » ; « c'était en lien direct avec l'expérience d'un an, donc euh ... je me disais pas il faut que j'arrête de bosser pendant quelques temps pour faire ma thèse » ; « ça faisait partie de mon travail ».

L6 : La thèse, une thématique ciblée en comparaison du vaste champ disciplinaire de la médecine générale

Mais aussi proche de la médecine de soins primaires qu'il puisse être, le sujet de thèse se heurte au vaste champ de la médecine générale :

M5 : « je prends l'exemple d'une spécialité par exemple la gynécologie, ils vont faire un sujet de gynécologie, ils vont baigner dedans tous les jours, quoi ... Donc euh ... à la limite, ce sur quoi ils vont travailler, euh ... ils l'utilisent tous les jours. En médecine générale, ce n'est pas du tout le cas, hein ! (...) en médecine générale, c'est très très vaste, euh ... c'est transversale, et du coup, euh ... ce que tu vas utiliser, euh ... je prends par exemple l'exemple des certificats de sport sur une amie, euh ... sa thèse était très intéressante, et ... et euh ... et ben oui, ça va être utilisé sur un champ, mais les certificats de sport t'en fais un mois et demi deux mois dans l'année euh ... le reste du temps tu fais autre chose, hein ... Et encore, tu ne fais pas que ça dans ta journée. (...) Donc, ça reste très ciblé quand même ... (...) c'est ... c'est compliqué ... et puis, c'est ... c'est quelque chose que nous, on rencontre tout, très peu ! (rires) Les autres, ils rencontrent peu de choses, très souvent ».

4.7 THÉMATIQUE N°4 : TEMPORALITÉ DU TRAVAIL DE THÈSE

LIEN ENTRE TRAVAIL DE THÈSE ET ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES OU DE FORMATION	
T1	Passer sa thèse rapidement, s'en débarrasser
T3	Choix de la temporalité du travail de thèse
T2	Internat et travail de thèse
T3	Post internat et travail de thèse
T4	Projets de vie et thèse : une temporalité de vie au-delà du cursus
T5	Influence de la temporalité du travail de thèse : rôle de l'échéance, la « dead line »

Cette thématique aborde le regard qu'ont les jeunes doctorés au moment où ils ont réalisé leur travail de thèse. Ils ont, à cette occasion, exprimé leur point de vue sur les autres temporalités durant lesquelles ils n'ont pas, mais auraient pu, faire ce travail.

Une première idée qui se dégage est celle du choix de la temporalité du travail de thèse, mais elle ne fait pas consensus. Cette « liberté » du choix de la temporalité peut être discutée ; elle peut être contrainte par différents facteurs (éléments de vie, stages, projets professionnels restreignant le délai de six ans).

Deux temporalités se sont spontanément dégagées de l'analyse : la période de l'internat et le post-internat. Ces deux espace-temps (internat et post-internat) n'ont pas été dictés par la grille d'entretien.

Les médecins se sont, au travers de leur discours, répartis en deux groupes :

- ceux ayant réalisé la plus grande partie de leur travail de thèse durant l'internat (débuté durant l'internat et fini avant la fin de l'internat M7 M13 ou dans l'année suivante M1 M2 M4 M8 – sauf M6 qui l'a fini 1 an ½ après mais c'est également le travail qui a été le plus long, plus de 3 ans)
- ceux l'ayant réalisé majoritairement après l'internat (débuté dans le dernier semestre d'interne M11 M12 M14 ou après l'internat et fini après l'internat, souvent plus de 1 an après).

Ces deux groupes sont équivalents en nombre (7 médecins dans chaque groupe). Il y a 2 hommes dans le groupe de ceux ayant réalisé le travail durant l'internat et 3 hommes dans l'autre groupe.

Pour respecter la logique temporelle nous aborderons la période de l'internat (T2) avant celle du post internat (T3). Dans chaque sous thématique sera étudié le point de vue de ceux ayant réalisé leur travail durant la période considérée puis celui de ceux ne l'ayant pas fait à ce moment-là. Nous verrons comment le travail de thèse s'intègre dans un contexte temporel qui, au-delà du cursus, concerne des événements de vie. Enfin, certains médecins ont évoqué l'éventuelle influence de cette temporalité sur leur travail.

T1 : Passer sa thèse rapidement, s'en débarrasser

Plus d'un tiers des médecins évoquent cette idée. Ils ont presque tous réalisé leur travail de thèse durant l'internat :

M1 : « je voulais passer ma thèse assez rapidement ».

Cette thématique est parfois motrice dans l'initiation du travail :

M12 : « On se dit toujours qu'on aimerait bien la faire, euh ... le plus tôt possible (...) parce qu'il y a le côté aussi « faut s'en débarrasser », euh ... ce qui n'enlève rien au ... au côté travail bien fait et l'envie, mais euh, bon, voilà, euh ... une fois que c'est fait, c'est fait quoi ».

Cette thématique est mise en lien avec l'aspect contraignant car obligatoire du travail de thèse :

M2 : « c'était le côté obligatoire et je me suis dit autant le faire le plus vite possible ».

Mais surtout avec la temporalité du travail :

M2 : « je voulais pas trop tarder avec la fin de l'internat, en fait. Je voulais faire ça dans la foulée donc j'ai commencé euh assez tôt ».

Cette thématique fait écho à celle abordée dans les motivations à l'initiation du travail de thèse.

t'3 : Choix de la temporalité du travail de thèse

Plusieurs médecins ont raconté comment ils avaient décidé du moment où ils ont réalisé leur travail de thèse. Ils l'expriment comme un choix personnel, influencé par différents facteurs. La thèse ne s'est pas imposée à eux dans sa temporalité, c'est eux qui ont décidé quand ils la feraient. Cette idée ne fait cependant pas consensus. La majorité des médecins exprimant cette idée ont réalisé leur thèse durant l'internat :

M1 : « j'avais envie de, voilà, de finir ça euh ... assez vite et puis de, de profiter de l'internat pour travailler ma thèse ».

M2 : « c'est comme ça que j'avais décidé ».

M3 : « on n'a finalement pas le choix : pendant l'internat ... on n'a pas le temps ... c'est pas possible »

T2 : Internat et travail de thèse

T2 : INTERNAT ET TRAVAIL DE THÈSE
Le point de vue de ceux qui ont réalisé leur travail durant l'internat <ul style="list-style-type: none">- point de vue positif- point de vue négatif- la disponibilité temporelle- le statut d'interne : un meilleur lien avec les structures universitaires et une activité qui se prête mieux aux travaux de recherche.- internat et maturité vis-à-vis du travail de thèse : pas toujours suffisante ?
Le point de vue de ceux qui ne l'ont pas fait durant l'internat <ul style="list-style-type: none">- la disponibilité temporelle- le statut d'interne : un meilleur lien avec les structures universitaires et une activité qui se prête mieux aux travaux de recherche.- internat et maturité vis-à-vis du travail de thèse : un recul insuffisant sur la pratique ?

Le point de vue de ceux qui ont réalisé leur travail durant l'internat

Point de vue positif :

M2 : « pour moi c'était le bon moment » « je pense que du coup je me suis bien impliquée dans cette thèse et j'ai travaillé sérieusement parce que je l'ai fait à ce moment-là, dans les bonnes conditions ».

M7 : « c'était en internat. Ben c'était une bonne chose ».

Point de vue mitigé :

M6 : « c'est pas si facile de faire sa thèse pendant son internat ».

Plusieurs médecins ayant réalisé leur travail durant cette période ont exprimé le fait de l'avoir décidé ainsi. Plusieurs éléments semblent avoir influencé ce choix :

- la disponibilité temporelle :

M2 : « J'ai vraiment fait à ce moment là parce que j'avais du temps qui se dégageait, et que ... bah pour moi il fallait profiter de cette dernière année pour finir les études » ; « j'étais plus libre parce que je ... euh ... j'avais, bah, toujours ma dernière année d'internat, mais c'était pour moi l'objectif de l'année. Hein, je n'avais pas d'autres projets qui se greffaient dessus » ; « ça a été plus facile de me libérer ce temps-là tout en sachant que j'étais salariée de l'hôpital encore et pas libéral où je me serais dit que ce temps-là j'aurais pu le passer à travailler ailleurs ».

M8 : « j'ai pu m'aménager du temps pour la faire ».

Cette disponibilité temporelle est tempérée par un médecin :

M6 : « pendant l'internat, je trouve pas ça facile parce qu'on a des horaires qui euh ... peuvent être euh ... chargés. Enfin, des semaines chargées. Officiellement, on a le droit de poser des demi-journées pour travailler sa thèse, mais une demi-journée par semaine ça suffit mais alors, absolument pas ».

- le statut d'interne : un meilleur lien avec les structures universitaires et une activité qui se prête mieux aux travaux de recherche.

M2 : « Ça a été plus facile aussi pour tout ce qui était démarche auprès du DMG, euh ... enfin voilà des choses comme ça, parce que j'avais encore ce statut d'interne ».

- internat et maturité vis-à-vis du travail de thèse : pas toujours suffisante ?

M4 : « le fait d'avoir commencé assez tôt ? Euh ... bah du coup, j'ai demandé qu'on me propose un sujet. Moi, j'ai dit « oui ». Après, peut être que si j'avais attendu euh ... plus longtemps, euh ... de faire des stages ... en ambulatoire, peut-être qu'il y aurait des idées qui auraient mûri (...) des idées peut-être plus axées sur la médecine générale ».

M8 : « la faire avant, ... je sais pas, ... ben non, j'étais pas assez mûr (...) tu sais pas trop ce que tu veux faire ».

M13 : « je pense que c'était mieux de toute façon que ça se soit fait sur la fin (...) ça me paraissait plus logique quoi, avec plus de recul je pense sur les choses ».

Le point de vue de ceux qui ne l'ont pas fait durant l'internat

Certains expriment un certain regret de ne pas avoir pu profiter de l'internat pour faire leur thèse :

M9 : « je pense que c'est mieux. Après, j'ai pas fait. J'imagine que ça doit être mieux ».

M11 : « ç'aurait été ... peut-être plus intéressant pour moi de finir ma thèse et mon cursus en même temps ».

Les objectifs auraient été différents :

M5 : « je pense que ça a ressurgi sur la qualité de ma thèse (...) je pense qu'elle aurait été bien meilleure si je l'avais fait avant (...) clairement, parce que là c'était juste un travail pour que je puisse être docteur en médecine (...) alors que je pense que si je l'avais fait pendant l'internat ... euh ... j'aurais pu lui accorder une place plus grande et peut être que ça aurait changé mon avenir professionnel, peut être que j'aurais cherché à travailler à l'université ».

Nous retrouvons les mêmes problématiques en jeu :

- **la disponibilité temporelle : à contrario des médecins précédents, ceux ayant réalisé leur travail après l'internat ne semblent pas avoir trouvé au cours de l'internat une disponibilité temporelle leur permettant de s'investir dans la thèse :**

M3 : « on n'a pas le temps ... c'est pas possible quoi. C'est pas possible. Ils nous disent : il faut le faire pendant vos stages ; mais les stages, euh ... on fait soixante-dix heures par semaine, euh ... on peut pas, on peut pas ... Euh, surtout que ... voilà, il y a les enfants, la famille ... on n'a autre chose à faire quoi, on n'a pas que ça. Euh ... après, effectivement profiter du stage prat où on travaille un petit peu moins, bon ... mais je ne l'ai pas fait. Mais bon, euh ... si, oui, il y en a qui y arrivent, tant mieux. Mais pour moi, la thèse pendant l'internat c'est vraiment compliqué, c'est vraiment difficile ».

M11 : « je suis pas sûre que j'aurais eu plus de temps en fait (...) parce que je trouve que les stages étaient prenants et puis on avait pas mal de choses aussi à faire à côté, et que ... Dans le cadre de l'observation, j'aurais pas pu forcément me libérer moi, sur mes stages d'interne, pour aller faire mes observations, qui m'ont prises du temps ».

Ce point de vue est modulé par un médecin qui trouve tout de même que certains stages permettent de mener en parallèle le travail de thèse :

M10 : « Quand t'es dans l'internat, t'as pas trop forcément le temps de te remettre le soir ... à faire du ... à gratter quoi (...) sauf si t'as un stage avec un peu plus de temps et que ta thèse est en lien en plus avec ça ».

- **le statut d'interne : un meilleur lien avec les structures universitaires et une activité qui se prête mieux aux travaux de recherche. Les avis divergent mais portent sur des notions différentes :**

M5 : « en médecine générale, on n'est pas au CHU (...) dans des services (...) dans lesquels on est en contact avec des gens qui peuvent proposer des sujets de thèse ».

M9 : « Non, concrètement il vaut mieux le faire euh ... soit quand tu as encore un pied dans l'internat, ou en ... en en sortant tout juste, quand t'es encore un peu euh dans le ... dans l'esprit universitaire où t'as été habitué à ... à des cours, ou à être dans une hiérarchie, avec des professeurs au-dessus de toi et tout, parce que euh ... après, quand t'as pris ton envol ... ».

- **internat et maturité vis-à-vis du travail de thèse : pas toujours suffisante ? Un recul insuffisant sur la pratique de médecine générale :**

M5 : « quand j'ai fini l'internat j'avais besoin de faire de la médecine générale. Savoir vraiment ce que c'était et ... enfin, quand je suis sorti de l'internat, j'avais l'impression d'être encore un ... un bébé médecin généraliste, et du coup j'étais pas dans cet esprit de thèse de médecine générale, puisqu'on nous demandait quand même un travail sur la médecine générale. Et j'avais pas le recul en tout cas nécessaire pour moi pour faire ce travail ».

M14 : « dans la première ou deuxième année d'internat (...) j'aurais pas pu parce que j'avais pas ce recul euh, à cette époque-là. J'avais pas pris conscience de, euh ... de ce que c'était qu'être médecin généraliste, de notre posture, de ... de plein de choses donc (...) non ça aurait été beaucoup trop tôt »

T3 : Post internat et travail de thèse

T3 : POST INTERNAT ET TRAVAIL DE THÈSE
Le point de vue de ceux qui l'ont faite en post-internat <ul style="list-style-type: none">- point de vue positif- point de vue négatif- la disponibilité temporelle- post internat : moins de lien avec les structures universitaires, difficulté à se remettre à un travail « scolaire »- post internat : sortie du cursus, d'autres préoccupations ?- la contrainte : un moteur, mais source de pression aussi.- internat et maturité vis-à-vis du travail de thèse : pas toujours suffisante ? Un recul insuffisant sur la pratique de MG- un sujet et une activité professionnelle qui s'accordaient
Le point de vue de ceux qui ne l'ont pas faite à cette période <ul style="list-style-type: none">- post internat : moins de lien avec les structures universitaires, difficultés à se remettre à un travail « scolaire », d'autres préoccupations.

Le point de vue de ceux qui l'ont faite en post-internat

Les points de vue peuvent être contrastés pour un même médecin :

Point de vue positif :

M10 : « le bon moment. L'idéal ».

M14 : « je l'ai fait du coup un an et demi après la fin de mon internat mais je trouve que c'est bien » ;
« moi j'ai trouvé que c'était le bon moment, ça correspondait bien ».

Point de vue négatif :

M5 : « très tard, moi j'estime que je l'ai fait beaucoup trop tard, c'est une erreur quelque part ».

N9 : « c'est une mauvaise idée ! (rires) (...) Le moment que j'ai choisi moi c'est dans l'urgence. Mais c'est pas une bonne idée ».

Les mêmes notions que celles retrouvées précédemment appuient leurs points de vue :

- **la disponibilité temporelle :**

M11 : « le fait d'être remplaçante ça me libérait du temps ».

- **post internat : moins de lien avec les structures universitaires, difficulté à se remettre à un travail « scolaire ».**

M5 : « en post internat, y'en a, ... alors une fois qu'on travaille, on n'a pas du tout du tout du tout envie de retourner dans cet esprit de ... universitaire, de ... et euh, à moi, j'étais vraiment dans la découverte du ... métier, avec le contact, avec la relation médecin malade, de ... et du coup retourner à un travail écrit c'était compliqué ».

M9 : « plus tu sors du cursus scolaire et plus t'es euh ... t'es démotivé, euh ... plus t'es dans la vie active et euh ... et moins t'arrive à te mettre devant un bureau » ; « tu décroches trop des études ».

- **post internat : sortie du cursus, d'autres préoccupations ?**

M3 : « j'ai jamais trouvé de sujet pendant tout mon internat, et euh ... et finalement à la fin de mon internat j'ai commencé à faire des enfants, ... j'ai commencé à voir autre chose, à faire autre chose ... il y avait des remplacements, et donc voilà ... petit train-train quoi ».

- **la contrainte : un moteur, mais source de pression aussi.**

M3 : « pour moi il m'a fallu ce ... cette échéance ... j'avais pas le choix quoi, j'avais pas le choix. Il fallait le faire, je l'ai fait, voilà, il me fallait ça quoi ».

M11 : « ç'aurait été ... peut-être plus intéressant pour moi de finir ma thèse et mon cursus en même temps (...) Par rapport euh ... à la pression que je me suis mise à la fin, sur euh ... l'importance de la boucler (...) j'avais envie d'avancer professionnellement, et ... cette pression du temps ».

- **internat et maturité vis-à-vis du travail de thèse : pas toujours suffisante ? Un recul insuffisant sur la pratique de médecine générale.**

M5 : « je pense qu'il faut (...) connaître son métier et savoir (...) comment vouloir l'exercer, avec les contraintes que ça nécessite, aussi bien par rapport au patient quand on veut faire une thèse vis-à-vis du patient que quand on veut faire une thèse vis-à-vis de nos ... de nos confrères (...) cette perception de cadre, je l'ai pas eu moi avant, euh ... avant d'avoir fait de multiples remplacements. (...) et mon objectif c'était de découvrir ce que c'était le ... le rural, l'urbain, le cabinet de groupe, le euh ... travailler seul euh ... une patientèle isolée ou pas ... Vraiment, c'était très important pour moi dans ma découverte. C'est pour ça que j'ai fait mon travail de thèse tard ».

M14 : « je pense que faut pas le faire trop tôt parce que on n'a pas ..., on n'a pas encore le recul sur la situation et on n'a pas une vision des choses qui est, euh ... assez globale quoi, euh ... Donc c'est ... moi j'ai apprécié de le faire plus tard, notamment après mon SASPAS parce que je pense que ça m'a beaucoup aidé pour mon travail de thèse ».

- **un sujet et une activité professionnelle qui s'accordaient :**

M10 : « c'est arrivé au bon moment, parce que c'était sur l'expérience en cours, donc complémentaire du travail et donc euh ... C'est sûr, si j'avais fait sur un autre sujet avant, en cours d'internat, ça aurait été plus compliqué, un peu plus pénible, je pense, ouais. Donc ça a influencé positivement on va dire ».

Le point de vue de ceux qui ne l'ont pas faite à cette période

- **post internat : moins de lien avec les structures universitaires, difficultés à se remettre à un travail « scolaire », d'autres préoccupations :**

M2 : « je savais que plus j'attendais entre la fin des études et ... euh ... le début du travail de thèse, plus je me disais que ça allait être compliqué parce que il y aurait ... euh ... euh ... ben les remplacements, euh ... en général au début on commence petit mais après on a de ... de plus en plus de travail, euh ... la vie de famille et puis aussi plus ça va, moins on a de contact avec les professeurs de la faculté ».

M8 : « t'es passé à autre chose, franchement euh, te faire un travail de recherche euh, c'est plus trop ta motivation, t'es dans le quotidien, euh, du cabinet, dans le travail de généraliste, t'es plus dans les études ».

M7 : « c'est beaucoup plus dur de se remettre à faire un ... un travail un peu, enfin plus scolaire (...) on a envie de faire du coup d'autres choses parce qu'on est un peu libéré, ... on, n'a plus d'examens, plus de cours à bosser, on n'a plus de choses comme ça ... ».

T4 : Projets de vie et thèse : une temporalité de vie au-delà du cursus

M5 : « après c'est organisationnel parce que je l'aurais peut être passée avant, j'aurais peut-être pas eu cette pression non plus, et bon, on a les événements de la vie, on a acheté une maison quand moi je suis sorti de l'internat, on s'est marié l'année d'après, on a eu un enfant l'année d'après, donc euh ... ça fait beaucoup de préparation, beaucoup de choses sur la vie privée ».

M6 : « je m'étais dit que je m'y mettais tôt pour la passer avant la fin de l'internat (...) Et puis, pour pouvoir euh ... justement, faire d'autres projets : partit à l'étranger, euh ... ou autres ».

M14 en évoquant ses difficultés de motivation au début : « j'étais dans des projets de vie à côté, euh, qu'étaient différents, que ça faisait dix ans que j'étais dans les études et que j'en avais un petit peu marre (...) j'avais envie d'autre chose et euh, et puis ben je suis tombée en plus enceinte de mon deuxième enfant au tout début du projet de thèse donc euh, enfin voilà, j'avais beaucoup de préoccupations en tête ».

T5 : Influence de la temporalité du travail de thèse : rôle de l'échéance, de la contrainte temporelle, la « deadline »

T5 : INFLUENCE DE LA TEMPORALITÉ DU TRAVAIL DE THÈSE : LA CONTRAINTE TEMPORELLE, ROLE DE L'ÉCHÉANCE ou « DEAD LINE »
- l'échéance : une source de stress qui peut majorer la contrainte
- l'échéance : réévaluer et adapter les objectifs et la méthodologie du travail
- la découverte du travail de thèse nécessite du temps pour prendre du recul et maîtriser les notions nouvelles

Concernant l'influence de la temporalité du travail de thèse, c'est l'échéance fixée pour ce travail qui est évoquée à plusieurs reprises. Il s'agit de l'échéance « légale », référence au délai de six ans après le début de l'internat et conditionnant l'obtention de la licence de remplacement, ou de l'échéance que le thésard s'est fixé à lui-même, parfois dans l'optique de projets professionnels :

- **l'échéance : une source de stress qui peut majorer la contrainte.**

M2 : « je n'avais pas le stress de me dire que j'avais une dead line pour rendre ma thèse » ; « je pense que ceux qui la font euh ... juste avant ... enfin on a trois ans pour la passer ... euh ... je pense que c'est beaucoup plus de ... de stress et euh ... et c'est pas que ça compromet le travail mais c'est que ... c'est un travail différent. C'est un travail plus sous la pression, et je pense que je ne l'aurais pas vécu pareil ... je pense que j'aurais peut-être plus vu le côté obligation, contrainte et je ne me serais pas investie avec autant de plaisir sur la fin ».

M12 : « le temps, c'est ... défile à une vitesse. Au départ, tu te dis : « je vais avoir le temps, je vais avoir le temps » et euh ... à un moment, le temps, enfin. A un moment, tu te rends compte que le temps te rattrape quoi, et que tu vas plus euh ... que ça va être compliqué ».

- **l'échéance : réévaluer et adapter les objectifs et la méthodologie du travail.**

M3 : « les délais étaient beaucoup trop courts pour envoyer les questionnaires, pour avoir les réponses, et puis après faire la thèse. Du coup je me suis dirigée vers les entretiens semi-directifs. Donc, oui, le fait que mon délai était trop court a influencé sur mon travail, ça oui ».

- **la découverte du travail de thèse nécessite du temps pour prendre du recul et maîtriser les notions nouvelles :**

M14 : « c'est des choses qu'on ne maîtrise pas à la base donc euh, j'avais beau lire des articles, euh, fallait vraiment le temps de les digérer pour euh ... pour bien comprendre, enfin pour me mettre au-dessus de toute la problématique (...) ça demande vraiment beaucoup de recul et je pense que c'était important de prendre ce temps là parce que j'aurais fait tout d'un coup je pense que je serais passé à côté de certaines subtilités ».

4.8 THÉMATIQUE N°5 : RESENTI ET ÉMOTIONS SUSCITÉS PAR LE TRAVAIL DE THÈSE

RESENTI ET ÉMOTIONS SUSCITÉS PAR LE TRAVAIL DE THÈSE	
E1	Thématique positive
E2	Thématique négative
E7	Le stress
E3	La sinusoïde des émotions et du ressenti : ambivalence et alternance
E5	Doutes et incertitudes sur la finalité du travail : remises en question et angoisses
E6	La soutenance

E1 : Thématique positive

E1 : THÉMATIQUE POSITIVE
- vécu et ressenti positif ; satisfaction, contentement, confiance
E1.1 : travail de groupe - partage de la charge de travail - partage des émotions et du stress - facteur de motivation : la dynamique de groupe
E1.2 : avancées du travail, répondre à des objectifs - avancée du travail - sensation de maîtrise du travail - apprendre des choses
E1.3 : aboutissement du travail - satisfaction du résultat final - acquisition de compétences - réussir le challenge

Le vécu du travail de thèse est positifs pour certains: la satisfaction, le contentement, la confiance sont des qualificatifs employés :

M1 : « un très bon ressenti ».

M5 : « tu prends confiance en toi et ... euh ... t'as une petite autosatisfaction ».

M10 : « c'était plutôt positif, oui ... ».

M13 : « on est content ».

E1.1 : Travail de groupe

Le ressenti positif est évoqué au travers du travail en groupe par les deux médecins l'ayant réalisé dans ce cadre :

M1 : « un très bon ressenti puisque en plus on était deux ».

M14 : « c'était satisfaisant ».

Il permet un partage de la charge de travail :

M1 : « la charge de travail était quand même moindre je pense qu'une thèse toute seule parce qu'on s'est partagé la bibliographie ... euh, on s'est partagé la première partie, et puis pour rédiger à deux c'était quand même sympa ».

Un partage des émotions et du stress :

M1 : « il y avait moins de tension aussi pour la soutenance. Le fait de soutenir à deux, c'est, voilà ... moins d'appréhension ».

C'est enfin un acteur de motivation par la dynamique de groupe :

M14 : « c'était un facteur de motivation (...) le groupe ouais, la dynamique de groupe ».

E1.2 : Progressions et avancées dans le travail, répondre à des objectifs

Avancer dans le travail de thèse :

M2 : « pas toujours facile de se motiver à bosser, mais euh ... euh ... souvent quand je terminais ma journée de travail, j'étais contente de moi. Euh, contente de mes avancées ».

M12 : « une fois que ça avance et que les choses se mettent en place, t'as vraiment la satisfaction ».

Sensation de maîtrise et de compréhension :

M2 : « toute la fin du travail, voilà, je savais vraiment où j'allais et j'étais plutôt sereine ».

Obtention de résultats :

M14 : « à des moments où je découvrais des choses (...) je faisais mon analyse et tout d'un coup, ben voilà, y'avait un truc super intéressant qui sortait et ben, c'était vraiment satisfaisant (...) et puis la satisfaction de le rendre à ma directrice de thèse et de, de voir que ben oui ça correspondait bien à ses attentes ».

Apprendre des choses :

M11 : « Il y a des moments où on est ... où j'étais très motivée, où je me suis dit « c'est bien, c'est intéressant, je vois plein de choses, j'apprends plein de choses ».

E1.3 : Aboutissement du travail

M7 : « les émotions elles sont plus venues vraiment à posteriori, une fois passée (...) d'être satisfaite, un peu de fierté, finalement ».

M12 : « le fait que ce soit satisfaisant, tu ... tu le sais au ... à l'intérieur de toi quand t'es dedans (...) Mais quand t'es dedans, non, c'est long et c'est dur. Et puis c'est ... après, que t'apprécies pleinement ce que t'as fait, une fois que c'est ... une fois que c'est fini : c'est là que tu l'apprécies vraiment, ton travail ».

Satisfaction du résultat final :

M7 : « contente de ce qui est produit, ce qu'était produit. Et finalement contente des résultats, de ce qu'on a pu mettre en valeur, de la façon ou le fait de l'avoir fait ».

Acquisition de connaissances :

M7 : « très contente aussi de tout ce que j'ai pu apprendre pendant ce travail ».

Avoir réussi le challenge, dépassement de soi :

M7 : « contente d'avoir réussi, d'y être allé jusqu'au bout ».

M14 : « je me suis vraiment dépassée pour faire ce boulot et du coup euh, c'est euh, j'en suis hyper contente (...) ça m'a vraiment fait avancer donc c'est bien ».

E2 : Thématique négative

C'est un panel d'émotions à tonalité négative qui est également associé au travail de thèse. Certains aspects du travail de thèse émergent dans cette série d'émotions négatives ; ils sont associés dans les discours à ce ressenti. Nous les avons détaillés dans les sous parties.

E2 : THÉMATIQUE NEGATIVE	
<ul style="list-style-type: none">- la contrainte- se noyer, impuissance- se sentir perdu- énervement, irritabilité, colère, agacement- frustration- insatisfaction- abandon, solitude- épuisement et fatigue- découragement, baisse de motivation, renoncement- lassitude- tristesse- des moments difficiles, douleur- déception- manque de compétences- craintes, peurs, doutes	E2.2 : certains aspects du travail <ul style="list-style-type: none">- la bibliographie : manque de compétences, difficulté- la rédaction- constitution du jury de thèse- manque de compétences en méthodologie
	E2.4 : l'inertie du travail ou de certaines démarches
	E2.6 : les enjeux de la thèse REALISER UN TRAVAIL DE QUALITE, UTILE, OBTENIR DES RESULTATS <ul style="list-style-type: none">- pression- peur, stress, angoisse DESILLUSION ENTRE OBJECTIFS ET RESULTATS <ul style="list-style-type: none">- déception, frustration LES ATTENTES DE L'ENTOURAGE : NE PAS DECEVOIR <ul style="list-style-type: none">- pression
	E2.8 : la charge de travail (temps et quantité)

Un panel d'émotions négatives

La contrainte :

N9 : « Mon ressenti c'est que c'était quelque chose qui m'était imposé, que c'était une contrainte (...) J'ai eu l'impression qu'on m'imposait quelque chose (...) Je pense que je me suis sentie étouffée et opprimée, et ... pour moi, c'était vraiment négatif ».

Se noyer, impuissance :

M2 : « au début, vraiment le côté contrainte et l'impression que je me noyais ».

M5 : « l'impuissance au début ... dans l'élaboration à la question de recherche, l'impression d'être noyé dans le ... dans le grand chaos ».

Se sentir perdu :

M2 : « au début, je me suis sentie perdue je pense, c'est le mot ».

Énernement, irritabilité, colère, agacement :

M3 : « je me suis beaucoup énervée ».

M9 : « j'étais encore plus en colère ».

M13 : « agacement sur euh, plein de choses ».

Frustration :

M3 : « de la frustration. C'était de la frustration parce que j'y arrivais pas ... j'y arrivais pas ».

M5 : « c'est très très frustrant ».

Insatisfaction :

M8 : « c'était éprouvant. J'y ai pas pris un plaisir fou hein, pour être tout à fait honnête (...) il y avait deux parties dans l'insatisfaction ».

Abandon, solitude :

M3 : « je me suis sentie abandonnée plusieurs fois ».

M6 : « on se retrouve vraiment très seul par rapport à un travail qu'on ne connaît pas du tout ».

Épuisement et fatigue :

M7 : « des gros moments difficiles, euh ... j'en peux plus, ras le bol, d'épuisement, de doutes ».

Découragement, baisse de motivation, renoncement :

M12 : « ces phases de découragement, elles sont accompagnées parfois de ... de ... bah, pas de tristesse, mais t'as envie d'envoyer les choses euh ... t'as envie d'arrêter, quoi. T'as envie de laisser, euh ... de ... de tout balancer ce que t'as fait par la fenêtre, et de faire autre chose ».

M14 : « ça passait du plaisir au découragement ».

Lassitude :

M6 : « au bout de trois ans, on en a un petit peu marre quand même ».

M14 : « lassitude ».

Tristesse :

M1 : « Sans doute de la tristesse, oui ... ».

Des moments difficiles, de la douleur :

M8 : « c'est très dur » ; « un peu de la douleur hein quand même ».

M12 : « (rires) Les mots ont toujours (rires) un vocabulaire assez négatif, je crois. Que c'était difficile. Euh ... que c'était long. Euh ... ouais. Long et difficile. Je crois que c'est les deux mots qui caractérisent le mieux le travail de thèse en lui-même ».

Déception :

M5 : « moi ça été une très grande déception ... ».

Sentiment d'incompétence :

M3 : « je me sentais pas douée ... (rires). Je me sentais un peu ... un peu neuneu ».

M14 : « des choses que j'avais du mal à, à comprendre parce que c'était sur de la pédagogie médicale et c'était tout un domaine qu'on connaît pas forcément à la base et donc c'était difficile, enfin vraiment difficile ».

Craintes, peurs, doutes :

M4 : « c'est vrai qu'on a peur qu'elle nous laisse tomber et que on ... on soit obligé de changer euh ... alors que ça fait plus d'un an qu'on travaille dessus ».

M14 : « la peur aussi (...) l'angoisse de pas y arriver ».

E2.2 : Certains aspects du travail

La bibliographie : manque de compétences, difficultés :

M2 : « ce qui m'a le plus perdue je pense c'est chercher la bibliographie, ça c'est un domaine dans lequel je ne suis pas à l'aise et ... euh ... et comprendre comment marchait ce logiciel de bibliographie là ... Là je me suis sentie un peu dépassée ».

M5 : « je trouve que c'est un vrai parcours de combattant pour accéder à la littérature, surtout la littérature en soin primaire, ... et puis alors quand on n'est pas doué en langue aussi ... c'est très frustrant ».

La rédaction :

M8 : « la rédaction, c'est laborieux (...) j'étais pas littéraire donc euh, pfff, tu rames tu rames pour écrire un paragraphe (...) quand il y a la relecture, pfff, c'est très dur ».

Constitution du jury de thèse :

M3 : « J'ai eu des soucis pour trouver mon jury, comme j'avais une date absolument, c'était très compliqué de ... enfin voilà ... Je me suis beaucoup énervée ».

Manque de compétences en méthodologie :

M13 : « la méthode qu'on a du mal à assimiler, euh, le focus groupe qui, enfin voilà c'est compliqué, il faut un, le focus groupe il faut le créer (...) comment on découpe le texte, c'est pareil, il faut, enfin c'est ... on a l'impression de perdre beaucoup de temps, c'est ...(...) c'est ça qu'est énervant finalement, y'a ... y'a beaucoup de choses qui devraient pouvoir être faites très vite je pense et, ça devrait pouvoir être, enfin même je pense qu'on pourrait les condenser en, peut-être qu'en deux mois en travaillant tous les jours et en ayant la méthode c'était réglé ».

E2.4 : L'inertie du travail ou de certaines démarches

M11 : « quand ça patine, quand on a du mal à avancer ... Quand on a envie que ça avance, que ... que ça n'avance pas ».

C'est parfois dans ces circonstances que l'aspect contraignant du travail ressurgit :

M11 : « d'autres moments où je me disais ... que c'était une formalité ma thèse, et que ... ben parfois, c'était quand même euh ... j'en voyais beaucoup moins l'intérêt d'être là et ... voilà. Je le faisais vraiment parce qu'il fallait le faire (...) j'arrivais à moins avancer, c'était plus compliqué. (...) oui, pour moi, c'est à ce moment-là que c'est ressorti en tout cas. C'était ... il faut le faire, de toutes les façons il faut le faire, j'avais pas le choix ».

E2.6 : Les enjeux de la thèse

Réaliser un travail de qualité et utile, obtenir des résultats :

- pression

M5 : « j'avais envie de faire quelque chose de pas trop mal, ... au final j'ai échoué je pense, et euh ... donc oui, je m'étais mis la pression pour ça parce que j'avais un peu d'orgueil pour essayer de faire quelque chose de bien ».

- peur, stress, angoisse

M11 : « l'envie de bien faire, tout en se disant « on verra bien ce qu'ils en pensent », mais l'envie d'être satisfait de soi, je pense que ... ça me ... Parce que ça m'a stressé aussi de me dire « je veux pas faire n'importe quoi, c'est peut-être une formalité mais j'ai envie de faire quelque chose de bien » ».

M14 : « l'angoisse de pas y arriver, de pas fournir un travail satisfaisant » ; « la peur de ne pas fournir un résultat euh, qui pourrait être exploitable ».

Désillusion entre objectifs et résultats :

- déception, frustration

M5 : « une déception finale parce que le spécialiste il a pas compris ma thèse (...) je me dis que ... je l'ai pas bien présentée (...) ça été très frustrant ».

M8 : « l'analyse et la rédaction, où tu doutes un peu je trouve (...) euh voilà, tu déchantes un peu » ; « de frustration (...) j'ai pas pu faire exactement euh ce que j'aurais aimé faire quoi, voilà (...) comme

je te disais tout à l'heure c'est qu'il faut euh ... quand t'as fini ta première thèse, tu peux en refaire une deuxième, et là t'es un peu meilleur ».

Les attentes de l'entourage, ne pas décevoir : une source de pression :

M11 : « une petite pression de l'entourage, quand même, qui me disait tout le temps « quand est-ce que tu vas passer ta thèse ? » (...) mes parent, pour commencer. Ma mère m'a dit un jour qu'elle serait morte avant que je passe ma thèse. (rires) Donc, ça, c'est un peu difficile ! Voilà ! ... (rires) Mon conjoint, qui arrêtait pas de me dire « quand est-ce que tu passes ta thèse ? » parce qu'il avait des pressions au niveau du travail (...) le médecin avec qui je travaillais pour la collaboration, qui me demandait aussi « quand est-ce que tu vas la passer ? » Voilà, ça faisait beaucoup de monde, quand même, au bout d'un moment, qui me mettait cette petite pression, et puis moi à côté, qui ben avais l'impression de ramer, ramer, ramer pour avancer ! ».

E2.8 : La charge de travail (temps et quantité)

M12: « quand t'es dedans, ça t'emmerde vraiment, tu trouves ça vraiment long et c'est ça qui décourage » ; « Long et difficile. Je crois que c'est les deux mots qui caractérisent le mieux le travail de thèse en lui-même ».

M14 : « des moments de découragement parce que c'était beaucoup de boulot ».

E7 : Le stress

E7 : LE STRESS
- concilier les choses
- sentiment d'impuissance
- avancer et finir le travail
- la dynamique temporelle, l'échéance : facteur de stress

M11 : « stress ... Oui, je reconnais que ça m'a beaucoup stressée la thèse ».

Concilier les choses :

M12 : « il y a différents pans dans notre vie, et il faut réussir à tous les ... à tous les concilier, et c'est ça qui est ... c'est ça qui est stressant surtout. Réussir à concilier tout ça ».

Sentiment d'impuissance :

M6 : « beaucoup de stress, et de l'angoisse, parce que quand on ... on a l'impression qu'on ... qu'on y arrivera jamais ».

M12 : « le stress, il est plutôt là dans le sens où c'est des choses que tu peux ... essayer d'arranger et de faire au mieux, mais t'as ... t'as pas le pouvoir là-dessus, quoi. C'est ... tu peux pas tout maîtriser ».

Avancer et finir le travail :

M11 : « ça m'a beaucoup stressée la thèse. Oui. La peur de pas la terminer en fait, de pas avancer ».

La dynamique temporelle, l'échéance : facteur de stress :

M4 : « des moments un peu stressants ... par rapport à des timings ».

M12 : « le stress, il est euh ... il est là, il monte une fois de plus avec le temps : c'est-à-dire que plus tu te rapproches de ... la fin » ; « le temps est ... le temps est stressant ».

E3 : La sinusoïde des émotions et du ressenti : ambivalence et alternance

Pour plusieurs médecins, l'expression de ce ressenti n'était pas tranchée en positif ou négatif, mais empreint de multiples contrastes :

M12 : « t'alternes les phases un petit peu de ... de satisfaction, de ... de ... t'es content de ton travail avec beaucoup de phases de découragement ».

M14 : « ça passait du plaisir au découragement, au euh, à la découverte, euh, à la lassitude (...) et puis la satisfaction au final (...) plein plein d'émotions euh, bon mélange quoi ... » ; « souvent c'était par phase (...) c'était vraiment une alternance de sentiments ».

E5 : Doutes et incertitudes sur la finalité du travail : remise en question et angoisses

M5 : « tu te dis ben mon travail sert à rien ... et euh ... je fais n'importe quoi ... euh ... ça n'a aucun sens, ... mon travail c'est de la merde ... très clairement ... et là ... euh ... là tu te remets en question ».

M7 : « Parce que moi je doutais carrément, je disais : « mais ... voilà. Où est-ce qu'on va ? Euh ... qu'est-ce qu'on cherche vraiment ... ? » ».

E6 : La soutenance

E6 : LA SOUTENANCE
- la soutenance : un temps riche en émotions
- la symbolique de la thèse, solennité
- la fin, un aboutissement
- reconnaissance professionnelle
- une importance insoupçonnée
- mais un temps fugace et une formalité

La soutenance de thèse n'était pas mentionnée dans la grille d'entretien, mais a été abordée par plusieurs médecins : elle est source d'émotions, mais aussi porteuse de significations. Nous abordons ici les émotions suscitées par la soutenance.

La soutenance, un temps riche en émotions :

M1 : « un moment intense en émotions ».

M4 : « un peu de stress pendant la présentation, et puis après euh ... de la joie et puis de la fierté ... ».

La symbolique de la thèse, solennité :

M2 : « c'était vraiment le jour de la thèse que je me suis rendue compte que c'était plus qu'un travail (...) là que je me suis dit au niveau symbolique cette thèse, euh ... ça va plus loin ».

M14 : « c'est quand même impressionnant (...) y'a toute la discussion après avec eux, puis le moment du, du serment qu'est quand même solennel (...) voilà, c'est une étape euh, clef dans notre euh, dans notre vie donc (...) c'est un super moment, enfin moi j'ai trouvé que c'était un super moment ».

La fin, un aboutissement :

M11 : « C'est bien quand c'est fini, ça soulage quand même. Enfin, moi, j'ai été soulagée quand ça a été fini, et je me suis dit « ça y est, c'est fini » (rires) ».

Une reconnaissance professionnelle :

M2 : « le soulagement de la reconnaissance professionnelle, la reconnaissance quand même d'un an de travail ».

Une importance insoupçonnée :

M2 : « le jour de la thèse, oui. Il y a eu toutes les émotions du côté professionnel (...) Et puis aussi au niveau personnel ... De voir l'implication de la famille ou des amis qui viennent soutenir notre travail, et ça j'avais pas réalisé avant ».

