

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

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

De « faire médecine »
à « faire de la médecine »

Sous la direction scientifique
d'A.-C. Hardy-Dubernet et C. Gadéa

n° 53 – octobre 2005

Auteurs :

Sophie DIVAY

Charles GADÉA

Anne-Chantal HARDY-DUBERNET

Chantal HORELLOU-LAFARGE

Fabienne LE ROY

Co-auteurs :

Salim BEKHAT

Jimmy BENOUMEUR

Valérie GOSSEAUME

Stéphanie HERVIEU

Yassine ZOUARI

Centre associé au Céreq de Nantes

Centre associé au Céreq de Rouen

Laboratoire Georges-Friedmann

Laboratoire Droit et changement social

Maison des sciences de l'Homme Ange-Guépin

Cette étude est le fruit d'un travail collectif réalisé avec une douzaine d'enquêteurs dont dix ont participé à l'analyse des entretiens et à la rédaction du rapport. Elle a été financée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère chargé de la Santé.

Nous voudrions ici remercier MM. les Professeurs Mouzard et Uzan, Doyens des facultés de médecine de Nantes et de Saint-Antoine, pour nous avoir donné la possibilité de réaliser ce travail, ainsi que les services de scolarité qui nous ont aidés dans la constitution de nos échantillons. Merci également au Président du Conseil départemental de l'ordre des médecins de Loire-Atlantique, ainsi qu'à ses services, pour nous avoir facilité le contact avec les jeunes médecins.

Il nous faut aussi exprimer notre gratitude à nos interviewés, qui ont accepté de se livrer à l'exercice avec beaucoup de spontanéité, dans un contexte où, parfois, le temps leur était compté.

Sommaire

Introduction.....	9
Première partie : Faire des études	15
I.1 « Le » ou « la » p1 : commencer médecine	18
I.1.1 Un milieu « dur »	18
I.1.2 Comment réussir ?	21
I.1.3 « Mauvais » concours et « bonne » sélection	27
I.2. Être étudiant : du p2 au d4.....	30
I.2.1 Des années d'études.....	30
I.2.2 Aller en en fac	35
I.2.3 Suivre les stages, stage infirmier, stage étudiant, stage d'externe	44
I.3 L'internat	69
I.3.1 Le concours	70
I.3.2 Apprendre la médecine générale : du jour au lendemain... ..	82
Deuxième partie : Devenir médecin	93
II.1 La vocation médicale	95
II.1.1 Choix de la médecine et mobilité sociale intergénérationnelle.....	95
II.1.2 Choix de la médecine et genre.....	111
II.2 Pratiquer quelle médecine ?.....	119
II.2.1 Conformisme et incertitudes	120
II.2.2 Généraliste/spécialiste : la « grande » question	124
II.3 Où exercer ?	131
II.3.1 Le libéral et l'hospitalier	132
II.3.2 La ville et la campagne	137
II.4 Quelle profession ?.....	144
II.4.1 Une profession de femme ?.....	144
II.4.2 Une profession dévalorisée ?	155
Épilogue : et s'ils étaient ministres de la santé ?	169
I. Pour les étudiants	170
II. Vers les malades	172
III. Pour les médecins	176
IV. Et les autres... ..	178
Conclusion.....	181
Annexes.....	191

Introduction

Devenir médecin n'est pas chose simple. Entre un étudiant qui réalise un rêve d'enfant en s'inscrivant en PCEM1 et un autre qui va tenter le concours par opportunité parce qu'il ne sait pas bien quoi faire d'autre ou qu'il est refusé en classes préparatoires, la « vocation » ne se dit pas de la même manière. La formation des médecins est certes commune à tous les étudiants d'une même faculté, mais le chemin que chacun doit parcourir n'est pas le même d'un individu à l'autre. L'enfant de médecin qui a toujours entendu parler d'hôpitaux, de malades et de médecins depuis qu'il prend ses repas avec ses parents et l'enfant d'ouvrier qui aspire à un métier souvent idéalisé ne franchissent pas de la même manière les étapes de la professionnalisation. Cependant, tous vont être conduits à abandonner une partie de leurs illusions et à se confronter à des réalités qui les surprennent. Entre le médecin qu'ils espèrent devenir et le médecin qu'ils seront, le processus est long, et les neuf années minimum d'études y tiennent une place centrale. Le médecin prêt à exercer ne ressemble jamais vraiment à celui que l'étudiant de PCEM1 imaginait, mais il ne lui est pas non plus totalement étranger. La socialisation médicale s'opère sur des terrains déjà fortement différenciés à l'entrée en faculté.

L'étude que nous présentons ici vise à mieux comprendre comment sont formés les médecins, en accordant à la notion de formation le sens d'un apprentissage autant que celui d'un « modelage ». Au cours des études, les représentations des étudiants en médecine évoluent, à la faveur d'un système d'enseignement bien particulier, des rapports sociaux qui se développent au sein d'une structure de soin, des relations qui s'établissent entre professionnels, d'une expérience concrète de la médecine, autant que d'une confrontation avec les patients et leurs souffrances. C'est de cette évolution dont nous tentons ici de rendre compte.