M7 : « j'avais pas du tout conscience que c'était un moment vraiment important ».

Mais un temps fugace, parfois évoqué comme une formalité :

M11 : « le côté, euh ... bon, lecture du serment et tout ça, c'est un peu ... c'est solennel, quoi. (...) C'est solennel, mais après ... Oui, voilà, ça passe vite, ça passe vite ... ».

M14 : « oui c'est un moment important même si bon je me disais euh, c'est une formalité, de toute façon je suis sûr de l'avoir, euh, voilà, il va pas se jouer grand-chose ».

4.9 THÉMATIQUE N°6 : DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	
D8	Identifier les objectifs du travail
D8	Elaboration du projet de recherche, découvrir et s'appropriier la méthodologie : l'univers inconnu du travail de thèse
D5	Le sujet de thèse : - le choix du sujet - la validation du sujet que le sujet n'ait pas déjà été traité ou soit en cours que la thématique du sujet s'accorde avec le DES de médecine générale ?
D1	Recherche bibliographique, difficultés linguistiques
D6	Constitution de la population à étudier, recueil de données
D3	Analyse des résultats, statistiques
D6	La rédaction
D4	Informatique, mise en page du texte
D2	Aspects administratif et organisationnel, constitution du jury, date de soutenance, réservation de salle : - le timing - constituer le jury : savoir à qui s'adresser, réunir trois professeurs - une difficulté qui s'anticipe
D7	Difficultés avec le directeur de thèse
D9	Faire une place à la thèse, investissement temporel et retentissement sur la vie privée : - intégrer / concilier la thèse aux activités professionnelles ou personnelles - l'investissement temporel et la charge de travail - retentissement sur la vie privée

D8 : Identifier les objectifs du travail

M8 : « ce qu'on attend de la thèse (...) quels sont les objectifs clairement définis, quels sont les objectifs et de façon simple quoi, c'est toujours un peu compliqué, un peu théorique ».

D8 : Élaboration du projet de recherche, découvrir et s'appropriier la méthodologie : l'univers inconnu du travail de thèse

M5 : « toute l'élaboration du projet de recherche, définir une question de recherche ».

M13 : « c'était la méthode finalement, assimiler la méthode qui a été le plus dur je pense (...) j'avais beau lire les bouquins, essayer de me renseigner, j'ai pas trouvé, enfin j'ai pas trouvé la bonne aide quoi (...) j'ai dû perdre un mois et demi - deux mois ».

Les difficultés en termes de méthodologie sont associées dans le discours à l'univers inconnu du travail de thèse qui semble être le premier travail de recherche de ce type :

M5 : « faire ce travail de recherche c'est vraiment la première fois que je me posais pour établir un projet de recherche euh, formuler une question ».

M14 : « des difficultés de méthodologie (...) parce que c'est quelque chose que je connaissais pas et qu'il a fallu se l'approprier ».

D5 : Le sujet de thèse

Les difficultés concernant le sujet de thèse se situent à deux niveaux, tout d'abord trouver le sujet de thèse et ensuite qu'il soit validé :

Le choix du sujet :

M3 : « D'abord, il a fallu trouver le sujet de thèse, ça a été une grande difficulté ça ».

M6 : « Trouver un sujet, c'est pas si facile ».

La validation du sujet, c'est-à-dire que le sujet n'ait pas déjà été traité ou soit en cours et que la thématique du sujet s'accorde avec le DES de médecine générale :

M3 : « j'ai eu des difficultés à savoir (...) si quelqu'un avait déjà travaillé dessus, si quelqu'un était en train de travailler dessus ... Ça, ça a été aussi très compliqué d'avoir la réponse du DMG, de savoir si quelqu'un travaillait sur ce sujet-là ou pas ... ça a mis des mois, des mois pour avoir cette réponse ».

M4 : « c'était pas vraiment un thème de médecine générale, j'étais toujours inquiète par rapport au DMG si ils acceptaient ou pas ... sauf qu'ils me donnaient pas vraiment de réponses claires ».

D1 : Recherche bibliographique et difficultés linguistiques

M5 : « la bibliographie ça a été atroce ».

C'est la difficulté évoquée le plus largement et par le plus grand nombre de médecins. Elle est de deux types :

- **d'une part obtenir une recherche exhaustive et pertinente sur un sujet,**
- **d'autre part les difficultés linguistiques limitant la compréhension de textes en langues étrangères.**

On note également des difficultés à manier le logiciel de bibliographie et à accéder aux textes :

M2 : « apprendre vraiment où chercher la biblio, comment la chercher, faire le tri, euh ... Le fait qu'il y ait beaucoup de littérature en anglais. Ca j'ai trouvé ça difficile. Euh ... le maniement du logiciel de biblio, c'était un peu la galère ».

M9 : « l'autre difficulté ça a été l'anglais (...) J'ai été obligée de traduire tous mes textes sur Google. Ce qui fait que ça m'a pris deux fois plus de temps que quelqu'un d'autre. Euh ... la difficulté a été aussi dans la recherche des articles, puisque moi j'ai passé une thèse sur du bio-psycho-social ».

M13 : « c'était d'accéder vraiment aux articles que je voulais, ou quand il manquait quelque chose, donc ça c'était compliqué. Nantilus ça marche pas là sur la fac, euh sinon si il te demande des choses payantes là c'était un petit peu galère ».

M14 : « des difficultés avec la bibliographie parce que c'était pas forcément évident de trouver les articles euh, voilà, euh, des difficultés de compréhension au départ puisqu'il a fallu m'approprier tout le vocabulaire et tous les concepts ».

D6 : Constitution de la population à étudier, recueil de données

M3 : « des difficultés pour trouver des médecins disponibles hein. C'était à la période de la grippe, donc euh ... ils avaient même pas un quart d'heure à me consacrer ... c'était compliqué ».

M11: « C'est difficile d'aborder des médecins généralistes qu'on ne connaît pas » ; « le recueil des données, c'est ce qui m'a le plus marqué, et ça a été ça, vraiment. Recueillir les données. Arriver à ... à euh ... rentrer en contact en fait, directement. Ça, ça a été vraiment difficile ».

D3 : Analyse des résultats, statistiques

M2 : « j'avais fait mon questionnaire mais sans vraiment anticiper comment j'exploiterais mes données statistiques. Heureusement, ... heureusement j'ai rencontré quelqu'un qui s'y connaissait beaucoup en stat, qui m'a permis de lever ces difficultés, sinon ... euh ... je ne sais pas trop comment j'aurais fait ».

D6 : La rédaction

M8 : « la rédaction laborieuse (...) la partie rédactionnelle est très très difficile ».

D4 : Informatique, mise en page du texte

M2 : « les difficultés, c'était plus aussi gestion de l'informatique, enfin tout ce qui est, euh ... Excel, mise en page, euh ... des choses comme ça ».

D2 : Aspects administratif et organisationnel : constitution du jury, date de soutenance, réservation de salle

Le timing :

M1 : « on doit aller joindre le président du jury et dans la même journée faire signer les papiers ... c'est un peu complexe pour avoir tout le monde au même moment ... et pour réussir à avoir toutes les signatures ... ».

M6 : « le timing, trouver une date, le jury ».

Constituer le jury de thèse : savoir à qui s'adresser, réunir trois professeurs :

M8 : « le jury de thèse aussi, c'était une grande grande difficulté ça (...) personne ne voulait de moi, ... dans le jury de thèse, la contrainte des trois professeurs de médecine, personne ne voulait évaluer mon travail (...) grosse difficulté quand même, donc impossibilité de trouver un jury de thèse, alors ça, ça a été épique aussi, je me suis fait envoyé bouler de tout le monde, parce qu'il n'y avait plus de prof de sociologie, euh de santé publique à Nantes (...) je savais pas, ne connaissant personne, aucun professeur, n'étant pas de Nantes, je savais pas à qui demander quoi tu vois ? Et donc du coup, après j'ai appris qu'il faut envoyer des mails, là comme ça mais ... t'attends un mail d'une réponse, ben tu peux pas demander à quatre parce que si jamais le premier y te dit oui, ou à quatre ou cinq, si le premier y te dit oui ... (...) Sauf qu'au final bien sûr, le jour de ma thèse, de ma soutenance de thèse, y'en a un des trois qui n'est pas venu, après avoir décalé je sais pas combien de fois la date (...) c'était épique quoi ... une catastrophe (...) les trois profs c'est hyper difficile ».

Cependant, un médecin relève que cette difficulté peut être anticipée :

M12 : « ça c'est une difficulté qu'on peut ... quoi s'anticipe ».

D7 : Difficultés avec le directeur de thèse

M3 : « difficultés avec ma directrice de thèse, oui (...) mais parce que aussi elle ne m'a pas beaucoup aidée, elle ne m'a pas soutenue ... Voilà. Ça a été un peu compliqué ».

M9 : « J'ai rencontré des difficultés face à mon directeur de thèse qui euh ... comment dire ? Parce que c'est pas spécialement contre lui en tant que personne (...) on s'est beaucoup disputé. Ça a été la principale difficulté : ça a été de me disputer avec mon directeur de thèse. Beaucoup de conflits, ce qu'il n'a pas oublié de dire le jour de la thèse ! (rires) Euh ... beaucoup de débats ».

D9 : Faire une place à la thèse, le temps, retentissement sur la vie privée

Intégrer, concilier la thèse aux activités professionnelles ou personnelles :

M5 : « cette temporalité, ce temps, de lui donner sa place dans ton rythme de vie, ça a été ce qu'il y a de plus compliqué ».

M12 : « de concilier toutes les choses. Parce que le travail de thèse n'est qu'une partie, euh ... de la vie ».

L'investissement temporel et la charge de travail :

M7 : « ça prend beaucoup de temps » ; « le volume de travail, le volume de temps horaire, euh voilà, le temps passé à l'hôpital pour recueillir toutes les données, le temps passé chez moi ou à l'hôpital pour rédiger, euh, la recherche bibliographique ».

M12 : « la difficulté du temps ».

M14 : « difficulté de tenir sur la longueur quoi, de garder la motivation ».

Le retentissement sur la vie privée :

M7 : « j'ai l'avantage de pas avoir d'enfant, d'avoir aussi un ami qui comprenait les choses et qui m'a vraiment soutenu (...) parce que passer mes soirées à l'hôpital ou bosser jusqu'à deux heures du mat, même à la maison, voilà, on passait pas de soirée ensemble ».

M12 : « la sensation des fois avec un enfant en bas-âge de passer à côté de ... de choses, parce que voilà ... Euh ... Et puis même, au niveau ... au niveau loisir ».

M14 : « j'ai eu une grossesse aussi pendant ma thèse (...) c'est clair que, pfff, y'a des moments j'avais pas envie de m'y mettre hein. J'avais déjà eu une petite fille, euh, ouais, y'a eu la rentrée des classes (...) ça a été une difficulté pour ma thèse, pas pour ma vie personnelle (rires) (...) ça m'a fait mettre mon travail entre parenthèse sur certaines périodes parce que j'avais des préoccupations personnelles (...) mais, euh, voilà, moi j'ai fait clairement le choix de privilégier ma vie personnelle ».

4.10 THÉMATIQUE N°7 : AIDE PERÇUE DURANT LE TRAVAIL

AIDES PERÇUES DURANT LE TRAVAIL DE THÈSE	
A1	Thématique positive : presque un consensus
A2	Thématique négative
A3	Le directeur de thèse
A5	Le Département de Médecine Générale : une aide discutée, un manque de moyens
A7	Les groupes de thèse : une aide discutée - limites du travail collectif - manque de retour
A6	La famille et les proches - une écoute, un soutien, compréhension - une aide technique et logistique, un autre regard sur le travail réalisé, aide aux corrections - la soutenance
A11	Les confrères, co-internes, autres thésards Autres intervenants : - statisticien : des compétences techniques - le tuteur - le président du jury - une psychologue et des médecins de santé publique - les bibliothécaires de la bibliothèque universitaire de santé - les médecins qui ont contribué au travail de recherche, notamment le recueil de données
A9	Aide et autonomie

A1 : thématique positive : presque un consensus

La quasi-totalité des médecins interviewés ont exprimé le sentiment d'avoir été aidés, à des degrés variables, durant leur travail. Néanmoins, ce ressenti n'exclut pas des remarques, positives ou négatives, quant à ces aides :

M12 : « euh, oui, complètement ».

M14 : « oui, je me suis sentie plutôt aidée ».

M2 : « Euh, partiellement ».

M8 : « je vais pas dire non ».

A2 : thématique négative

Un médecin exprime un sentiment plutôt négatif sur ce point :

M6 : « pas du tout ! ».

Mais cette première opinion est finalement modérée :

M6 : « enfin, si, par euh ... les personnes de la BU de Nantes, là, qui sont vraiment super, qui m'ont vraiment bien aidée. Par les amis, la famille ... (...) et voilà. (rires) - et alors, ce « pas du tout » que tu

m'as dit au début ? - parce que ... euh ... la faculté de Nantes au niveau du DMG ils sont ... malheureusement je pense qu'ils sont débordés ».

Cette première réaction négative puis tempérée semble traduire les attentes importantes que les étudiants peuvent avoir envers certaines structures pour les aider.

A3 : Le directeur de thèse

A3 : LE DIRECTEUR DE THESE
- encadrement, guide, facilitateur, accompagnateur
- aider sans juger, laisser une autonomie
- une source de motivation
- présence, disponibilité, mais qui font parfois défaut
- interlocuteur, ouvert au dialogue et à la discussion, qualité d'écoute
- expérience du directeur de thèse : qualité importante mais variable
- investissement du directeur de thèse
- âge du directeur de thèse
- une aide insuffisante manque d'expérience manque de disponibilité difficultés de communication
- quelles attentes envers le directeur de thèse ? une réflexion nécessaire trop d'attentes envers le directeur de thèse ?
- un regard différent sur ce travail : l'univers inconnu et nouveau de la thèse

M8 : « oui effectivement mon directeur de thèse m'a aidé ».

M10 : « on était un peu deux quand même ».

M14 : « oui, par ma directrice de thèse » ; « je me sentais bien soutenue ».

- Encadrement, guide, facilitateur, accompagnateur

M1 : « notre directeur de thèse nous a quand même bien guidées la dessus donc ça a facilité les choses » ; « on a été aussi très bien encadrées par notre directeur de thèse ».

Le directeur de thèse a été pour certains un guide, qui a également facilité certaines étapes difficiles telles que le recueil de données :

M11 : « sur le recueil des données, où c'est ... il m'a donné plein de noms, j'y suis allée en donnant son nom à lui, et c'est essentiellement ces médecins-là qui m'ont accueillie (...) à tous les moments, il m'a ... il m'a aidée. Je me suis jamais sentie seule dans cette thèse ».

- Aider sans juger, laisser une autonomie

M14 : « c'était pas une présence euh, trop intrusive, euh, elle m'a vraiment laissé faire à ma manière (...) elle n'était pas dans le jugement, elle était en tant qu'observatrice et à m'aiguiller ».

- Une source de motivation

M4 : « elle m'a aidait bien, oui ... et puis c'était motivant ».

M14 : « quand on sent pas le directeur de thèse motivé on a du mal nous à garder notre motivation ».

- Présence, disponibilité, mais qui font parfois défaut

C'est une condition importante de l'échange entre le thésard et son directeur de thèse, mais qui n'est pas toujours remplie pour certains :

M2 : « il n'avait pas vraiment le temps ».

M7 : « a toujours répondu présent, voilà. Donc pas du tout abandonnée comme beaucoup de personnes, on entend dire euh ouais je l'ai fait tout seul (...) malgré que lui avait beaucoup de travail (...) on se voyait assez régulièrement, et y se rendait, ouais y se rendait disponible ».

M14 : « elle était disponible (...) j'en entends certains qui préparent leur thèse et qu'envoient des choses et ils ont jamais de réponses, faut relancer (...) et je trouve que c'est une perte de temps, c'est euh, puis c'est pas motivant ».

- Interlocuteur, ouvert au dialogue et à la discussion, qualité d'écoute

M7 : « mon directeur de thèse, euh a toujours répondu aux questions (...) j'avais vraiment un interlocuteur qui mmm, qui était toujours là, toujours prêt à répondre aux questions ».

M11 : « Au moment où c'était difficile, je pouvais lui en parler ».

M12 : « c'était vraiment de l'échange, c'était surtout ça ».

- L'expérience du directeur de thèse : qualité importante mais variable

M1 : « c'était aussi qui a l'habitude de ... de ... de diriger des thèses, donc c'est vrai qu'il nous a vraiment bien bien guidés dans notre travail ».

M2 : « c'était la première fois qu'il encadrait une thèse et je pense qu'il avait pas vraiment réfléchi sur ce que je pouvais attendre de lui ».

- Investissement du directeur de thèse

M12 : « Je pense que ça s'est bien passé aussi parce que justement c'était elle qui m'a ... qui a proposé ce sujet, donc elle était euh ... elle était aussi intéressée par tout ça » ; « forcément, je pense que quand t'as un étudiant, un thésard qui va te faire un ... un travail, euh qui ... qui t'intéresse en tant que directeur de thèse, forcément ... tu vas être attaché à ce qu'il fasse quelque chose de bien aussi ».

- Age du directeur de thèse

M4 : « je pense que le fait d'être jeune, du coup ... (...) qu'elle est un peu plus compréhensive de ce que je ... de ce que je peux attendre ».

- Une aide insuffisante

Certains médecins ont exprimé à l'inverse le sentiment de ne pas avoir été aidés, ou insuffisamment, par leur directeur de thèse. Plusieurs des « qualités » ou facteurs évoqués précédemment semblent avoir fait défaut et sont invoqués pour expliquer ce ressenti :

M2 : « Après, de la part de mon directeur de thèse, euh ... pas du tout ... euh ... non, clairement pas du tout ... en gros, il a corrigé les fautes d'orthographe, et c'est à peu près sa seule participation ... ».

M3 : « ma directrice de thèse, non » ; « elle ne m'a pas beaucoup aidée, elle ne m'a pas soutenue » ; « je me suis sentie plutôt abandonnée par elle ».

- manque d'expérience pour diriger une thèse

M2 : « c'était la première fois qu'il encadrait une thèse ».

- manque de connaissances méthodologiques

M13 : « il connaissait pas la méthode (...) il pouvait pas m'aider à ce niveau là parce qu'il avait pas, il maîtrisait pas la méthode, c'était, lui, lui il me proposait le sujet, après le reste, bon ben c'était, c'est un peu débrouille toi ».

- manque de disponibilité

M13 : « au niveau directeur de thèse, ce que je te dis, il était très pris ».

Ce manque de disponibilité, bien que regretté, a laissé une plus grande autonomie au thésard avec alors un sentiment d'ambivalence :

M2 : « c'est vrai que d'un côté je regrette un peu qu'il ait aussi peu participé, d'un autre moi c'est, euh ... j'ai aussi apprécié d'être assez indépendante et de faire les choses à ma façon. C'est ... il y a un peu les doubles ... c'est un peu ambivalent ».

- difficultés de communication

M3 : « j'avais l'impression qu'elle se fichait de moi » ; « C'était tout ou rien, et euh ... sur le fond, elle me disait rien. Elle me disait, voilà, elle me corrigeait mes fautes ... mes fautes de phrases ... mais voilà, mais sans plus. Sur le fond, elle ne disait rien. Et puis, le jour de la soutenance, elle m'a complètement descendue ».

- Quelles attentes envers le directeur de thèse ?

Une réflexion nécessaire :

M2 : « je pense que je me suis un peu précipitée sur le premier médecin qui m'a dit ... euh, oui, je veux bien t'aider, sans vraiment réfléchir à ce qu'il pourrait m'apporter ».

Trop d'attentes envers le directeur de thèse ?

M9 : « c'est vrai que j'avais pas envie d'assumer ce travail de thèse toute seule puisque ça me faisait suer, donc autant le faire à deux. Euh ... sauf que ben lui, il est pas là pour ça (...) Mais ... ça pour le

comprendre c'est un peu ... enfin, comme moi ça me faisait suer de faire ma thèse, je voulais le plus de soutien possible et avancer le plus possible avec son accord pour pas me tromper de chemin (...) alors que c'est mon travail à moi et pas le sien ».

M13 : « c'est possible aussi que j'attendais peut-être trop au début d'eux hein, ça y'a peut-être aussi un peu de ça, je pense que, j'ai quand même le sentiment que (...) on se dit bon de toute façon il faut que je me débrouille (...) mais je m'attendais pas à ça au début quoi, je pensais que j'allais être soutenu ».

- Un regard différent sur ce travail : l'univers inconnu et nouveau de la thèse

M13 : « en tant que directeur de thèse et celui qui passe la thèse, on voit pas les choses de la même façon quoi. Enfin, eux ils proposent un sujet, ils corrigent un peu mais, mais euh ... ils ... je pense qu'ils n'ont pas, ils estiment qu'ils n'ont pas à nous aider plus que ça (...) alors que moi j'arrivais sur un truc complètement nouveau ».

A5 : Le Département de Médecine Générale : une aide discutée, un manque de moyens

Nous le verrons par la suite, le DMG a été évoqué au travers d'autres thématiques.

Une aide décevante ?

M2 : « de la part du DMG en général, euh ... non plus. C'est vrai que j'avais été à un groupe de thèse au tout début de mon sujet, qui m'a ... absolument rien apporté. Euh, et puis à deux ou trois reprises j'avais envoyé des mails pour leur dire où j'en étais dans mon travail, même pour leur dire quel sujet exactement je voulais faire : je n'ai jamais eu de retour. Bon, donc là ... je me suis ... j'étais très déçue la dessus ... ».

Un manque de moyens face au nombre d'étudiants à aider :

M6 : « la faculté de Nantes au niveau du DMG ils sont ... malheureusement je pense qu'ils sont débordés, ils ont pas le temps de prendre en charge six cent internes ou médecins pour leur thèse ».

A7 : Les groupes de thèse : une aide discutée

M2 : « j'y étais allée pour prendre un peu la température, euh ... j'en suis ressortie, j'avais l'impression, encore plus de questions que de réponses, l'impression d'avoir perdu mon temps ».

Les limites du travail collectif :

M2 : « huit à passer en trois heures, enfin, ça fait ... même pas un quart d'heure chacun, enfin ... euh ... je trouve que ce qu'ont dit les autres par rapport à leur travail moi ça ne m'a rien apporté, euh ... alors, certes c'est intéressant, mais on ne peut pas s'intéresser au travail de tout le monde, ce n'est pas possible ... euh ... niveau personnel, moi ça ne m'a rien apporté. Et à côté de ça, j'ai euh ... l'explication de mon projet et les premières questions soulevées, en un quart d'heure, ça a été beaucoup trop succinct en fait ... donc je pense que ... un travail collectif ça n'a pas de sens en fait. (...) il vaudrait mieux un travail individuel ».

Un manque de retour :

M2 : « après j'avais envoyé des mails euh ... à la personne qui avait dirigé, euh ... il ne m'a jamais répondu. Bon, je n'y suis pas retournée ... ».

A6 : La famille et les proches

C'est, avec celle du directeur de thèse, l'aide la plus fréquemment mentionnée.

Une écoute, un soutien, compréhension :

M2 : « je me suis sentie épaulée par mon mari, ça c'est sûr ... euh ... qui était là pour écouter l'avancée de mon travail, mes questions, mes doutes ... ».

M6 : « la famille pour le côté soutien ... quoiqu'il arrive (rires) ».

Une aide pour gérer le quotidien et aménager le temps de travail :

M12 : « ma compagne. (...) ça été, au quotidien, ça été la plus grosse aide que j'ai pu ... recevoir. Et je pense même que ça a été plutôt l'aide la plus importante, ça a été elle, parce que euh ... si elle avait pas ... Enfin voilà ... elle a vu dans quoi je m'embarquais, elle me voyait travailler et puis euh ... du coup, c'est elle qui prenait en charge beaucoup de choses du quo ... du quotidien, qui gérait euh ... qui gérait notre fils, qui acceptait de ... de partir, pour me laisser bosser les week-end. Enfin voilà, c'est ... c'est elle qui m'a aidé le ... qui m'a aidé le plus finalement ».

Une aide technique et logistique, un autre regard sur le travail réalisé, aide aux corrections :

M2 : « en informatique : oui, tout ce qui est mise en page, impression ... Ah, oui, c'est lui qui a fait l'impression aussi. Euh ... ma mère aussi a pris le temps de relire tout mon travail, donc pareil de corriger toutes les fautes, de ... de revoir avec moi des tournures de phrases ».

M7 : « la mise en page que j'ai déléguée à mon ami ».

M8 : « la partie rédactionnelle est très très difficile. Heureusement que j'ai ma femme qui m'a aidé là dessus ».

Une aide lors de la soutenance :

M3 : « mon mari m'a beaucoup aidée pour la soutenance ».

A11 : Les confrères, co-internes, autres thésards

Nous avons vu dans la première partie que la transmission d'expériences et d'informations entre confrères était importante dans l'initiation du travail. Nous retrouvons ici cette dynamique, ainsi que celle du groupe pour M14 :

M6 : « les amis en médecine justement ont ... soit ont fait leur thèse soit sont en cours, donc c'est ... pour pouvoir partager justement les difficultés ou les conseils (...) on est beaucoup quand même je trouve en ... dans la même galère et que ... ça fait du bien de se dire qu'on n'est pas tout seul et que ... il y en a qui arrivent à la passer quand même ».

M7 : « notamment une co-interne qui était dans le même cas que moi (...) le fait qu'on soit toutes les deux un peu dans la même galère finalement, on se soutenait aussi ».

La dynamique de groupe, pour ceux qui en ont fait l'expérience, a été une aide bénéfique :

M14 : « par les autres internes (...) parce que ben on a élaboré euh, plein de choses ensemble, donc c'était du travail de groupe (...) avec des retours, voilà, donc ça, pour le travail en lui-même, et aussi pour la motivation parce que de voir que les autres avancent bon, ça donne envie d'avancer aussi (...) c'est la dynamique de groupe comme je te disais (...) qui a été positive ».

Autres intervenants

Le statisticien, des compétences techniques :

M2 : « Je me suis sentie aidée de la part du ... bah du statisticien que je suis allée voir. Ça c'est sûr, il a pris le temps, euh ... de comprendre mon sujet, de m'expliquer les stat, d'exploiter mes données ... Ça, là, je me suis sentie vraiment, vraiment épaulée ».

Le tuteur :

M3 : « pour ma thèse en tout cas y m'a aidée sur la biblio, j'étais très contente, y m'a aidée à me motiver aussi, je lui expliquais mes problèmes et tout, y m'a aidée à me motiver, il a accepté de relire ma thèse ».

Le président du jury :

M4 : « La présidente, du coup ... bah, la chef de service de la directrice ».

Une psychologue, des médecins de santé publique :

M9 : « une psychologue et un ... un ... ah mince, t'as un organisme à Paris qui est spécialisé dans les entretiens téléphoniques dans le cadre médical, c'est des médecins d'ailleurs, je crois que c'est des médecins de santé publique. Eux, ils m'ont un peu aidé sur une toute petite partie de mon travail ».

Les bibliothécaires de la bibliothèque universitaire de santé :

M6 : « les personnes de la BU de Nantes, là, qui sont vraiment super, qui m'ont vraiment bien aidée »

Les médecins qui ont contribué au travail de recherche, notamment pour le recueil de données :

M11 : « j'ai été beaucoup aidée par les médecins ... que j'ai observés, et qui ... du coup, le fait, déjà ... voilà ... de m'accepter en tant qu'observatrice dans le cabinet ... de me rappeler (...) J'ai été aidée quand même par eux. Et puis voilà ... (rires) Ils m'ont tous parlé de la thèse, parce qu'ils l'ont tous passée, et ... chacun l'avait vécu différent, donc ouais, d'en parler c'était sympa aussi ».

M12 : « les médecins qui m'ont permis de recruter les ... les patients, voilà. Ils m'ont aidé, quoi, ils ont fait le choix de ... de m'aider aussi : ils auraient pu refuser, ou pas ... ou pas jouer le jeu ».

A9 : Aide et autonomie

Parfois, l'aide semble avoir été perçue comme une potentielle limite à l'autonomie pour réaliser ce travail. Le besoin d'être soutenu et aidé se confronte au souhait de faire de la thèse une réalisation personnelle :

M2 : « je préférais me débrouiller toute seule mais que ce soit vraiment mon travail » ;
« effectivement, je ne voulais pas un maître de thèse qui me mette des bâtons dans les roues et qui fasse les choses à sa façon ».

M7 : « en même temps ça aurait plus été ma thèse si j'avais délégué des choses aux autres ».

4.11 THÉMATIQUE N°7 : AUTRES AIDES À DISPOSITION ET NON UTILISÉES

AUTRES AIDES A DISPOSITION ET NON UTILISÉES	
a'1	Séances de bibliographie
a'3	Les groupes de thèse
a'2	La bibliothèque universitaire
a'3.1	La faculté
a'8	Autres aides disponibles : - documents écrits sur la thèse - biostatisticien
a'4	Non, l'ensemble des aides ont été utilisées et/ou étaient suffisantes
a'5	Les autres aides disponibles ne sont pas facilement identifiées
Motifs pour lesquels les aides n'ont pas été utilisées - les aides en place étaient déjà suffisantes - les groupes de thèse : problèmes de déplacement, de disponibilité par appréhension doutes sur leur véritable utilité	

Certains médecins vont mettre en avant des dispositifs qui étaient à leur disposition pour les aider, et auxquels ils n'ont pas eu recours, pour différent motifs. D'autres en revanche ont eu le sentiment d'avoir utilisé l'ensemble des aides à leur disposition. Enfin, certains médecins expriment la difficulté qu'ils ont eue à identifier ces aides éventuelles.

a'1 : Séances de bibliographie

M1 : « il y avait des séances de ... euh ... de bibliographie à la fac, et ça j'aurais éventuellement pu le faire ... euh ... ouais, ça j'ai pas fait. Euh, et du coup ça aurait peut-être pu m'aider ».

a'3 : Les groupes de thèse

M3 : « j'ai pas profité des groupes de thèses, je sais pas si ça m'aurait aidé, j'en ai fait un comme je disais au début et puis comme j'ai vu que ça m'avait rien apporté du tout j'ai pas ... ».

M5 : « ils ont mis en place des groupes de thèse à la fac, donc j'aurais pu très bien euh ... les faire à une époque pour élaborer par exemple ma question de recherche ... je pense que j'aurais pu très bien l'utiliser à une époque euh, ... oui, oui, j'avais conscience de ces aides mais personnellement je ne les ai pas utilisées ».

a'2 : La bibliothèque universitaire

M2 : « j'avais eu pas mal de difficultés au niveau de la recherche bibliographique, euh ... oui, je sais que j'aurais pu aller à la BU et euh ... leur demander euh ... ça je sais, oui, j'aurais pu le faire ».

a'3.1 : La faculté

M8 : « au niveau de la fac, c'est difficile, oui et non, c'est moi qui suis pas allé chercher aussi l'aide ».

M13 : « le DMG, ... après je l'ai pas non plus trop sollicité non plus, j'aurais peut-être plus pu leur demander ».

a'8 : Autres aides disponibles

Documents écrits sur la thèse :

M8 : « j'aurais pu lire plus de bouquins sur euh, la rédaction de thèse ».

Biostatisticien :

M10 : « ils demandent peut-être de l'aide à des biostatisticiens, pour faire un truc carré ».

a'4 : Non, l'ensemble des aides ont été utilisées et/ou étaient suffisantes

Certains médecins n'ont en revanche pas identifié d'aides disponibles qu'ils n'auraient pas utilisées :

M6 : « toutes les aides que j'ai pu avoir, je pense que j'ai essayé de les solliciter ».

M9 : « non, je vois pas ... Non, vraiment, je vois pas ».

Avoir recours à trop d'aides différentes risque de créer de la confusion :

M14 : « je sais pas, euh, je pense pas, je pense que c'était suffisant, après, c'est aussi prendre le risque de se disperser un petit peu donc euh, je pense que pour moi c'était suffisant (...) d'avoir trop d'avis, d'avoir trop de gens qui sont là pour regarder ce qu'on fait, euh, au bout d'un moment ça devient difficile parce que je, ben c'est quand même assez subjectif comme travail (...) si chacun vient donner son avis, euh, y'aura des choses contradictoires (...) et après on avance plus donc (...) je pense que, non, je pense que j'étais assez entourée, euh, et puis je vois pas trop vers qui j'aurais pu me tourner sinon, c'était déjà, y'avait déjà beaucoup de personnes dans le travail ».

a'5 : Les autres aides disponibles ne sont pas facilement identifiées

M11 : « C'est pas évident je trouve de savoir vers qui se tourner quand on passe sa thèse. On est un peu seul, dans son coin ou avec le directeur de thèse (...) Parce que ... je sais pas qui appeler, je sais pas qui ... enfin ... qui, voilà, qui contacter, je sais pas ... (...) je sais pas à qui faire confiance là-dessus en fait ».

M13 : « je voyais pas trop à qui d'autre demander ».

a'6 et a'7 : Motifs pour lesquels les aides n'ont pas été utilisées

Pour certains médecins, les aides qu'ils avaient reçues avaient déjà répondu à leurs besoins :

M1 : « m'a bien encadrée et puis ça a suffi ».

M5 : « ces prérequis étaient largement remplis par ma directrice de thèse et l'environnement que j'avais, donc du coup la fac s'est retrouvée au second plan et que je n'ai pas utilisé ».

Plusieurs paramètres ont été un frein à la participation aux groupes de thèse en particulier :

- problèmes de déplacement, de disponibilité, de planning :

M3 : « c'était contraignant pour moi parce qu'en plus ça tombait sur un jour de travail au cabinet donc il fallait que je prenne une demi-journée pour aller à ce groupe de thèse, c'était un peu trop contraignant ».

M8 : « j'y suis pas allé (...) par euh bon, les problèmes de planning ».

- par appréhension :

M11 : « je suis pas allée moi à toutes les préparations de thèse du DMG. (...) Et puis j'avais ... j'avais peur de ce qu'on allait me dire aussi, d'ailleurs » ; « Parce que j'avais eu des échos de ... d'autres internes, avec qui ça s'était mal passé, qu'on leur avait dit que c'était n'importe quoi et compagnie, donc évidemment c'est toujours ce qui revient aux oreilles, bah interposées, euh ... et par du bouche à oreille, et donc ... voilà. Donc, oui, j'avais peur de ce qu'on allait me dire, et j'ai ... Je ... j'avais peur que ça m'aide pas, et que ça me démotive plus qu'autre chose. (...) carrément ... (rires) J'exagère ! (rires) J'exagère peut-être, mais vraiment je pense qu'à un moment j'ai ressenti ça... (...) après, j'ai sans doute eu tort, mais ... Mais voilà ».

- doutes sur leur véritable utilité :

M3 : « La seule fois où j'y suis allé, c'était pour demander si quelqu'un travaillait sur mon sujet, et j'ai jamais eu la réponse, donc voilà, alors euh ... effectivement j'ai assisté, y avait d'autres personnes qui posaient des questions sur leur thèse, c'est vrai que ça avait l'air intéressant mais sans plus (...) j'avais quand même l'impression qu'il laissait quand même en suspens des choses (...) y'avait des réponses, mais y'avait pas, c'était pas complet quoi, je trouvais que c'était pas complet. Alors effectivement peut être qu'il avait pas à répondre complètement aussi, qu'il fallait qu'il aille faire son travail, mais voilà, ça m'a pas ».

M8 : « y m'ont pas incité à y aller parce que ils étaient très déçus de ces réunions de thèse ».

- par opposition :

M9 : « je dis pas que ça aurait pas pu m'aider hein, je l'ai pas fait (...) Mais moi ... j'étais tellement récalcitrante envers la thèse, que de toute façon je refusais beaucoup de choses (rires) ».

4.12 THÉMATIQUE N°8 : COMPÉTENCES ACQUISES AVEC LE TRAVAIL DE THÈSE

COMPÉTENCES ACQUISES AVEC LE TRAVAIL DE THÈSE	
(C)	Oui, le travail de thèse a permis d'acquérir des compétences : un quasi consensus
(C-)	Non, le travail de thèse n'a pas permis d'acquérir des compétences
C5	Réaliser un travail de synthèse de connaissances
C8	Approfondir les connaissances sur un thème ou une problématique médicale
C6	Gestion d'un travail (durée et charge de travail)
C9	Mener un travail de recherche, approche de la recherche en médecine générale : entretiens individuels, recueil de données ... -
C4	Recherche bibliographique
C2	Statistiques
C3	Informatique
C1	Apprendre à rédiger
C7	Communication, relationnel, psychologique, pédagogique

(C) : Oui, le travail de thèse a permis d'acquérir des compétences

Il semble exister un quasi consensus sur l'acquisition de compétences avec le travail de thèse, même si certains avis sont tout de même mitigés (treize médecins sur quatorze) :

M1 : « c'était quand même des compétences que ... que j'avais pas du tout avant, que j'ai acquises pendant la formation de la thèse ».

M2 : « Oui, ça, ça m'a ... oui. C'est sûr, il y a plusieurs ... tous ces domaines là où ça m'a appris beaucoup de choses ... ».

M10 : « euh ... (rires) Bah, on va dire ouais, quoi ... ».

M11 : « sans doute ! (rires) ».

(C-) : Non, le travail de thèse n'a pas permis d'acquérir des compétences

Un médecin (M9) a dit en revanche ne pas avoir acquis de compétences avec son travail de thèse :

M9 : « non ! (rires) Non, concrètement non. Pas pour mon activité de médecin généraliste au quotidien (...) puisque je savais déjà les critères pour reconnaître , je savais déjà les facteurs de risque, et en plus c'était même pas sur ça mon travail de thèse, mais il fallait bien savoir la base de ce qu'est , donc euh ... non. Je n'ai pas acquis de compétences (...) clairement, non. Voilà. Je ne sais pas quoi te dire ».

Le travail de thèse permet d'acquérir des compétences dans des domaines différents ; certaines de ces compétences rejoignent les objectifs du travail de thèse évoqués en première partie.

C5 : Réaliser un travail de synthèse de connaissances

M2 : « ça m'a appris à faire un travail de synthèse de connaissances, hein, chose que je n'avais jamais fait au cours de mon cursus, et de ce travail de synthèse refaire un nouveau travail de synthèse à l'écrit et à l'oral ».

C8 : Approfondir les connaissances sur un thème ou une problématique médicale

M12 : « mon sujet, c'était sur Il m'a permis d'avoir une réflexion sur les et sur la manière euh ... dont je les gère un petit peu maintenant, effectivement ».

M14 : « des compétences euh, sur le sujet en lui-même puisque c'était sur l'éducation, la prévention, le dépistage donc il a bien fallu que j'approfondisse ces sujets-là ».

C6 : Gestion d'un travail (durée et charge de travail)

M2 : « Gérer aussi un travail sur toute une année, hein ..., se donner des objectifs, ... c'est ... gérer un travail de cette envergure. Je n'avais jamais fait quelque chose de cette ampleur-là ».

M10 : « sur l'organisation d'un travail ... ».

C9 : Mener un travail de recherche, approche de la recherche en médecine générale : entretiens individuels, recueil de données ...

M5 : « l'approche de la recherche qualitative, j'en avais jamais fait ... déjà j'ai découvert ce que c'était qu'une recherche qualitative (...) c'était vraiment ça ma thèse, ça a été découverte d'un travail de recherche, élaboration de A à Z (...) c'était le défi que je m'étais mis, et en ça je suis très satisfait, ça a été vraiment découvrir ce que c'était un travail de recherche ».

M8 : « avec le montage de la maison de santé on (...) nous demande de définir, euh, d'évaluer les besoins de santé de la population. Vaste question quand même (...) évaluer les besoins de santé d'un territoire, il faut faire une recherche (...) je savais que ma méthodologie n'était pas bonne, mais tu vois, le fait d'avoir fait ce travail de thèse, ça me permet de me dire qu'ensuite quand dans mon travail, quand euh, ben voilà, quand tu me poses ce genre de question, je dis ben non, ça marche pas ».

C4 : Recherche bibliographique

M2 : « faire des vraies recherches bibliographiques sur des sites anglophones, enfin ... au niveau international ».

M3 : « J'ai appris à faire une bibliographie ».

C2 : Statistiques

M1 : « j'ai appris aussi un petit peu comment gérer au niveau statistique, euh ... enfin, c'est pas nous qui les avons faits, mais euh ... on a vu comment ça se passait ».

C3 : Informatique

M10 : « sur la présentation d'un travail aussi ... à la fois sur l'utilisation des tableurs pour les stats, mais si on est un petit peu ... et puis sur le logiciel de ... de traitement de texte ».

C1 : Apprendre à rédiger

M1 : « on a écrit sous la forme d'un article ce que je n'avais jamais fait, donc euh ... voilà, je sais comment se présente un article, je sais comment le monter ».

M7 : « j'ai vraiment appris sur le ... euh ... sur la façon de penser, de réfléchir, d'écrire (...) d'analyser, de rédiger, de ... de présenter les choses au fur et à mesure ».

C7 : Communication, relationnel, psychologique, pédagogique

Le travail de thèse, par la thématique du sujet ou la méthodologie employée, a permis à certains médecins d'acquérir d'autres compétences,

- d'ordre relationnel et psychologique :

M3 : « les entretiens c'était intéressant, je pense que j'ai appris quand même un peu à, ..., à discuter ».

M12 : « explorer la psychologie des ... des patients, la manière dont se font les ... les choses. Et je pense que là-dessus, c'est pas une perte de temps, parce que ça te permet toujours de réfléchir sur euh ... comment est-ce que les gens pensent, sur comment ... est-ce que ils interagissent avec leur ... avec leur euh ... avec leur milieu (...) c'est quelque chose de difficilement quantifiable, c'est pas palpable comme compétence ».

- pédagogiques :

M4 : « m'entraîner oralement aussi (...) m'entraîner à une présentation ».

M14 : « des compétences pédagogiques » à savoir : « en fait c'est, c'est un peu en miroir parce que moi c'était sur la pédagogie entre , mais y'a aussi la pédagogie entre le médecin et son patient et la façon de gérer les choses et des fois ça se recoupe un petit peu donc euh ... je pense que c'est en ça que ça me sert ».

4.13 THÉMATIQUE N°9 : IMPACT DU TRAVAIL DE THÈSE SUR LA PRATIQUE CLINIQUE OU L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

IMPACT DU TRAVAIL DE THÈSE	
I1 et I'1	Absence d'impact sur l'orientation professionnelle, un quasi consensus
I2, I3 I4	Impact sur la pratique clinique quotidienne : des avis divergents <ul style="list-style-type: none"> - I2 : oui, un impact sur la pratique clinique ou I7 : le mode de formation - I3 : avis intermédiaire, mitigé - I4 : absence d'impact sur la pratique clinique
I5	Rôle du sujet dans l'impact sur la pratique clinique / Sensibilisation à un sujet
I6	Capacités d'analyse et de bibliographie et impact sur la pratique clinique
I8	Méthodologie du travail de thèse et impact sur la pratique clinique

I1 et I'1 : Absence d'impact sur l'orientation professionnelle, un quasi consensus

Il semble exister un consensus sur le fait que le travail de thèse n'a pas d'impact sur l'orientation professionnelle :

- **une large majorité des médecins expriment cette opinion :**

M3 : « Pas du tout sur mon orientation professionnelle, je l'avais déjà, ça n'a rien changé ».

M6 : « l'orientation professionnelle, non, je ne pense pas ».

M13 : « l'orientation professionnelle, euh ... non, parce que c'était prévu comme ça ».

- **en dehors de quelques-uns qui ont un avis moins tranché :**

M10 : « bah, plus ou moins, quoi ... après, c'est ... enfin ... Moi, j'aime bien ça , donc euh ... mais je l'aimais avant la thèse aussi ».

M14: « après ça a pas encore eu d'impact euh, sur le fait de ... d'enseigner moi-même (...) mais j'aimerais bien que ça vienne un jour (...) si un jour je prends un interne euh, en maître de stage euh ... je pense que là je réfléchirai à tout ce que, tout ce dont j'ai pris connaissance au cours de ma thèse et euh, et j'essaierai de le mettre en application ».

M5 tempère son avis négatif par un impact potentiel qu'aurait pu avoir son travail s'il avait été réalisé à un autre moment :

M5 : « Ce travail aurait été fait pendant l'internat, je pense que clairement ça aurait eu un impact sur ma vie professionnelle » ; ce qui fait référence à : « je pense que si je l'avais fait pendant l'internat ... euh ... j'aurais pu lui accorder une place plus grande et peut être que ça aurait changé mon avenir professionnel, peut être que j'aurais cherché à travailler à l'université ».

I2, I3 I4 : impact sur la pratique clinique quotidienne : des avis divergents

Concernant l'impact du travail de thèse sur la pratique clinique quotidienne, les avis divergent et sont partagés entre un sentiment plutôt positif, plutôt négatif ou intermédiaire.

I2 : Oui, un impact sur la pratique clinique ou I7 : sur le mode de formation

Certains médecins trouvent que leur travail de thèse a eu un impact sur leur pratique clinique :

M11 : « Sur ma pratique quotidienne euh ... oui ... sans doute, parce que j'ai ... j'ai ... testé tout ce que j'avais posé comme questions dans ma thèse (...) je sais pas pendant combien de temps ça va jouer, mais encore aujourd'hui, je repense à ma thèse quand j'examine ».

M14 : « je pense que ça a eu un impact sur ma pratique ».

- grâce aux compétences acquises :

M6 : « en pratique, oui, c'est ce que je disais, euh ... les consultations euh ... sont plus faciles et je ... euh ... enfin, oui j'ai acquis les compétences là-dedans, oui ».

D'autres y voient un impact sur la façon de se former, qu'ils différencient bien de leur pratique :

M14 : « je sais mieux comment me former, après ça change pas ma pratique en consultation ».

I3 : Avis intermédiaire, mitigé

M2 : « Pratique clinique quotidienne, j'ai envie de dire ... j'ai envie de dire le plus souvent non, sauf dans quelques cas concrets, hein ... disons que si je n'avais pas fait ce travail, je n'aurais pas ... de temps en temps, je rebondis dessus en consultations, mais ... ça reste rare quand même ».

M13 : « Sur la pratique clinique, mmm ... enfin, oui, je sais ... dans le cadre des , un peu, qu'est-ce qu'il faudrait faire, et tout (...) En pratique même, ça change pas grand-chose ».

I4 : Absence d'impact sur l'orientation professionnelle

M9 : « franchement, euh, entre avant et après ma thèse euh ... je veux dire : mes patients, je m'en suis occupée pareil. Je veux dire : ma thèse n'a rien changé, hein. C'est pour ça que je trouve ça débile : parce que ça n'a rien changé à ma pratique. Faut être claire que j'étais pas un meilleur médecin le lendemain de ma thèse ».

M10 : « ça a pas changé ma pratique quotidienne d'avoir fait une thèse ».

M12 : « dans les faits, c'est pas parce que t'as fait une super belle thèse que tu soigneras mieux tes patients. Ça n'a ... ça n'a ... ça n'a aucune influence je pense sur tes connaissances médicales et sur la pratique que tu auras euh ... que tu auras après. A l'exception peut-être du sujet que euh ... que t'a pris, où tu as peut-être euh ... où tu seras peut-être un peu plus sensibilisée sur ce ... sur ce point-là ».

I5 : Rôle du sujet dans l'impact sur la pratique clinique / Sensibilisation à un sujet

M7 : « Sur la pratique quotidienne, j'ai peut-être été un peu plus sensibilisée (...) et beaucoup plus à l'aise avec ça ».

M14 : « le sujet m'a fait réfléchir sur des choses (...) le travail en lui-même euh, je pense pas que ça ait joué sur ma pratique ».

Mais certains médecins remarquent les limites de cet impact du sujet sur la pratique clinique. Le sujet, même en lien avec la pratique quotidienne, ne représente qu'une petite partie du champ disciplinaire de la Médecine Générale :

M12 : « on fait toujours une thèse sur un sujet et un seul et ... nos disciplines, elles se limitent pas à un seul sujet ou à une seule technique chirurgicale ou un seul examen ».

Ce d'autant que pour certains, la thématique de leur travail ne s'inscrivait pas dans le champ de la MG :

M9 : « non ! (rires) Clairement, non ! (rires) (...) parce que c'était euh ... pas de la médecine générale. C'était une thèse sur du bio-psycho-social (...) ce n'était pas de la médecine générale ma thèse ».

I6 : Capacités d'analyse et de bibliographie et impact sur la pratique clinique

Si le travail de thèse leur a permis d'acquérir des compétences dans ces domaines, certains y voient un impact sur leur activité professionnelle :

M7 : « sur la démarche médicale, démarche diagnostique, analyse, essayer de synthétiser plus les choses peut être, ... ou même pour présenter, expliquer les choses aux familles, être des fois un peu plus synthétique ».

Mais pour d'autres, ces compétences n'ont pas d'impact sur leur pratique :

M2 : « non, clairement. Dans ma pratique quotidienne, ça, ça ... non clairement ... ça ne m'apporte rien. Ça m'a apporté au niveau personnel de ... de savoir le faire mais tout en sachant effectivement que je ne le referai plus, ou probablement plus au cours de ma carrière, et ce n'est pas quelque chose qui va me servir avec les patients, ça c'est sûr ».

I8 : Méthodologie du travail de thèse et impact sur la pratique clinique

Un médecin explique avoir acquis des compétences (interroger, écouter) en ayant réalisé des entretiens dans le cadre de son travail de thèse :

M3 : « sur ma pratique, ben peut être, sur les entretiens, effectivement, les entretiens m'ont sans doute appris à interroger, et à trouver la réponse à la question ».

4.14 THÉMATIQUE N°10 : UTILITÉ DU TRAVAIL DE THÈSE

4.14.1 Utilité du travail de thèse d'une manière générale

UTILITÉ DU TRAVAIL DE THÈSE « d'une manière générale »	
TONALITE DES REPONSES	
U1	Thématique positive : plutôt oui, une majorité d'avis, nuancés parfois
U2	Thématique négative : plutôt non
U3	Pas d'avis ou non tranché : oui et non - utile mais pas indispensable - manque de recul.
U4.8	L'utilité de la thèse est difficile à formuler ou à cerner
LES NOTIONS RATTACHÉES A L'UTILITÉ DU TRAVAIL DE THÈSE D'UNE MANIÈRE GÉNÉRALE	
U4.1	Apporter des réponses dans le domaine médical
U4.5	Modifier sa pratique
U4.2	Utilité dans la formation médicale
U4.6	Utilité dans la réalisation d'un travail de recherche
U4.7	Utilité d'un travail symbolique : conclusion des études de médecine, titre de docteur en médecine
U4.8	L'utilité de la thèse est difficile à formuler ou à cerner
U4.3	Méthodologie insuffisante et manque d'utilité
U4.3	Déceptions sur l'utilité de la thèse ?
U5	Une remise en cause de la thèse ?

TONALITÉS DES RÉPONSES

U1 : Thématique positive : plutôt oui

La majorité des avis s'accordent sur une utilité de la thèse d'une manière générale tout en étant parfois nuancée :

M7 : « je pense que c'est pas quelque chose qu'on aurait spontanément envie de faire, c'est sûr ... maintenant, je pense que oui, y'a des choses positives à en ressortir ».

M13 : oui, c'est utile. Euh ... après, je pense que ça peut être plus ou moins bien euh ... utilisé, quoi. C'est plus ça. Enfin ... ça devrait pouvoir être encore plus utile ».

M14 : « oui je pense que c'est utile, ça nous fait quand même avancer, ça apporte des choses, même si c'est très pénible ».

U2 : Thématique négative : plutôt non

Quelques médecins penchent plutôt vers une non-utilité du travail de thèse de manière générale, même si leur avis ne semble pas complètement tranché :

M3 : « on va peut-être dire non mais presque (...) non, pour moi, c'est vraiment pour embêter les étudiants » ; « je trouve qu'elle apporte rien, donc euh non, aucune utilité ».

M9 : « Pour moi, non ... Après, je dis pas que le bout de travail que j'ai fait ne va pas aider pour autre chose derrière, mais euh, non (...) Et puis toutes les thèses que j'ai été voir de mes amis, clairement, euh ... ils ont très bien travaillé, ils ont eu les félicitations, parce que de toutes façons en médecine générale, il faut être honnête, ils filent les félicitations à tout le monde. Euh ... clairement, je pense que ça a pas ... que ça a rien apporté (...) ça veut bien dire qu'en médecine générale ton travail il sert à rien ».

U3 : Pas d'avis ou non tranché : oui et non ; un manque de recul

Enfin, deux médecins n'ont pas d'avis tranché sur la question, ou semblent osciller entre les deux points de vue :

- utile mais pas indispensable pour l'un :

M4 : « Bah, utile ... non ... je dirais non ... (Sourires) (...) parce que ça ne change pas grand-chose à ma pratique je trouve ... Mmm ... Enfin, non, je dirais : utile, oui pourquoi pas, mmm ... mais pas indispensable. Je pense que si c'était pas obligatoire personne ne le ferait ».

- manque de recul pour un autre :

M6 : « ah je pense que je l'ai passée il y a un mois et que je suis pas encore capable de répondre » ; « je pense qu'il faut peut-être un peu de temps pour voir les effets positifs de la thèse ».

LES NOTIONS RATTACHÉES A L'UTILITÉ DU TRAVAIL DE THÈSE D'UNE MANIÈRE GÉNÉRALE

Plusieurs idées, que l'on peut rapprocher des notions d'objectifs et de compétences évoquées plus haut, sont mises en avant pour appuyer la notion d'utilité du travail de thèse. Nous l'avons vu, les avis divergent sur la question. Ces concepts sont donc à la fois mis en avant ou remis en cause selon l'opinion exprimée, mais toutes sont rattachées à cette notion d'utilité.

U4.1 : Apporter des réponses dans le domaine médical

Cette perspective du travail de thèse est globalement remise en question :

M2 : « ce n'est pas utile pour développer les connaissances théoriques » ; « je me dis que mon travail n'a pas été utile non plus pour faire avancer euh ... les données de la science ou la pratique de la médecine ».

M3 : « les études de médecine générale elles apportent rien » ; « j'ai pas l'impression que ça va bouleverser la façon de faire ».

U4.5 : Modifier sa pratique et U4.2 : utilité dans la formation médicale

Ici encore, les avis sont plutôt négatifs :

M4 : « utile ... non ... je dirais non (...) parce que ça ne change pas grand-chose à ma pratique je trouve ».

M2 : « ce travail n'a pas été utile à ma formation ».

U4.6 : Utilité dans la réalisation d'un travail de recherche

Le travail de thèse semble trouver une utilité par la réalisation d'un travail de recherche ; la dimension nouvelle de ce travail, comme première expérience dans ce domaine, domine également :

M5 : « c'est utile parce que (...) c'est le seul travail qui nous interpelle dans la recherche ».

M8 : « c'est utile, ça apporte une expérience » ; « quelque part j'entraînerais euh, ce que peut être un travail de recherche ».

M12 : « C'est peut-être le seul travail universitaire vrai, de recherche, en fait, qu'on nous demande de faire. Et ... et je pense qu'il y a ce côté-là qui est intéressant. C'est important de ... de ... de savoir ce que c'est une recherche, et de savoir euh ... ça nous permet au moins de lire d'autres choses, d'avoir un regard critique ».

U4.7 : Utilité d'un travail symbolique : conclusion des études de médecine, titre de docteur en médecine

Il semble exister un réel attachement des doctorés à la dimension symbolique de la thèse :

M7 : « je pense qu'il faut garder ouais, ... garder ce côté un peu mythique de la thèse ».

- conclusion des études de médecine :

M10 : « le petit côté symbolique ... Moi, c'est ... j'ai trouvé ça plus utile pour conclure les études ».

M11 : « c'est difficile de dire non, mais euh ... Je pense que c'est surtout un symbole en fait » ; « C'est ... une manière pour moi de conclure l'internat ».

- symbolique du titre de docteur en médecine :

M8 : « on est docteur en médecine donc faut quand même pas usurper le titre, hein d'abord, ça mérite la reconnaissance de la population ».

M11 : « J'ai pas toujours dit ça, hein, j'ai beaucoup pensé que la thèse c'était ... c'était inutile, maintenant ... Ouais, je sais pas (...) on est thésé, et on peut écrire docteur (rires) à la fin de l'ordonnance ».

U4.8 : L'utilité de la thèse est difficile à formuler ou à cerner

Quelques médecins trouvent une utilité à la thèse, mais ont des difficultés à la formuler :

M11 : « j'imagine que oui ... il est utile, oui ... Mais ... mais j'ai du mal à dire pourquoi » ; « C'est difficile de dire non, mais ... mmm ... Mais ... mais ... c'est difficile aussi de dire pourquoi ».

M14 : « c'est difficile à expliquer ».

U4.3 : Méthodologie insuffisante et manque d'utilité

Certains mettent en avant les défauts méthodologiques des travaux de thèse pour appuyer leur avis sur l'absence ou une utilité insuffisante de ce travail :

M3 : « ça a pas grand intérêt, les focus groupe sur l'étude des pratiques des médecins généralistes ... Enfin ouais, enfin, je vois pas trop ce que ça apporte d'interviewer médecins pour savoir comment réagissent tous les médecins de France (...) c'est pas satisfaisant méthodologiquement, que ça a vraiment un intérêt au point de vue médical, je sais pas ... social encore peut être ? ».

M13 : « j'ai pas l'impression que euh ... que ça apporte grand-chose. Enfin, c'est une sensation quoi. Donc on sait pas trop finalement : bon alors, c'est pas publié, ça sert à rien, mais si c'est pour publier et d'avoir euh, dix mille, dix milles thèses euh ... de faible impact, finalement, je sais pas si ça apportera grand-chose ».

Deux problématiques sous-jacentes : problème de moyens et de formation méthodologique pour une première expérience dans ce domaine :

M13 : « les autres thèses que j'ai entendues qui étaient plus quantitatives par exemple, ils sont tous un peu bloqués sur les stats, parce que ils peuvent pas avoir autant de moyens, y'a des problèmes, ou des problèmes de méthodes qui sont pas bonnes (...) c'est bête quoi, enfin, d'avoir fait tout ça, et puis qu'à la fin on nous dise ah ben non, t'aurais pu faire comme ça (...) en même temps on n'a jamais été formé à faire d'études, des choses comme ça, ça peut pas être parfait du premier coup ».

Une suggestion : développer les travaux collectifs :

M13 : « des gros sujets de thèse régionaux ou nationaux où chacun ... fait un bout de la thèse ou fait la même thèse, mais finalement ça donne un gros euh ... il y a une grosse puissance quoi, au niveau de l'étude quoi, parce que bon ... Au moins on a quelque chose de carré (...) le fait que ce soit collectif, ça permet vraiment d'avoir quelque chose d'intéressant ».

U4.3 : Déceptions sur l'utilité du travail de thèse ?

M13 : « voilà, personnellement on a fait la thèse, on l'a dans l'étagère, bon, si c'est ... c'est un peu bête de passer, oui plusieurs mois, ça fait quand même pas mal d'heures de travail à, ... et que ça serve à, enfin oui, ça sert un peu ... juste à nous quoi finalement ».

U5 : Une remise en cause de la thèse ?

Enfin, certains médecins expriment des doutes quant à la justification de ce travail :

M2 : « ce n'est pas utile (...) après ... est-ce qu'on peut s'en passer quand même, je sais pas. Ça fait partie de la tradition ».

M6 : « approfondir un sujet (...) oui, c'est vraiment intéressant. Je suis pas sûre que ce soit obligatoirement dans un travail de thèse qu'il faille faire ça ».

4.14.2 Utilité du travail de thèse « dans ton cas précis »

UTILITÉ DU TRAVAIL DE THÈSE « dans ton cas précis »	
TONALITÉ DES RÉPONSES	
u+	Plutôt positif
u-	Plutôt négatif
U+/-	Intermédiaire, contrasté selon les points de vue
LES NOTIONS RATTACHÉES A L'UTILITÉ DU TRAVAIL DE THÈSE D'UNE MANIÈRE GÉNÉRALE	
u'1	Apporter des réponses ou des résultats intéressants, défendre un point de vue
u'4	Quelle utilité à titre individuel ?
u'6	Quelle utilité en pratique médicale quotidienne ?
u'3	Un travail utile aux personnes auxquelles il était destiné
u'3	Quelle utilité si le travail n'est pas lu ?
u'2	Perspectives et poursuite du travail

TONALITÉS DES RÉPONSES

u+ : Plutôt positif

Pour environ la moitié des médecins, leur thèse a été plutôt utile :

M13 : « moi je l'ai trouvée utile ».

M14 : « oui, oui, oui je pense qu'elle est utile ».

u- : Plutôt négatif

D'autres expriment l'avis contraire :

M3 : « Non ».

M4 : « (silence) bof, non ... ».

u +/- : Avis intermédiaire, contrasté selon les points de vue

Certains expriment enfin un avis contrasté selon le point de vue adopté : utilité à titre personnel ou utilité pour les autres ?

M6 : « pour euh ... moi, oui euh ... c'était intéressant. Après, pour euh ... pour le travail de thèse, non (...) en terme scientifique et médical, euh ... non ».

M9 : « elle va l'être mais pas pour moi ... ».

M11 : « Utile pour les autres : euh ... je ne sais pas. Je n'en suis pas sûre. Utile pour moi : ... euh ... si quand même, je pense que voilà. Je dirais pas totalement inutile : en fait, je peux pas dire qu'elle est totalement inutile ».

LES NOTIONS RATTACHÉES A L'UTILITÉ DU TRAVAIL DE THÈSE DANS TON CAS PRÉCIS

u'1 : Apporter des réponses ou des résultats intéressants, défendre un point de vue

Certains ont le sentiment que leur travail de thèse est utile dans ce sens :

M1 : « oui, puisque on a réussi à apporter des réponses » ; « on a apporté des résultats assez intéressants ».

M8 : « je crois que c'est ... ben c'est se battre un peu pour des idées ».

D'autres ne trouvent pas que leur travail de thèse soit utile de cette manière :

M4 : « non, ça va pas changer ... la médecine ... (rires) ».

M11 : « De part les conclusions de ma thèse et tout ça, oui, non, il n'y a pas ... ça n'a pas euh ... ça n'a rien apporté, enfin, je n'ai pas révolutionné le monde ».

Parfois les avis sont plus nuancés :

M12 : « si les gens le trouvent intéressant, et que ça peut permettre de poser certaines choses, pourquoi pas. Mais ... c'est ... on revient à ce qu'on disait tout à l'heure : c'est une petite pierre, hein. Faut pas se leurrer non plus. Enfin, c'est pas ... c'est pas ... tout seul dans son coin qu'on va ... faire les choses ».

u'4 et u'6 : Quelle utilité à titre individuel ? Quelle utilité en pratique médicale quotidienne ?

L'utilité à titre personnel est discutée :

M9 : « pour moi, elle ne m'est pas utile » ; « ça ne m'est pas utile, vu que je ne referai jamais ça, et que j'ai déjà oublié toutes les théories ».

M13 : « je l'ai trouvée utile personnellement ».

Les avis divergent également sur l'utilité dans la pratique médicale quotidienne :

M11 : « Je suis pas sûre que ça me serve beaucoup dans ma pratique quotidienne ... Le truc, c'est que j'oppose là dans ces conditions la pratique et le côté théorique (...) au quotidien, enfin, quand on travaille, ... on voit pas ... enfin, on n'applique pas beaucoup la thèse ».

M14 : « elle m'a fait avancer (...) j'essaye de retrouver les indicateurs que j'avais mis dans ma thèse, j'essaye de les retrouver quand même dans ma façon d'être (...) c'est utile pour moi ».

u'3 : Un travail utile aux personnes auxquelles il était destiné

M14 : « elle est utile pour les enseignants du département de médecine générale » ; « c'est une thèse de qui est clairement destinée à des , donc euh, c'est utile pour eux ».

u'3 : Quelle utilité si le travail n'est pas lu ?

Pour que la thèse soit utile, faut-il encore qu'elle soit lue :

M3 : « ma thèse je l'ai faite ... maintenant personne la lira, elle est au fond d'un placard et puis personne la lira » ; « c'est un travail inutile et un bouquin inutile qui sert à rien, j'ai fait un bouquin, je suis contente, voilà, maintenant je l'ai lu, et puis y'a deux autres personnes, enfin peut-être trois dans mon jury qui l'ont lu, et puis c'est tout ».

M4 : « je pense qu'il va pas y avoir grand monde qui va la lire ! ».

u'2 : Perspectives et poursuite du travail de thèse

Le travail de thèse de certains médecins semble être utile par les perspectives ouvertes ou la poursuite de ce travail par d'autres personnes :

M1 : « oui, ça se poursuit derrière, ils y a d'autres thèses qui sont faites, et on a l'impression d'avoir fait un travail qui a servi » ; « il y a d'autres thèses qui sont en cours, qui sont issues, qui s'appuient un peu sur nos résultats ».

M5 : « mon travail est un travail de poupées russes, donc euh ... oui, il devrait être précurseur pour faire d'autres travaux de recherche ».

M9 : « ma thèse est l'ébauche de quelque chose qui sera de la pratique en clinique plus tard. Donc, dans ce but-là, oui, elle est utile (...) elle est l'ébauche d'un futur grand travail, donc là oui, elle a forcément dû être utile à d'autres personnes que moi ».

4.15 THÉMATIQUE N°11 : QUALITÉ SCIENTIFIQUE DU TRAVAIL DE THÈSE

4.15.1 Qualité scientifique du point de vue individuel

QUALITÉ SCIENTIFIQUE DU TRAVAIL DE THÈSE, POINT DE VUE INDIVIDUEL	
TONALITÉ DES RÉPONSES	
Q1	Correcte
Q2	Mitigée
Q3	Mauvaise, minime
LES DÉTERMINANTS	
Q4	La méthodologie
Q5	Accompagnants du travail : membre du jury ou directeur de thèse - dont les exigences et l'expérience favorisent la réalisation d'un travail de qualité - décisionnaires dans certains cas de la méthodologie
Q6	Expérience, compétences en méthodologie de la recherche - compétences que certains opposent à celles de la pratique clinique - une fois de plus, il semble exister une dichotomie entre les préoccupations durant l'internat, centrées sur la pratique, et le travail de recherche qualifié de théorique - lié à un défaut de formation à la recherche durant les études de médecine ? - une maturité nécessaire pour réaliser un travail de recherche de qualité
Q7	Temporalité du travail
Q8	Motivation, implication, investissement
Q9	La médecine générale, un terrain de recherche plus difficile à étudier

TONALITÉ DES RÉPONSES

Q1 : Correcte

M1 : « correcte en terme de qualité, on a fait une étude, ... voilà, avec une étude comparative, donc ... scientifiquement, euh ... voilà, on a eu des stat faites par un statisticien, je pense que voilà, ça tenait la route cette étude ».

M12 : « si on la présente à un sociologue, il va pas la trouver, euh ... Il va dire qu'elle est pas terrible. Mais pour un ... pour un médecin généraliste, euh ... je ... Voilà, j'ose croire qu'elle est pas trop mal ».

Q2 : Mitigée

M2 : « mitigée ».

M9 : « La qualité scientifique, elle est moyenne ».

M13 : « un peu « light » ».

Q3 : Mauvaise, minime

M3 : « Nulle ! » ; « j'étais parti dans le mauvais sens ».

M10 : « C'était pas un travail hyper scientifique (...) je sais pas trop quel adjectif utiliser du coup (...) la portée scientifique, elle est minime quoi, parce que ça change pas, euh ... la science à proprement parler, quoi ... la science fondamentale ».

LES DÉTERMINANTS

Q4 : La méthodologie

La qualité scientifique du travail de thèse relève de la méthodologie employée, dont les bases théoriques, les limites notamment des études qualitatives sont soulignées :

M6 : « la méthodologie justement n'a pas été aussi bien faite que ça, puisqu'on a fait un travail descriptif, et que le descriptif au final ça ne prouve rien (...) c'était un très bon travail avec euh ... un très bon taux de réponses etc. ... mais que comme c'était un travail descriptif, c'est pas publiable et ça n'avance à rien ».

M11 : « D'avoir une bonne méthode pour pouvoir bien interpréter derrière (...) Je trouve qu'on a ... on n'a pas toujours des bonnes bases (...) le problème des thèses de médecine générale, c'est que en générale on n'avait pas des bons référentiels, des choses qui étaient reconnues par tout le monde ».

M13 : « par rapport à la méthode employée oui puis c'est ça oui aux limites de cette méthode-là ».

Q5 : Accompagnants du travail (membre du jury ou directeur de thèse)

Dont les exigences et l'expérience participent à la réalisation d'un travail de qualité :

M4 : « l'exigence de la présidente de thèse, qui est très ... très euh ... euh ... publication d'articles, tout ça ... euh ... elle est très scientifique ... ».

M7 : « j'étais vraiment encadrée, avec euh, voilà. Avec un directeur de thèse très pointilleux, très ... qui lui faisait actuellement sa thèse de recherche en même temps, enfin, voilà, qui va devenir chef de service, enfin qui vraiment, qu'a déjà pas mal publié ».

Partie prenante dans certains cas de la méthodologie :

M6 : « la méthodologie ? C'est pas moi qui l'ai choisie à la base. A la base, c'était un questionnaire qui avait déjà été fait, qui a été validé par ma directrice de thèse ».

Q6 : Expérience, compétences en méthodologie de la recherche

M5 : « le recueil des données, il a été moyennement satisfaisant, lié à ... à mon inexpérience je pense de la recherche qualitative ».

M14 : « j'ai fait à la mesure de mes moyens (...) Je pense qu'on peut pas nous demander une qualité euh, scientifique euh, énorme alors qu'on n'a pas de compétences à la base dans ces domaines-là (...) nous c'est de la découverte hein, qu'on fait donc euh ... Voilà, on fournit un travail mais (...) à la base on a pas de compétences (...) on les acquière au cours de notre thèse ».

Compétences que certains opposent à celles de la pratique clinique :

M11 : « j'avais ... pas beaucoup de bases scientifiques sur les travaux de recherche. C'est parce que ça m'intéressait pas beaucoup je pense avant. Je me suis beaucoup intéressée à la pratique ».

Une fois de plus, il semble exister une dichotomie entre les préoccupations durant l'internat, centrées sur la pratique, et le travail de recherche qualifié de théorique :

M11 : « pendant l'internat, j'avais envie de pratiquer, en fait, j'avais envie de ... d'avoir concrètement un travail et de m'impliquer en pratique, dans ce travail (...) Pour moi, c'est deux choses différentes ... J'ai du mal à les recouper au quotidien ».

Une maturité nécessaire pour réaliser un travail de recherche de qualité :

M14 : « je pense qu'il faut, faut des années pour s'approprier tout ça (...) il faut un recul, il faut des compétences, il faut une expérience ».

Q7 : Temporalité du travail

M5 : « parce que ... j'aurais dû y accorder plus de temps ».

M7 : « pour faire une bonne thèse et un bon travail de thèse, ça nécessite vraiment d'avoir beaucoup beaucoup de temps ».

M8 : « au début j'ai manqué d'éléments sur la méthodologie (...) et donc du coup après j'ai pas changé, euh, parce que j'avais plus le temps, et donc du coup ça a biaisé le reste (...) je m'en doutais pas du tout au début, après je m'en suis aperçu mais c'était trop tard ».

Q8 : Motivation, implication, investissement

M8 : « j'avais pas la motivation pour faire quelque chose de scientifiquement correct ».

M9 : « Il y a un moment où tu lâches parce que tu te dis de toute façon, c'est pas à moi que ça va servir (...) Toi, t'es là pour aller jusqu'à la soutenance et qu'on te signe le papier pour que tu aies ton doctorat et que tu puisses retravailler ».

Q9 : La médecine générale, un terrain de recherche plus difficile à étudier

M11 : « Le terrain de la médecine générale pour moi, oui, a compliqué les choses » ; « en médecine générale, c'est plus compliqué (...) observer en médecine générale, c'est pas la même chose que les observer à l'hôpital. (...) la dispersion dans le temps des consultations, la dispersion dans l'espace aussi de tous les médecins, euh ... pouvoir essayer d'avoir des choses différentes, euh ... médecine urbaine, médecine euh ... plutôt péri-urbaine, euh ... ou même à la campagne (...) sur une étude scientifique qui est faite au CHU, ben ... recruter, c'est beaucoup plus simple ».

4.15.2 Qualité scientifique du point de vue global

QUALITÉ SCIENTIFIQUE DU TRAVAIL DE THÈSE, POINT DE VUE GLOBAL	
TONALITÉ DES RÉPONSES	
q'0	Une opinion difficile à formuler (compréhension, parti pris, manque de recul)
q'1	Variée
q'3	Satisfaisante, intéressante
q'12	Tonalité négative
q'2	La qualité scientifique n'est pas une condition nécessaire pour les thèses en MG
LES DÉTERMINANTS	
q'4	La méthodologie - problématique du recueil de données et des références méthodologiques
q'15	Le sujet
q'5	L'implication personnelle, l'investissement, la motivation
q'6	Les objectifs du travail - opposition travail de recherche et pratique clinique
q'7	L'encadrement, l'accompagnement
q'8	Les compétences méthodologiques, un travail nouveau et inconnu, l'expérience
q'9	Le temps
q'10	La médecine générale, une jeune spécialité qui doit encore se développer La comparaison aux autres spécialités : - une méthodologie plus rigoureuse et scientifique dans les autres spécialités - des enjeux différents
q'11	Mener un travail de recherche en soins primaires versus en milieu hospitalier
q'13	Jury et directeur de thèse, garants d'un travail de qualité
q'14	Défaut de moyens

TONALITÉ DES RÉPONSES

q'0 : Une opinion difficile à formuler (compréhension, parti pris, manque de recul)

M7 : « je vais pas m'avancer trop, parce que, voilà, moi j'ai fait une thèse, la mienne, j'en ai vu une, euh, j'avoue que celle que j'ai vu ... ».

M8 : « c'est difficile parce que ... c'est un jugement personnel (...) l'avis que je vais donner il sera personnel, il sera pas très objectif ».

q'1 : Variée

M2 : « je pense qu'il y a de tout » ; « le panel un petit peu de qualité ».

M5 : « ça va du très très mauvais à l'excellent. Alors, la part de chaque, euh ... je n'aurais pas la prétention de savoir euh ... laquelle. Parce que je suis pas exhaustif ».

q'3 : Satisfaisante, intéressante

M6 : « je pense que tout est intéressant ».

M8 : « globalement elle est assez bonne ».

q'12 : Tonalité négative

M9 : « elle est nulle (...) oh ouais, franchement (...) Je pense qu'il y a aucune qualité scientifique dans les thèses de médecine générale. Enfin, celles que j'ai été voir à Nantes en tout cas ».

M13 : « elle est mauvaise ».

q'2 : La qualité scientifique n'est pas une condition nécessaire pour les thèses en médecine générale

M4 : « je pense qu'il n'y a pas non plus besoin que ce soit ... hyper scientifique ».

M10 : « les thèses de médecine générale, ça doit être justement des thèses ouvertes euh ... ça doit être des thèses un peu plus littéraires, ou un peu plus sur les différents métiers de la médecine (...) on va laisser la ... la science fondamentale, c'est sûr, à la spécialité. Et ... aux services spécialisés (...) il y a tellement de facettes de la médecine : je pense que c'est à nous de montrer ça aussi ».

LES DÉTERMINANTS

Plusieurs notions ou « déterminants » sont évoquées dans le discours des interviewés pour appuyer leur opinion sur la qualité scientifique des travaux de thèse en MG.

q'4 : La méthodologie

La méthodologie employée est un déterminant de la qualité scientifique du travail réalisé...

M1 : « la méthodologie de la thèse, quoi. Si il y a une étude comparative, si il y a un échantillon, s'il n'y a pas trop de biais, si les stat sont correctes ».

... soulevant la problématique du recueil de données, des références méthodologiques employées :

M9 : « Tous les questionnaires que mes copains ils ont fait, ils les ont fait en free style, en se disant "tiens, je vais poser cette question". Il n'y a aucune théorie derrière leur questionnaire, il n'y a aucune base scientifique à leur questionnaire en lui-même, donc forcément, ça peut pas être hyper-scientifique pour les réponses qu'ils vont recevoir (...) Et puis, en effet, les échantillons, enfin ... Tu peux pas faire un questionnaire sur six patients, enfin ... c'est ... tu prouves rien du tout ».

M11 : « souvent. On manque de données, du coup, pour pouvoir interpréter. J'ai toujours été assez marquée de ... mmm ... de voir la différence en fait des échantillons sur les thèses de médecine générale par rapport aux thèses ... voilà, aux autres thèses. Je sais que c'est parce que c'est plus compliqué, mais je trouve ça difficile de conclure sur peu ... sur un échantillon faible. Et du coup, forcément, l'interprétation scientifique sera différente (...) c'est ce que je reproche aux thèses de médecine générale ... C'est ce que je reproche à ma thèse aussi ».

q'15 : Le sujet

M14 : « la qualité du sujet ».

q'5 : L'implication personnelle, l'investissement, la motivation

L'investissement personnel du thésard et sa motivation sont également évoquées comme participant à la qualité scientifique :

M5 : « je pense que c'est vraiment très très variable de l'implication de l'interne ».

M12 : « ça dépend de l'intérêt que tu y portes hein, et puis de ... de quel est ton ... de quel est ton but ».

q'6 : Les objectifs du travail

Etroitement liés aux notions précédentes, les objectifs dans lesquels s'inscrit le travail sont également partie prenante dans la qualité du travail :

M2 : « il y en a effectivement pour qui c'est très carré, qui sont encadrés par le DMG, où il y a vraiment des objectifs qui sont attendus derrière, et d'autres qui ... ben qui font ça de façon beaucoup, ... beaucoup plus rapide ... moins professionnelle, et euh ... de façon beaucoup moins encadré ... d'où le panel un petit peu de qualité ».

M14 : « y'a des travaux de qualité, qui sont vraiment très intéressants, d'autres, on voit bien que ça a été fait parce qu'il fallait la faire ».

L'objectif d'un travail de recherche est opposé dans ce contexte à la pratique clinique du médecin généraliste :

M9 : « Les médecins généralistes font leur thèse pour faire leur thèse (...) mais c'est parce que c'est pas notre boulot, enfin ... Je te dis, je pense qu'il y a un métier qui s'appelle la recherche, il y a un métier qui s'appelle la clinique : on peut faire les deux si on aime, mais tu peux pas forcer les gens qui font de la recherche, euh ... de la clinique, à faire un travail de recherche tout d'un coup. Alors, si, il paraît que c'est vachement bien parce que faut savoir ce que c'est (...) On nous éveille à faire un travail de thèse qui sera avec des bases scientifiques médiocres (...) comme un enfant qui va goûter de l'endive alors qu'il aime pas ça ... ».

q'7 : L'encadrement, l'accompagnement, un déterminant de la qualité scientifique du travail de thèse

M4 : « l'aide du directeur, du président ... qui peut aider aux questions ... à modifier ... pour que ça soit peut-être plus ... plus ... mmm ... pour que les réponses soient plus utilisables, oui ... Et puis après les groupes de thèse, oui, ils aident aussi (...) ils ont une expérience de thèses ».

M6 : « les directeurs de thèse qui sont des chefs de service ou des chefs de clinique qui en font régulièrement, qui connaissant très bien tout ça, qui encadrent très bien, qui ont également leur nom dans la thèse ».

q'8 : Les compétences méthodologiques, un travail nouveau et inconnu, l'expérience de ce travail

Les compétences méthodologiques et l'expérience dans le domaine, évoquées comme faisant défaut, sont associées à la qualité du travail :

M8 : « en améliorant les compétences méthodologiques des étudiants (...) faut pas donner toutes les méthodologies, faut pas leur apprendre toutes les méthodologies (...) ça sert à rien en fait, y vont pas utiliser toutes les méthodo, donc ça sert à rien de leur apprendre toutes ».

M13 : « en même temps on a jamais été formé à faire d'études, des choses comme ça, ça peut pas être parfait du premier coup ».

M14 : « Je pense qu'on peut pas nous demander une qualité euh, scientifique euh, énorme alors qu'on n'a pas de compétences à la base dans ces domaines là (...) bon je pense qu'il faudrait faire dix thèse pour arriver à une validité scientifique euh, importante (...) c'est de l'expertise après ; nous on est pas des experts ».

q'9 : Le temps

Le temps est également mis en avant comme déterminant de la qualité du travail :

M3 : « y'en a qui prennent leur temps et qui font les choses peut être mieux que moi, y'en a qui sont comme moi, à se dire bon y'en a marre, il faut le faire, on va faire ça vite et pis ce sera fait ».

M13 : « au niveau médecine générale y'a pas tellement euh ... Enfin, en temps voilà : on peut pas se dire ... faut pas ... voilà, on va pas dégager une année à plein temps comme ils font en DEA ou des choses comme ça quoi, c'est, en spécialité ».

q'10 : La médecine générale, une jeune spécialité qui doit encore se développer

M6 : « les thèses en médecine générale, c'est pas si vieux que ça donc euh ... Faut laisser le temps, et réorganiser un petit peu les choses pour faire euh ... des travaux publiables ».

La comparaison aux autres spécialités se dégage dans cette problématique :

M6 : « on est pas encore dans la recherche comme les ... comme dans les ... mmm ... les spécialités » ;
« c'est quelque chose qu'ils font depuis plus ... plus longtemps que nous en médecine générale ».

- **par la méthodologie employée, plus rigoureuse et scientifique dans les autres spécialités :**

M6 : « parce que c'est ... ils ne font pas des analyses descriptives ... enfin, des thèses descriptives euh ... Ils font une hypothèse, qu'on prouve ou non ... et donc ça, c'est scientifique et publiable ».

M11 : « je trouve que les thèses de spécialités et les thèses de médecine générale elles sont pas tout à fait pareil. Et forcément, je suis influencée par ce qu'on me dit, et ... du coup, y'a ce côté assez critique effectivement de la ... de la rigueur scientifique des thèses de médecine générale ».

- **par les enjeux du travail de thèse :**

M9 : « tout le monde en a rien à faire. (...) c'est pas comme en spécialité, où derrière il faut qu'ils aient un poste, euh ... de chef de clinique (...) dans leur jury, c'est que vraiment des spécialités (...) Les médecins généralistes font leur thèse pour faire leur thèse ».

q'11 : Mener un travail de recherche en soins primaires versus en milieu hospitalier

M6 : « il y a quand même une dynamique de recherche qui est plus importante à l'hôpital qu'en cabinet de médecine générale ».

M11 : « les spécialistes. De ceux que je connais (...) c'est plus facile pour eux d'aller recueillir les données, et donc ils peuvent tout de suite faire des échantillons plus importants (...) avec des puissances statistiques plus grandes ».

q'13 : Jury et directeur de thèse, garants d'un travail de qualité

M12 : « scientifiquement, euh ... euh ... je pense qu'il y a des choses qui ne tiennent pas forcément ... (...) j'aurais plus tendance à reprocher ça au ... au directeur de thèse, et in fine au ... au jury qui ... qui dit « amen », parce que euh ... c'est là où c'est pas bon. Enfin, je veux dire ... : si scientifiquement ça se ... ça se tient pas, y'a, euh ... la grosse part de responsabilité, elle est ... elle est dans celui qui l'a faite, parce qu'il l'a pas faite correctement, mais euh ... celui qui l'obtient alors qu'il a pas fait un travail correctement, c'est que ... (...) il a quand même été cautionné par un directeur et par un jury derrière ».

q'14 : Défaut de moyens

M13 : « si le but est de, d'avoir quelque chose de scientifique, enfin de rigoureux au niveau scientifique faut, faut se donner plus de moyen ».

4.16 THÉMATIQUE N°12 : REGARD RÉTROSPECTIF SUR LE TRAVAIL DE THÈSE

REGARD RÉTROSPECTIF SUR LE TRAVAIL DE THÈSE	
R1	Contentement et satisfaction
R5	Fierté
R3	Un soulagement
R8	Du positif teinté de négatif, ambivalence
R2	Un point final aux études
R4	Une expérience, un apprentissage positif
R6	Un challenge, un défi
R11	Une ouverture vers des perspectives professionnelles ?
R7	Tourner la page

R1 : Contentement et satisfaction

M1 : « A posteriori, euh ... voilà, c'est un travail que je suis contente d'avoir fait ».

M12 : « j'en suis content » ; « content d'avoir fait un beau travail, euh ... ça révolutionne pas la vie de tous les jours, hein, faut pas euh ... faut être réaliste là-dessus, quoi ... C'est euh ... t'es content d'avoir bien fait ; ça s'arrête là. Ta satisfaction est uniquement personnelle ».

Ces sentiments positifs qui restent attachés au travail de thèse sont associés à d'autres dimensions :

- **un véritable investissement dans ce travail :**

M7 : « pour être satisfait d'un travail faut l'avoir fait, faut l'avoir fait de manière approfondie, sérieusement et pas bâclé, sinon c'est sûr qu'on n'a pas ce même ressenti. J'ai tellement appris, progressé et ça m'a demandé de m'investir beaucoup, que voilà, j'en suis contente de ma thèse. Maintenant si ça avait été un travail bâclé, très rapide pour la ... faire une thèse pour la présenter et pour être validé et pour ainsi de suite ... fait de manière bâclée, je pense pas que j'aurais, euh, ce sentiment non plus ».

- **avoir atteint des objectifs, tels que la réalisation d'un travail utile :**

M14 : « je suis contente de l'avoir faite (...) je suis contente d'avoir réussi à aller jusque-là dans ma réflexion, et euh, et puis d'avoir apporté quelque chose (...) que ce soit utile (...) quelque chose qui soit utilisé par la suite ».

R5 : Fierte

M2 : « j'en suis fière de mon travail » ; « c'est un peu mon bébé ... euh ... des fois je me disais un peu ça ».

M3 : « j'étais finalement quand même assez fière ... ».

R3 : Un soulagement

M1 : « Je suis contente que ce soit passé aussi parce que il y avait pas mal de travail et puis quand on voit maintenant les amis qui y sont je suis contente de l'avoir passée ».

M2 : « avec le recul euh ... Un soulagement que ce soit fini, mmm ... puisque c'est quand même beaucoup de contraintes, d'investissement, du temps ».

R8 : Du positif teinté de négatif, ambivalence

M2 : « même si c'est des côtés positifs, c'était quand même prenant » ; « on est content de le faire, mais on est content quand ça se termine aussi ».

M5 : « content de l'avoir fait, c'est tout (...) non, mais vraiment pas plus ... hein ... Pas plus ... ».

M6 : « au final, je suis contente. C'est juste, qu'il y a eu ... voilà, un an, un an et demi avant un peu difficile ... ».

Enfin, le regard rétrospectif est parfois plus sombre.

M9 : « Un regard plutôt négatif puisque c'était une période comme je te disais où ... j'ai pas profité de la vie, j'ai eu des problèmes financiers, où euh ... c'était une rupture sentimentale, j'étais irritable (...) ça été un moment difficile ».

M3 : « Parce que c'était pénible, ... et ça, voilà, c'était ... et puis je suis resté sur ce goût amer de la soutenance ».

R2 : Un point final aux études

M1 : « la finalité de tout ce cursus qui est un peu long et puis, euh ... oui, ça permet de mettre un terme un petit peu à nos études ».

M6 : « c'est vraiment la fin d'un cursus universitaire qui est long et difficile ».

R4 : Une expérience, un apprentissage positif

M2 : « le regard global que j'ai, une fois les premières difficultés passées et une fois le terrain un peu défriché, euh ... pour moi c'était une expérience plutôt positive (...) dans l'ensemble positive. Qui m'a euh ... qui m'a beaucoup appris sur le plan personnel ».

M13 : « une expérience euh, une expérience acquise et puis, euh, et puis c'est tout quoi ».

R6 : Un challenge, un défi

M2 : « à me dépasser, à faire quelque chose ... un travail original pour moi puisque c'était quelque chose que j'avais fait avant et ... oui, c'était un challenge d'une année ... ».

R11 : Une ouverture vers des perspectives professionnelles ?

M5 : « ça m'a donné l'envie sûrement de ... de ... de vouloir faire plus dans quelques années, parce que ... ça m'a pas déplu de toucher à la recherche ».

R7 : Tourner la page

M2 : « Je n'y pense plus ! (rires) ».

M3 : « C'est fait, point. C'est fait, on en parle plus » ; « Y faut oublier maintenant ».

M9 : « j'ai mis tout ça dans un placard et j'y ai jamais retouché ».

4.17 THÉMATIQUE N°13 : VALORISATION DU TRAVAIL DE THÈSE

VALORISATION DU TRAVAIL DE THÈSE	
TONALITÉ DES RÉPONSES	
V12	Importance de la valorisation du travail de thèse La valorisation du travail de thèse est difficile à définir et à mettre en œuvre
V1	Tonalité positive
V2	Tonalité négative
LES ACTEURS DE LA VALORISATION	
V8	Le Département de Médecine Générale, acteur de la valorisation : - une dynamique positive - facilitation de l'organisation - une valorisation réservée à certains travaux ? - un manque de moyens
V13	Les proches, acteurs de la valorisation Le directeur de thèse Les confrères Le jury de thèse lors de la soutenance
LES MODES DE VALORISATION	
V3	Formations sur la thèse, groupes de travail, un mode de valorisation avant et pendant la réalisation de la thèse - valoriser la thèse, c'est déjà lui accorder une place dans le temps de formation au cours du troisième cycle des études médicales. - comparaison avec d'autres éléments de la formation au cours du cursus. - les groupes de thèse
V6	La soutenance de thèse, un mode de valorisation
V14	Valorisation par son aspect symbolique ?
V7- V9	Ecoute et reconnaissance du travail, un mode de valorisation
V7- V9	La diffusion du travail de thèse, un mode de valorisation : accessibilité, publication, présentations orale, autres formes de « publicité », prix de thèse
V15	Le devenir du travail, un mode de valorisation
V17- V18	L'image et l'importance accordée à la thèse, un mode de valorisation : - une image négative d'un travail difficile et prenant - la contrainte - l'importance de la thèse
V11	Qualité du travail et valorisation
V10 : PISTES DE REFLEXION	
Une journée de formation dédiée à la thèse, une formation plus précoce Valoriser le travail durant sa réalisation : un meilleur soutien Une bourse de recherche ? Mieux diffuser les thèses	

TONALITÉ DES RÉPONSES

V12 : importance de la valorisation du travail de thèse

M5 : « je pense que c'est très important (...) je pense qu'il faut le valoriser ».

La valorisation du travail de thèse est difficile à définir et à mettre en œuvre

M12 : « C'est difficile de le valoriser ... de le valoriser d'ailleurs, autrement ce travail. Après, ça dépend ce qu'on entend par valoriser ».

V1-V2 : Tonalité des réponses

V1 : Tonalité positive

M1 : « bah, euh ... oui, je pense que le travail de thèse est quand même mis en valeur ».

M14 : « Je pense qu'il est mis en valeur maintenant ».

V2 : Tonalité négative

M11 : « Non. Il n'y a pas de valorisation ».

Des travaux qui tombent dans l'oubli ...

N8 : « non hein, c'est ce que je te disais tout à l'heure, un manque de valorisation (...) malheureusement (...) beaucoup de travaux tombent dans l'oubli alors qu'ils devraient plutôt être mis en avant ».

Une fausse valorisation ?

M9 : « je pense que c'est de l'hypocrisie (...) puisque les bases scientifiques sont ... médiocres, et que ... on file les félicitations à tout le monde, et que du coup ... c'est complètement de l'hypocrisie » ; « on te fait croire, oui ... ».

LES ACTEURS DE LA VALORISATION

V8 : Le Département de Médecine Générale, acteur de la valorisation

Une dynamique positive :

M14 : « je pense qu'on a un département qui est hyper dynamique aussi, donc euh, qui a envie de mmm, de mettre à profit ces travaux-là, que ce soit exploité derrière (...) je pense que le collègue de médecine générale aussi et euh, est intéressé par tous ces travaux-là ».

Facilitation de l'organisation :

M1 : « C'est pas trop compliqué le DMG pour fixer les dates, tout ça ... je trouve que quand même, voilà, c'est pas trop compliqué comme organisation ».

Une valorisation réservée à certains travaux ?

M3 : « l'impression que j'ai, la valorisation des thèses de médecine générale, c'est que ça dépend de ton sujet et de savoir si la personne du DMG qui est référent sur ton sujet, ça lui plaît ou pas » ; « au DMG, y'a des sujets qui fâchent et des sujets qui fâchent pas, y'a des sujets adorés on va dire, qui tiennent beaucoup à cœur à quelqu'un du DMG, on le sent, et d'autres, y s'en fichent ».

Un manque de moyens :

M12 : « on touche plus, voilà, au DMG qui sont complètement sous dotés : on est le plus grand nombre d'internes à chaque promos, les internes de médecine générale, et on est le département le plus pauvre en Professeurs » ; « le DMG, il fait ce qu'il faut pour les valoriser ... nos thèses, hein, mais ils ... ils peuvent pas ... ils peuvent pas tout faire. Justement, c'est ... c'est parce qu'ils sont sous dotés, et qu'ils sont ... il y a pas assez de, de professeurs, que justement ils ont pas la possibilité de faire autant de choses qu'ils ... qu'ils aimeraient faire ».

V13 : Les proches, acteurs de la valorisation

Cette valorisation par les proches est relativisée par l'importance trop grande qu'ils accorderaient à ce travail. Cette image de la thèse est un déterminant de la valorisation du travail, nous l'aborderons par la suite :

M6 : « par la famille et les amis, oui ... Hein, mais ... je leur dis bien que c'est un mémoire et pas une thèse, parce que ils imaginent ... il faut relativiser ».

M11 : « il y a le côté entourage de la famille qui est assez ... enfin, mes parents étaient fiers que leur fille passent une thèse (...) dans les gens que je côtoie qui sont pas impliqués dans la médecine générale, ça a sans doute un côté valorisant. Pour moi, ces gens-là, je leur ai toujours dit que la thèse c'était pas ... c'était pas grand-chose ».

Le directeur de thèse

M11 : « par mon directeur de thèse ».

Les confrères

M11 : « les médecins généralistes ou spécialistes que je côtoie, et ben ... Non, ça a pas un côté du tout valorisant, de passer la thèse ».

Le jury de thèse lors de la soutenance

La valorisation du travail par le jury lors de la soutenance est source de divergence :

M4 : « c'était le président, tout ça ... on ... on se sent valorisé par notre travail, qu'ils trouvaient que c'était bien fait ».

M9 : « des professeurs qui franchement sont payés pour être là, ce qui est normal, mais en ont franchement rien à faire parce qu'ils ont autre chose derrière, ils ont d'autres réunions, des conférences bien plus intéressantes ... La pauvre petite thèse de médecine générale qui va parler de un pour cent de ce qu'ils voient au quotidien, qu'ils savent déjà ! Pfff ... (...) la soutenance de ton travail de thèse, ça apprend rien à personne, enfin, globalement ... » ; « C'est pas parce que euh, tes collègues spécialistes vont dirent : oh, si, c'est un beau travail de thèse ; que t'es valorisé. Non, ça c'est de l'hypocrisie totale. D'ailleurs, en sortant, je suis sûre qu'ils disent : oui, oh ... bon, on a rien appris ».

LES MODES DE VALORISATION

V3 : Formations sur la thèse, groupes de travail, un mode de valorisation avant et pendant la réalisation de la thèse

Valoriser la thèse, c'est déjà lui accorder une place dans le temps de formation au cours du troisième cycle des études médicales. Les avis divergent à ce sujet :

M2 : « on aborde peu le sujet, donc ça ne peut pas être quelque chose de valorisé » ; « j'ai eu beaucoup plus d'infos par d'autres internes finalement, que vraiment le discours officiel, et euh ... enfin, j'ai trouvé que c'était un peu la croix et la bannière pour chercher des vraies informations sur leur site, euh ... c'est contradictoire, ils nous demandent d'envoyer à telle adresse notre sujet et finalement on n'a jamais de réponse ... enfin ... on a l'impression que ... qu'ils s'occupent pas trop de ça ».

M5 : « pour le projet de thèse, c'est pareil. Quand tu montres ce que tu attends, euh ... comment ça s'élabore, euh ... les outils sont clairs et bah ... je pense que ta thèse elle n'en est que plus euh ... valorisée ... Et ça, euh ... à Nantes, ils le mettent en place ».

- **comparaison avec d'autres éléments de la formation au cours du cursus : place accordée à la thèse vs les RSCA, les cours obligatoires :**

M2 : « je trouvais qu'on insistait beaucoup sur les cours obligatoires, euh ... sur la thèse en elle-même ... je trouvais que c'était un petit peu débrouillez-vous par vous-même ».

- **les groupes de thèse :**

M5 : « il y a un travail qui est fait dans ce sens-là, clairement (...) la faculté a mis en place les groupes de thèses, euh ... propose éventuellement une rencontre pour euh ... pour débrouiller un peu les sujets extérieurs, euh ... les difficultés auxquelles t'es soumis. Donc, ça c'est une valorisation ».

V6 : La soutenance de thèse, un mode de valorisation

Certains ont ressenti une valorisation de leur travail durant la soutenance :

M2: « Lors de la soutenance ... euh ... oui » ; « quand j'ai convoqué mon jury, ils me prenaient au sérieux. Quand j'ai donné ma thèse au jury ... euh ... oui, non, là il n'y a pas de soucis, on est reconnu ».

M4 : « pendant la soutenance, je trouve qu'il est valorisé (...) on se sent valorisé par notre travail ».

D'autres remettent en cause cette valorisation, notamment les mentions accordées au travail :

M9 : « c'est une formalité la soutenance. (...) globalement ils filent les félicitations à tout le monde, hein ... Donc, pfff. Ils se font pas trop suer à réfléchir si c'est bien ou pas (...) je trouve ça dommage, enfin, ça valorise pas trop le travail (...) Non, c'est pas valoriser le travail que de filer des récompenses comme ça ».

M14 : « c'est pas d'avoir les lauriers quand on passe sa thèse (...) c'est agréable mais voilà, ça passe ».

V14 : Valorisation par son aspect symbolique ?

M2 : « on m'a jamais fait toucher du doigt effectivement le fait que ... que c'était un côté symbolique fort, que c'était ... Que ça représentait la fin des études, euh ... le début d'une reconnaissance professionnelle, hein ... Ça, Nantes en parle pas du tout. Ça c'est sûr ».

V7- V9 : Ecoute et reconnaissance du travail : un mode de valorisation

L'écoute et l'attention accordée par les autres pour ce travail sont valorisantes :

M2 : « Une fois que je me suis fait aider par quelqu'un de statistique, oui, j'ai eu l'impression que mon travail était ... était reconnu, écouté, euh ... que c'était un travail de qualité. A partir de ce moment-là, oui, j'ai eu l'impression, effectivement, que ... qu'on commençait à m'écouter. Que mon travail prenait forme et qu'il avait un intérêt ».

V7-V9 : La diffusion du travail de thèse, un mode de valorisation : accessibilité, publication, présentations orale, prix de thèse

La diffusion du travail de thèse et son accessibilité : un mode de valorisation :

M10 : « Valoriser un travail ça veut dire qu'on en parle quoi, qu'il est reconnu (...) on en parle positivement, et que du coup il soit lu quoi (...) c'est-à-dire, en faire un peu la pub (...) reconnu, dans le sens, ouais, de l'utilité peut-être, de la portée ».

La mise à disposition des thèses sur internet contribue à leur meilleure diffusion :

M14 : « maintenant les thèses elles sont accessibles sur internet, enfin c'est, ça c'est quand même hyper important (...) le fait que ce soit disponible, accessible, c'est très important pour les valoriser parce que du coup elles sont plus lues ».

La diffusion et l'accessibilité des travaux de thèse semblent rester insuffisantes pour certains :

M8 : « je pense qu'il y a un réel manque de diffusion des thèses de médecine générale qui tombent toutes dans l'oubli (...) publier les thèses de médecine générale, de façon plus euh, euh, plus importante, ça aurait été très ... ça devrait, c'est une perte (...) ça tombe dans l'oubli (...) je pense que finalement on veut refaire quelque chose à chaque fois, alors que si c'était mieux connu, euh, ça apporterait souvent ».

M10: « je pense que quand on veut lire une thèse, il faut quand même bien fouiller pour aller la chercher (...) il y a sûrement des sujets très intéressants, mais euh ... on n'est pas forcément au courant des thèses qui sont sorties (...) comme je te dis, moi j'en ai pas lu beaucoup alors qu'il y a sûrement des sujets euh ... intéressants ».

Présentation orale des résultats, congrès, autres formes de « publicité » :

M7 : « y'a un ... une présentation derrière, donc voilà mon travail moi est mis en valeur c'est sûr (...) je sais pas comment ça se passe pour euh ... pour des thèses de médecine générale un peu ... plus orientée médecine générale parce que c'est difficile je pense. Quand on a commencé à faire des remplacements on a plus accès, enfin on n'a pas accès à la fac, enfin ... elles sont pas présentées » ;

« dans mon cursus à moi effectivement elle est valorisée par le fait que y'a les présentations aux congrès ».

M8 : « certains le présentent quand même, leurs travaux de thèse dans certains congrès de médecine générale ».

La publication de la thèse sous la forme d'un article :

M5 : « on parle de publication ... je pense que c'est une des étapes qui permet de valoriser ton travail ».

M9 : « ... je pense que tout travail de recherche est valorisé à partir du moment où il est publié ».

M12 : « on est un peu les parents pauvres euh, face euh ... aux spécialistes, voilà, face aux internes de spécialités. Et pourtant, c'est ... on est le médecin de premier recours, donc je pense qu'on euh ... Un peu de la même manière que ... que dans notre travail, c'est-à-dire qu'on est en première ligne et en même temps, on est pas les spécialistes réputés. Et ben nos thèses, je trouve qu'elles sont un peu considérées de la même manière, c'est-à-dire que euh ... euh ... on ... les internes de MG, enfin ... les médecins généralistes sont ceux qui produisent le plus de thèses à l'année, certainement, et sont ... pas forcément celles qui sont ... Enfin, si, dans notre ... dans notre euh ... dans notre monde quoi, mais pour des revues euh ... euh scientifiques qui sont pas lues par beaucoup de monde ».

Prix de thèse :

M5 : « on parle de prix de thèse (...) je pense que c'est une des étapes qui permet de valoriser ton travail ».

M10 : « des prix de thèse aussi, après ... Enfin, c'est vrai qu'on n'en entend pas trop parler aussi ».

V15 : Le devenir du travail, un mode de valorisation

La valorisation du travail de thèse est liée pour plusieurs médecins aux perspectives de ce travail, à son devenir, notamment par l'utilité qu'il pourra avoir. Les avis divergent à ce sujet :

- un travail qui ne sera pas lu :

M11 : « finalement, le travail qu'on va fournir va pas servir à grand-chose (...) Moi, j'ai une image de ma thèse qui finit dans ... dans un placard de la bibliothèque, donc qui ne servira à strictement personne (...) ben voilà, ça n'a pas beaucoup d'intérêt, du coup, je trouve ».

M12 : « ma thèse, euh ... ben, non. Il est pas vraiment mis en valeur, parce que qui ? Qui va relire ma thèse ? Je suis pas sûr que quelqu'un aille euh ... aille la relire. (...) Là, euh ... mon travail il peut très bien rester dans une étagère de ... de la BU de médecine et prendre la poussière quoi, sans que personne la consulte jamais. (...) c'est triste et en même temps c'est ... c'est pas très grave ».

- un travail utile sera valorisé s'il est exploité :

M12 : « je pense que la mise en valeur elle tient au fait que il aura été valorisé si il ressort à quelqu'un d'autre une autre fois (...) mais chose que je ne saurai jamais : je ne pourrai pas savoir si quelqu'un regarde ma thèse ou pas ».

M14 : « Valoriser une thèse c'est de l'utiliser par la suite pour moi » ; « oui, c'est un travail qui va être valorisé puisqu'il va être exploité ».

- **ou par son impact sur la pratique :**

M7 : « dans mon cursus à moi effectivement elle est valorisée (...) ça va peut-être avoir un impact sur notre prise en charge, essayer de réfléchir (...) réfléchir à nos pratiques cliniques ».

M13 : « pour la médecine générale en général, c'est ça : on n'a pas l'impression que le travail des spécialistes en médecine générale fasse avancer la spécialité. C'est ça qu'est un peu bête ».

V17- V18 : L'image et l'importance accordées à la thèse, un mode de valorisation

Une image négative d'un travail difficile et prenant :

M11 : « il y en a beaucoup quand même qui ... qui ... qui ont galéré pendant leur travail de thèse, et c'est pas valorisant non plus de se dire ... ben, voilà ... L'image qu'on en a entre nous (...) c'est ce côté ... voilà. C'est difficile, c'est prenant ».

La contrainte :

M11 : « Quand je parlais de ma thèse avec mes co-internes qui passaient leur thèse, c'était quand même, euh ... oui très contraignant. Enfin, c'était ... oui, à ce moment-là c'était très contraignant, c'était ... pas valorisant, justement, de se dire que ce travail n'était pas forcément valorisant. Donc, euh ... voilà. Quand on en parle entre nous, je trouve qu'on est assez négatif aussi. Et je pense que c'est ça (rires) qu'il faudrait changer ! C'est ... voilà. Tous euh ... je pense qu'on a tous dit un jour qu'il fallait la passer cette thèse ».

M13 : « c'est pas quelque chose je pense qu'est très mis en valeur (...) c'est quand même plus quelque chose d'un peu euh, de contraignant (...) y'a peut-être quelque chose à revoir là-dessus ».

L'importance de la thèse :

M11 : « les médecins euh ... généralistes avec qui, que je côtoie, avec qui je travaille, qui m'ont tous dit : « mais de toutes façons, t'inquiète pas, te prends pas la tête avec la thèse parce que ben ... c'est pas important, finalement » (...) donc c'est pas très valorisant non plus de se dire que ... la thèse euh ... elle a peu d'importance. Enfin, l'image que j'en ai moi, et qu'on m'en fait ressentir, c'est très ... C'est pas négatif, mais c'est pas du tout positif ».

V11 : Qualité du travail et valorisation : un frein ?

M4 : « si on veut que ça soit valorisé, il faut que ça soit des thèses intéressantes ».

M5 : « je pense que quand tu fais un travail de bonne qualité, et qu'il répond à une problématique, qu'il répond à une euh ... problématique de ta pratique, oui, il sera valorisé parce que il ... il faut les utiliser (...) je pense qu'il y a une hétérogénéité comme dans toute la ... dans la qualité des thèses, et donc bah ... bah, c'est difficile de tout promouvoir ».

Comparaison aux thèses de spécialités autres que la Médecine Générale :

M11 : « je trouve que les thèses de spécialités et les thèses de médecine générale elles ne sont pas tout à fait pareilles. Et forcément, je suis influencée par ce qu'on me dit, et ... du coup, y a ce côté assez critique effectivement de la ... de la rigueur scientifique des thèses de médecine générale. (...) donc, pas très valorisé, effectivement ».

Comparaison aux thèses de science :

M12 : « Mais peut-être aussi parce que c'est une thèse d'exercice, et pas une thèse de ... de ... de science ».

V10 : PISTES DE RÉFLEXION

Une journée de formation dédiée à la thèse, une formation plus précoce

Valoriser la thèse, c'est déjà en parler :

M2 : « Je pense que ça serait important qu'on ait d'obligatoire une journée de formation sur la thèse. Qu'on ait des informations officielles, qui nous disent clairement, euh ... comment faire, vers qui on peut se tourner, comment s'organiser ».

Inclure autrement la thèse dans le cursus des études de médecine :

M5 : « Je pense que ... qu'il faut vraiment l'inclure comme une dimension de notre travail, et euh ... et je pense que euh ... c'est très important, parce que du coup, quand on sera dans notre métier, eh bien on ne s'imaginera pas ne pas faire de recherche » ; « alors bon, on a déjà des programmes bien chargés, mais bon ... ».

Valoriser le travail durant sa réalisation : un meilleur soutien

M3 : « en prenant le temps de dire aux gens « oui, c'est bien, euh ... ton travail, y'a des points positifs, y'a des points négatifs » voilà euh, en soutenant quoi, enfin, vraiment en aidant au niveau de la soutenance mais aussi tout au long du travail ».

Une bourse de recherche ?

M5 : « pourquoi pas une bourse de recherche pour approfondir une question qui a été soulevée ou une problématique pour laquelle on propose une solution et qui nécessite un travail derrière ».

Mieux diffuser les thèses

Par une journée de présentation des travaux de thèse ou une revue scientifique spécifique :

M7 : « une journée par an où les ... où chacun présente un peu les principaux résultats de sa thèse, et en informe justement ses confrères de médecine générale ou autres. Ça peut faire réfléchir à une prise en charge » ; « Est-ce qui devrait y avoir des revues pour présenter juste les thèses de médecine générale de l'année ».

Un site d'information ou un journal regroupant les résumés de l'ensemble des travaux de thèse :

M8 : « y'aurait un flux RSS qui regrouperait toutes les sorties de médecine générale, ou de thèses de médecine ... médecine générale puisqu'on parle de la médecine générale, je pense que ce serait fort intéressant (...) ne serait-ce que les résumés » ; « il existerait le même type de journal, euh ... médical qui publierait les articles de thèse ».

M10 : « les thèses qui sortent euh ... en parler, je sais pas, sur le site internet du DMG, ou ... enfin, en même temps j'y vais pas tout le temps, ou alors dans les revues internes (...) si on voit au moins des sujets passer, on pourra se dire : « ben tiens, c'est pas mal ça, je lirais bien ».

4.18 THÉMATIQUE N°14 : PUBLICATION

PUBLICATION	
PROPOSITION DE PUBLIER LE TRAVAIL	
P1	Oui - oui, mais en attente d'un travail complémentaire - obligation de publier ou libre choix
P2	Non
REPRÉSENTATIONS, DIMENSIONS ASSOCIÉES	
P9	Sentiment de fierté, satisfaction
P3	Valorisation du travail - la méthodologie, un paramètre important pour la publication
P6	Diffusion des connaissances, utilité pour la communauté médicale
P8	Développer la spécialité de médecine générale
P4	Aucun impact sur la vie professionnelle, faible intérêt à titre personnel - publication et vie professionnelle - publication et intérêt personnel
P5	Un travail supplémentaire
P7	Publication et mode d'exercice hospitalo-universitaire vs médecine générale libérale

TONALITÉ DES RÉPONSES

P1 : Oui

La publication de leur thèse sous la forme d'un article a été proposée ou évoquée pour la majorité des médecins :

M4 : « ils m'ont demandé d'écrire un article » sans que cela ne donne suite ; « Donc j'ai écrit un article, mais ils ne m'ont pas répondu. (rires) Ils sont tellement occupés ».

M13 : « oui, oui du coup y m'ont proposé de publier la thèse (...) dans une revue de médecine générale ».

- oui, mais en attente d'un travail complémentaire :

M5 : « alors, euh ... euh ... Oui, mais pas en l'état » ; « dans la théorie ... oui, ils devaient la publier ».

M14 : « alors, il en était question mais comme il va y avoir une méta analyse derrière ça sert à rien de publier maintenant, il faut attendre le résultat de l'analyse ».

- obligation de publier ou libre choix ?

M11 : « Oui (rires). On me l'a proposé, on me l'a presque imposé en me disant : vous avez les félicitations du jury, ça veut dire que vous avez le ... il faut publier ; (...) c'est un mot un peu trop fort, imposé. On me l'a pas imposé, mais ... pour être honnête, quand je suis sortie de ma thèse, je me suis dit : j'aurais préféré ne pas avoir les félicitations pour ne pas publier (rires). Pour ne pas ... voilà. C'est sincère, mais c'est vrai ».

P2 : Non

M3 : « Non ! (...) C'est bizarre hein ? Non, non, du tout, aucun intérêt ».

M8 : « non, j'ai pas eu l'autorisation de publier sur ma thèse ... ».

REPRÉSENTATIONS, DIMENSIONS ASSOCIÉES

P9 : Sentiment de fierté, satisfaction

M2 : « qu'est-ce que ça représente pour moi ? Euh ... j'étais fière quand même qu'ils me le proposent » ; « ça a une valeur pour mon égo (...) c'est tout ».

M7 : « la publier, je trouve que c'est valorisant et ça fait plaisir ».

M12 : « si ça marche, j'en suis, euh ... j'en suis très content, et une fois de plus ça changera pas mon quotidien non plus. C'est toujours pareil. Après, c'est une ... c'est une satisfaction personnelle ».

P3 : Valorisation du travail

M3 : « c'est une valorisation de son travail, je pense (...) comment dire, ça prouve que ton travail est bien fait (...) Si il peut être mis dans un magazine, c'est quand même que ... tout est bien quoi, tout est bien, il a été bien écrit, y'a une bonne méthodologie, c'est une étude valable, qui vaut quelque chose, donc oui, effectivement, c'est valorisant je pense ».

M14 : « c'est quand même déjà montrer que son sujet a un intérêt parce que si on a le droit à une publication c'est qu'il y a quand même un apport par son travail, et puis ben pour le faire connaître ».

Ce sentiment est parfois nuancé ou remis en question :

M2 : « ça voulait dire que c'était un sujet de qualité » ; « c'était un peu biaisé parce que c'est quelqu'un du DMG qui a exploité mes données, donc ... je me disais aussi il veut que je publie parce que il a fait un investissement de temps et d'énergie sur moi. Il faut qu'il y ait un retour ».

M9 : « oui, mais ça ils le proposent à tout le monde » ; « Toutes les thèses où je suis allée, à la fin le président a dit : ce serait bien que vous nous fassiez un article qu'on publie. Donc, euh ... c'est comme les félicitations, ils proposent à tout le monde » ; « si tu retravailles ta thèse en article et si c'est publié, là, pour le coup, c'est la communauté scientifique médicale qui reconnaît ton travail, donc là, oui, c'est là que t'es valorisé, c'est pas le jour où tu soutiens ».

Problématique sous-jacente : la méthodologie, un paramètre important pour la publication :

M6 : « non, puisque ... on m'a dit effectivement que c'était dommage parce que la méthode n'était pas la bonne (...) Sur le nombre d'amis qui ont passé leur thèse, je crois qu'il y en a une qui a publié parce qu'elle avait une bonne méthodologie, mais autrement c'est toujours euh ... ce même problème ».

M9 : « tout travail de recherche est valorisé à partir du moment où il est publié. Et euh ... Si on refuse ton article partout, c'est qu'il y a vraiment un gros gros problème de méthodologie, de base

scientifique, euh ... Et puis voilà, en médecine générale, je pense que euh ... pour que ton article soit publié, il faut s'accrocher ».

P6 : Diffusion des connaissances, utilité pour la communauté médicale

M5 : « la publication, est quelque chose d'intéressant (...) Mais euh ... ça dépend ce que tu veux en faire (...) si c'est pour te permettre d'avancer dans ta pratique (...) je pense que c'est très important de publier (...) si vraiment il y a un travail qui permet de faire avancer ; être lu ... d'être lu et d'apporter quelque chose à la pratique personnelle, oui ... je pense que c'est bien ... ».

M7 : « on se dit qu'on n'a pas fait ça pour rien, que ... qu'elle est accessible, que ça peut peut-être servir à d'autres personnes que moi ».

M8 : « la publication, ben c'est toujours dans la même idée d'aller jusqu'au bout de ses idées (...) de porter ses idées (...) tu crois en quelque chose, tu vas le défendre (...) c'est se soumettre aux critiques ».

P8 : Développer la spécialité de médecine générale

M6 : « Pour la médecine générale, je pense que c'est important, pour montrer qu'on est une spécialité à part entière, qu'on fait de la recherche, et qu'on est pas plus bêtes que les spécialistes ».

M11 : « je vais être dure en disant ça : il y a une question de budget aussi dans tout ça. Plus on publie, plus il y aura un budget derrière (...) L'image que j'ai de la recherche en médecine générale, c'est ça : c'est que on ... bah, le DMG du coup, il y a une histoire, il faut aussi ... ils ont besoin de publications ».

P4 : Aucun impact sur la vie professionnelle, faible intérêt à titre personnel

M10 : « c'est pas non plus la punition de ne pas être publié ».

Publication et vie professionnelle :

M2 : « ça ne va pas changer ma pratique professionnelle ou mon orientation future ».

M4 : « je trouve que ça m'apporterait pas grand-chose quoi » ; « je vais pas mettre ça sur un CV ».

Publication et intérêt personnel :

M4 : « je m'en fiche aussi ! ».

M5 : « qu'est-ce que ça représente ? Euh ... personnellement, rien » ; « je pense que c'est pour les autres, mais pas pour soi ».

M6 : « moi, euh, personnellement, rien du tout, ça ne m'intéresse pas ».

M14 : « ça dépend des gens, moi j'ai pas du tout cette envie-là de euh, d'être publié, de, de mettre mon nom en avant ou quoi que ce soit, ça ne m'intéresse pas, après j'ai la chance que ce soit un travail qui va être repris par quelqu'un d'autre aussi ».

P5 : Un travail supplémentaire

M4 : « déjà ça rajoute du travail ! (rires) » ; « il faut écrire l'article, le corriger, et tout ça ... ouais, bon, moi j'en ai un peu marre ... ».

M11 : « j'ai qu'une envie : c'est de tourner la page de la thèse (rires), de dire qu'on n'en parle plus ».

M14 : « je pense que j'ai fait ma part (...) j'ai, j'ai fait ma thèse, j'ai vraiment travaillé dessus, euh, j'ai envie de tourner la page et de laisser aux autres le soin d'exploiter les résultats et de poursuivre la réflexion » ; « on m'a proposé d'aller présenter ma thèse dans un congrès, j'ai pas donné suite (...) parce que y'a des gens qui sont bien plus qualifiés que moi pour le faire et que ben ... moi voilà, j'en ai terminé avec mon travail ».

P7 : Publication et mode d'exercice hospitalo-universitaire vs médecine générale libérale

M5 : « si t'as un parcours universitaire, c'est un besoin, puisque c'est une nécessité, donc euh ... ça fait partie des enjeux aussi. Mais ... quand toi tu vas exercer dans ton cabinet de médecin généraliste, la publication euh ... non ».

M8 : « je vois les spécialistes quand même, euh, d'organe (...) publient beaucoup plus dans les congrès (...) parce qu'ils restent dans le cursus du clinicat, de ... l'internat etc. ça fait partie de leur métier (...) parce que le métier d'un généraliste c'est d'être gestionnaire d'entreprise (...) il a plus le temps pour, ... il peut pas faire de la ... de la recherche médicale ».

4.19 THÉMATIQUE N°15 : PISTES DE RÉFLEXION

LES PISTES DE RÉFLEXION	
H6	Difficultés de la question
LA FORMATION SUR LA THÈSE	
H1	Encourager et encadrer la préparation de la thèse
H1	Informations générales sur la thèse : <ul style="list-style-type: none"> - formation à la thèse - privilégier le partage du ressenti et de l'expérience entre thésards - sensibiliser d'avantage à l'investissement que nécessite ce travail, notamment sur le plan temporel
H1	Formation aux outils de la recherche : <ul style="list-style-type: none"> - H2 : des entretiens individuels vs les groupes de thèse - H3 : améliorer le lien avec les structures universitaires - H19 : plus de moyens notamment pour les DMG - H9 : initier plus tôt à la recherche, place de la thèse dans le cursus médical, temporalité
H17	Donner une autre image de la thèse, promouvoir la thèse
H8	Travaux de groupe : <ul style="list-style-type: none"> - pour initier à la recherche - sur un même sujet de thèse - pour mutualiser les données
LA RÉALISATION DU TRAVAIL DE THÈSE	
H16	Le choix du sujet : <ul style="list-style-type: none"> - faire un sujet qui plait - des propositions de sujets ?
H18	Mieux répartir les lieux de recueil de données
H21	L'encadrement : <ul style="list-style-type: none"> - l'encadrement dans le choix méthodologique - encadrement temporel : fixer des échéances
H22	Utiliser d'avantage les aides déjà en place
H13	Des difficultés intrinsèques au travail de thèse
LA PLACE DE LA THÈSE	
H11-H20	Modifier ou simplifier le travail de thèse ?
H10	Remise en cause de la place de la thèse dans la validation finale
H15	Supprimer la thèse ?

Nous avons inclus dans cette thématique des propositions ou des pistes de réflexion abordées par les médecins à d'autres moments de leur discours. Nous les avons intégrées ici car ces extraits prenaient alors tout leur sens.

H6 : Difficultés de la question

Nous avons retrouvé dans le discours de plusieurs médecins des éléments qui caractérisaient une certaine difficulté à envisager cette dimension :

M4 : « (silence) bah, non ... je ne vois pas comment ».

M10 : « je sais pas trop ... ».

M11 : « c'est ce que je disais : c'est toujours plus facile d'être critique que de donner des solutions ».

H1 : LA FORMATION SUR LA THÈSE

H1 : Encourager et encadrer la préparation de la thèse

M1 : « peut-être suivre un peu mieux pendant l'internat, parce que il y a les RSCA mais c'est vrai qu'on s'occupe pas forcément du travail de thèse, donc, euh ... peut être encadrer un peu plus les étudiants la dessus pour les encourager à trouver des sujets rapidement au cours de l'internat parce que c'est vrai qu'il y en a qui finalement finissent par trainer et puis on connaît tous des gens qui euh ... au bout des trois ans de remplacements n'ont toujours pas fait leur thèse et qui se trouvent un peu dans une situation délicate (...) c'est aussi à nous de le faire ».

M6 : « je pense qu'il faut qu'on soit un petit peu mieux encadrés sur les débuts de thèse ».

H1 : Informations générales sur la thèse

Plus de formation au travail de thèse :

M12 : « Après sur la ... sur la préparation, euh ... : peut-être un petit peu plus de ... de formation (...) peut-être qu'on manque vraiment de, de ... un peu de formation sur euh ... avant, quand on est interne, sur ce que c'est qu'une thèse, comment la faire ».

Privilégier le partage du ressenti et de l'expérience entre les thésards :

M7 : « sensibiliser un peu plus sur le fait que c'est ... que ça va, enfin ... sur le ressenti, sur les valeurs d'une thèse, que ton travail justement permettra, pourrait être présenté justement en journée de DES, en journée ... la journée d'initiation par exemple, au départ, voilà ... dire le ressenti des gens ».

Sensibiliser d'avantage à l'investissement que nécessite ce travail, notamment sur le plan temporel :

M7 : « sensibiliser les gens au fait que (...) ça demande de s'investir, que ça demande du temps sur la longueur surtout ».

H1 : Formation aux outils de la recherche en médecine générale

M5 : « les outils ... les initier très tôt, euh ... pendant l'externat je pense que c'est hyper important » ;
« je pense que ça facilitera le travail de ... parce que du coup, les outils seront déjà acquis et euh ... et du coup, je pense qu'après c'est beaucoup plus facile. Une fois que les outils sont acquis, euh ... c'est beaucoup plus facile ».

M8 : « donc la préparation, c'est par la meilleure connaissance des méthodologies de la thèse » ;
« en améliorant les compétences méthodologiques des étudiants (...) y vont pas utiliser toutes les méthodo, donc ça sert à rien de leur apprendre toutes mais d'enseigner toutes celles qui existent, voilà, quelque chose de simple et facile ... c'est ce qu'on fait dans notre métier d'ailleurs (...) on connaît pas tout mais on sait où le rechercher (...) on sait que ça existe, voilà c'est ça qui est important ».

H2: Des entretiens individuels vs les groupes de thèse

M2 : « je pense que leurs groupes de thèse ça part d'un bon sentiment, mais pour moi le côté collectif c'est pas une bonne solution, parce que ... on perd beaucoup de temps et ça avance pas ... Je pense qu'il faudrait mieux des entretiens personnalisés ».

M6 : « je pense qu'il faut plutôt au début que ce soit individuel, parce que écouter pendant ... Moi je suis restée cinq heures en écoutant tout le monde, et à la fin, euh ... c'est là où il m'a dit : on se reverra pour discuter de ton sujet avec d'autres personnes ; enfin ... moi, j'avais posé une demi-journée de stage euh ... voilà, moi j'ai pas ...enfin, quand on y va, il faut que ce soit individuel. Chacun a des ... est à une étape différente de son travail de thèse, et ... je pense qu'il faudrait ... ou alors, qu'il y ait des groupes en fonction des étapes justement ».

H3 : Améliorer le lien avec les structures universitaires

M3 : « faire des choses au DMG, ... en tout cas à Nantes, parce que ça va pas du tout (...) je sais pas, ça passait pas, ... ça passait pas, j'en parle un peu autour de moi, j'ai l'impression que je suis pas la seule avec qui au DMG ça passe pas, y sont, ... on a l'impression qu'ils sont dans leur bulle et que ... ils n'entendent rien, ils n'entendent rien, voilà, ... je sais pas ... c'est vrai que quand on commence une ... quand on fait une thèse on est bête, y'a plein de choses qu'on sait pas, on nous l'a pas appris, et ... eux y voudraient qu'on le sache comme ça ».

M11 : « C'est pas toujours évident d'aborder la thèse directement via le DMG. Je vais être un peu critique, mais ... Enfin ... moi, je n'ai pas toujours eu un bon retour, mmm ... de tout ça, directement, via l'équipe thèse du DMG ».

H19 : plus de moyens notamment pour les DMG

M12 : « je pense qu'il leur faudrait euh ... peut-être un petit peu plus de bras au DMG, mais ça ... une fois de plus, ils n'en sont pas ... Ils ... c'est sur la bonne volonté aussi des gens qui sont là, donc euh ... euh ... Et ça, c'est une décision des pouvoirs publics, de mieux considérer la médecine générale, et les facultés, enfin ... et les départements de médecine générale ».

H9 : Initier plus tôt à la recherche, place de la thèse dans le cursus médical, temporalité

Initier plus tôt à la recherche :

M5 : « initier très tôt, euh ... pendant l'externat ».

M7 : « sensibiliser, euh, dès le début de l'internat (...) après des fois quand c'est trop tôt on n'a pas encore la tête à ça, on n'est pas dedans, on retient pas forcément les infos, les choses ».

Place de la thèse dans le cursus médical :

M5 : « revoir un peu cette thèse comment elle est faite (...) l'inclure systématiquement dans le cursus » ; « L'inclure comme une ... comme une étape obligatoire, euh ... et qui est prévue d'emblée. Peut-être même avec l'externat, hein ... ? Euh ... Peut-être même avoir des choses dans l'externat qui te préparent à ta thèse (...) Sachant que je pense qu'il faut euh ... une maturité et que, euh ... il y en a

qui vont encore le ressentir comme du scolaire et que ... du coup, ça sera peut-être pas forcément bien perçu, et du coup ... pas forcément fait à la mesure où ça aurait dû être pris, mais euh ... il n'empêche que je pense qu'il faut le commencer très tôt. Et que on a ... on est très tôt mis dans le bain de la clinique, mais euh ... tout ce qui est recherche on y est mis très tard en fait ».

H17 : Donner une autre image de la thèse, promouvoir la thèse

M5 : « c'est une dimension de notre métier, et que ... sans recherche, notre métier n'avance pas. Donc il faut le promouvoir, et euh ... il faut rendre les thèses attractives et euh ... et leur donner un sens et euh ... et pas justement ce que je dis, où c'est juste une validation pour euh ... pour ... pour pouvoir exercer son métier après. Je pense que ... qu'il faut vraiment l'inclure comme une dimension de notre travail ».

M11 : « donner une autre image de la thèse, euh ... Moi, j'aurai eu une image très négative, hein de la thèse (...) je sais pas : motiver les étudiants pour les thèses, en donner ... oui, en donner une autre image, en donner une image ... peut-être moins contraignante, plus intéressante » ; « Quand on en parle entre nous, je trouve qu'on est assez négatif aussi. Et je pense que c'est ça (rires) qu'il faudrait changer ! ».

H8 : Travaux de groupe

H8 : Pour initier à la recherche en MG, dans le cadre de la formation

M5 : « je pense qu'un travail de recherche ça pourrait être pareil, c'est-à-dire que ... euh ... grouper des gens (...) déterminer une question de recherche et ... faire un mini projet. Faire un mini projet, euh ... mais en groupe ».

H8 : Travaux en groupe sur un même sujet de thèse

Une réponse au déséquilibre entre le nombre d'internes et celui de directeurs de thèse :

M6 : « pour un seul travail, se mettre à plusieurs, réfléchir à plusieurs, parce que ... il y a trop d'internes. On peut pas ... mettre un directeur pour chaque interne ou médecin généraliste en cours de thèse, à Nantes. Non, c'est pas possible ».

Un moyen d'obtenir des travaux de meilleure qualité :

M6 : « Il vaut mieux faire moins de thèses ... moins de travaux de thèse mais mieux plutôt qu'en faire euh ... deux cent par an mais qui euh ... qui soient peut-être moins bien (rires) ».

Diminuer la charge de travail, partager :

M6 : « chacun peut avoir des thèmes, euh ... on partage, euh ... oui, ça me paraît mieux ».

M14 : « peut être organiser plus de thèses de groupe, je trouve que c'est quand même super bien de pas être seul dans la thèse ».

H8 : Le groupe pour mutualiser les données

M11 : « mutualiser les données ? (...) quand on est en stage de premier niveau, il y a toujours un interne qui est mis en place là-dessus. Je pense que c'est pas mal pour avoir un nombre de données suffisantes pour les thèses. Donc ... plus d'observation en médecine générale, pour ... pour avoir suffisamment de données, d'avoir plus de monde à travailler sur une même thèse ... Ce serait plus simple (...) alors, pas forcément plus de monde sur le même sujet, mais avoir euh ... une entraide ».

M13 : « je pense qu'il faut plus de moyen ou mutualiser ».

LA RÉALISATION DU TRAVAIL DE THÈSE

H16 : Le choix du sujet

Les médecins interviewés ont mis ici l'accent sur l'importance de ces paramètres pour le déroulement du travail de thèse, sans réellement faire de propositions de changement :

- faire un sujet qui plait :

M13 : « y manque peut-être un peu les moyens, les sujets adaptés (...) des thèses y'en a aussi un paquet qu'ont été faites, enfin y faut, faut renouveler un peu le, enfin voilà, faut avoir des bonnes idées, c'est pas non plus évident ».

- des propositions de sujets ?

M11 : « ce qui est pas simple, je trouve, c'est de trouver un sujet aussi, d'avoir mmm ... Voilà, de trouver ce sujet (...) on peut nous le donner certes, mais c'est pas le plus fréquent je pense, et puis pour avoir un sujet aussi intéressant, voilà. Je pense qu'il y a ... qu'il y a un travail là-dessus ».

H18 : Mieux répartir les lieux de recueil de données

M11 : « je suis d'accord qu'il y a beaucoup beaucoup d'internes, et ... voilà : ce ... enfin voilà, ceux qui sont sollicités, c'est un peu ceux qui ... les maîtres de stage, euh ... c'est toujours un peu les mêmes, et ce qu'ils disent c'est que ... ils ont beaucoup trop de demandes aussi, donc ... De répartir un peu mieux aussi, je pense que ça pourrait aider ».

H21 : L'encadrement

M6 : « plus de cours peut-être ou ... plus d'aide pour faire sa thèse (...) plus d'aide pour se sentir peut-être un peu soutenu. Parce que l'aide technique, moi, j'ai ... j'ai réussi à l'avoir par ... avec les fiches que les mmm ... les filles du DMG ont faites. Donc c'était bien. Mais ... plus de sujets, plus de ... de directeurs investis, avec du temps ... ».

M13 : « faudrait peut-être que ce soit piloté un peu plus en haut, y nous, et qui vraiment, enfin, j'aurais bien aimé qu'on me dise voilà : fais ça exactement, tu vas voir, comme ça ; (...) dans ce cas-là on fait le travail quoi, on le fait bien et là ensuite, ça, ça permet de faire avancer un peu telle ou telle chose ».

L'encadrement pour le choix méthodologique :

M1 : « par l'encadrement quoi, par les personnes qui nous encadrent quoi ... pour qu'on ait une bonne méthodologie ».

L'encadrement temporel : fixer des échéances :

M8 : « je pense qu'il faut être plus rigoureux avec les thésards sur les dates de remise des travaux, ça t'oblige à rendre des trucs régulièrement (...) parce que sinon t'avances pas, on est comme ... c'est comme tout le monde quoi, quand t'as pas de contraintes t'as pas de contraintes ».

H22 : Utiliser d'avantage les aides déjà en place

M14 : « y'a des choses qui sont mises en place par la fac hein, déjà, donc faut se saisir déjà de ce qui existe hein, parce que, les groupes de thèse euh, c'est quand même pas mal pour avancer, ils font des ateliers de recherche bibliographique, je suis pas sûr qu'on se serve suffisamment de ces aides-là (...) déjà si tout le monde se servait de ces aides-là, euh, ce serait peut-être pas mal » ; « j'en connais plein qui ne savaient même pas que ça existait (...) peut être la méconnaissance (...) et puis euh, après je sais pas, peut-être que ceux qui sont déjà sortis de la fac c'est plus difficile aussi de se réintégrer ».

H13 : Des difficultés intrinsèques au travail de thèse

Le travail de thèse comporte intrinsèquement des difficultés auxquelles, malgré les aides et autres moyens mis en place, tous les thésards seront confrontés :

M6 : « il y a un moment où de toutes façons on sera seul avec sa thèse, hein, quoiqu'il arrive ».

M12 : « y a des moments où il faut bien que tu bosses tout seul, et euh ... ben, là, personne peut t'aider : c'est comme ça, c'est ton travail, c'est à toi de le faire » ; « Alors, la réalisation ... je sais pas si on peut euh, l'améliorer vraiment, parce que ça reste un travail personnel ».

LA PLACE DE LA THÈSE

H11- H20 : Modifier ou simplifier le travail de thèse ?

M5 : « je pense qu'il a une utilité, euh ... mais je pense qu'il pourrait être intégré d'une autre façon ; (...) Je pense que ça pourrait être quelque chose de ... de continu ... C'est-à-dire qu'on arrive à l'internat, euh ... avec, je sais pas ... un chapeau ... En médecine générale en plus c'est vraiment ça, parce que c'est tellement vaste. Un chapeau de questions éventuellement, et puis ... bah pendant les trois ans on travaillera sur cette question-là ».

M6 : « je pense qu'il faut faire des thèses plus simples » ; « des travaux de thèse simplifiés ».

H10 : Remise en cause de la place de la thèse dans la validation finale

Une importance trop grande qui fait de la thèse l'examen final validant le diplôme d'État et le cursus universitaire :

M5 : « j'ai une vieille médecin qui a fait tout son cursus universitaire (...) elle a fait neuf ans d'études ... enfin, c'était sept ans ... et elle a pas passé cette thèse et donc du coup elle est plus rien (...) ça paraît hallucinant quand même. Que tu aies fait sept ans d'études, et que il faut que t'as un seul diplôme qui valide ton cursus ».

Un travail non représentatif car uniquement théorique : lui associer une épreuve pratique ?

M5 : « c'est lui accorder une dimension qui je trouve est pas forcément représentative de notre travail au quotidien (...) On n'a jamais de validation clinique, alors que c'est quand même notre exercice quotidien ! On valide notre théorie, et pas notre pratique (...) ça doit pas être cette ... c'est pas forcément l'ensemble de la validation finale, je trouve. Peut-être pas euh ... dans notre métier, c'est important. Moi, j'aurais dit : théorie, clinique, recherche, c'est une triade, et ... qu'on devrait pas séparer, et euh ... le fait qu'on soit validé que par ce travail de recherche (...) je suis pas sûr que ce soit le plus adapté à valider ton diplôme. Mais ... je pense qu'il doit être intégré dedans ».

H15 : Supprimer la thèse ?

M9 : « je pense qu'on pourrait enlever la thèse ? (rires) Clairement ! (...) ... je suis pas meilleure médecin depuis que je suis thésée, hein ! C'est juste écrit sur le papier, voilà » ; « Je sais pas par quoi ils pourraient remplacer ça, j'en sais rien ».

4.20 THÉMATIQUE N°15 : PISTES DE RÉFLEXION- IMPLICATION À TITRE PERSONNEL

LES PISTES DE RÉFLEXION - IMPLICATION À TITRE PERSONNEL	
h'1	Réaction de surprise, pas d'implication, difficulté de la question
h'2	Motiver et aider ceux qui n'ont pas encore réalisé leur thèse
h'4	Participer à d'autres travaux de thèse en aidant au recueil des données
h'3	Etre directeur de thèse
h'5	Problème de compétences pour s'impliquer
h'7	Contribuer à donner une autre image de la thèse
h'8	S'impliquer au DMG
h'6	Participer à des pétitions anti-thèse

h'1 : Réaction de surprise, pas d'implication, difficulté de la question

Il s'agit souvent de la première réaction, accompagnée de rires, et justifiée par le désir dans l'immédiat de tourner la page de la thèse. C'est le cas de la quasi-totalité des médecins interviewés :

M3 : « Alors ça, ... alors ça ... pour l'instant, j'ai tellement ... j'en sors juste, j'ai pas envie de repartir la dedans, même pour quelqu'un d'autre ».

M6 : « alors ... ! Alors là, je viens de finir, alors pas question pour l'instant ! » ; « peut-être, hein, plus tard ... On pourra voir ça ... mais pas pour le moment ».

M14 : « (rires), euh, pour l'instant je vois pas trop comment, (rires), pour l'instant c'est pas dans mes objectifs quoi, et euh, après je sais pas, je sais pas du tout, je, je conçois pas ça pour le moment ».

Cette première réaction de refus de s'impliquer personnellement dans les améliorations à apporter est pondérée par une deuxième partie de la réponse évoquant différentes participations. Mais là-encore, le discours reste nuancé par le désir immédiat de laisser la thèse de côté :

h'2 : Motiver et aider ceux qui n'ont pas encore réalisé leur thèse

M1 : « motiver les amis à, enfin voilà, trouver un sujet et puis, euh ... de les aider comme je peux ».

M4 : « j'ai donné des mails, des choses comme ça, pour les aider à trouver ... à trouver des personnes qui pourraient les encadrer ».

M6 : « Faire du soutien moral aux ... aux internes et aux médecins en leur disant qu'ils vont y arriver ! ».

h'4 : Participer à d'autres travaux de thèse en aidant au recueil des données

M5 : « être petite main (...) donner les moyens logistiques, oui, pourquoi pas, ouais ... Mettre le cabinet à la disposition des internes pour faire leur, euh ... leur recherche en médecine générale, ça, aucun soucis. Je pense que ça serait de cette façon-là ».

M11 : « en aidant les autres internes quand ils m'appellent pour répondre (...) d'accueillir euh, un interne qui voudrait faire un travail d'observation » ; « Après, évidemment, il faut que ... l'on sache que je suis prête à aider certains, donc c'est pas évident, mais ... C'est toujours pareil, c'est du bouche à oreille, pour l'instant. C'est ... voilà : les internes qui me contactent, c'est parce que un tel leur a dit que ils pouvaient m'appeler, c'est comme ça que ça fonctionne pour l'instant, en tout cas ».

h'3 : Etre directeur de thèse

M1 : « pourquoi pas euh ... Plus tard, quand je serai installée, encadrer les travaux de thèse. Pourquoi pas ? Etre maître de thèse, mais en tout cas, ... actuellement non ».

M5 : « être directeur de thèse, hein. Ça pourrait être une première étape ».

h'5 : Problème de compétences pour s'impliquer

M6 : « j'ai pas une formation assez ... assez euh ... santé publique, méthodologie justement pour pouvoir m'impliquer là-dedans » ; « je pense vraiment pas avoir les compétences pour euh ... pour aider pour les thèses ».

M14 : « je pense que j'ai pas encore la capacité d'aider quelqu'un dans un travail de thèse (...) on peut en discuter mais, voilà, c'est pas encore de ma compétence ».

h'7 : Contribuer à donner une autre image de la thèse

M11 : « je pourrais aider aussi en essayant d'être moins négative auprès des autres (rires) sur ma thèse, en leur disant pas forcément que c'est juste une formalité, même si c'est pas ... ».

h'8 : S'impliquer au DMG

M12 : « je me dis que peut-être un jour si je m'installe j'accueillerai des internes, et peut-être que je m'impliquerai un peu plus dans le DMG ».

h'6 : Participer à des pétitions anti-thèse

M9 : « euh, s'il y avait des pétitions anti-thèse, je les signerais, mais à part ça, euh ... ».

5 DISCUSSION

5.1 INTÉRÊTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Nous avons souhaité explorer la problématique du travail de thèse car elle concerne tous les étudiants en médecine au terme de leur cursus. Il s'agit d'un thème d'actualité de par l'évolution permanente du champ de la Médecine générale et du cursus médical. Nous souhaitons donner la parole aux jeunes doctorés et mettre nos résultats en parallèle de ceux des travaux précédents, tout en explorant de nouvelles thématiques.

La problématique du travail de thèse est vaste. Le travail que nous présentons est par conséquent très dense, notamment la partie concernant l'analyse des résultats. Nous aurions pu limiter le champ des thématiques abordées mais nous souhaitons garder une vision globale afin de mettre en évidence l'interaction des différents éléments.

Notre travail aborde notamment les notions de temporalité, valorisation et publication peu explorées dans les travaux antérieurs. L'originalité de la dernière thématique (" Pistes de réflexion ") propose à l'interviewé d'être acteur de ses propositions. Cependant le sujet est vaste et ne se limite certainement pas aux dimensions abordées dans ce travail.

Les principales difficultés rencontrées dans ce travail ont été la constitution du corpus ainsi que le recueil de données du fait du temps important de retranscription et d'analyse. La recherche bibliographique s'est révélée complexe car la recherche par le mot clef principal « thèse » est peu spécifique.

5.1.1 Méthodologie choisie

Le choix d'une méthodologie qualitative a été justifié par l'exploration de notions non quantifiables que sont le vécu et les représentations. Ce type de méthodologie ne permet pas, à la différence d'une étude quantitative, de donner lieu à un chiffage des données via une analyse statistique. N'étant pas représentatif de la population des thésards en Médecine Générale, les résultats ne peuvent pas être généralisés ; ils permettent uniquement de faire émerger des concepts et idées fortes. Nous n'avons donc donné que quelques indications sur la tendance des opinions lorsqu'il semblait exister un consensus fort, sans leur en donner une valeur quantitative. Il serait certainement intéressant de pouvoir appuyer certaines idées par une étude quantitative complémentaire.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés pour donner la priorité à l'expression d'un discours qui concerne un vécu parfois très personnel, affranchi du regard d'autres intervenants hormis celui de l'interviewer. Les focus groupe offrent une dynamique de groupe qui permet au discours de s'enrichir de l'opinion d'autrui, mais nous craignons l'influence de leader d'opinion ou de normes de groupe qui auraient pu limiter l'émergence d'idées personnelles ou d'opinions controversées. Certains médecins ont en effet exprimé leurs réticences à relater ce travail et s'inquiétaient également de la confidentialité. Si nous n'avons donc pas bénéficié de l'interaction entre différents participants, la richesse de l'analyse et la longueur des entretiens mettent en avant des entretiens néanmoins très productifs.

5.1.2 L'enquêteur

Les entretiens ont été conçus réalisés et analysés par une seule et même personne. Le statut de l'intervieweur est incontestablement un des grands biais de cette étude : il est à l'origine d'un biais de sélection, dans le recueil des données ainsi que dans l'interprétation des résultats.

L'inexpérience de l'intervieweur, formé à cette méthodologie à l'occasion de ce travail, a pu altérer la qualité du recueil ainsi que l'analyse de contenu thématique. Pour une meilleure approche méthodologique, nous avons contacté le département de Sciences Humaines et Sociales de la faculté de Nantes. L'entretien intègre un rapport social dans lequel l'interviewer doit se positionner avec neutralité (30). Son appartenance au domaine médical et son implication dans la problématique abordée ont pu influencer là encore le cadre contractuel de la communication lors des entretiens. Pour limiter au maximum cet impact, nous avons assuré les interviewés de sa neutralité et garanti l'anonymat des entretiens. Afin de limiter au maximum le biais de recrutement, nous avons pris soin de ne pas inclure de connaissances proches de l'enquêteur, excepté un médecin rencontré. L'interviewer n'a bien évidemment pas exprimé d'opinions personnelles et n'a pas donné suite lorsqu'il a été (rarement) pris à partie. Nous avons laissé le libre choix à l'interviewé du vouvoiement ou du tutoiement, qui s'est finalement imposé d'emblée. L'objectivité de l'interviewer pour réaliser l'analyse de contenu est également discutable.

Néanmoins, bien que créant de multiples biais, le statut de l'interviewer a certainement favorisé une plus grande participation des médecins à l'étude. La proximité interviewer - interviewé a notamment pu faciliter les confidences, offrant ainsi une richesse des discours et une liberté d'expression.

5.1.3 Biais de sélection

Il existe un biais en termes de sélection du corpus : nous avons eu de grandes difficultés pour pouvoir contacter la population choisie pour ce travail et l'obtention de coordonnées a donc été un critère d'inclusion. Une inclusion par tirage au sort, bien que préférable, n'a pas été possible. Le recrutement s'est fait de proche en proche pour les mêmes raisons. Ce mode d'accès indirect a pour inconvénient de ne pas être neutre (30) (la demande de l'enquêteur - demande de recherche - se double d'une demande tierce - amicale, sociale, institutionnelle -) mais a certainement contribué à une meilleure participation.

Nous avons en revanche réussi à constituer un échantillon diversifié aussi bien en terme d'années de DES que de participation à un DESC, et à intégrer deux médecins ayant réalisé leur travail en groupe. Si les années différentes de DES participent à la diversité des discours, les médecins ont en revanche pu bénéficier d'une formation universitaire différente qui peut expliquer des divergences sur certains points. Le ratio homme / femme est satisfaisant compte tenu de la forte proportion féminine actuelle.

5.1.4 Le recueil de données

Outre le rôle de l'interviewer évoqué précédemment, la variabilité des paramètres de la situation d'entretiens et le caractère structuré du guide d'entretien ont également pu interférer dans le recueil de données.

- Paramètres de la situation d'entretien

Nous n'avons pas pu fixer un cadre reproductible pour l'ensemble des entretiens car nous souhaitions laisser le libre choix à l'interviewé de la situation d'entretien, notamment lieu et horaire, afin d'obtenir une meilleure participation selon leur disponibilité.

- L'interviewer

C'est donc à la fois son inexpérience, son appartenance au domaine médical et son implication dans la problématique qui ont pu influencer la production du discours. Nous avons été attentifs à limiter le nombre de ses interventions et le caractère directif ou trop suggestif des éventuelles relances.

- Guide d'entretien

Nous avons fait le choix d'un guide d'entretien structuré compte tenu du caractère multithématique de la problématique abordée. Nous souhaitions faciliter l'abord du sujet en guidant au mieux les médecins, bien que limitant de ce fait la spontanéité du discours. Le guide d'entretien a été élaboré à partir des éléments de la bibliographie et de nos pistes de réflexion. Il a été légèrement modifié suite au premier entretien mais nous n'avons pas eu besoin par la suite d'en moduler la trame. Les consignes portant que la qualité scientifique du travail de thèse et la publication n'ont pas été clairement formulées sur le plan sémantique. Cependant les interviewés semblent en avoir bien saisi le sens, comme en témoigne leur discours à ce sujet.

5.1.5 Biais d'interprétation

Il existe une part de subjectivité inhérente à l'interprétation et à l'analyse de contenu. Le statut de l'intervieweur a pu amplifier ce biais d'interprétation malgré ses efforts de neutralité, ce d'autant qu'il n'y a pas eu triangulation de l'analyse par des investigateurs indépendants.

Nous n'avons pas eu recours à un logiciel pour analyser les discours et nous n'avons pas réalisé d'étude de cooccurrences par manque de temps.

La saturation des données a été atteinte avant le 14^e entretien pour l'ensemble des thématiques sauf la dernière concernant les pistes d'amélioration. Nous n'avons pas, pour des contraintes matérielles, poursuivi les entretiens pour obtenir la saturation de cette thématique, par ailleurs difficile à atteindre tant les pistes de réflexion sont nombreuses. La diversité en terme d'années de DES était une exigence initiale qui nous a amené à poursuivre les entretiens après saturation.

5.2 DIVERSITÉ DES REGARDS

L'analyse des entretiens a mis en avant des points de consensus et de divergences avec des avis parfois complémentaires ou contraires. Les différentes problématiques abordées s'inscrivent de fait dans l'individualité de chaque travail : il existe des spécificités propres à chaque individu, source de diversité.

Le caractère haché et hésitant de certains discours, ponctués d'interjections, suggère la complexité du sujet abordé : il est plus marqué pour certaines thématiques telles que les objectifs du travail de thèse ou les pistes de réflexion. Évoquer cette expérience personnelle, pour en isoler les éléments du vécu ou les représentations associées, est un véritable travail biographique réflexif.

Certes le thème est familier à l'ensemble des personnes entendues et se réfère à un passé encore proche. Mais la richesse des émotions et la complexité des déterminants, sur une temporalité parfois longue, rendent le retour d'expérience plus complexe. Une distanciation par rapport à l'évènement est parfois nécessaire, comme le souligne un médecin : « *je pense que je l'ai passé il y a un mois et que je ne suis pas encore capable de répondre* » (M6). A cela s'ajoute pour certains une envie de « *tourner la page* » et de « *penser à autre chose* ». C'est pourquoi nous avons essayé de construire notre grille d'entretien sur cette logique d'un cheminement réflexif. Le discours de certains interviewés a ainsi trouvé une fluidité au fur et à mesure de l'entretien.

5.3 DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS

5.3.1 Quelle motivation pour le travail de thèse ?

5.3.1.1 La motivation, une source de difficultés ?

La motivation est un élément capital du travail de thèse : elle engendre et nourrit la dynamique nécessaire à son avancée. Les précédents travaux sur ce thème avaient identifié cette motivation comme une zone de convergence de difficultés. La moitié des médecins interrogés par Y. Teisset évoquait le manque de motivation comme un des principaux freins à l'avancée de leur travail (26). A-I. Rousset mettait également en avant un « *manque de motivation affiché* » comme « *première des difficultés rencontrée dans la réalisation* » du travail de thèse (27). Cette problématique se pose également aux étudiants en médecine espagnols dont la formation est relativement similaire à celle de la France : 22,6 % d'entre eux seulement se sentaient motivés et 90% des maîtres de stage et enseignants considéraient également que les internes n'étaient pas motivés, effectuant ce travail par obligation administrative (32). M-C. Peltier notait que « *le manque d'énergie des internes de médecine générale (...) est flagrant* » (28). Enfin, une étude relevait un problème de motivation de l'étudiant (15,7%) et du directeur (13,7%) dans les principales causes d'échec de projet de thèse (33).

Nous n'avons toutefois pas, dans notre travail, cherché à explorer la motivation comme source de difficultés. Il nous semblait difficile de formuler une consigne neutre sur cette problématique. Les médecins entendus dans notre travail ne l'ont pas évoquée dans les difficultés rencontrées : cela peut être expliqué par le fait que cette dimension a été largement abordée en début d'entretien. Cependant, certains éléments du discours la qualifient comme telle : « *c'est dur les motivations* » souligne un médecin (M7), venant appuyer les résultats des travaux précédents.

Cette difficulté en terme motivationnel semble résider en partie dans le fait que la motivation porte principalement sur le caractère contraignant et obligatoire du travail de thèse.

5.3.1.2 Vision obligatoire et contraignante de la thèse et motivation

Il existe en effet un consensus au sujet du caractère obligatoire et contraignant du travail de thèse. Cette contrainte, liée à l'obligation légale de soutenir une thèse pour obtenir le doctorat, avait été évoquée aussi bien par les internes en MG interrogés par Y. Teisset (26), que par les médecins thésés rencontrés par A-I. Rousset et M-C. Peltier (27)(28). A titre indicatif, un seul médecin de notre étude n'a pas abordé ce point durant l'entretien, tout en mentionnant vouloir « *finir ça assez vite* » (M1). Si le travail de thèse semble être globalement reconnu comme contraignant car obligatoire, notre travail a mis en évidence que la motivation à l'initiation du travail de thèse revêt elle aussi cet aspect.

La « *motivation - contrainte* » est la source de motivation évoquée par une très large majorité de médecins. Ils la formulent d'ailleurs parfois comme une évidence, comme si la question semblait naïve : « *(silence). Bah ... (rires) C'est obligatoire, donc euh ...* » (M4).

Si la contrainte est perçue et s'impose à une très large majorité des médecins, c'est qu'elle est une caractéristique intrinsèque au travail de thèse : la thèse est porteuse d'une obligation puisque son existence même repose sur un texte législatif (4). Elle intervient donc inévitablement dans la représentation et la perception du travail de thèse. Une enquête qualitative réalisée en 2009 à Rennes qui avait montré de manière similaire que « *les étudiants se livraient difficilement à cet exercice considéré comme sanctionnant et donc non motivant* » (34). C'est le dénominateur commun qui unit tous les aspirants au doctorat : si chacun avait le libre choix de réaliser ou non ce travail de thèse, il est probable que la(les) motivation(s) se portera(en)t préférentiellement vers d'autres dimensions. Comme le remarque un médecin : « *Je pense que si c'était pas obligatoire personne ne le ferait* » (M13). Nous n'avons pas la réponse à cette question.

On peut néanmoins s'interroger sur une motivation fondée sur l'obligation seule : peut-on être réellement motivé pour réaliser un travail uniquement par obligation, sous la contrainte ? « *Comment être motivé pour réaliser un travail que les étudiants considéraient comme une obligation administrative pour obtenir le titre de " docteur " ?* » questionnait également A-I. Rousset (27).

Si les mots « *contrainte* » et « *obligation* » sont porteurs d'une connotation négative, cela ne préjuge pas pour autant de la force de motivation qu'il en naît. Comme le soulignent certains de nos interviewés, « *c'est bien d'avoir une deadline* » sans laquelle « *je sais pas si ça serait terminé un jour* » (M8). Le fait de vouloir se « *débarrasser* » de la thèse « *n'enlève rien au ... au côté travail bien fait et l'envie* » remarque un autre médecin (M12). Pour certains donc, l'obligation contraignante, infaillible, s'impose et leur donne parfois cette impulsion indispensable ; elle les « *porte* » dans leur travail.

La problématique sous-jacente concerne d'avantage la nature de cette motivation, la qualité de sa dynamique : si la contrainte peut être une source forte ou indispensable de motivation, n'est-elle pas cependant un frein à l'investissement positif du travail de thèse ? Une motivation axée uniquement sur ces dimensions à consonance négative peut-elle générer une énergie positive ?

Une analyse plus fine de cette « *motivation - contrainte* » a mis en évidence qu'elle pouvait s'imposer de différentes manières selon l'individualité de chaque situation :

- **Contrainte et choix de la temporalité** : la dimension contraignante du travail de thèse peut se traduire par une volonté d'anticiper sur cette obligation en redevenant décisionnaire de la temporalité du travail de thèse. La perception de la contrainte est atténuée en choisissant par exemple un contexte temporel plus adapté. L'obligation contraignante n'est plus totalement imposée puisque la personne en choisit les modalités ;
- **Contrainte par la limitation de projets professionnels**, dont certains imposent l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine pour être réalisés ;
- **Contrainte par l'échéance temporelle** : la contrainte prend forme dans l'échéance légale, référence au délai de six ans après le début du troisième cycle pour soutenir le travail de thèse. Au travers de ce délai, le temps s'impose au travail de thèse et donne une forme de « *matérialité* » à la contrainte.

Les perspectives mêmes de la contrainte peuvent donc varier. Ces trois dimensions par lesquelles le caractère obligatoire de la thèse devient source de motivation peuvent être distinguées par la dynamique qu'elles soutiennent :

- **La contrainte inscrite dans la perspective de projets professionnels et celle se traduisant par le choix d'une temporalité** plus adaptée sont porteuses d'une dynamique de progression, d'avancée. Cette hypothèse est appuyée par les résultats d'A-I. Rousset qui évoquait un investissement positif du travail de thèse chez les médecins qui l'entreprenaient dans des perspectives professionnelles (27) : « *les médecins interrogés qui avaient un objectif de poste, voire de carrière universitaire (...) étaient donc d'avantage motivés dans sa réalisation* ». Cependant pour ceux qui se destinent à un exercice libéral, les freins à l'installation limitent ces perspectives de projets professionnels. Un autre auteur soulignait que : « *les internes semblaient privilégier les remplacements au détriment d'une installation jugée plus contraignante à bien des égards, et ne plaçaient pas la thèse dans leurs priorités* » (35).
- **La contrainte rattachée à la seule échéance temporelle** renvoi à la notion de délai légal, mais dans une dynamique contraire, presque statique : elle semble consister parfois à attendre une concrétisation plus palpable de l'échéance, « *dans l'urgence* » (M9), c'est-à-dire la mise en jeu de la licence de remplacement. D'ailleurs, le terme même de « *Deadline* » employé par certains (M8 et M2) traduit bien la tension liée à cette échéance. Si l'échéance temporelle stimule fortement, elle est également source de stress et d'anxiété, pouvant alors créer une dynamique inverse en devenant un frein. Nous entrevoyons l'influence et le rôle déterminant de la temporalité du travail de thèse, au travers ici de l'échéance : nous y reviendrons ultérieurement.

Sans être un obstacle à la bonne réalisation du travail, la « *motivation - contrainte* » seule ne nous semble donc pas propice à engendrer une dynamique positive autour du travail de thèse. Bien que la motivation soit fortement investie dans la contrainte, cette dernière n'est cependant pas la seule source de motivation. Des autres sources de motivation, c'est le sujet de thèse qui retient notre attention, ce d'autant qu'il intervient dans d'autres aspects du travail.

5.3.1.3 Le sujet de thèse

Le sujet de thèse est évoqué par près de la moitié des médecins de notre étude comme une source de motivation à l'initiation du travail de thèse. Mais comme le précise l'un d'eux : « *j'ai essayé de trouver un sujet qui me motivait plus précisément* » (M11) et non « *c'est le sujet qui m'a motivé* ». En effet, le choix du sujet de thèse est une première étape indispensable et essentielle du travail de thèse. Mais n'intervient-il pas après l'initiation du travail, et non au début ? Le choix du sujet de thèse est-il une étape préliminaire, parfois complexe, mais préalable à la réalisation de ce travail ? La frontière est floue. Quelle qu'elle soit, le sujet de thèse joue donc un rôle essentiel, également mis en avant dans les travaux précédents (26)(27)(28).

L'investissement motivationnel du sujet de thèse se fait au travers de paramètres concordants avec certains critères de choix du sujet identifiés précédemment par Y. Teisset (26) et repris par M-C Peltier (28). Parmi ces critères, on retrouve notamment l'intérêt personnel pour le sujet et l'intérêt sur le plan médical. Tout comme la quasi-totalité des médecins interrogés par Y. Teisset, ceux que nous avons rencontrés mettaient en avant leur intérêt personnel pour le sujet comme critère décisif : « *Ils estiment pouvoir s'investir plus facilement dans le projet si le sujet les intéresse, les motivent* ».

Cette dimension soulève la problématique du choix du sujet versus un sujet imposé ou trop suggéré. Comme l'explique très bien un de nos médecins : « *la difficulté (...) d'avoir un travail d'un autre (...) c'est de passer totalement à côté (...) et puis pas y trouver la motivation nécessaire non plus* » car « *déjà que la thèse ça représente pas grand-chose, mais alors ... En plus si c'est une thématique pour laquelle t'es pas très impliqué, euh ... c'est encore plus compliqué* » (M5). A-I. Rousset (27) relevait également ce paradoxe entre le souhait de se voir proposer un « *sujet « clef en main », dont la question et la méthodologie de recherche seraient déjà posés* » et parallèlement un intérêt et une plus grande satisfaction personnelle à effectuer un travail de leur choix. Une autre étude a d'ailleurs montré que « *les étudiants ayant trouvé eux-mêmes leur sujets de thèse avaient plus souvent envie de poursuivre des activités de recherche* » (33).

L'intérêt du sujet sur le plan médical est également fondamental : la pertinence du sujet est facteur de motivation, que ce soit par son actualité ou son originalité, mais surtout par son lien avec le champ disciplinaire de la Médecine Générale. Ce rapport étroit à la spécialité de MG répond à la volonté de réaliser un travail utile notamment dans la pratique clinique. Il était également noté par Y. Teisset (26) comme critère de choix du sujet, parfois par obligation, plus souvent par intérêt personnel. Le sujet de thèse est en effet le seul lien entre travail de thèse et activités professionnelles ou de formation évoqué par les interviewés.

Le sujet de thèse est donc porteur du travail. C'est un premier temps de réflexion indispensable à l'élaboration du travail, il en conduit la construction et est source de motivation par le lien créé avec celui qui le choisit. Comme la contrainte, le sujet de thèse est un point d'ancrage solide de la motivation. La motivation « *profonde de me dire que j'avais un beau sujet qui me plaisait* » évoquée par un des médecins (M12) « *n'a jamais été ébranlée* ». C'est un élément constant du travail de thèse. C'est ce qui en fait aussi sa force.

Toute la difficulté est en revanche de déterminer ce sujet. Comme le note le DMG de Nantes sur son site d'information (24), « *trouver* » le sujet est une « *mauvaise expression qui masque un vrai travail, incontournable* » : il s'agit de préciser la problématique et de construire sa question de recherche, par des allers retours entre questionnement nés de la pratique, recherches bibliographiques et discussions avec des praticiens référents. Cette étape essentielle est une source de difficultés évoquée par plusieurs médecins lors des entretiens, ainsi que ceux de travaux antérieurs qui s'estimaient également « *peu compétents pour trouver des sujets de recherches pertinents* » (27). Une étude relevait le problème de pertinence du sujet comme la première cause (35,3%) d'échec de projet de thèse (33).

Cette problématique du choix du sujet semble liée pour partie à une prise de contact considérée comme souvent tardive avec le champ de la MG. L'étudiant manquerait du recul nécessaire sur ce domaine et sa pratique pour trouver un sujet de recherche en lien dans le temps imparti du troisième cycle. A ce titre, un autre auteur mettait en avant la généralisation du stage de deuxième cycle en MG pour offrir un premier aperçu de la discipline (27). Cette étape du choix du sujet est certainement amplifiée par les enjeux importants dont elle est porteuse. A l'extrême, une forme d'idéalisation du sujet de thèse comme condition sine qua non à la réalisation d'un travail pertinent mais surtout utile peut aussi enrayer son commencement.

Les médecins de notre étude n'ont pas réellement formulé de propositions concernant le sujet de thèse : leurs discours mettaient l'accent principalement sur son importance et sur les critères de

choix précédemment énoncés. Ils relevaient notamment un manque de moyens et de propositions de sujets adaptés : « *il y a un travail là-dessus* » concluait un médecin (M11). La mise à disposition de « *sujets de recherches donnés par les universités de la discipline* » était suggérée dans une autre étude (27). Dans nos entretiens, outre la difficulté liée à la nécessité de répondre aux critères de choix détaillés plus haut, est évoquée celle consistant à s'assurer que le sujet ne soit pas l'objet d'un autre travail par un autre étudiant. Sur ce dernier point, la mise à jour de la liste des sujets disponibles sur le site d'information du DMG permettra certainement de faciliter cette démarche. Mais un listing complémentaire et actualisé des travaux de thèse en cours permettrait certainement aux étudiants de mieux se repérer. Il est évident que cette proposition n'a de sens qu'avec une participation active de ces derniers.

5.3.1.4 Dynamique et évolution de la motivation

Au-delà de l'obligation contraignante et du sujet de thèse, la motivation peut s'appuyer sur d'autres éléments pour entretenir une dynamique tout au long du travail. En effet, maintenir une motivation sur la base de cette vision contraignante semble problématique. D'autant plus que le travail de thèse est fréquemment évoqué comme un travail « *long et difficile* », nécessitant donc une motivation solide pour soutenir cet effort. C'est difficile « *de garder la motivation* » précise ainsi un médecin (M14), ce d'autant que la contrainte n'est pas une motivation « *très plaisante* » (M12). C'est probablement la conscience des limites d'une motivation née de la seule contrainte qui conduit à investir d'autres aspects du travail de thèse grâce à l'émergence d'une dissonance cognitive.

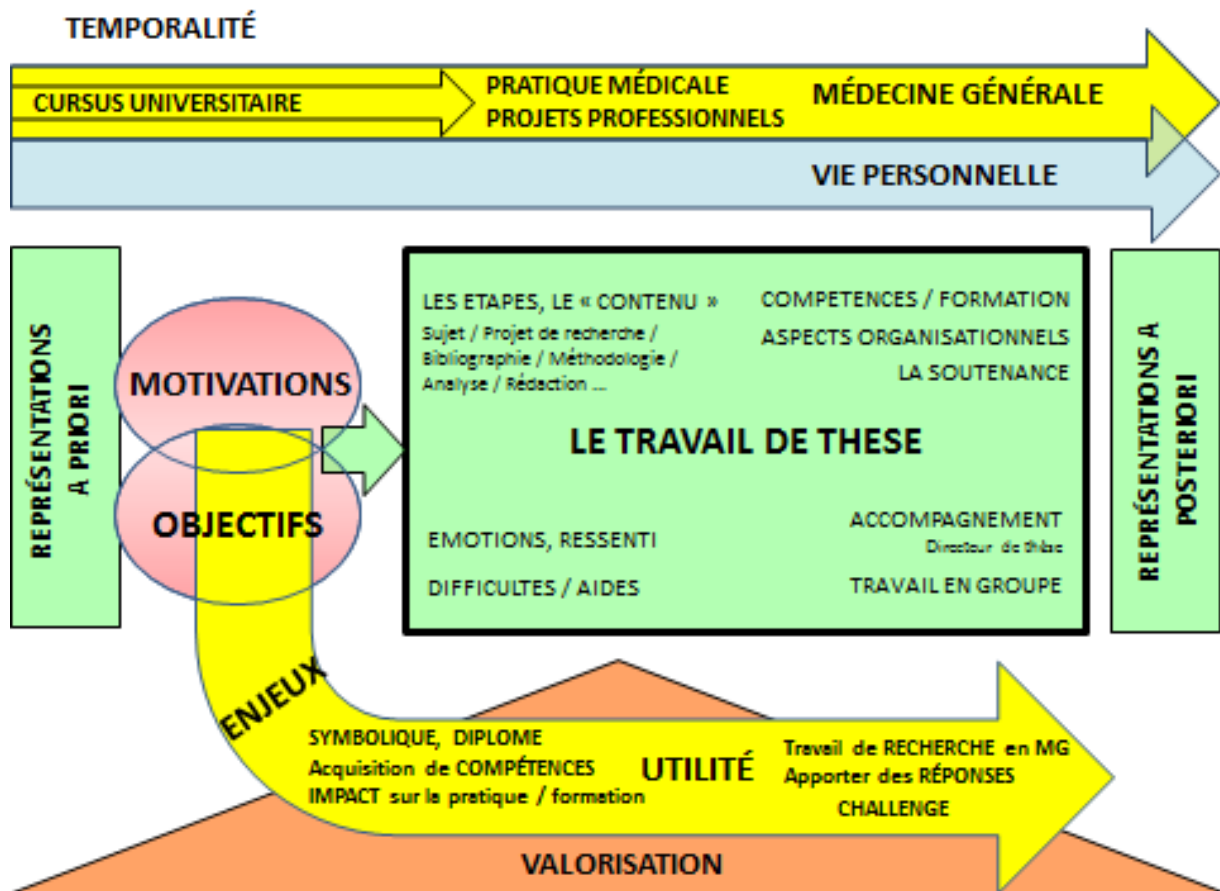
La dissonance cognitive est un concept de psychologie élaboré par Léon Festinger : l'individu, en présence de cognitions (« connaissances, opinions ou croyances sur l'environnement, sur soi ou son propre comportement ») incompatibles entre elles, éprouve un état de tension désagréable. C'est l'état de « dissonance cognitive ». L'individu met alors en œuvre des stratégies inconscientes visant à restaurer un équilibre cognitif (36). Il existe une dissonance cognitive entre la perception de cette contrainte et la nécessité d'investir autrement le travail de thèse pour soutenir cette force motivationnelle. « *Si j'avais pas eu un sujet qui me plaisait (...) je me serais pas investi* » remarque un médecin (M12).

Ainsi, l'évolution de la motivation telle que racontée par les médecins que nous avons rencontrés met en avant, certes la permanence et le poids de l'obligation contraignante, mais surtout son déplacement vers d'autres aspects du travail. Cette évolution de la motivation traduit une volonté d'engager d'autres aspects plus positifs et porteurs de la thèse tels que la perspective d'un travail utile ou d'un challenge. La motivation s'inscrit et évolue dans un tableau complexe intégrant différents paramètres.

5.3.2 La motivation s'inscrit dans un tableau complexe

M-C. Peltier (28) relevait dans son travail la complexité de la motivation, dont elle rappelait la définition : « *La motivation est définie comme l'ensemble des forces intérieures et extérieures produisant le déclenchement, l'intensité et la persistance de l'action* » (28). La motivation à l'initiation du travail de thèse évolue dans un tableau complexe, présenté dans le schéma ci-dessous, qui intègre plusieurs paramètres :

Figure 2 : Déterminants du travail de thèse et leurs interactions



Ces paramètres sont au nombre de quatre : les représentations du travail de thèse, la temporalité du travail de thèse, le facteur humain et la valorisation du travail de thèse.

5.3.2.1 Les représentations du travail de thèse

Les images de la thèse sont construites par l'individu lui-même, et enrichies par les informations officielles et non officielles qui l'entourent. Elles concernent :

- La contrainte ou obligation légale, évoquée précédemment ;
- La symbolique du travail et du titre de docteur en médecine ;
- Autres objectifs ou perspectives identifiés pour le travail de thèse, que nous détaillerons par la suite ;
- L'univers inconnu du travail de thèse.

5.3.2.2 La temporalité du travail de thèse

Dimension essentielle, la temporalité intervient sur la motivation via la notion d'échéance (dimension de durée, en lien étroit avec la contrainte) et via le contexte temporel (instant « t » dans lequel s'inscrit le travail). Le contexte temporel intervient en effet dans la dynamique motivationnelle, que ce soit au travers des projets professionnels soumis à l'obtention du diplôme ou mis en valeur par le travail de thèse, ou par l'activité clinique quotidienne qui peut suggérer le sujet au travers d'une situation clinique.

Si deux médecins évoquent effectivement en entretien leur travail de thèse comme un atout sur le plan professionnel, cette perspective est souvent discutée par une large majorité de médecins qui n'ont pas perçu d'impact de leur travail sur leur orientation professionnelle. L'impact sur la pratique clinique est également loin de faire consensus. Ce point fait écho aux divergences concernant l'utilité du travail de thèse et semble expliquer que cette perspective soit peu investie comme source de motivation. Par ailleurs, l'activité clinique quotidienne n'est pas évoquée comme source de motivation. Elle ne semble pas participer à la dynamique pour débiter ce travail. Plusieurs médecins ont souligné la nécessité d'acquérir une maturité pour avoir un recul suffisant sur la pratique de la MG, certainement retardée par la prise de contact tardive avec le champ disciplinaire de la MG durant le cursus universitaire, évoquée précédemment.

5.3.2.3 Le facteur humain

Le facteur humain est mentionné par plusieurs interviewés comme une véritable source de motivation. Son importance est également mise en avant dans deux travaux précédents (27) (34) qui soulevaient le sentiment d'isolement des étudiants comme problématique dans leur manque de motivation face à ce travail.

- Le directeur de thèse, source de motivation

Parmi les intervenants, seul le directeur de thèse est évoqué comme une source de motivation à part entière lors de l'initiation du travail. L'étudiant cherche parfois à travers son directeur de thèse à « *trouver quelqu'un* » qui le « *soutienne* » et le « *motive* » (M14) dans sa difficulté à débiter son travail mais aussi pour le guider dans le choix du sujet. Dans les paramètres identifiés par Y. Teisset comme intervenant dans le choix du directeur de thèse, on relevait effectivement que « *quelques internes attendent que leur directeur soit la personne qui leur proposent le sujet* ». Le directeur de thèse soutient l'étudiant dans sa motivation durant tout le travail. D'ailleurs la motivation propre du directeur de thèse est essentielle car « *quand on sent pas le directeur de thèse motivé on a du mal nous à garder notre motivation* » souligne un médecin (M14). D'autres éléments concernant le directeur de thèse ont été abordés, nous les détaillerons par la suite.

- Le travail en groupe, une dynamique motivante et porteuse d'émotions positives

Deux médecins de notre étude ont effectué leur travail en groupe. Ils évoquent ce cadre de travail comme « *un facteur de motivation* » (M14) mais sans être une solution miracle. Ainsi, un des médecins précise bien que « *pour certains ça l'a pas été* » (M14) car la dynamique de groupe ne fait pas tout : « *un travail de thèse c'est aussi personnel même si on est en groupe* » et « *si y'en a qui sont pas prêts à avancer euh, on peut pas les brusquer* » (M14). Le travail en groupe est également porteur d'émotions positives évoquées par nos interviewés. Il permet de partager la charge de travail et le ressenti, le vécu. Le bénéfice des travaux de groupes avait été souligné dans d'autres travaux. Ils sont également mis en avant comme pistes d'amélioration par différents médecins que nous avons rencontrés.

Les travaux de groupe permettraient de proposer une autre forme d'initiation à la recherche aux étudiants de troisième cycle, en s'appuyant sur la dynamique et le côté ludique d'un « *mini projet* » (M5) collectif. Ils sont également envisagés comme une des solutions au déséquilibre existant entre le nombre d'internes et de directeurs de thèse. Enfin, en concentrant les forces tout en permettant un partage de la charge de travail parfois problématique pour un seul étudiant, ils seraient un moyen

d'obtenir des travaux de meilleure qualité : « *Il vaut mieux faire moins de thèses (...) mais mieux plutôt qu'en faire euh ... deux cent par an mais qui euh ... qui soient peut-être moins bien* » justifie M6. Cette dernière proposition fait écho à celles des médecins d'une autre étude (27) « *demandeurs de la création d' « équipes de thésards » qui permettraient de répartir la tâche et de faire des études de plus grande envergure* ». Enfin, sans nécessairement partager le même travail, un autre médecin met en avant l'esprit de groupe et d'entraide pour mutualiser les données dont le recueil est parfois très problématique. Citons à ce titre la mise en place par le DMG de Nantes de la participation des internes en stage praticien de niveau 1 au recueil de données de certains travaux de thèse.

Les bénéfiques du travail en groupe semblent en revanche trouver leurs limites dans certaines de leurs applications. Ainsi le caractère collectif des groupes de thèse est-il remis en cause par certains médecins pour qui des entretiens individuels seraient plus adaptés en début de travail. Un autre auteur relevait également l'échec des ateliers ou groupes de thèse « *pour essayer de trouver un catalyseur* » à la différence des « *rencontres individuelles* » (27).

Il existe bien évidemment d'autres intervenants au cours du travail de thèse que les médecins évoquent dans l'aide qu'ils ont reçue en dehors d'un rôle en termes de motivation. Nous en discuterons ultérieurement.

5.3.2.4 La valorisation du travail de thèse

La valorisation intervient dès l'initiation du travail de thèse en pesant sur les différentes représentations de ce travail et en fournissant aux thésards les moyens qui semblent leur faire défaut. Nous l'aborderons plus en détail dans la fin de notre discussion.

La thématique du travail de thèse est complexe du fait de l'enchevêtrement de ses différents déterminants. Nous avons choisi de l'aborder au travers de l'un de ses éléments essentiels : la motivation. Nous avons tenté d'en suivre le fil pour démêler les interactions entre ces différents éléments et mieux comprendre comment ils déterminent les représentations et le vécu du travail. Nous allons tout d'abord revenir sur ces représentations de la thèse et tenter de percevoir pourquoi la motivation se porte préférentiellement sur l'une d'elle, la contrainte, au dépend des autres pourtant riches de perspectives.

5.3.3 Représentations a priori et objectifs du travail de thèse : quel investissement motivationnel ?

5.3.3.1 Les représentations du travail de thèse

La difficulté principale rencontrée dans la réalisation de la thèse était « *de démarrer ce travail qui restait abstrait aux yeux des étudiants et de lui trouver une justification* » relevait un auteur au terme de son travail (27). Le concept de représentation a été détaillé de manière exhaustive dans un travail précédent (29) : il s'agit « *d'un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou à une situation. [Il] est détermin[e] à la fois par le sujet lui-même (son histoire, son vécu), par le système social et idéologique dans lequel il est inséré et par la nature des liens que le sujet entretient avec ce système social* » selon la définition proposée par D. Jodelet.

Les représentations du travail de thèse sont ainsi la conjugaison de différentes idées, reflets du point de vue du sujet lui-même, mais aussi des informations issues d'échanges d'opinions entre confrères et de sources plus officielles.

5.3.3.2 Représentations des médecins interviewés

Nous avons relevé dans notre travail plusieurs représentations complémentaires associées au travail de thèse, cohérentes avec celles relevées dans les travaux précédents (26) (27) (28) :

- La contrainte ou obligation légale, évoquée précédemment ;
- La symbolique du travail et du titre de docteur en médecine ;
- Les autres objectifs ou perspectives identifiés pour ce travail et mis en évidence dans notre analyse :
 - . Réalisation d'un travail de recherche en Médecine Générale, qui est un des cadres dans lequel s'inscrit la thèse depuis le développement de la Filière Universitaire de Médecine Générale (évoqué dans les généralités),
 - . Réalisation d'un travail de thèse utile qui apporte des réponses à une problématique donnée,
 - . Le travail de thèse serait également l'occasion d'approfondir un domaine de compétences,
 - . Enfin, d'autres objectifs concernent certains aspects méthodologiques du travail de thèse : recherche bibliographique, rédaction, synthèse et présentation orale.
- L'univers inconnu du travail de thèse : l'univers inconnu du travail de thèse a émergé en filigrane durant nos entretiens, faisant écho à « l'inédit du travail de thèse » évoqué par A-I. Rousset (27). Nous verrons comment il vient renforcer les questionnements préexistants sur la thèse.

5.3.3.3 Informations délivrées sur le travail de thèse : influence du système social

C'est donc une certaine idée de la thèse qui se dessine, combinaison de ces différentes représentations construites par le sujet lui-même et enrichies ou influencées par le système idéologique et social dans lequel il s'inscrit. Les informations délivrées sur le travail de thèse, officielles et non officielles, entourent et contribuent à forger ces représentations.

- Informations officielles sur le travail de thèse

Nous l'avons vu en première partie, la thèse clôture le troisième cycle des études médicales, permet l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine et s'inscrit également dans le champ de promotion de la recherche en Médecine Générale. Elle est donc à ce titre l'objet d'informations ou de publications officielles par les structures universitaires et collèges scientifiques. Ces informations précisent notamment les objectifs du travail de thèse, les modalités ainsi que les outils à disposition des étudiants pour les aider. Cependant, ces données semblent être difficilement accessibles, comme pour un médecin (M2) qui a « dû ramer pour avoir des « info officielles, qui nous disent clairement, euh ... comment faire, vers qui on peut se tourner, comment s'organiser ». Cette problématique était également notée par A-I. Rousset (27) qui rapporte que certains médecins regrettaient « les règles du jeu qui ne sont pas clairement énoncées » alors qu'un autre rencontré par Y Teisset (26) remarquait qu'il aurait « bien aimé être un peu plus au courant avant ». Certains médecins suggèrent ainsi la création d'une journée de formation ou d'initiation sur la thèse, précisant ces informations officielles, mais aussi mettant l'accent sur les valeurs de la thèse, le ressenti des prédécesseurs, et sur l'investissement temporel. La période à laquelle cette information seraient donnée semble

également importante, « *ni trop tôt ni trop tard* », ou peut-être à échelonner au cours de la formation.

Toutefois, même si les informations officielles concernant le travail de thèse sont données, elles nécessitent une transmission de qualité vers le récepteur, les étudiants. Plusieurs médecins soulèvent dans notre travail des difficultés de communication avec les structures universitaires avec lesquelles « *ça passe pas du tout* » (M3). Ces difficultés de communication semblent s'accroître en post-internat, lorsque le thésard sorti du « *cursus universitaire* » « *a pris son envol* » (M9) alors que pour un interne, ce serait « *plus facile aussi pour tout ce qui était démarche auprès du DMG* » (M2).

- Informations non officielles sur le travail de thèse.

Des informations sont également délivrées sur le travail de thèse entre confrères, médecins de même génération, c'est-à-dire entre ceux ayant déjà réalisé ce travail et ceux qui le débute, mais aussi entre les générations. Ces informations forgent aussi l'image et les représentations du travail de thèse, sans préjuger de leur caractère positif ou négatif. Par exemple, elles interviennent dans les motivations à initier le travail de thèse, comme le relatent plusieurs médecins dans nos entretiens : « *c'est leurs conseils qui m'a fait démarrer* » remarque l'un d'eux (M2).

Cependant, ces informations semblent avoir leurs limites : « *ce bouche à oreille qui passe d'interne à interne* » (M2) ne remplace pas les informations claires et officielles, et en donnent parfois une « *image très négative* ». Ainsi, comme le conclut un autre médecin : « *Quand on en parle entre nous, je trouve qu'on est assez négatif aussi. Et je pense que c'est ça (rires) qu'il faudrait changer !* » (M11).

Partager les expériences est nécessaire et bénéfique, mais les informations transmises sont-elles toujours objectives ? Quelle portée ont-elles sur les représentations de ce travail ? C'est une piste de réflexion qui peut conduire à « *donner une autre image de la thèse (...) peut-être moins contraignante, plus intéressante.* » pour « *motiver les étudiants pour les thèses* » (M11). Dans la même perspective, un autre médecin insiste sur la nécessité de « *promouvoir* » le travail de thèse et de « *rendre les thèses attractives* » ; « *c'est une dimension de notre métier* », il faut donc « *leur donner un sens* » autre que « *juste une validation* ».

Pourquoi donc, comme l'expriment bien ces médecins, et comme l'ont constaté les travaux antérieurs, l'image de la thèse s'impose-t-elle au travers de cette obligation contraignante pour obtenir juste une validation ? Une fois de plus, l'importance, le poids de la contrainte questionne, car c'est à travers la motivation, dynamique essentielle du travail de thèse, qu'elle transparait le plus.

Pour changer l'image de la thèse, il est important de tenter de cerner la signification et l'origine de ces représentations actuelles. Le fait que la contrainte née de l'obligation de soutenir une thèse fasse consensus n'est pas surprenant du fait des fondements législatifs de ce travail. En revanche, le fait que les autres représentations soient peu mises en avant pose question.

Il semble en effet exister une inadéquation entre les objectifs définis pour le travail de thèse et la (les) source(s) de motivation pour ce travail. Ces objectifs ont été détaillés dans les représentations du travail de thèse. L'obligation contraignante renvoie à l'objectif de la validation du cursus et de l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Les autres objectifs, outre la dimension symbolique du travail, bien que porteurs d'une dimension positive, ne semblent pourtant pas avoir généré cette motivation. Certains médecins ont d'ailleurs rencontré des difficultés à mentionner des

objectifs : « *C'est difficile comme question* » exprime l'un d'eux (M11). Certes, ce n'est pas parce que les objectifs n'ont pas été formulés comme tels qu'ils n'en sont pas ; on ne saurait conclure, mais peut-être s'interroger. La question avait d'ailleurs été soulevée par Y. Teisset (26) qui s'étonnait que cette vision, qu'il qualifiait de négative, prenne le pas sur des objectifs identifiés comme positifs : « *il convient, toutefois, de se demander pourquoi, malgré des objectifs très positifs (tels que l'acquisition de compétences, la volonté de participer à la recherche ...) cette vision contraignante et négative semble être mise en avant pas ces jeunes praticiens* ».

5.3.3.4 Aspects positifs des objectifs : notions d'utilité et impact du travail de thèse

L'utilité que les médecins ont identifiée dans le travail de thèse fait référence à plusieurs objectifs également énoncés pour ce travail. La figure 2 met en parallèle les objectifs, les compétences acquises par le travail de thèse, l'impact en pratique clinique et l'utilité du travail de thèse énoncés par les médecins lors des entretiens.

Tableau 6 : Parallèle entre objectifs – compétences – impact et utilité du travail de thèse

OBJECTIF DU TRAVAIL DE THÈSE		COMPÉTENCES		IMPACT PRATIQUE CLINIQUE		UTILITÉ DE LA THÈSE U : En général / u : Dans ton cas précis	
O7	Validation du 3 ^{ème} cycle Diplôme d'État					U4.7	Travail symbolique concluant la fin des études
O4	Travail de recherche en MG	C9	Mener un travail de recherche Compétences en statistiques			U4.6	Réalisation d'un travail de recherche
O1	Travail utile à la médecine Apporter des réponses à une problématique					U4.1 u '1	Apporter des réponses / des résultats intéressants au domaine médical, défendre un point de vue
O3	Approfondir un domaine (de travail, de compétences)	C8	Approfondir ses connaissances sur un thème, une problématique	I5	Sensibilisation à un sujet		
O5	Travail de synthèse de rédaction de présentation	C5	Synthèse des connaissances	I6	Capacité d'analyse et en recherche bibliographique		
		C1	Apprendre à rédiger				
		C3	Informatique				
O8	Travail de bibliographie	C4	Recherche bibliographique				
		C6	Gestion d'un travail, organisation				
		C7	Communication, relationnel, psychologique, pédagogiques	I8	Méthodologie (qualitatif)		
						U5 u '6	Modifier les pratiques Utilité en pratique quotidienne
						U4.3	Problème de méthodologie
						U5	Remise en cause de la thèse ?
						u '4	Utilité à titre personnel ?

La symbolique du travail de thèse, liée à l'obtention du diplôme d'État (objectif O7), lui donne l'utilité d'un travail symbolique concluant la fin des études de médecine (U4.7).

La réalisation d'un travail de recherche en MG (objectif O4) est également une notion associée à l'utilité du travail de thèse (U4.6) de même que la volonté d'apporter des réponses dans le domaine médical (objectif O1 et utilité u'1 à l'échelle personnelle et U4.1 en général).

L'utilité du travail de thèse passerait enfin par la modification de ses propres pratiques médicales ou de formation, que ce soit d'une manière générale (U4.5) ou pour son propre travail de thèse (u'6). Cet impact du travail de thèse sur la pratique clinique quotidienne est évoqué par différentes notions, elle-même en relations avec certains objectifs :

- La sensibilisation à un sujet fait référence au fait d'approfondir un domaine (de travail, de compétences) (objectif O3) permettant d'avoir « *plus de recul* » (M13) sur une thématique donnée. Il se traduit également par l'acquisition de compétences (C5).
- Impact par l'acquisition de compétences en analyse et recherche (C1-C3-C5), et objectifs d'un travail de synthèse de rédaction, de bibliographie, de rédaction (O5) : certains ont vu évoluer leur « *manière de chercher des informations* » (M3), voir leur « *démarche médicale, démarche diagnostique* » (M7) par ce biais.
- Enfin, le travail de thèse peut avoir un impact sur la pratique clinique par l'apprentissage d'une méthodologie de recherche : un médecin a ainsi constaté que « *les entretiens m'ont sans doute appris à interroger* » (M3), référence à la réalisation d'entretiens semi-dirigés dans son travail (C7).

Pourquoi, alors que ces objectifs identifiés pour le travail de thèse sont porteurs de dimensions positives (acquisition de compétences, utilité, impact), semble-t-il exister une réelle difficulté à les investir en termes de motivation ? Cette hypothèse est appuyée par le panel d'émotions négatives associé aux enjeux du travail de thèse, ainsi que par l'anxiété générée par les doutes concernant la finalité du travail.

5.3.3.5 Des notions positives, mais sources de difficultés, d'émotions négatives et de remises en question

La perspective d'approfondir un domaine de connaissances ou de travail (O3) se heurte à l'investissement temporel conséquent que nécessite le travail de thèse. Plusieurs médecins mettent en avant une dichotomie entre le champ très ciblé étudié par ce travail, chronophage, et le vaste champ de la médecine générale dont l'activité clinique ou de formation se voit parfois restreinte.

L'objectif consistant à réaliser un travail de synthèse, de rédaction, de présentation, de bibliographie (O5) peut confronter l'étudiant à des compétences qu'il n'a pas le sentiment de maîtriser. Il peut appréhender l'apprentissage de ces compétences par l'investissement temporel et le recul supplémentaire nécessaire. Ces aspects du travail de thèse sont source d'émotions négatives et de difficultés. Ils lui donnent également une connotation très « *scolaire* » (M5)(M9). La bibliographie est pour certains « *un vrai parcours de combattant* » (M5), d'autres évoquent une « *rédaction laborieuse* » (M8) ou encore l'énerverment lié à une méthodologie « *qu'on a du mal à assimiler* » (M13). On peut donc admettre qu'il soit de ce fait difficile d'investir ces objectifs en termes de motivation, puisqu'envisagés d'avantage comme un écueil qu'une perspective.

L'objectif visant à réaliser un travail de recherche (O5) et à apporter des réponses à une problématique (O1) étaient un enjeu « *vraiment très important* » (M9) pour certains. Paradoxalement, la perception de ces enjeux pourtant positifs du travail de thèse a généré des émotions négatives pour plusieurs médecins. « *L'angoisse* » et la « *peur de ne pas fournir un résultat* » exploitable se sont malheureusement concrétisées pour certains qui ont exprimé une véritable « *déception finale* » (M5).

Au travers des doutes sur la réalité de ces objectifs, c'est donc un véritable questionnement sur les finalités du travail de thèse qui se dessine. Ces incertitudes conduisent à une remise en question ; la crainte d'un travail qui « *n'a aucun sens* » est source d'angoisse et de stress. Cette problématique serait présente au tout début, voire avant le travail de thèse, puisque Y. Teisset (26) relevait également une « *fantasmagorie négative* » entourant le travail de thèse, telle une « *montagne infranchissable* », et de la crainte de l'impasse et du travail inadapté. Un autre travail similaire mentionne que l'ambition initiale « *a souvent été déçue par la faible portée du résultat obtenu face à l'ampleur du travail accompli et du temps investi* » (25).

Les objectifs du travail de thèse se confrontent donc aux représentations parfois négatives ou porteuses d'interrogations qui leurs confèrent une dimension plus théorique qu'une réalité pratique et réalisable. Ces objectifs sont-ils donc purement illusoire, irréaliste ou inatteignables ?

Pourtant, le travail de thèse permet bien d'acquérir des compétences reconnaissent la quasi-totalité des médecins interviewés à ce sujet. Il s'agit d'ailleurs d'un point de divergence avec les résultats d'A-I. Rousset (27) dont « *les interviewés considéraient que le travail de thèse n'apportait rien à leur compétence de médecin généraliste* ». Si nos médecins ont bien le sentiment d'avoir acquis des compétences, elles ne semblent pas trouver leur concrétisation dans l'utilité et l'impact du travail de thèse, pour lesquelles les avis sont en revanche très partagés.

En effet, impact et utilité du travail de thèse sont loin de faire consensus auprès des médecins que nous avons rencontrés. Si certains pensent que « *oui ... sans doute* » (M11) ce travail a eu un impact sur leur « *pratique* » (M6), d'autres ont un point de vue plus mitigé (« *le plus souvent non, sauf dans quelques cas* » M2) et certains ont enfin une opinion tranchée n'identifiant « *aucune influence* » sur les « *connaissances médicales et sur la pratique* » (M12). Un médecin explique ainsi ses doutes vis à vis de la pertinence de ce travail, « *parce que ça n'a rien changé à ma pratique* » et qu'il n'était « *pas un meilleur médecin le lendemain de (sa) thèse* » (M9). Parfois, la réalisation de ce travail a permis de « *mieux* » savoir « *comment se former* » sans changer la « *pratique en consultation* » (M14).

Il est intéressant de constater que ces questionnements étaient déjà d'actualité il y a cent ans puisque Anna Delage (2) se demandait : « *la thèse est-elle une garantie de la valeur du praticien qui, au lendemain de l'acte, va prendre contact avec le public ?* ». De même, A-I. Rousset (27) met en lien direct le manque de motivation évoqué précédemment avec les questionnements des étudiants « *sur l'utilité de ce travail de thèse* ». D'ailleurs, cette perception d'un « *travail qui ne changera rien à l'exercice médical* » est renforcée par le délai de soutenance autorisé de 3 ans après la fin du troisième cycle. Une partie des médecins estimaient que « *ce travail de thèse n'apportait rien à leur compétence en tant que "médecin"* ». Et ce d'autant plus qu'ils avaient déjà une expérience de remplacements, parfois de longue durée » relevait ce même auteur.

Ainsi, si la contrainte indéniable et incontournable s'impose d'elle-même, les autres objectifs théoriques fixés pour le travail de thèse sont sujets au doute et à discussion, appuyés par des notions d'utilité et d'impact elles-mêmes contestées. C'est la réalité pratique de ces objectifs qui est source d'inquiétude et d'anxiété chez le thésard, d'autant qu'il perçoit l'importance et la nécessité de tels objectifs pour un investissement positif de la thèse au-delà de son obligation contraignante.

Ce qui semble être une remise en cause de leur propre capacité à remplir ces objectifs (fournir un travail de recherche avec la rigueur scientifique exigée, ou même obtenir des résultats exploitables et pertinents) relève de deux problématiques sous-jacentes : un sentiment de manque de moyens et d'un manque de compétences et de formation à la recherche en MG. Il s'agit d'ailleurs d'une des hypothèses avancées par Y. Teisset (26) pour expliquer cette inadéquation entre motivation et objectifs du travail de thèse : « *Un des éléments de réponse pourrait être lié au stress occasionné par la confrontation à un travail dont ils espèrent beaucoup (participation à la recherche, publication, fierté personnelle ...) mais pour lequel ils ne se sentent pas suffisamment "armés" ».*

5.3.3.6 Un manque de moyens ?

Le manque de moyens du thésard pour produire des travaux scientifiquement rigoureux est une problématique soulevée par plusieurs médecins au sujet de la méthodologie souvent jugée insuffisante (N13). Elle concerne aussi les structures universitaires qui sont « *débordées* » (M6) face au nombre d'étudiants et « *complètement sous dotées* » (M12). Les entretiens menés par A.-I. Rousset (27) avaient également mis en avant que les étudiants « *avaient le sentiment qu'on ne leur donnait pas les moyens de réaliser un travail de qualité* ».

Cette problématique dont la solution évidente consisterait à augmenter ces « *moyens* » dépend d'une « *décision des pouvoirs publics, de mieux considérer la médecine générale (...) les départements de médecine générale* » souligne un autre médecin (M19). Les travaux de groupes en unissant les moyens humains ou par la mutualisation des données sont une des propositions évoquée dans notre travail, outre les autres avantages évoqués précédemment : « *des gros sujets de thèse régionaux ou nationaux* » pour une plus grande « *puissance* » (M13).

5.3.3.7 Un manque de compétences méthodologiques ?

Plusieurs médecins ont mis en avant les défauts méthodologiques des travaux de thèse pour appuyer leur avis sur l'absence ou le peu d'utilité des thèses. « *Des problèmes de méthodes qui sont pas bonnes* » sont invoqués, aussi bien pour les études quantitatives où les médecins sont « *tous un peu bloqués sur les stats* » (M13) ; que qualitatives pas toujours « *satisfaisant méthodologiquement* » (M3). Ce point est également mis en avant dans la problématique de publication abordée par la suite.

C'est l'inexpérience des thésards dans ce domaine ainsi qu'une formation méthodologique non satisfaisante qui sont alors souvent évoquées : n'ayant « *jamais été formé à faire d'études* » de ce type, « *ça peut pas être parfait du premier coup* » (M8). Ce sentiment de manque de compétences méthodologiques est à la fois source d'émotions négatives et de difficultés durant le travail. La perte de temps qu'elle engendre accentue le stress et l'énervement, « *assimiler la méthode* » (M13) a été parfois « *le plus dur* ». Finalement, « *quand t'as fini ta première thèse, tu peux en refaire une deuxième, et là t'es un peu meilleur* » conclut un des médecins (M8). A.I Rousset (27) notait également que les médecins « *pensaient qu'on leur demandait de réaliser un travail de recherche*

sans les avoir formés préalablement à ce travail. La recherche en MG semble être l'arlésienne de leur formation, dont on leur a parlé sans leur avoir fait voir de quoi ils s'agissait » et « le sentiment de manque de compétences et de repères » était le second point de convergence dans le travail de Y. Teisset (26). Cette problématique est ancienne : en 2005, V. Héris (23) avait relevé un sentiment de manque de compétences et de formation aux méthodes de recherche de la part des thésards et le constat par les directeurs et experts d'un « manque d'expérience des internes en recherche » entraînant des « erreurs stratégiques ».

Ce sentiment de manque de compétences relève-t-il d'un défaut des outils de formation des étudiants ? De nombreux efforts ont été faits avec le développement de la FUMG et la volonté de promouvoir la thèse comme travail de recherche pour mettre à la disposition des étudiants des outils et moyens méthodologiques en amont et durant le travail de thèse. Ces moyens mis en place au sein des DMG sont l'objet de divergences et de débats dans la plupart des travaux précédents ainsi que dans le nôtre.

- Fiche de projet de thèse ou projet de recherche

Plusieurs médecins interviewés ont regretté ne pas avoir eu de retour de la part du DMG sur leur projet de recherche. Il est probable que la réorganisation du site internet du DMG dédié aux projets de thèses et de recherche permettra de résoudre ce problème. Il serait cependant utile de connaître le nombre d'étudiants qui le soumettent effectivement au DMG car cet aspect a été peu évoqué durant les entretiens. Son mode de validation semble également encore mal connu des étudiants. A. I. Rousset (27) soulevait de son côté une ambiguïté « quant aux critères de refus d'un sujet de thèse ».

Dans certaines facultés, le projet est présenté et soumis à validation en « commission de thèse ». Dans une étude, cette commission était vue comme « une aide efficace pour éviter de s'engager dans un travail voué à l'échec mais aussi comme une sanction ou un tribunal partial » (26). Dans un autre, il s'agissait d'un « exercice périlleux ne reposant pas sur des critères objectifs » (37). Il est intéressant de constater que dans les travaux antérieurs, la fiche de projet de thèse appelait quelques remarques et suggestions d'évolution, notamment :

- proposition de « remise en mains propres des commentaires », « en particulier lorsque ceux-ci sont négatifs » afin de permettre à l'étudiant de « pouvoir défendre son projet », ce que le retour sur papier ne lui permettait pas de faire (27) ;
- proposer, plus qu'un simple refus ou acceptation du projet, des conseils méthodologiques ou des personnes ressources compétentes et disponibles (27).

- Les groupes de thèse

L'aide apportée par les groupes de thèse est discutée par les médecins que nous avons interviewés. Le travail collectif paraît y trouver ses limites et il semble exister un sentiment de défiance vis-à-vis de leur réelle utilité. « J'avais peur que ça m'aide pas, et que ça me démotive plus qu'autre chose » nous explique un médecin (M11) tandis qu'une autre n'a « jamais eu la réponse » à sa question (M3). Les avis concernant les séminaires de thèse étaient divergents dans le travail de Y. Teisset (26).

Dans les travaux précédents, la hiérarchisation des ateliers par niveaux, exigeant la réalisation d'objectifs préalables, devait permettre une meilleure lisibilité pour l'étudiant des objectifs et des

attentes de ce type de travaux (28). Plusieurs médecins suggèrent que des entretiens individuels seraient plus adaptés en début de travail, faisant écho à une autre étude qui relevait l'échec des ateliers, ou groupes de thèse, pour initier le travail. Les entretiens individuels répondraient mieux à leurs attentes en étant d'avantage centrés sur l'étudiant et ses projets professionnels en début de travail.

- Les séances de bibliographie

Les séances de bibliographie mises en place à la faculté de Nantes n'ont été que peu mentionnées par les médecins, souvent comme une aide disponible mais non utilisée. Un médecin souligne que « *les cours de biblio du DMG sont bien d'ailleurs, à signaler quand même* » (M13). Ces difficultés pour la recherche bibliographique étaient également soulevées dans les autres travaux, malgré des formations proposées par les facultés. Il serait certainement intéressant de hiérarchiser ces ateliers de recherche bibliographique selon différents axes : travail de recherche approfondie comme la thèse, question de pratique clinique courante de MG ou encore RSCA. Enfin, le maniement du logiciel de bibliographie, utile pour la rédaction du travail de thèse en est un autre aspect.

Les difficultés linguistiques mentionnées par les médecins lors de nos entretiens doivent être considérées. Certes, les DMG ne peuvent organiser des formations pour répondre à l'ensemble des problèmes rencontrés par les étudiants, mais il pourrait être intéressant de proposer aux jeunes médecins des cycles courts de mise à niveau, en anglais notamment, que ce soit au sein du DMG ou en coopération avec le syndicat des étudiants ou d'autres organismes extérieurs.

Le problème du lien entre étudiants et structures universitaires est également soulevé par certains comme problématique. « *C'est pas toujours évident d'aborder la thèse directement via le DMG* » nous dit un médecin (M11). Y. Teisset (26) s'interrogeait également sur un éventuel « *problème de communication entre une structure universitaire fortement engagée dans la recherche et habituée à cette méthodologie et des futurs thésards peu familiarisés avec les techniques de la recherche* ».

Que ce soit fiche de projet de thèse, groupes de thèse ou séminaires de bibliographie, leur perception par les thésards est évolutive : « *les étudiants en début de cursus y placent beaucoup d'espoir, imaginant trouver toutes les réponses à leurs questions (...), chez les plus anciens, en revanche, c'est un sentiment de frustration qui semble dominer* » soulignait Y. Teisset (26). Encore une fois, on ne peut attendre d'un outil, par exemple les ateliers de thèse, qu'ils offrent la réponse à tous les problèmes rencontrés. Les outils de formation sont certainement toujours perfectibles, d'où l'intérêt d'un retour et d'une évaluation régulière de ces moyens de formation.

D'autre part, les outils de formation sont évolutifs, et les médecins interrogés issus d'années de DES différentes les ont nécessairement perçus différemment. D'ailleurs, un des médecins du corpus note qu'il n'a pas bénéficié de formations mises en place après qu'il ait fini son cursus de 3^e cycle. De même, si les médecins ont regretté un manque de visibilité sur les sujets proposés ou en cours au DMG, il est important de mentionner que le site internet contenant la liste des propositions de sujet est actuellement en cours de réactualisation. Il est possible que d'autres modifications soient en cours au DMG et dont nous n'ayons pas connaissance, raison pour laquelle elles ne seraient pas mentionnées ici. Enfin, ce sentiment de manque de compétences et de formation à la recherche est-il uniquement lié à un défaut des outils de formation ?

5.3.3.8 L'univers inconnu du travail de thèse

Les difficultés sur le plan méthodologique participent de l'univers inconnu du travail de thèse. Au-delà de la formation pure relative au travail de thèse se pose le problème de l'expérience en la matière. « *C'est quelque chose que je connaissais pas* », « *il a fallu se l'approprier* » explique un médecin (M14). Cette première expérience, véritable « *découverte* » (M14) réalisée en « *autodidacte* » (M13) est donc inévitablement complexe. Cette image de la thèse « *montagne impressionnante, vague, lointaine* » soulignée par un autre auteur (26) vient renforcer les appréhensions et les doutes, tant sur le sentiment d'incompétence que celui d'objectifs inatteignables. Dans une étude (33), les internes témoignant avoir été mieux formés étaient ceux qui déclaraient avoir vécu le plus d'étapes difficiles. « *L'apprentissage ne signifie peut-être pas seulement l'acquisition de techniques permettant de faciliter le travail, mais aussi une découverte "délicate" de la rigueur scientifique* » soulignait l'auteur. Le travail de thèse, malgré les informations officielles et les outils disponibles, reste « *très abstrait* » (M13) : « *je me rendais vraiment pas compte* » explique un autre médecin (M12). « *Il faudrait maintenant s'attacher à rendre la thèse plus concrète dès le début du DES en montrant aux étudiants de quoi il s'agit* » remarquait A.I Rousset (27) sur ce point.

La réalisation de mini-travaux de recherche en groupe à visée initiatique évoquée par un de nos médecins permettrait d'aborder plus concrètement cet univers. Les informations délivrées restent parfois trop abstraites, ne permettant pas de bien appréhender ce : « *Qu'est-ce que c'est ?* » (M3). De même, il serait certainement profitable d'offrir une meilleure lisibilité des travaux de thèse en cours et de leur date de soutenance. Les médecins confient avoir rarement assisté à une soutenance de thèse, le plus souvent par l'intermédiaire de tiers. On pourrait envisager de réserver deux ou trois places à des internes qui pourraient s'inscrire auprès de la faculté pour y assister. La lecture et la discussion de travaux de thèse lors d'un cours à la faculté pourrait également ouvrir des perspectives.

5.3.3.9 Un univers éloigné des préoccupations ?

Malgré le développement de l'offre de formation relative au travail de thèse, cette dernière ne semble pas obtenir l'adhésion et l'investissement nécessaire de la part des étudiants. Y. Teisset (26) avait mis en évidence que la thèse n'arrivait que tardivement et secondairement dans les préoccupations des étudiants. Le travail de thèse s'inscrit effectivement dans une temporalité précise, durée et contexte temporel, qu'il est nécessaire de prendre en compte.

5.3.4 **La temporalité du travail de thèse**

La temporalité du travail de thèse est de fait un élément essentiel. Son importance a également été soulevée dans les travaux précédents. Cette temporalité revêt deux aspects :

- une dimension verticale signifiant l'instant t : le contexte temporel,
- une dimension horizontale correspondant à la durée. Les idées prédominantes sont l'investissement temporel c'est-à-dire le caractère chronophage du travail de thèse, ainsi que la notion d'échéance déjà évoquée précédemment.

Ces deux dimensions interviennent dans le travail de thèse, elles sont indissociables et complémentaires l'une de l'autre. La temporalité du travail de thèse a été évoquée dans nos

entretiens au travers de son influence sur la motivation pour réaliser ce travail mais aussi tout au long de son déroulement. Le temps est source de difficultés, de stress et d'émotions.

5.3.4.1 Le temps, source de difficultés, stress et émotions

Une enquête menée sur les causes d'échec de projets de thèse (33) révélait « *que le manque de temps était la deuxième cause d'échec après les problèmes de pertinence du sujet et avant les problèmes de motivation* ». La plupart des médecins ont effectivement relaté en entretien « *la difficulté du temps* » (M12). Par ailleurs, le travail de thèse s'inscrit dans une dynamique temporelle qui, outre le stress, est source d'émotions aussi bien positives que négatives :

- positives par le sentiment d'avancée et de progression du travail de thèse dans le temps ; l'aboutissement du travail de thèse se traduit par « *la satisfaction au final* » (M14) ;
- négatives lorsque l'inertie de ce travail crée un sentiment d'impuissance : « *quand ça patine, quand on a du mal à avancer* ». Face à cette latence du travail de thèse, la contrainte a ressurgi pour certains comme la dernière force motrice pour avancer : « *j'en voyais beaucoup moins l'intérêt d'être là et ... voilà. Je le faisais vraiment parce qu'il fallait le faire* » (M11).

Le caractère stressant de la temporalité s'exprime principalement au travers de la notion d'échéance et du manque de temps.

5.3.4.2 Echéance et caractère chronophage de la thèse, dimension de durée

Y. Teisset (26) soulignait « *le caractère chronophage* » de la thèse et A-I. Rousset (27) relevait « *le problème du temps nécessaire pour réaliser ce travail* ». Cet investissement temporel que nécessite le travail de thèse a été également abordé par plusieurs médecins de notre étude comme une source de difficultés. La thèse « *prend beaucoup de temps* » (M7), à la mesure souvent de la quantité de travail qu'elle représente. En témoigne en partie la durée estimée par les médecins rencontrés pour réaliser leur travail, qui est cependant très variable. De six mois à près de trois ans, la durée accordée à la thèse soulève la « *difficulté de tenir sur la longueur* » et « *de garder la motivation* » (M14). Un travail de thèse nécessite en moyenne 18 mois d'après un auteur (33). Dans son travail, la durée des travaux de thèse étudiés était effectivement évaluée entre 7 et 18 mois pour 70% des cas. Une autre étude (38) constatait que la durée moyenne entre la soumission du projet de thèse et la soutenance avait tendance à augmenter : 11 mois en 2007 à 21 mois en 2010. L'auteur mettait en avant un plus grand investissement requis pour les sujets traités et l'exigence des procédures de contrôle du niveau de qualité des travaux.

N'y a-t-il pas, par ailleurs, un temps incompressible, minimal, nécessaire à un tel travail ? Pour certains en effet, cet investissement temporel relève d'un nécessaire recul à prendre sur le travail pour en intégrer certaines dimensions. Ce temps de réflexion est indépendant de la charge de travail brute, mais non moins important. Derrière se dessine à nouveau la dimension « *inconnue* » du travail de thèse, véritable « *initiation* » dont la découverte demande du temps. Dégager du temps est une nécessité. Il est indispensable pour prendre du recul et appréhender « *des choses qu'on ne maîtrise pas à la base* » (M14). Il faut prendre « *le temps de les digérer* » (M14) au risque sinon de « *passer à côté de certaines subtilités* » (M14).

Au terme de cet investissement temporel, l'échéance vient clôturer les choses. Son rôle, également déterminant, est particulièrement mis en avant dans notre travail. Cette échéance temporelle, sous

la forme du délai (légal ou non), vient renforcer la perception de la contrainte inhérente au travail de thèse, aussi bien au début que durant tout son déroulement. Comme l'exprime M2, « *j'aurais peut-être plus vu le côté obligation, contrainte et je ne me serais pas investie avec autant de plaisir* ». C'est le sentiment de « *manquer de temps* » qui prédomine. « *Le temps est stressant* » (M12), et à l'extrême joue le rôle de couperet final. L'échéance, qualifiée par certains de « *Dead line* », lui donne une dimension de verdict.

Le caractère chronophage de la thèse, par l'investissement temporel qu'elle nécessite, et son échéance ont une réelle influence sur le travail de thèse. Pour certains, la nécessaire prise en compte de cette temporalité les a conduit à réévaluer ou à adapter les objectifs et/ou la méthodologie de leur travail. Y. Teisset (26) ainsi que M-C Peltier (28) relevaient successivement ce rôle de la temporalité dans les critères de choix du sujet de thèse : notions de « *rapidité* » et « *aspect chronophage* », caractère « *réalisable et raisonnable* » déterminent le choix du sujet. La crainte de ce que certains qualifient de « *travail trop herculéen* », synonyme de perte et d'échec, et la réalité du temps interviennent sur la réalisation et donc le vécu du travail de thèse. Cette temporalité est parfois finalement perçue comme une contrainte supplémentaire, s'ajoutant à la contrainte intrinsèque déjà bien présente pour certains.

Que faut-il en conclure ? Peut-être faudrait-il insister d'avantage sur l'incontournable investissement temporel que nécessite ce travail ? Car si le temps est reconnu comme essentiel au travail de thèse, et que tous semblent savoir que c'est « *long et difficile* » (M12), certains ne semblent malgré tout n'en avoir réellement pris conscience qu'au fur et à mesure du travail : « *au départ, tu te dis je vais avoir le temps (...) A un moment, tu te rends compte que le temps te rattrape* » conclut un médecin (M12). Il semble donc nécessaire de mieux « *sensibiliser les gens au fait que (...) ça demande de s'investir, que ça demande du temps sur la longueur* » suggère M7. Mais il s'agit de « *sensibiliser* » sans en faire une pression supplémentaire comme l'est la « *Dead line* » : il s'agit de mettre en avant une meilleure connaissance et donc anticipation de cette difficulté du temps - durée comme un atout et non une source supplémentaire de contrainte.

Cependant, cette difficulté liée à l'investissement temporel de la thèse est plus complexe. Au-delà de consacrer du temps à la thèse, la complexité se situe dans le fait de savoir où « *trouver le temps nécessaire pour réaliser le travail de thèse* » soulignait également A-I. Rousset (27). Ceci implique de prendre en compte le contexte temporel dans lequel s'intègre le travail de thèse.

5.3.4.3 Le contexte temporel : difficultés à concilier travail de thèse et autres activités

La temporalité intervient dans le travail de thèse par le contexte temporel dans lequel il s'inscrit. Ce contexte temporel inclut schématiquement vie personnelle et vie professionnelle au travers de l'activité clinique quotidienne, du cursus universitaire et des projets professionnels. Il est évolutif tout au long du travail de thèse, avec lequel il est en interaction. Par exemple, nous l'avons vu précédemment, les projets professionnels entrent parfois en ligne de compte dans les motivations à l'initiation du travail. Plusieurs médecins ont mis en avant des « *projets* » (M14) ou « *événements de vie* » (M5) comme décisionnaires dans la temporalité de leur travail.

Il semble cependant exister une réelle difficulté à « *concilier toutes les choses* » (M12), travail de thèse et contexte temporel, ce d'autant qu'elles varient au cours du temps. Il s'agit de faire une place à la thèse dans le « *rythme de vie* » et cela a été pour certains « *ce qu'il y a de plus compliqué* ».

M-C. Peltier (28) notait également qu'« *accorder la vie privée, le travail universitaire et les stages hospitaliers est ressenti comme une difficulté majeure* ». Cette difficulté était citée par la moitié des étudiants dans une autre étude (33). « *Parce que le travail de thèse n'est qu'une partie, euh ... de la vie* » (M12) et que le temps n'est pas extensible, la question semble être : comment trouver du temps pour la thèse sans que cela ne se fasse au dépend des autres activités ? D'autant que, nous l'avons vu, cet investissement temporel est souvent conséquent. Concernant la vie personnelle, l'intrusion du travail de thèse dans la sphère de la vie privée est souvent mal vécue, avec parfois le sentiment « *de passer à côté de ... de choses* » (M12). Cela place le thésard face à un choix difficile, où le nombre d'années d'études vient amplifier ce ressenti ; parce que « *on a trente ans, euh, on a une vie aussi à côté* » souligne un médecin (M14).

Il n'est pas surprenant que les thésards n'aient pas de satisfaction à voir le travail de thèse retentir sur leur vie personnelle. En revanche, la difficulté à intégrer ce travail dans la vie professionnelle est plus surprenante. Elle est de fait exacerbée par un sentiment de déconnexion, d'absence de lien existant entre ces deux champs d'activité.

5.3.4.4 Un travail déconnecté de la vie professionnelle ?

Pour une large majorité des médecins rencontrés, ce travail de thèse « *a vraiment été indépendant* » (M2). Activités professionnelles ou de formation et travail de thèse étaient « *complètement dissociées* » (M12). Ce qui est qualifié de « *travail écrit* » est opposé pour certains à ce qu'ils semblent considérer comme leur véritable activité professionnelle, « *la découverte du ... métier, avec le contact, avec la relation médecin malade* » (M5). Dès lors, le travail de thèse doit se faire véritablement « *en plus* » (M6), en parallèle. Il faut lui dégager du temps « *en dehors du temps de travail* » (M7) habituel. Ce sentiment de déconnexion entre travail de recherche et activité professionnelle quotidienne avait été également relevé par Y. Teisset (26), comme un travail qui « *arrive comme un cheveu sur la soupe* ».

Parfois, le travail de thèse se fait même aux dépens de cette activité professionnelle, surtout sur le plan de la formation et « *ça, c'est gênant oui, par contre* » conclut M6. Ce dernier point exacerbe l'écart perceptible entre la thèse et la pratique médicale quotidienne. Non seulement le travail de thèse n'est pas en lien avec cette activité, mais en plus il lui enlève un temps de formation pourtant si important. On conçoit alors que si le travail de thèse n'est pas investi positivement, il peut être vécu comme un fardeau, un frein à la progression dans la vie professionnelle dont il n'est pas considéré comme partie intégrante.

Le sujet de thèse, dont nous avons déjà vu l'importance précédemment, joue ici encore un rôle essentiel, car il semble être l'unique élément unissant les deux domaines (activités professionnelles et travail de thèse). Ce rôle est limité comme le notent certains par le fait que, si le sujet de thèse crée bien le lien fragile avec les activités professionnelles, il n'en représente qu'une petite partie. Le sujet de thèse, aussi proche soit-il de la médecine de soins primaires se heurte au vaste champ de la Médecine Générale dont il n'est qu'un échantillon précis et encadré. Cette différence d'échelle est amplifiée par l'investissement nécessité par la thèse. La thèse demande une charge de travail et une implication importante, alors qu'elle ne concerne paradoxalement qu'une partie réduite de la pratique clinique du jeune médecin généraliste à un moment où ce dernier a le désir d'explorer et de découvrir le vaste champ de la médecine générale.

Cette déconnexion apparente entre travail de thèse et activité professionnelle suscite un questionnement sur la place même de la thèse au sein du cursus médical et professionnel. De fait, son rôle en tant qu'examen concluant le cursus médical est sujet à discussion, comme le souligne un médecin (M5), pour qui ce statut revient à lui accorder une dimension qui n'est « *pas forcément représentative de notre travail au quotidien* ». Le travail de thèse validerait la théorie, « *une part de notre médecine* », mais ne devrait pas avoir une place aussi importante dans la validation finale, occultant la pratique clinique constitutive de l'exercice quotidien exprime ce médecin. En 1913, Anna Delage (2) relevait que « *le plus difficile n'est pas de discourir savamment sur une maladie, mais de juger sainement de l'état d'un malade* ». M-C. Peltier (28) notait qu'on reprochait à la thèse de ne pas être « *représentative du travail fourni ou du niveau de connaissances* » alors qu'un autre des médecins interrogés constatait : « *c'est bizarre de se dire qu'après tant d'années d'études et d'examens, c'est un travail unique qui met fin à la vie d'un étudiant* ».

Certes, cette notion d'examen final confère à la thèse sa force symbolique et c'est peut-être la raison pour laquelle nous avons un niveau d'exigence élevé sur ce que nous pouvons en attendre. Rappelons que la légitimité de la thèse à la fin du 3^e cycle des études médicales était déjà source de discussion. La polémique avait été relayée suite au travail réalisé en 2007 par V. Héris (23) et au congrès de l'ISNAR-MG, le Dr H. Vaillant-Roussel (21) tranchait ainsi : « *supprimer la thèse ? Oui, pour ceux qui ne se destinent pas à la recherche - mais pas le mémoire de DES !* ». En effet, l'évolution du troisième cycle des études médicales a fait sensiblement évoluer cette place d'honneur de la thèse ; Rappelons qu'elle peut être couplée au mémoire de DES, sous réserve qu'elle s'intègre bien au champ de la spécialité. Il est intéressant de constater que ce point n'a été mentionné par aucun des médecins rencontrés, en particulier ceux ayant soutenu leur thèse avant la fin de leur internat. Le Dr Vaillant-Roussel (21) proposait d'utiliser non pas la thèse mais le mémoire de DES comme initiation à la recherche. Elle suggérait également « *de proposer aux internes intéressés par la recherche une thèse de sciences, véritable "D" dans le système LMD, permettant l'accès à une carrière universitaire* » à la différence de la thèse d'exercice.

On peut supposer que les étudiants cernent encore mal le lien qui peut exister entre ces deux travaux : l'un est-il subordonné à l'autre ? Pourquoi ne pas alors créer un seul et unique travail plutôt que de perpétuer ce que certains identifient ne plus être qu'un « *rite initiatique* » à la dimension symbolique ? Cette possibilité de coupler mémoire de DES et travail de thèse pourrait être source de motivation. En effet, un des principaux atouts identifiés par les médecins interrogés par M-C. Peltier (28) était l'opportunité de réaliser un travail commun entre thèse et mémoire de DES. Un atout donc, mais pas source de motivation pour démarrer ce travail ? Cette perspective semble limitée par une avancée insuffisante du projet de thèse durant le cursus de l'internat pour qu'il puisse être présenté dans le cadre du mémoire de DES, rappelant que l'une des premières étapes parfois difficiles à franchir est de définir le sujet de thèse. Ce dernier point n'est pas sans rappeler la notion de maturité précédemment évoquée, et de prise de contact parfois tardif avec le champ de la Médecine Générale. Il serait certainement intéressant d'interroger les internes et anciens internes pour identifier la proportion de ceux ayant couplé mémoire de DES et thèse, et surtout les facteurs ayant pu déterminer ce choix, outre la notion de temporalité et la difficulté à trouver le sujet de thèse.

Face à ce sentiment de déconnexion entre travail de thèse et activités professionnelles, avec un déséquilibre apparent en termes d'investissement temporel, on peut également s'interroger sur le contenu du travail de thèse. Ne pourrait-on pas envisager de le simplifier, comme le suggère un

médecin ? La thèse devrait-elle être revue sous une version simplifiée, avec proposition d'un projet de recherche valide, d'une ébauche de méthodologie (questionnaire, grille d'entretien, voire réalisation de quelques entretiens à visée exploratoire ou étude statistique) et bien évidemment d'un travail de bibliographie approfondi mais en affranchissant l'étudiant de la réalisation d'un travail de recherche complet ? Ce serait un moyen d'initier à la recherche par une application concrète, tout en contournant les nombreuses difficultés et limites liées à la réalisation de ces projets de recherche tels que le recrutement de la population, le recueil de données, l'analyse, etc. qui alourdissent considérablement la charge de travail de la thèse, source de nombreuses difficultés et d'émotions négatives. La présentation d'une thèse sous cette forme simplifiée autoriserait une plus grande exigence sur la qualité du travail (parfois remise en cause pour certains médecins), et peut-être le sentiment pour l'étudiant de fournir un travail certes moins conséquent mais plus abouti.

On pourrait imaginer que, dans cette perspective, les travaux les plus pertinents pourraient être intégrés à une base de donnée de travaux de recherche du DMG et poursuivis par des étudiants désireux de réaliser un véritable travail de recherche. Il s'agirait donc d'un travail préparatoire, dont les plus aboutis, convaincants et pertinents seraient éligibles à être poursuivis. Ceci ouvrirait des perspectives à cette thèse préparatoire d'un travail de recherche, lui donnant ainsi une dimension d'utilité souvent remise en cause. La thèse ne serait plus nécessairement vouée à « *rester dans une étagère de la BU* » (M11). Par ailleurs, cela permettrait d'alléger la charge de travail de ceux souhaitant réaliser un véritable travail de recherche, voire se destinant à une activité de chercheur, pour lesquels cette thèse simplifiée serait une source d'information et une base de travail précieuse et validée.

Mais au-delà d'une simplification du contenu de la thèse ou d'une autre place au sein du cursus universitaire qui changerait son rapport au contexte temporel, au-delà d'une meilleure perception et anticipation de l'investissement temporel et de l'échéancier, pourrait-on conseiller aux étudiants un « *temps idéal* » pour réaliser leur thèse et où les difficultés seraient moindres ?

5.3.4.5 La chronologie de la thèse : une temporalité idéale ?

Nous n'avons pas pour objectif de mettre en avant un temps préférentiel pour la réalisation du travail de thèse. Encore une fois, au-delà d'une temporalité commune à tous (tel que le cursus de troisième cycle), coexistent des événements de vie propres à chaque individu et modifiant ce contexte temporel.

Le délai de trois ans après la fin du troisième cycle imparti pour soutenir la thèse n'a pas été remis en question dans notre travail. Les avis relevés dans le travail de Y. Teisset (26) étaient d'ailleurs contradictoires à ce sujet « *puisque coexistent les volontés de resserrer les délais de réalisation de la thèse et les volontés de « relâcher l'étau* » ». Dans un autre travail, une partie des médecins estimait que « *ce travail n'apportait rien à leur compétence en tant que « médecin* » *ce d'autant plus qu'ils avaient déjà une expérience de remplacements, parfois de longue durée* ». L'auteur s'interrogeait alors sur le délai tardif de soutenance de thèse : « *ont-ils soutenu tardivement parce qu'ils n'étaient pas motivés, ou trouvaient-ils ce travail peu motivant parce qu'ils avaient déjà plusieurs mois de pratique de la MG et se considéraient déjà « docteur* » ? » (27).

Sans pour autant remettre en question ce délai de trois ans qui offre une souplesse indéniable, il nous semble créer une forme d'incohérence dans la finalité du travail de thèse. Pour celui qui

poursuivra les remplacements en médecine générale en cabinet libéral, la thèse constitue-t-elle un changement concret de pratiques et de responsabilités ou une simple modification de statut, purement formelle ? Le médecin généraliste remplaçant est-il plus encadré ou accompagné dans sa pratique au quotidien lorsqu'il n'est pas thésé ? « *J'étais pas un meilleur médecin le lendemain de ma thèse* » remarque un médecin (M9) tandis qu'un autre conclut : « *c'est pas parce que t'as fait une super belle thèse que tu soigneras mieux tes patients* ». D'ailleurs, « *l'opportunité de remplacer sans le diplôme pendant encore quelques années a parfois été critiquée* » par les participants du travail de M-C. Peltier, « *considérant qu'un médecin respectable devait avoir fait les preuves de la formation* » (28). Il nous semble donc que ce délai remet indirectement en cause la pertinence du travail de thèse dans le cadre de la formation professionnelle initiale. Une activité professionnelle libérale en tant que « *remplaçant* » peut laisser à penser qu'elle est aboutie.

Une fois de plus, défendre une temporalité « *idéale* » pour ce travail de thèse semble difficile. Les travaux précédents avaient dégagé quelques éléments de réflexion sur les différentes périodes au cours desquelles pouvaient être réalisé le travail de thèse. L'analyse de nos entretiens a permis de mettre en avant certaines idées fortes associées au vécu du travail de thèse durant et après la période de l'internat. Si les avis divergent sur le choix de telle ou telle temporalité, il se dessine en revanche un consensus sur les avantages et inconvénients inhérents à chacune.

- Lien avec les structures universitaires

Le statut d'interne offrirait un meilleur lien avec les structures universitaires et se prêterait mieux à la réalisation d'un travail de recherche. En effet, le caractère « *scolaire* » (M5)(M9) du travail de thèse serait plus difficile à appréhender pour le remplaçant dont les préoccupations se sont éloignées du cursus universitaire. Ce point n'avait pas été relevé dans les travaux précédents.

- Disponibilité temporelle

La période de l'internat n'offre pas toujours une disponibilité temporelle suffisante, du fait de la charge de travail hospitalière, à l'exception de certains stages plus « *favorables* » en gestion du temps. A contrario, les activités de remplaçants en post-internat peuvent être modulées en ce sens, se faisant néanmoins au dépend de l'activité professionnelle avec une diminution des revenus en conséquence. Dans son travail, A-I. Rousset (27) remarquait également que « *certaines étudiants ont estimé qu'il était difficile de trouver le temps pendant l'internat* » alors que les remplacements donnaient « *une plus grande liberté d'organisation* ». M-C. Peltier (28) notait de son côté que « *dans d'autres études effectuées auprès de médecins diplômés, le remplacement a été considéré comme un facteur tantôt retardant le travail de thèse par son aspect chronophage, tantôt le facilitant grâce à l'aménagement des horaires* » et évoquait la « *tentation des remplacements* » comme « *probablement en cause dans la soutenance tardive de la thèse* ».

Y. Teisset (26) relevait enfin une « *différence de perception du temps* » comme facteur limitant. C'est le « *manque de temps pour intercaler la thèse au milieu de toutes leurs autres activités* » qui est évoqué par les premiers semestres alors que pour les plus anciens, il s'agit d'une « *Crainte de manque de temps pour respecter les délais impartis* ». Il évoquait le sentiment d'écrasement lié à « *un changement brutal* » avec « *prises de responsabilités importantes, apprentissages lourds et chronophages laissant peu de place à la thèse* » que constitue le début de l'internat, en référence à l'étude réalisée par N. Garceran (39) sur les facteurs de décompensation physique et psychologique

des internes de MG. Sans remettre en cause ce point, la fin de l'internat marque également une période charnière. Elle semble également source de préoccupations et d'angoisse dans une période d'envol dans la pratique de MG libérale qui reste pour certains une découverte, malgré une meilleure approche de la pratique via les stages chez le praticien de niveau 1 (le stage praticien de niveau 2 dit SASPAS n'étant pas accessible à tous). Un des médecins (M13) a ainsi évoqué la nécessité de trouver des remplacements pour s'assurer un revenu financier en sortie d'internat comme une source de préoccupations bien avant la réalisation de sa thèse.

- Maturité

La période de l'internat ne semble pas propice à la réalisation du travail de thèse faute d'une maturité suffisante. Le recul sur la pratique en médecine générale offerte par les remplacements en cabinet de médecine général libéral permettrait de mieux cerner le domaine de la médecine de soins primaires et donc les problématiques en jeux. Cette « *maturité* », qui relève de l'expérience professionnelle en soins primaires, était également évoquée par A-I. Rousset (27) comme un frein à l'initiation précoce du travail de thèse durant l'internat.

Ces représentations que les médecins ont sur la relation entre travail de thèse et internat ou post-internat, corroborées par les résultats d'autres travaux, permettent-elles de dégager une période favorable ? Pour M-C. Peltier (28), « *il serait judicieux d'inciter l'initialisation du travail de thèse dès le début du cursus* » et de « *l'échelonner au cours du DES afin de profiter au mieux des outils de la formation* », relayant le souhait des étudiants de voir le projet de thèse « *préparé dès le début de l'internat pour profiter pleinement du stage chez le praticien* ». La proposition faite par un médecin interviewé (M5) de revoir la place dans le cursus, de « *l'inclure* » comme une « *étape obligatoire (...) prévue d'emblée, peut-être même après l'externat* » s'intègre dans cette même perspective d'une place plus précoce dans le cursus.

Certes, un meilleur lien avec les structures universitaires, permettant peut-être un accompagnement optimal, un moindre stress lié à l'échéance temporelle et une logique d'intégration de la thèse au cursus du DES appuient cette proposition. Cependant, la méconnaissance du champ de la MG en début d'internat, à fortiori durant l'externat, et le vécu négatif par certains internes de trop fortes sollicitations à réaliser ce travail précocement vont à son encontre. A-I. Rousset (27) constatait effectivement que « *la volonté institutionnelle* » d'initier précocement le travail de thèse « *pour qu'elle soit soutenue le plus tôt possible après le DES, voire idéalement pendant le DES* », imposant dans certaines facultés un échéancier précis, était parfois « *mal vécu* » par certains étudiants.

La solution ne réside certainement pas dans une majoration de la contrainte par la contrainte, ou en créant une pression supplémentaire. Elle consisterait plutôt à rassembler et à donner aux étudiants l'ensemble des informations pour décider au mieux de la temporalité. Il s'agit de mettre en avant la qualité d'accompagnement durant l'internat et la liberté qu'offre une soutenance rapide de la thèse durant ou après la fin du DES en terme de projets professionnels. Il est intéressant de noter que le fait de soutenir sa thèse après avoir validé ses six semestres d'internat nécessite de se réinscrire à l'université et engendre des frais financiers supplémentaires.

Enfin, la question de la disponibilité temporelle durant l'internat nous conduit à relayer les propositions faites M-C. Peltier (28) : « *au cours des stages ambulatoires, l'emploi du temps tient compte des demi-journées de formation prévues par la loi* ». S'il est accordé aux internes de se libérer

pour se rendre aux journées de cours de DES obligatoires, ce n'est pas souvent sans poser de soucis organisationnels au sein des services hospitaliers dont l'organisation ne tient que rarement compte de ce temps de formation. « *Cet aménagement hebdomadaire légal devrait pouvoir se démocratiser dans les services hospitaliers, afin de dégager le temps nécessaire à l'investissement et à la revalorisation du travail scientifique* ». Cette perspective était également soulevée par A-I. Rousset qui faisait un constat similaire. Pour appuyer cette réflexion, il serait intéressant de se pencher sur le nombre de demi-journées de formation effectivement prises par les internes durant leurs stages hospitaliers.

En conclusion, outre l'aménagement de l'emploi du temps durant les stages hospitaliers lorsque cela est nécessaire, il s'agit d'offrir une meilleure lisibilité aux futurs thésards des enjeux à réaliser leur thèse à tel ou tel moment, pour leur permettre de faire un choix éclairé et leur donner également conscience de la possibilité de ce choix. Il ne s'agit pas d'affirmer la supériorité d'un temps donné par rapport à l'autre. Les opinions que nous avons mises en évidence ne sauraient être une vérité pour tous, au risque d'ignorer l'individualité de chaque travail et les contraintes personnelles.

5.3.5 Le facteur humain

Face aux difficultés rencontrées lors de l'élaboration de la thèse, des aides se sont développées pour apporter des solutions et soutenir le thésard. Ces aides correspondent pour la plupart à l'intervention de différentes personnes dans l'accompagnement au cours du travail.

Ce que nous appelons « *facteur humain* » correspond aux intervenants dans le travail de thèse. Ils sont multiples et nous n'avons d'ailleurs pas cherché à en dresser une liste exhaustive. Nous retiendrons ceux qui ont été mentionnés par les médecins interviewés. Ils sont le plus souvent évoqués pour leur rôle comme facteur de motivation et pour l'aide apportée durant le travail. A-I. Rousset (27) relevait également dans son analyse que « *l'important était d'avoir fait les bonnes rencontres qui permettaient de débloquer les situations* ».

Le facteur humain réfère aussi à un « *évènement* » contextuel, lié à la rencontre entre deux individus. Si cet échange avec un confrère ou un médecin référent, souvent le directeur de thèse, peut être source de motivation, il est loin d'être un dénominateur commun à tous les médecins rencontrés. Cette source de motivation, parfois très forte, est donc soumise à l'individualité d'une rencontre et à la variabilité des échanges. Pour exemple, le rôle du directeur de thèse peut être à la fois une aide mais aussi une source de difficultés.

5.3.5.1 Le directeur de thèse

Le directeur de thèse est un intervenant majeur du travail de thèse, mentionné dans notre travail mais aussi par les études précédentes. L'analyse de nos entretiens nous a permis de voir comment le directeur de thèse intervenait à différentes étapes du travail y compris au démarrage. Son rôle comme source de motivation a été détaillé plus haut.

Si l'importance du rôle joué par le directeur de thèse fait consensus, son action effective est en revanche source de divergences. Evoqué à la fois comme un aidant majeur et comme source de difficultés pour la réalisation du travail, son aide est aussi parfois qualifiée d'insuffisante ou de décevante. Les difficultés avec le directeur de thèse sont essentiellement d'ordre relationnel, ressenties comme un manque de soutien ou un dialogue difficile. Dans notre travail, des remarques

ont donc été faites, à la différence des résultats du travail d'A-I. Rousset qui s'interrogeait sur la sincérité de ses interviewés qui « *n'ont trouvé le plus souvent aucun reproche à formuler* » (27).

Certains « critères » ou « caractéristiques » ont été mis en avant dans nos entretiens pour expliciter le rôle du directeur de thèse, que ce soit pour l'aide qu'il a apporté que dans les difficultés rencontrées. Ces paramètres, mentionnés rétrospectivement par nos médecins, rejoignent les critères de choix du directeur de thèse « *a priori* » mis en évidence par Y. Teisset (26). On retiendra principalement :

- la motivation propre du directeur de thèse et son investissement,
- les compétences : pédagogiques, d'encadrement, méthodologique et sur le sujet donné ainsi que son expérience dans ces différents domaines,
- sa disponibilité.

De l'appui de leur directeur de thèse, les étudiants ont principalement retenu :

- sa fonction d'aidant sans être directif : une présence mais pas « *trop intrusive* » (M14), un rôle d'observateur qui guide mais « *pas dans le jugement* » (M14) sont mis en valeur, préservant l'autonomie de l'étudiant,
- l'importance de la qualité du dialogue qui s'établit entre les deux parties, notamment en termes d'écoute.

La participation du directeur de thèse aux activités universitaires, son domaine d'exercice ou ses compétences sur le sujet relevés par Y. Teisset (26) n'ont pas été mis en évidence dans notre travail. Cependant, le rôle du directeur de thèse a été abordé sous un angle différent dans notre étude.

Certains médecins ont par ailleurs soulevé la question des attentes du thésard envers le directeur de thèse : certes, son aide est discutée, mais ne faut-il pas aussi s'interroger sur ce qu'eux-mêmes en ont attendu ? Ainsi, un médecin pense s'être « *un peu précipité sur le premier médecin (...) sans vraiment réfléchir à ce qu'il pourrait m'apporter* » (M2). L'étudiant a-t-il identifié ses propres attentes ? Si oui, ses attentes ne sont-elles pas trop élevées ? Face aux difficultés et à ses propres craintes, l'étudiant voit dans son directeur de thèse la solution potentielle à ses problèmes : « *c'est possible aussi que j'attendais peut-être trop au début* » (M13). Les attentes non satisfaites peuvent être sources de désillusion, d'incompréhension, ou altérer le dialogue parfois déjà difficile. Le regard sur le travail de thèse n'est pas non plus le même souligne un autre médecin. Y. Teisset (26) avait également souligné cet écart, constatant que « *les futurs thésards misent beaucoup sur le directeur de thèse* ». Une fois encore, le rôle du directeur de thèse reste le fruit d'un échange entre deux individus, dont les attentes et le ressenti sont parfois éloignés.

Si la complexité liée à la spécificité de la relation entre ces deux personnes est incontournable, accorder une plus grande attention à la qualité et au contenu du dialogue permettrait de mieux clarifier les rôles. Ainsi, il paraît important que les deux intervenants définissent clairement leurs attentes l'un envers l'autre, avec un souci de transparence, et ce au début mais aussi tout au long du travail.

5.3.5.2 Le paradigme d'apprentissage

M-C. Peltier (28) évoquait « *le paradigme d'apprentissage parfois mal vécu des étudiants* » tandis qu'A-I. Rousset (27) soulevait également « *la dichotomie* » entre ces « *deux types d'enseignements* ». Il s'agit d'une « *démarche pédagogique centrée sur l'apprenant* », interactive, lui permettant de construire ses connaissances et ses compétences en développant une réflexion critique tout en favorisant son autonomie ». Ce point n'a pas été évoqué lors de nos entretiens, néanmoins ces incompréhensions en termes de pédagogie sous-tendent très probablement des remarques énoncées au sujet des groupes de thèse au cours des entretiens, certains médecins ayant regretté d'en ressortir avec « *encore plus de questions que de réponses* » (M2). Ces incompréhensions peuvent être également amplifiées par des difficultés de communication et d'échanges entre certains étudiants et les structures universitaires, plusieurs médecins ayant regretté ne pas avoir eu de retour ou de réponses à leurs questions.

Il faut relever toutefois une ambivalence des étudiants vis-à-vis de ce type de pédagogie. Comme l'ont souligné certains médecins, ils attendaient de leur directeur de thèse qu'il les guide sans les diriger, dans un rôle d'observateur bienveillant, « *pas dans le jugement* » (M14), tout en étant insatisfait parfois des réponses apportées car pas assez directives. Mais une fois de plus, tout ceci est à intégrer dans le tableau complexe présenté en figure 1 : l'investissement que l'étudiant souhaite faire de ce travail de thèse est dicté par sa motivation pour son travail, ainsi que par ses contraintes temporelles (pouvant influencer cette motivation) et par la façon dont ce travail s'intègre au contexte temporel (vie professionnel et vie privée). Ainsi, l'étudiant sera-t-il disposé à éprouver cette méthode d'enseignement si le contexte et sa motivation s'y prêtent aussi.

5.3.5.3 Autres intervenants et lisibilité des interlocuteurs disponibles

Des intervenants autres que le directeur de thèse ont été cités par les médecins comme les ayant aidés durant leur travail. Ils étaient également mentionnés dans les autres travaux. Nous avons également abordé précédemment la notion de travail en groupe.

Pourtant, il n'est « *pas évident je trouve de savoir vers qui se tourner quand on passe sa thèse (...) je sais pas à qui faire confiance là-dessus* » (M11) remarque un médecin. Les médecins de notre étude n'ont pas évoqué le « *choix* » du directeur de thèse comme une difficulté, comme cela avait pu être le cas dans d'autres études. Cependant, au-delà de la personne du directeur de thèse, les autres aides à disposition ne sont pas toujours facilement identifiées. Cette complexité était également soulignée par A-I. Rousset (27) qui relevait que « *sorti des membres du DMG, les étudiants se demandaient souvent qui solliciter* ». Des propositions avaient été faites dans cette étude pour permettre une meilleure lisibilité des référents, en proposant par exemple une liste des directeurs de thèse spécifiant leurs compétences ou leur champ d'exercice. Les médecins rencontrés par A-I. Rousset (27) suggéraient que les personnes ressources sur le plan méthodologique soient « *plus nombreuses* » et « *plus clairement identifiées* ».

Ainsi, avant de mettre en place d'autres outils visant à aider les thésards, améliorer la visibilité des aides existantes semble un préalable indispensable. Comme le remarque un de nos médecins qui confie ne pas être « *sûre qu'on se serve suffisamment de ces aides-là* », il « *faut se saisir déjà de ce qui existe* » (M14).

Plusieurs facteurs ont été identifiés dans notre analyse comme freinant le recours aux aides existantes. Au-delà de « *la méconnaissance* » évoquée par certains, le lien avec les structures universitaires semble faire défaut, particulièrement pour « *ceux qui sont déjà sortis de la fac* » pour qui « *c'est plus difficile aussi de se réintégrer* » (M14). Un problème de confiance et d'adhésion est également soulevé, notamment vis-à-vis des groupes de thèse pour lesquels il semble exister un sentiment de défiance. Un médecin reconnaît qu'il avait « *peur que ça m'aide pas, et que ça me démotive plus qu'autre chose* » (M11). Il serait intéressant de mieux cerner pourquoi certains étudiants semblent avoir développé une véritable appréhension vis-à-vis d'outils mis à leur disposition pour les aider. Enfin, des « *problèmes de planning* » ont été mis en avant, rendant la participation aux groupes de travail « *un peu trop contraignante* » (M2).

Cette difficulté à connaître et à utiliser l'ensemble des aides disponibles majore certainement le sentiment d'« *abandon* » et de « *solitude* » évoqué par certains médecins. Cet « *isolement ressenti par les étudiants* » n'est pas inédit (27). Les travaux précédents avaient souligné le bénéfice à lutter contre ce ressenti aussi bien au début que durant le travail : citons par exemple la mise en place d'un « *interlocuteur thèse* » pour chaque étudiant dès le début de DES, l'augmentation du « *nombre d'interlocuteurs formés pour accompagner les thésards* » et le tutorat comme moyen d'accompagnement individualisé proposés par A-I. Rousset (27).

Cela soulève malheureusement une fois de plus la question des moyens accordés aux DMG. Ainsi, le tutorat individualisé a-t-il dû être supprimé au DMG de Nantes récemment pour des raisons de moyens précisément. Les étudiants ont d'ailleurs conscience de cette problématique qu'ils sont plusieurs à avoir évoquée durant les entretiens. Face à un DMG « *débordé* » (M6) du fait notamment d'un déséquilibre patent des moyens humains face au nombre d'étudiants, « *c'est une décision des pouvoirs publics, de mieux considérer la médecine générale, et les facultés, enfin ... et les départements de médecine générale* » concluait M12.

Que l'on développe les aides et les moyens disponibles pour faciliter la réalisation du travail, que la temporalité du travail soit anticipée et permette le bon déroulement du travail, tous ces éléments essentiels que nous avons développés précédemment sont en étroite relation avec une notion essentielle : la valorisation du travail de thèse.

5.3.6 La valorisation du travail de thèse

La valorisation du travail de thèse n'a été que peu abordée dans les travaux précédents (26) (27) (28). Nous avons tenté dans notre travail de connaître l'opinion des médecins interrogés sur ce qu'ils pensent de la valorisation du travail de thèse. Bien sûr, « *ça dépend ce qu'on entend par valoriser* » remarque l'un d'eux (M12). La valorisation (du lat. *valor* → valeur) signifie selon le Petit Robert, langue française : 1.ÉCON. Fait de valoriser, d'exploiter (qch.). 2.PHILOS., PSYCHOL. Fait de conférer une valeur plus grande à (qqch, qqn).

Les avis divergents là encore sur cette dimension, allant d'une absence de valorisation pour « *beaucoup de travaux [qui] tombent dans l'oubli alors qu'ils devraient plutôt être mis en avant* » (M8) à des avis plus positifs. Parfois, la valorisation est remise en question dans son authenticité, évoquée comme une « *hypocrisie* » (M9).

5.3.6.1 Les acteurs de la valorisation

Plusieurs intervenants sont évoqués par les interviewés comme jouant un rôle dans la valorisation du travail de thèse. Les proches du thésard ainsi que les confrères et le jury lors de la soutenance sont mentionnés, mais c'est le DMG de Nantes qui regroupe le plus d'avis.

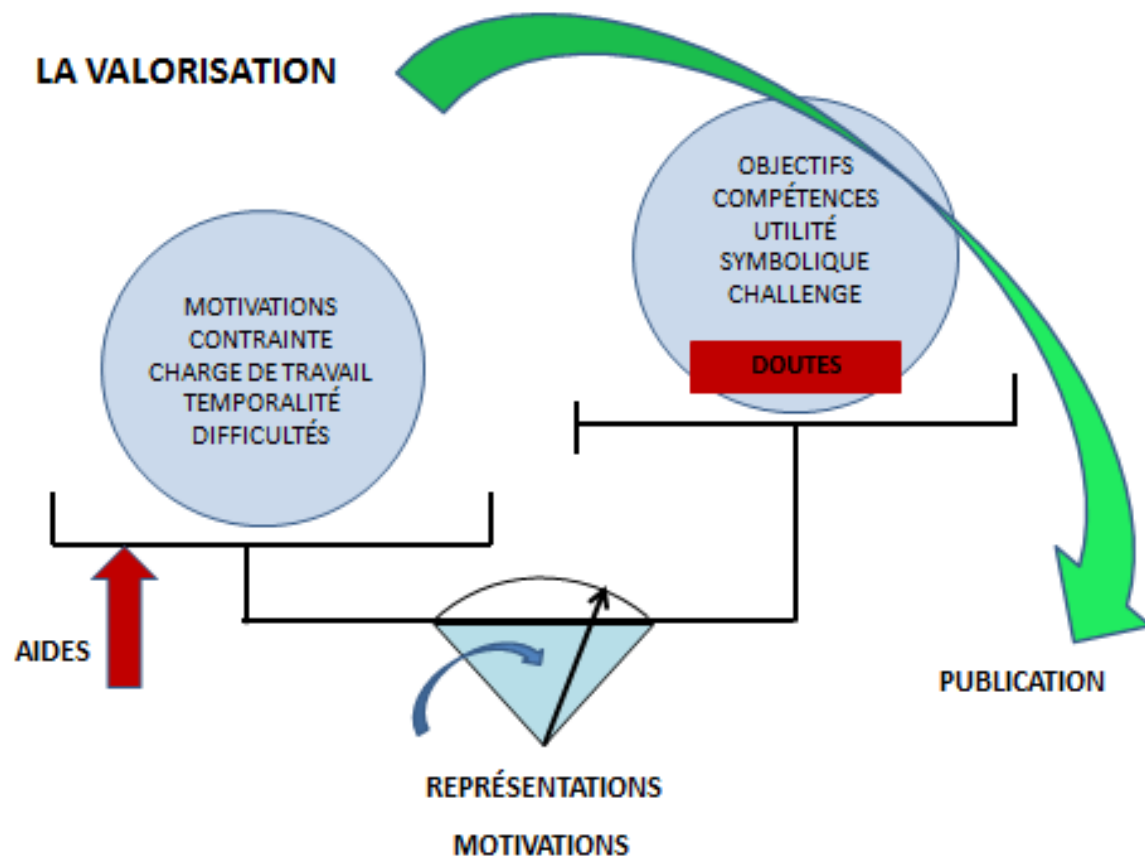
Il est mis en avant pour sa dynamique positive et désigné comme une structure « *hyper dynamique* » qui tente « *de mettre à profit ces travaux* », en facilitant notamment l'organisation. Cependant, certains regrettent une inégalité dans ce domaine en fonction des préférences pour tel ou tel sujet. Néanmoins, le sentiment de « *discrimination anti DESC* » évoqué par A-I. Rousset (27) ne transparaît pas dans nos entretiens. Une fois encore, le manque de moyens disponibles est souligné, mettant en avant le paradoxe entre un département « *complètement sous doté* » (M12) pour les plus grand producteurs en nombre de travaux de thèse que sont les internes en Médecine Générale.

5.3.6.2 Importance et modes de valorisation du travail de thèse

Les façons dont le travail de thèse peut-être mis en valeur sont communément citées par plusieurs médecins, mais les opinions à leur sujet sont parfois divergentes. Nous n'avions pas pour objectif de conclure que le travail de thèse est ou n'est pas valorisé, comme en témoigne la diversité des points de vue. Ce sont les modes de valorisation qui ont retenu notre attention, car ils sont un point clef dans les représentations du travail de thèse et donc des motivations pour ce travail.

La valorisation du travail de thèse joue en effet un rôle important. Comment avoir envie de s'engager dans un travail qui n'est pas valorisé, ni d'ailleurs valorisant ? « *C'est très important* » relevait un médecin (M5) de « *promouvoir* » la thèse, car c'est « *une dimension de notre travail* ». Face au poids de l'obligation contraignante associée à ce travail et aux difficultés réelles ou supposées, la valorisation du travail de thèse intervient dans la volonté d'investir positivement ce travail. Elle met en avant ces objectifs pourtant sujets à caution, les aides disponibles, les perspectives d'utilité du travail de thèse. Ce sont ces notions que nous avons retrouvées en analysant le discours des interviewés à ce sujet, à la fois enthousiastes ou sceptiques.

Figure 3 : Importance de la valorisation dans les représentations du travail de thèse



5.3.6.3 La soutenance, une symbolique forte mais peu valorisante ?

La symbolique de la thèse est une représentation consensuelle, portée par la solennité de la soutenance et la reconnaissance professionnelle via le titre de docteur en médecine. En revanche le sentiment de valorisation du travail lors de la soutenance n'est pas partagé par tous. Certains n'y voient qu'« une formalité » (M9). Un médecin confie son sentiment de voir décernée la mention "félicitations" du jury « à tout le monde », ce qui est regrettable car « c'est pas valoriser le travail que de filer des récompenses comme ça ».

L'implication du jury dans la soutenance est également parfois remise en question, leur présence pouvant relever d'avantage de leurs obligations universitaires que d'un réel intérêt pour le travail présenté. Ce sentiment est amplifié par les difficultés qu'ont eues certains médecins à constituer un jury de thèse pour une date précise : épisode « épique » ou sentiment de « catastrophe » symbolisé par la quête des trois professeurs. Un médecin a exprimé avoir eu le sentiment « douloureux » que « personne ne voulait de moi » (M8).

Il semble ainsi exister une ambivalence entre « une appréhension des internes de médecine générale à exposer leur travail au jugement de leurs pairs » soulignée dans un autre travail (28) et l'absence de conséquences sur une validation acquise d'avance. Jury trop indulgent, désintéressé ? Formalité d'un examen validé d'avance ? Ce n'est pas pour autant en augmentant les sanctions ou par des jugements plus durs que la thèse sera mieux valorisée.

5.3.6.4 Valorisation par la diffusion des travaux de thèse : discussion sur la publication et la qualité des travaux de thèse

- La diffusion des travaux de thèse : un mode de valorisation

La diffusion du travail de thèse est un mode de valorisation mis en avant par plusieurs médecins : « *valoriser un travail ça veut dire qu'on en parle, qu'il est reconnu* » souligne l'un d'eux (M10). A ce titre, un médecin mentionne que la mise à disposition des thèses en ligne sur le site internet du catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC) (40) contribue à l'accessibilité des travaux, mais cela reste insuffisant pour certains qui regrettent « *un réel manque de diffusion des thèses de médecine générale qui tombent toutes dans l'oubli* » (M8). Les médecins eux-mêmes reconnaissent n'avoir que peu consulté d'autres thèses en dehors de leur propre travail, pourtant riches d'informations et dignes d'intérêt. Ce défaut de diffusion des travaux de thèse limite également leur impact sur le plan médical : « *si c'était mieux connu, euh, ça apporterait souvent* » souligne un médecin (M8). Cette problématique de la diffusion des travaux de thèse en médecine générale a été évoquée dans d'autres travaux.

Les étudiants connaissent-ils le devenir des thèses après la soutenance et les différents moyens de diffusion à disposition ? Les thèses sont archivées, signalées (Star, SUDOC, theses.fr) et diffusées. La diffusion sous format papier est obligatoire au sein de la BU de la faculté de soutenance, et optionnelle au niveau national par le Prêt Entre Bibliothèque (PEB). Les thèses soutenues depuis 1982 sont signalées en ligne dans le SUDOC, catalogue national des bibliothèques de l'Enseignement supérieur. Sont également signalées en ligne dans le Catalogue des thèses de la Bibliothèque InterUniversitaire de Santé (BIU Santé) (41) les thèses d'exercice soutenues depuis 1985. Dans le cadre du projet de Portail des Thèses, afin de permettre une bonne interopérabilité entre toutes les applications dédiées aux thèses (Star, SUDOC et surtout theses.fr, moteur de recherche sur les thèses de doctorat françaises), une nouvelle application "Signalement des Thèses en Préparation" (STEP), a été développée par l'Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur (ABES) et a été ouvert en octobre 2011 (42). Plusieurs DMG proposent sur leur site internet une sélection de travaux de thèse. Le travail de thèse peut être également proposé à la Banque de Données de Santé Publique (BDSP) (43) sous certaines conditions. Enfin, la banque FAYR-GP (Association Française des jeunes chercheurs en médecine générale) des thèses en médecine générale (44) a pour but de stocker les thèses avec le texte intégral. L'objectif est de « *valoriser le travail de recherche des jeunes médecins et d'offrir un accès simple et gratuit à cette "littérature grise"* ». En effet, les catalogues de thèses donnent parfois accès à un résumé de la thèse, rarement au texte intégral. Enfin, citons également un document disponible en ligne explicitant le statut juridique de la thèse (45).

Outre le média internet, la diffusion des travaux de thèse est évoquée principalement au travers de leur publication dans des revues médicales, la présentation lors de congrès ainsi qu'au sein du DMG. « *La publication d'un article ou au minimum une présentation orale ou affichée dans un congrès sont les seuls moyens de diffuser le savoir disciplinaire* » mettait en avant un auteur (18). Cependant, si les prix de thèse sont mentionnés, un médecin remarque « *qu'on n'en entend pas trop parler* » (M10). Il n'existe pas à ce jour de prix de thèse à la faculté de Nantes. Il serait intéressant de connaître le point de vue des étudiants sur son éventuelle mise en place.

Si la présentation du travail de thèse lors de congrès n'est pas envisagée ni même souhaitée par tout le monde, comme l'ont fait remarquer certains interviewés, on pourrait en revanche proposer à ceux

qui le désirent de présenter « *les principaux résultats de sa thèse* » et qu'il « *en informe justement ses confrères de médecine générale* » lors de journées organisées au sein de la faculté pour les étudiants (M7). Outre la mise en ligne sur le site internet du SUDOC déjà en place, il est également proposé de regrouper les travaux de thèse récents sur le site internet du DMG ou au sein d'une revue interne à la faculté, permettant de prendre connaissance des sujets étudiés voire de leur résumé. Certains sites internet de DMG offrent le listing des travaux de thèse et proposent des statistiques sur les articles les plus fréquemment consultés (46). Ceci peut permettre à l'étudiant de constater que son travail est utile à d'autres, car comme le remarquait un de nos médecins, « *il aura été valorisé si il ressort à quelqu'un d'autre une autre fois (...) mais chose que je ne saurai jamais* » (M12).

- Discussion autour de la publication des travaux de thèse

La publication semble faire consensus pour la valorisation qu'elle apporte au travail de thèse. « *Tout travail de recherche est valorisé à partir du moment où il est publié* » (M9), gage d'un travail de qualité et digne d'intérêt. M-C. Peltier (28) mentionnait également « *l'incitation à la publication pour renforcer la valorisation du travail* » mise en place à la faculté d'Angers et A-I. Rousset (27) mettait en avant ce rôle comme étant « *un des moyens de donner davantage de valeur scientifique et d'envergure au travail de thèse* ». La publication est également un mode de diffusion du travail de thèse dont nous avons évoqué l'importance pour la valorisation du travail. Dans cette perspective, FAYR-GP sélectionne chaque mois une thèse parmi les travaux nouvellement déposés pour la valoriser (44) : un résumé, commenté, rédigé par FAYR-GP, est publié dans la revue *Exercer*.

Cependant, l'activité de publication issue de la formation initiale reste mal connue : elle était qualifiée dans un travail « *de qualité satisfaisante mais quantitativement insuffisante, en dépit d'une production importante de thèses et de mémoires de spécialités* » (47). Cette étude mettait effectivement en évidence que seulement 11% des thèses de MG soutenues à Angers entre 2002 et 2008 avaient fait l'objet d'une publication. La publication de la thèse sous la forme d'un article a été proposée ou envisagée pour la majorité des médecins que nous avons interviewés. Un médecin remarque qu'on lui a « *presque imposé* » (M11), soulevant la question du libre choix dans ce domaine. Un autre médecin a exprimé le sentiment que les internes de MG sont « *un peu les parents pauvres* » sur ce point « *face aux internes de spécialités* » (M12), référence au débat ancien sur la sous-représentation des travaux de thèse dans les publications et à leur inévitable comparaison avec les autres spécialités d'organes.

L'importance de publier les travaux de thèse « *pour la médecine générale (...) pour montrer qu'on est une spécialité à part entière, qu'on fait de la recherche* » (M6) est également mise en avant, même si certains y voient une question de budget avant tout. G. Bourrel relevait qu'il était « *dommageable pour la discipline que l'immense majorité des thèses n'aboutissent pas à la publication d'un article scientifique dans une revue à comité de lecture, nationale ou internationale* » (18). A ce titre, certains DMG incitent les étudiants à rédiger leur thèse au format standard des articles, si possible sous un format court, pour qu'il soit valorisable auprès de la communauté généraliste (24).

Si la plupart des médecins s'accordent donc à voir dans la publication une valorisation de leur travail, source de fierté et de « *satisfaction personnelle* » (M12), ils expriment en même temps des réticences à réaliser ce travail supplémentaire alors que leur principale envie « *est de tourner la page de la thèse* » (M11). Un médecin explique avoir le sentiment d'avoir « *fait ma part* » (M14) et que le travail menant à la publication n'était pas de son fait. Cette opinion est appuyée par une absence

d'intérêt de la publication sur le plan professionnel. Autant le travail de thèse apporte le diplôme d'Etat de docteur en médecine, autant la publication « *ne va pas changer ma pratique professionnelle ou mon orientation future* » explique un médecin (M2).

La comparaison faite entre mode d'exercice hospitalo-universitaire et médecine libérale semble en partie expliquer ce point. Dans l'un, la publication est évoquée comme une « *nécessité* » faisant aussi « *partie de leur métier* », à contrario « *le métier d'un généraliste c'est d'être gestionnaire d'entreprise* » (M8) ne lui laissant pas le temps pour de la recherche médicale. On perçoit donc au travers des discours une dichotomie voire une opposition entre publication dans un intérêt scientifique avec une dimension valorisante pour leur travail et l'absence d'intérêt professionnel. Même s'ils reconnaissent la valorisation que constituerait la publication de leur travail, un grand nombre des médecins interrogés expriment néanmoins leur désintérêt total ; le « *je m'en fiche* » d'un médecin tranche sur sa position. Ce paradoxe transparait également dans les résultats du travail mené par A-I. Rousset (27) : une grande partie des médecins considérait « *qu'elle n'était pas un objectif personnel mais qu'il fallait donner d'avantage d'envergure à ce travail de thèse et la publication en est un des moyens* ».

Dans une étude (47), les principaux obstacles ressentis par les directeurs de thèse pour la publication étaient « *le manque de temps du directeur, l'éloignement de l'étudiant et le manque de moyens logistiques* ». Les propositions faites dans ce travail étaient de prévoir une publication dès le début du travail et la mise en place de moyens logistiques en aval de la soutenance. Dans une autre étude (33), il a été constaté que les étudiants stéphanois avaient évoqué plus souvent que les étudiants d'autres universités avoir valorisé leur thèse. L'auteur suggérait que cette valorisation plus fréquente était liée à l'obligation pour tout interne stéphanois de soumettre sa thèse à une revue scientifique avant sa soutenance. L'importance de la qualité méthodologique du travail de thèse est soulignée dans nos entretiens comme une condition nécessaire à la publication mais souvent problématique : c'est toujours « *ce même problème* » conclut l'un d'eux (M6).

- Discussion autour de la qualité des travaux de thèse

La problématique soulevée par la notion de valorisation est celle de la qualité des travaux de thèse. Plusieurs auteurs ont relevé un niveau insuffisant de publication des thèses en MG. La qualité méthodologique de ces mêmes travaux, qualifiée parfois de « *médiocre* » (21) (19), est mise en avant pour expliquer en partie ce défaut de publication. Une valorisation du travail ne semble pas envisageable s'il ne répond pas à une exigence de qualité qui semble difficile à atteindre. Les avis dans notre travail sur la qualité du travail de thèse sont très variables, allant d'un jugement très négatif (« *nulle* » M3) au « *mitigée* » (M2) et « *passable* » (M8) voir « *correcte* » (M1). Ces opinions des médecins interrogés sont diverses aussi bien vis-à-vis de leur propre travail que sur les thèses en MG d'une manière plus globale. Si les opinions sont exprimées sans difficultés vis-à-vis de leur travail, certains éprouvent quelques difficultés à exprimer « *un jugement personnel* » par peur de manquer d'objectivité. C'est une « *Bonne question, euh... Joker !* » (M5).

Ce manque de qualité évoqué relève-t-il un manque de compétences en méthodologie de la recherche ? La méthodologie employée semble déterminante de la qualité du travail, mais elle fait malheureusement souvent défaut. Les entretiens menés par A-I. Rousset (27) avaient mis en avant que les étudiants « *avaient le sentiment qu'on ne leur donnait pas les moyens de réaliser un travail de qualité* ». L'inexpérience des thésards en la matière est encore une fois regrettée : certains déclarent

ainsi avoir fait à la mesure de leurs moyens, dans ce qui reste « *de la découverte* » (M4). Si l'on admet que le travail de thèse constitue effectivement d'une initiation à la recherche, un des médecins estime « *qu'on peut pas nous demander une qualité euh, scientifique euh, énorme alors qu'on n'a pas de compétences à la base dans ces domaines-là* » (M4).

D'autres déterminants ont été mis en avant dans nos entretiens pour garantir un travail de qualité :

- Les accompagnants du travail : membres du jury et directeur de thèse dont « *l'exigence* » (M4) et l'expérience favorisent la réalisation d'un travail de qualité. Un autre auteur soulignait également l'importance de « *l'encadrement* » pour la production de thèses de qualité (21).
- La temporalité : « *une bonne thèse (...) nécessite vraiment d'avoir beaucoup beaucoup de temps* » (M7) mais aussi de la maturité, « *un recul, il faut des compétences, il faut une expérience* » (M5).
- « *La motivation* » et l'implication du thésard sont sans surprise également mis en avant, comme un autre auteur (21) qui mentionnait ce « *désintérêt des internes* ».
- Les objectifs attendus : « *les médecins généralistes font leur thèse pour faire leur thèse* » exprime un médecin (M9).
- « *La qualité du sujet* » (M14). Dans un autre travail (27), les médecins ont suggéré que « *des sujets de recherches donnés par les universitaires de la discipline* » permettraient d'améliorer la valeur scientifique.

L'« *inévitabile comparaison aux spécialités d'organes* » mentionnée par M.C Peltier émerge à nouveau, soulignant les critiques faites à la « *rigueur scientifique des thèses de médecine générale* » (M11). La médecine générale est une jeune spécialité qui doit encore se développer souligne un médecin, alors que les autres spécialités le font depuis « *plus longtemps que nous en médecine générale* » (M6). La collaboration avec les spécialistes a été mise en avant dans une autre étude (27) pour améliorer la qualité des thèses de MG, ainsi que la coopération avec les départements de santé publique et de sciences humaines. La thèse pour le doctorat en médecine est également distinguée de la thèse de sciences. La thèse de sciences serait une « *vraie thèse* », dénomination que la thèse d'exercice en médecine ne mériterait pas. D'ailleurs, elle est un travail annexe, sans réel temps de travail reconnu. Un des médecins suggère ainsi qu'un lieu de travail dédié, comme un espace de recherche et de thèse, serait un moyen d'en améliorer la réalisation. Il propose également la mise en place d'une « *bourse de recherche* » (M5) pour valoriser certains travaux.

Cependant, un médecin remarque très justement que « *le terrain de la médecine générale* » a ses propres spécificités qui peuvent compliquer les choses. Peut-on avoir les mêmes exigences d'un travail de thèse mené en libéral que pour un travail réalisé en milieu hospitalier ? Les contraintes et limites en terme de recueil de données ne sont notamment pas les mêmes. « *En médecine générale, c'est plus compliqué* » conclut ce médecin (M11).

Certains pensent enfin que les travaux de thèse de MG n'ont « *pas non plus besoin que ce soit ... hyper scientifique* » (M4). La Médecine Générale est-elle définitivement à part ? Ainsi, un médecin met en avant que la vocation des thèses en MG est aussi d'être « *des thèses ouvertes* », « *un peu plus littéraires* ». La qualité scientifique n'y est pas nécessairement une exigence car « *on va laisser la ... la science fondamentale, c'est sûr, à la spécialité* » pour mettre en valeur les autres « *facettes de la médecine* » (M10).

Que faire alors pour ceux qui ne répondent pas aux exigences de qualité ? Le travail de thèse n'a-t-il alors aucun sens, aucune raison d'être. Ces travaux à la qualité insuffisante sont-ils bien voués à « *prendre la poussière* » sans que personne ne les « *consulte jamais* » (M12) ?

5.3.6.5 Autres modes de valorisation et image de la thèse : ouvrir de nouvelles perspectives

Ouvrir de nouvelles perspectives pour valoriser autrement le travail de thèse semble nécessaire.

La valorisation par la notion d'un travail de recherche de qualité reconnu par la communauté scientifique semble avoir ses limites car il semble « *difficile de tout promouvoir* » (M5). Le développement de la FUMG et la volonté de faire de la thèse un travail (une initiation) à la recherche en Médecine Générale ne semble pas en avoir changé les perspectives pour les étudiants. Certes, ils mentionnent eux-mêmes ce nouveau cadre dans lequel s'inscrit le travail de thèse et y manifestent de l'intérêt, mais ils remettent en question leur capacité à atteindre cet objectif. Comment s'engager dans un travail dont on doute d'emblée de la portée, voire dont on perçoit qu'il est d'avance voué à « *tomber dans l'oubli* » ? Les thésards ne peuvent pas tous prétendre à réaliser un travail scientifique de qualité ou qui sera publié. Et ils n'en ont de surcroît pas tous l'envie. La symbolique du titre et la solennité de la soutenance, même si elles sont reconnues comme importantes et si les médecins y semblent attachés, valorisent peu le travail réalisé.

Il faudrait enfin « *donner une autre image de la thèse* » (M11) pour valoriser ce travail, lui offrir d'autres perspectives « *peut-être moins contraignante, plus intéressante* ». Un médecin soulignait effectivement que « *quand on en parle entre nous, je trouve qu'on est assez négatifs* ». La thèse serait souvent évoquée comme un travail « *difficile* », « *prenant* » et « *très contraignant* ». Parfois, tous les enjeux et les perspectives s'effondrent face à un « *c'est pas important, finalement* » (M11) la thèse. Certains médecins ont, en évoquant la valorisation de leur travail aux yeux de leurs proches, précisé que « *c'est un mémoire et pas une thèse, parce que ils imaginent ... il faut relativiser* » (M6) ou que « *c'était pas grand-chose* » (M11). C'est donc cette image que nous transmettons qu'« *il faudrait changer* » car ce n'est « *pas valorisant dans ce sens-là aussi* » (M11).

Certes, le travail de thèse a engendré un panel d'émotions négatives bien plus larges et étoffées que les émotions positives. Les difficultés évoquées et la remise en question des finalités mêmes de ce travail dans son utilité et son impact pourraient en dresser un tableau négatif. Mais ce sont pourtant bien les émotions positives qui gardent leur place dans la vision rétrospective sur le travail de thèse. En effet, si l'on relève le regard à postériori que portent les interviewés sur leur travail de thèse, on note un certain consensus autour de la notion d'expérience positive, du challenge, d'un dépassement de soi. Certes, il existe le désir bien marqué de « *tourner la page* », qui d'ailleurs se transmet dans le frein à s'investir personnellement dans les améliorations à apporter à ce travail. Mais à côté, ce sont une vision enrichissante et des émotions positives qui prédominent malgré des discours pour certains négatifs ou mitigés. Le vécu majoritairement positif de la thèse était mis en avant dans une autre étude (33).

La thèse est-elle valorisée à ce titre ? Comme une expérience personnelle, utile pour celui qui l'a faite mais qui pourrait l'être également pour les autres ? Cette dimension de challenge est-elle développée et partagée ?

Un lieu et un temps dédié au partage des expériences pourrait contribuer à changer cette image de la thèse. Des échanges dans un cadre plus officiel entre jeunes thésés d'un côté, novices de l'autre et médecins référents permettraient de valoriser la thèse par le partage d'expérience pour tous, au-delà de la réussite d'un travail de recherche de qualité ou de l'instant symbolique. Que cette expérience personnelle puisse, dans un temps dédié, être utile aux autres, ouvrirait ainsi de nouvelles perspectives à ce travail. On pourrait imaginer des journées de thèse organisées avec la faculté et le syndicat des internes, où seraient présentés succinctement tous types de travaux, conventionnels ou atypiques, bon ou mauvais, mais dans une perspective de partage et d'échange. Ce que certains pourraient qualifier de « *mauvais* » travail, si cela existe, est toujours utile par l'expérience qu'il transmet : les raisons de ce résultat sont tout aussi utiles que les clefs de la réussite. Ces journées pourraient être également l'occasion de transmettre des travaux, de leur donner une continuité, profitant ainsi à celui qui l'a réalisé en lui donnant le sentiment de transmettre un travail qui pourra être utile, et à celui qui le poursuivra, par l'échange et l'aide qu'il en tirera. « *Trop de travaux tombent dans l'oubli* » confie un médecin (M8). Même si certains travaux de thèse ne permettent pas de tirer des conclusions sur une problématique donnée, le travail bibliographique réalisé en amont pourrait être tout à fait utile pour offrir un rappel clair et synthétique sur un thème donné, et contribuer ainsi à notre formation en pratique clinique.

Un listing actualisé des travaux de thèse en cours avec les dates de soutenance permettrait enfin de venir assister à des soutenances, en s'inscrivant préalablement auprès de la faculté et éventuellement avec accord du thésard, et rendrait ainsi le travail et sa présentation plus concrets pour les futurs thésards.

6 CONCLUSION

Pour de nombreux médecins le travail de thèse est un univers inconnu, rempli de difficultés à surmonter, « *long et difficile* ». Ce travail est aussi riche de perspectives. Les objectifs du travail de thèse, son utilité et son devenir, sont des enjeux importants car ils soutiennent un investissement positif au-delà de l'obligation contraignante qui lui est inhérente. Ils sont cependant peu mis en avant comme source de motivation à l'initiation de ce travail. Par ailleurs ces perspectives sont bien souvent remises en question et ne se concrétisent pas toujours.

Dans ce tableau complexe interviennent d'autres éléments majeurs comme la temporalité du travail de thèse et le facteur humain. Le travail de thèse est en interaction constante avec la dynamique temporelle dans laquelle il s'inscrit. Parfois, le temps s'impose au travail. Et bien que son rôle déterminant soit connu de tous, son influence et la difficulté qu'il représente semblent pouvoir toujours surprendre.

La notion de valorisation est enfin essentielle. Elle vient renforcer le poids de certaines représentations et intervient sur les motivations. Valoriser d'autres dimensions du travail de thèse permettrait certainement aux étudiants de se le réapproprier. Si la symbolique, la pertinence de ce travail dans le cursus, son impact et la dimension d'un travail de recherche de qualité sont plus théoriques qu'une réelle perspective pour certains, il faudrait certainement également promouvoir l'expérience personnelle issue de ce travail, l'acquisition de compétences selon les objectifs de chacun.

Les thésards, futurs thésards et jeunes doctorés sont parties prenantes dans ce qu'est et sera la thèse. Ils participent à la construction de son image. Ils sont acteurs du travail et impliqués par leurs échanges avec les autres intervenants.

Certes, un certain nombre de médecins interrogés dans le cadre de ce travail ont confié leur désir de « *tourner la page* » de la thèse. Leur implication personnelle reste encore à définir, comme en témoigne dans nos entretiens leur surprise à envisager leur participation pour améliorer l'approche et la réalisation de la thèse. Cependant, ils ont tous manifesté une volonté d'aider leurs confrères pour ce travail. Motiver et aider les autres en partageant les connaissances et leur expérience, participer aux travaux de thèse en aidant au recueil de données, voire être directeur de thèse dans le futur, sont des possibilités qu'ils ont évoquées. Sur ce dernier point, c'est souvent un problème de compétences qu'ils considèrent comme essentielles, témoignant de l'importance du rôle qu'ils accordent au directeur de thèse, qui est mis en avant comme une difficulté.

A ce titre, la constitution d'un listing actualisé des médecins disponibles pour participer à un travail de recherche pourrait aider au recueil de données. Constituer la population de notre étude et en trouver les coordonnées a été une des plus grandes difficultés.

C'est en transmettant notre travail aux suivants que nous pouvons également lui donner une continuité. Favoriser un accompagnement et un partage entre jeunes doctorés, améliorer le dialogue pourrait permettre d'appréhender autrement ce travail et de se le réapproprier. La mise en place de journées dédiées à la présentation de travaux de thèse, dans un objectif de partage d'expérience et de transmission, et non de mise en valeur uniquement de travaux jugés de qualité et dignes d'être

présentés, pourrait permettre la poursuite de travaux nécessitant un travail complémentaire par d'autres thésards.

La simplification du travail de thèse sous la forme d'un pré travail de recherche qui pourrait être ensuite poursuivi ou intégré à une base de données, s'il est validé, est une des propositions également faites dans ce travail. Ces suggestions impliquent toutefois une participation active des jeunes doctorés. Nous sommes les plus à même de savoir ce qu'il nous manque et ce que nous attendons de ce travail, encore faut-il le faire connaître.

7 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Faure O. Histoire Sociale de la médecine (XVIII^e – XX^e Siècles). Paris : Anthropos Historique, 1994.
2. Delage A. Histoire de la thèse de doctorat en médecine d'après les thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris. Thèse Med Paris, 1913.
3. République Française. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [consulté en ligne le 4 aout 2013]. JORF du 18 janvier 2004, 1394, 15. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
4. République Française. Code de l'éducation – article L632-4 du 22 juin 2000 relatif au diplôme d'état de docteur en médecine [consulté en ligne le 4 aout 2013]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
5. Berbé C, Vaillant H. Faut-il supprimer la thèse ? Atelier du VII^e Congrès national de médecine générale du XXI^e siècle. Janvier 2007.
6. WIKIPEDIA – article Doctorat (en France) (mise à jour 16 juillet 2013) [consulté en ligne le 4 aout 2013]. Disponible sur [http://fr.wikipedia.org/wiki/Doctorat_\(France\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Doctorat_(France))
7. République Française. Arrêté du 7 aout 2006 relatif à la formation doctorale [consulté en ligne le 4 aout 2013]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
8. République Française. Code de la santé publique – article L. 4111-1 [consulté en ligne le 4 aout 2013]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
9. République Française. Code de la santé publique – article L. 4131-1 [consulté en ligne le 4 aout 2013]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
10. République Française. Code de la santé publique – article L. 4131-2 [consulté en ligne le 4 aout 2013]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
11. République Française. Code de la santé publique – article D. 4131-2 [consulté en ligne le 4 aout 2013]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les remplacements [consulté en ligne le 4 aout 2013]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/les_replacements.pdf?download=1
13. République Française. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [consulté en ligne le 4 aout 2013]. JORF du 6 octobre 2004, 17076, 23. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
14. Levasseur G, Schweyer F-X. La recherche en médecine générale en France : enjeux et perspectives. Cah Sociol Demogr Med 2001;41(1):47-80.
15. Roland J. « Préface » dans : Répertoire des thèses en médecine générale, 1998, CNGE-Zenéca Pharma.

16. Levasseur G, Schweyer F-X. La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine. Santé Publique 2003;15(2):203-12.
17. Collège National des Généralistes Enseignants. Cours des études médicales (mise à jour août 2012) [consulté en ligne le 22 mai 2013].
Disponible sur http://www.cnge.fr/la_pedagogie/cursus_des_etudes_medicales/
18. Bourrel G, Hofliger P, Vanoni I. Diversité et richesse des thèses en médecine générale. Exercer 2008;81:42-4.
19. Maisonneuve H, Thibault P. Préface dans : Guide pratique du thésard. Paris : éd Scientifiques L et C, 2010.
20. De Pourville G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions. 31 mai 2006. Disponible sur le site :
http://lebottinrecherche.fr/sites/default/files/documents/Rapport_De_Pourville.pdf
21. Vaillant-Roussel H. Médecine Générale : faut-il supprimer la thèse ? La Revue du Praticien Médecine Générale 2007;21(770/771):516-7.
22. WONCA EUROPE- La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille- WONCA EUROPE 2002. Disponible sur <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>
23. Héris V. Quelle est, aujourd'hui en France, la formation à la recherche des thésards en médecine générale ? Thèse Med Poitiers, 2005.
24. Département de Médecine Générale de Nantes. Accueil Recherche [consulté en ligne le 4 août 2013]. Disponible sur: <http://www.dmg-nantes.fr/recherche/recherche.htm>
25. Inesta S. Analyse des thèses soutenues par les résidents et internes de médecine générale de l'UFR de Rennes entre 2005 et 2008. Thèse Med Rennes, 2009.
26. Teisset Y. Perception du travail de thèse par les internes de médecine générale de la faculté de Tours. Thèse Med Tours, 2011.
27. Rousset A-I. Réalisation du travail de thèse en médecine générale à la faculté d'Angers : difficultés rencontrées et propositions d'améliorations. Enquête qualitative auprès de médecins thésés en 2010. Thèse Med Angers, 2012.
28. Peltier M-C. Perception de la thèse par les internes de médecine générale Picards : motivations et obstacles à sa réalisation. Thèse Med Amiens, 2012.
29. Tiercelin A. Étude du vécu du travail de thèse par les internes de médecine générale de la faculté de Caen. Thèse Med Caen, 2012.
30. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. Paris : Armand Colin, 2012.
31. Bardin L. L'analyse de contenu. Quadrige Manuels. Paris : Presses Universitaires de France, 2007.

32. Cadwallader J-S, Lebeau J-P. Formation et recherche pour des médecins généralistes. Exercer 2009;85(supp 1):32S-3S.
33. Konieczny J, Frappé P. Échecs des projets de thèse en médecine générale. Exercer 2011;22(99):180-5.
34. Hugé S, Bayat S. De l'exercice de la thèse à la thèse d'exercice. Abstract Congrès CNGE, Toulouse, 2009.
35. Nicolle J. Caractéristiques actuelles du remplacement en médecine générale et retard à l'installation. A propos d'une enquête. Thèse Med Amiens, 2005.
36. WIKIPEDIA - article Dissonance cognitive (mise à jour 26 juillet 2013) [consulté en ligne le 4 aout 2013]. Disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Dissonance_cognitive
37. Dahan B. Évaluation de l'adéquation des enseignements proposés dans le DES de médecine générale à Paris 6 avec les attentes des étudiants. Thèse Med Paris 6 Pierre et Marie Curie, 2009.
38. El Mornan S. La production des thèses dans la filière médecine générale à la faculté de médecine de Créteil : une étude rétrospective sur 5 années universitaire de 2005 à 2010. Thèse Med Créteil, 2012.
39. Garceran N. Évaluation des facteurs de décompensation physique et mentale des internes en médecine générale de la région Centres. Thèse Med Tours, 2009.
40. Catalogue du SUDOC [consulté en ligne le 6 aout 2013]. Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr/>
41. Catalogue des thèses de la Bibliothèque InterUniversitaire de Santé [consulté en ligne le 17 aout 2013]. Disponible sur: http://www2.biusante.parisdescartes.fr/theses/theses_rech.htm
42. Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur. Rubrique Thèses : les applications, Step [consulté en ligne le 19 aout 2013]. Disponible sur : <http://www.abes.fr/Theses/Les-applications/Step>
43. Banque de Données en Santé Publique (BDSP) [consulté en ligne le 17 aout 2013]. Disponible sur : <http://www.bdsp.ehesp.fr/>
44. Banque FAYR-GP des thèses en médecine générale [consulté en ligne le 16 aout 2013]. Disponible sur: <http://theseimg.fr/1/>
45. Bihan S. Publier ou diffuser sa thèse ? Attention aux faux-semblants [consulté en ligne le 17 aout 2013]. Disponible sur : http://scd.univ-lille2.fr/fileadmin/user_upload/images/services/Solenn_Bihan_Publier_diffuser_these.pdf
46. Collège des Médecins Généralistes Enseignants – Université Pierre et Marie Curie. Rubrique Thèses de médecine générale et Statistiques [consulté en ligne le 16 aout 2013]. Disponible sur : http://www.cmge-upmc.org/rubrique.php?id_rubrique=19

47. Baufreton C et al. La production scientifique issue de la formation initiale à la faculté de médecine d'Angers entre 2002 et 2008 : de bonne qualité mais insuffisante. *Presse Med*, 2012; 41:e213-19.

8 ANNEXES (VERBATIM sur CD en dernière page)

8.1 ANNEXE 1 : Fiche projet de recherche proposée par le DMG de Nantes

PROJET DE RECHERCHE

A SOUMETTRE AU DMG AU DEBUT DE SON TRAVAIL

Problématique (de 1 phrase à 1 page)

Il s'agit de décrire le contexte, de faire un rapide état des lieux, jusqu'à préciser quelle est la situation où existe une tension, un problème pertinent.

Démontrer que le problème auquel on s'intéresse est intéressant : c'est fréquent ? c'est un enjeu de santé publique ? c'est nouveau ? c'est médiatique ? c'est le cœur de la médecine générale ? c'est choquant ? ...

Il s'agit d'appuyer sa démonstration au maximum sur la bibliographie.

Question de recherche (1 à 2 lignes)

C'est la question à laquelle vous allez tenter de répondre dans votre thèse.

Elle est définie par plusieurs éléments :

- *après état des lieux bibliographique, c'est une question qui reste non posée ou à laquelle vous n'avez pas trouvé de réponse (par exemple : pas d'étude réalisée « en France », ou pas d'étude réalisée « en médecine générale », ou pas d'étude réalisée « auprès des patients », ou pas d'étude qui s'intéresse à une tranche d'âge spécifique...)*
- *selon les moyens qu'il faudra mobiliser, une question pourra ou non constituer VOTRE question de recherche pour VOTRE thèse (par exemple « la prise de benzodiazépines au long cours entraîne-t-elle une altération des fonctions supérieures » est une question pertinente, mais que vous ne pourrez traiter dans le cadre d'une thèse, faute de moyens)*

C'est elle qui conditionnera votre méthodologie.

Hypothèse (1 à 3 lignes)

C'est la réponse que vous anticipez à la question que vous posez, c'est votre a priori après le travail d'état des lieux.

A la fin de votre thèse, votre hypothèse sera validée ou réfutée.

NB : on peut formuler parfois une hypothèse principale et une hypothèse secondaire...

Objectifs (1 à 3 lignes)

C'est ce que vous allez essayer de faire : « Décrire quelque chose », « Mesurer quelque chose », « Valider (une grille)... », « Comparer (des prises en charge etc ...) »...

NB : Le (les) objectif(s) résultent des hypothèses formulées.

Méthodologie (1 à 5 lignes)

Pour atteindre le (les) objectif(s) de l'étude (et donc pour apporter une réponse à votre question de recherche), vous pensez utiliser quelle méthode ?

La validité interne de votre travail, sa cohérence, viendront de ce que la méthode que vous pensez utiliser permette effectivement d'atteindre l'objectif de l'étude (et d'apporter finalement une réponse à votre question de recherche).

Soumettre son projet de recherche au DMG, c'est :

- STRUCTURER SON PROJET (et éviter ainsi d'arriver tardivement dans une impasse),
- FAIRE CONNAITRE AU DMG CE SUR QUOI ON PENSE TRAVAILLER (et éviter ainsi de travailler chacun de son côté sur le même sujet).

8.2 ANNEXE 2 : Courriel de recrutement

Bonjour,

Je suis une ancienne interne en Médecine Générale de Nantes. J'effectue mon travail de thèse sur:
« REPRÉSENTATIONS ET DÉTERMINANTS DU VÉCU DU TRAVAIL DE THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE
ENTRETIENS SEMI DIRIGES RÉALISÉS AUPRES DE MÉDECINS THÉSÉS EN 2012 ».

L'objectif est d'étudier la perception du travail de thèse, et d'apporter ainsi un éclairage nouveau sur ce travail auquel nous sommes tous confrontés. J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes thésés en 2012 à Nantes.

Je vous contacte à ce titre pour solliciter votre participation à un entretien, et si vous acceptez, voir quelles seraient vos disponibilités. Nous pourrions choisir un lieu à votre convenance, et l'entretien serait d'une durée d'environ 30 minutes, enregistré et anonyme bien sûr.

En espérant une réponse positive de votre part : votre témoignage est précieux !

Aurélia ESPINOZA

coordonnées tel :

coordonnées mail :

8.3 ANNEXE 3 : Guide d'entretien (version finale)

8.3.1 Présentations

L'enquêteur

Bonjour, je m'appelle Aurélia ESPINOZA. Je suis une ancienne interne en Médecine générale de Nantes. J'ai finis l'internat en novembre 2011 et j'effectue actuellement des remplacements en médecine générale.

L'enquête

L'enquête que je mène s'inscrit donc dans le cadre de ma thèse.

J'étudie les représentations et les déterminants du vécu du travail de thèse pour le doctorat en médecine, dans la filière de Médecine générale.

L'objectif est d'étudier la perception du travail de thèse a posteriori, et d'apporter ainsi un éclairage nouveau sur ce travail auquel nous sommes tous confrontés.

Je réalise des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes thésés en 2012 à la faculté de médecine de Nantes. L'échantillonnage s'est fait d'après la liste des personnes thésées en 2012 et recueil de leur accord. Les entretiens sont enregistrés sur support audiométrique et resteront anonymes.

L'enquêté

Avant de débiter l'entretien, pourriez-vous me préciser quelques questions d'ordre général :

Souhaitez-vous que l'on se vouvoie ou que l'on se tutoie ?

AGE :	SEXE :	ANNEE DE DES :
Statut professionnel actuel :		Titulaire d'un DESC / DU (ou en cours de formation):
Projets professionnels futurs :		
A quel moment de ton internat as-tu débuté ton travail de thèse ?		
As-tu réalisé ton travail seul ou en groupe ? Combien de temps environ a duré ton travail ?		
Quel a été le délai entre la fin de ton internat et la soutenance de ta thèse ?		

8.3.2 Grille de questions

MOTIVATIONS ET OBJECTIFS DU TRAVAIL DE THÈSE
<p>Peux-tu me raconter ce qui t'a MOTIVÉ à réaliser ton travail de thèse ? (Relance (R) : qu'est ce qui t'a décidé à faire ta thèse ?) (R : pourquoi as-tu fait ta thèse ?) → Est-ce que tu as été motivé tout au long de ton travail ? (R : est-ce que ça a évolué ?)</p>
<p>Quels sont selon toi les OBJECTIFS d'un travail de thèse ? Préciser si besoin : je ne souhaite pas évaluer tes connaissances sur le travail de thèse mais identifier ce que tu penses en être les objectifs.</p>
<p>Comment ton travail de thèse s'inscrivait-il dans tes activités professionnelles ou de formation de l'époque ? (R: est-ce que ta thèse était en lien ...?) Que penses-tu du moment où tu as réalisé ta thèse par rapport à ton cursus ? Est-ce que la réalisation de ta thèse à ce moment-là a influencé ton travail ? (R: Quelle influence est-ce que cela – la temporalité de la thèse- a eu sur ton travail?)</p>
VÉCU du travail de thèse
<p>Quel a été ton RESENTI au cours du travail de thèse ? et notamment en termes d'EMOTIONS ? (R : quelles émotions a généré ce travail ?) (R : comment as-tu vécu ce travail ?) → Est-ce que ce ressenti a influencé le travail de thèse ? Quelles CONSEQUENCES ?</p>
<p>Est-ce que tu as rencontré des DIFFICULTÉS durant ton travail de thèse ? Si oui, lesquelles ?</p>
<p>Est-ce que tu t'es senti AIDÉ pour ce travail ? (R: notamment par rapport aux difficultés évoquées avant ?) Y a-t-il d'autres aides auxquelles tu aurais pu faire appel durant ton travail de thèse et sur lesquelles tu ne t'es pas appuyé ? (R: pourquoi ?)</p>
REPRÉSENTATIONS RÉTROSPECTIVES DU TRAVAIL DE THÈSE
<p>Est-ce que ce que ton travail de thèse t'a permis d'acquérir des COMPETENCES ? Est-ce que ce travail a ou a eu un IMPACT sur ta pratique clinique quotidienne ou sur ton orientation professionnelle ? Est-ce que d'une manière générale le travail de thèse est UTILE finalement ? Dans ton cas précis, est ce que tu trouves ta thèse UTILE ? (R : de quelle façon ? pourquoi ?)</p>
<p>Quel penses-tu de la QUALITE SCIENTIFIQUE de ton travail ? (R: c'est lié à quoi ? pourquoi ?) D'une manière plus globale, quel est ton point de vue sur la QUALITE SCIENTIFIQUE des thèses de médecine générale ? (R : idem)</p>
<p>Quel REGARD portes-tu maintenant sur ton travail de thèse? (R: Qu'est-ce que cela évoque / représente pour toi ?)</p>
PISTES DE RÉFLEXION, PERSPECTIVES
<p>Que penses-tu de la VALORISATION du travail de thèse en médecine générale ? (R: Le travail de thèse est-il mis en valeur ?) Est-ce que l'on t'a proposé de publier ta thèse ? (R : qu'est-ce que tu en penses ? qu'est-ce que ça représente ? quelle signification ?)</p>
<p>Par quels moyens pourrait-on, selon toi, AMELIORER la PREPARATION et la REALISATION du travail de thèse ? Comment pourrais-tu t'y impliquer ? (R: Quel rôle pourrais-tu jouer ?)</p>

Vu, le Président du Jury, Monsieur le Professeur Rémy SENAND,

Vu, le Directeur de Thèse, Monsieur le Docteur Patrick DRÉNO,

Vu, le Doyen de la Faculté, Monsieur le Professeur Jean-Michel ROGEZ,

NOM : ESPINOZA

PRÉNOM : AURÉLIA

**Représentations et déterminants du vécu du travail de thèse
pour le doctorat en médecine,
réalisation d'entretiens semi-dirigés
auprès de médecins généralistes thésés en 2012**

RÉSUMÉ

La thèse d'exercice est exigée pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine. Elle a vu sa place évoluer ces dernières années suite à la réorganisation du troisième cycle des études médicales et à la création des Diplômes d'Études Spécialisées. La promotion de la Médecine Générale devenue spécialité et la nécessité de développer une recherche de qualité dans son champ disciplinaire ont également intégré la thèse au débat. La problématique se pose aussi à l'échelle individuelle dans le rapport qui se crée entre le thésard et son travail de thèse.

Cette étude qualitative a été menée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes thésés en 2012 à la faculté de médecine de Nantes. Elle avait pour objectif de réaliser un retour d'expérience en recueillant les représentations et le vécu du travail de thèse de ces médecins afin d'identifier les déterminants qui influencent la perception de ce travail.

L'analyse de contenu des 14 entretiens, conduits entre le 9 janvier et le 12 février 2013, s'articule autour de quinze thématiques. Elle identifie de nombreux facteurs intriqués intervenant dans la réalisation du travail de thèse qui s'intègrent dans un tableau complexe dont le point de départ est la motivation à l'initiation de ce travail.

Cette motivation, relevée comme problématique dans plusieurs travaux précédents, reflète l'obligation contraignante de réaliser ce travail bien avant d'autres objectifs pourtant riches de perspectives. Ces objectifs, l'utilité du travail de thèse et son devenir sont des enjeux importants mais pourtant souvent remis en question. Malgré le développement des outils pédagogiques, le manque de moyens et de compétences méthodologiques sont mentionnés. La temporalité du travail de thèse est par ailleurs déterminante. Au-delà de l'échéance et du manque de temps, la difficulté à concilier et à mettre en lien le travail de thèse et les activités professionnelles est mise en avant. Elle amplifie un investissement temporel parfois jugé trop conséquent. La simplification du travail de thèse sous la forme d'un pré-travail de recherche pouvant être ensuite poursuivi ou intégré à une base de données est une piste de réflexion. Enfin, la valorisation de ce travail est une dimension essentielle mais complexe. La publication des travaux de thèse soulève la question de la qualité méthodologique. La symbolique, la pertinence de la thèse dans le cursus, son impact sur la pratique clinique et la réalisation d'un travail de recherche de qualité semblent parfois plus théoriques qu'une réelle perspective valorisante. Il faudrait certainement promouvoir l'expérience personnelle issue de ce travail. La création de " journées de thèse " au sein de la faculté, dédiées à la présentation de travaux de thèse, permettrait ce partage d'expériences et un compagnonnage au-delà de la mise en valeur uniquement des travaux jugés de qualité.

MOTS-CLÉS

Médecine générale, thèse d'exercice, qualitatif, entretiens semi-dirigés, formation, pédagogie.