Ce travail a été élaboré en collaboration avec la Drees, à partir d'une demande bien spécifique. Il s'agissait d'approcher, d'une manière qualitative, les conditions de la formation médicale, afin d'envisager la possibilité de construire une grande enquête quantitative interrogeant les étudiants en médecine sur leurs représentations du métier. Pour cela, nous avons choisi d'opérer à partir de deux facultés de médecine qui présentent des caractéristiques contrastées : l'une (Saint-Antoine), sur Paris, dont la réputation est celle d'une faculté performante au regard des résultats de l'internat ; l'autre, sur Nantes, plus restreinte et d'une réputation moins élitiste.

Dans chacune des facultés, nous avons sélectionné un échantillon de cinquante individus : 10 étudiants de PCEM1, PCEM2, DCEM4, résidents et jeunes médecins généralistes. Au total, nous avons pu exploiter 91 entretiens dont nous donnons la liste en annexe de ce document. Il s'agit d'entretiens semi-directifs, à savoir que nous avons une trame commune à partir de laquelle nous laissons nos interviewés dérouler le fil de leurs parcours, mais aussi de questions précises que nous avons posées à tous dans des termes communs¹. Ceci nous permettait de tester l'effectivité de questions normées et de recueillir des réactions plus spontanées sur ce qu'ils étaient en train de vivre. Ces entretiens, qui ont duré entre une demi-heure et deux heures, nous ont mis devant une masse imposante d'informations que nous

¹ Tous les entretiens possédaient une trame commune et des questions spécifiques à la situation de l'interviewé. Nous reproduisons en annexe la trame des entretiens réalisés auprès des PCEM2.

avons traitées selon une méthode commune. Au fur et à mesure du déroulement de notre travail, et surtout de l'exploitation de nos matériaux, il nous est apparu que nous étions en face de plusieurs niveaux de discours sur lesquels il est important de s'arrêter.

Nous avons à faire le plus souvent à des étudiants. Ceux-ci sont dans un contexte, nous le verrons, de fortes contraintes et dans un système de formation très normatif. Ainsi, nos questions formelles donnaient le plus souvent lieu à des réponses formelles, qui montraient les limites d'un système d'interrogation fermé. En revanche, dès qu'ils devaient s'exprimer sur leur expérience et raconter leur propre histoire, une très grande variété de positions apparaissaient qui dépassaient, voire contredisaient, les premières réponses plus ou moins stéréotypées. Cette constatation nous a convaincus des limites d'une interrogation par questionnaire, dès qu'il s'agit de rendre compte de représentations qui ne s'expriment vraiment qu'à travers des expériences intimes et singulières. En revanche, la nécessité de multiplier les entretiens et de disposer d'un panel important de parcours différents s'est imposée. À aucun moment nous n'avons l'impression que cette masse d'informations était superflue. Même si le traitement qualitatif d'un grand nombre d'entretiens nous a posé des problèmes méthodologiques, leur diversité nous a permis de mieux saisir les mécanismes subtils et complexes qui caractérisent la formation professionnelle des médecins.

Ainsi, avons-nous jugé plus pertinent de rendre compte de la richesse de nos matériaux plutôt que de les réduire à un projet de questionnaire. Celui-ci n'est pas nécessairement à écarter, nous en possédons d'ailleurs la trame à l'issue de nos analyses, mais il doit alors cibler des informations objectives et ne pourrait que difficilement traduire la somme des paradoxes qui caractérise les positions de ces étudiants.

L'enquête s'est déroulée entre octobre 2003 et septembre 2004. Il nous a fallu travailler en tenant compte des rythmes universitaires et cela a rendu les choses parfois difficiles. En effet, nous étions conscients que les PCEM1 et les DCEM4 étaient dans une année de concours et que, plus on avançait dans l'année, plus il serait difficile de leur demander de se rendre disponibles pour un entretien.

Après avoir étudié les fichiers des inscrits dans les deux universités, et avec le concours des services de scolarité, nous avons sélectionné des populations qui répondaient à un minimum de représentativité (sexe, origine sociale) et couvraient l'ensemble des profils existant dans les facultés². Les étudiants recevaient alors un courrier signé des doyens, les avertissant qu'ils pouvaient être contactés par nous, et nous les appelions ensuite pour prendre un rendez-vous. Sur Paris, les entretiens ont eu lieu à la faculté de Saint-Antoine, dans une salle mise à notre disposition. Sur Nantes, les entretiens avaient lieu, soit au domicile des étudiants, soit à la maison des sciences de l'Homme Ange-Guépin, située à proximité de la faculté de médecine. Nous n'avons eu que très peu de refus, et ceux-ci étaient en général motivés par une surcharge de travail, chez les DCEM4 et les PCEM1. Mais nous avons eu du mal à contacter tous les résidents du fait de leur mobilité et nous n'en avons interrogé que douze, plus deux internes de médecine interne³.

² Nous reproduisons en annexe la constitution de l'échantillon des PCEM2.

³ Un généraliste nantais ne figure pas dans l'échantillon car des problèmes de magnétophone ont rendu impossible la retranscription de l'entretien, et deux D4 de Saint-Antoine n'ont pas pu être rencontrés, malgré de multiples contacts, l'approche du concours ayant mis un terme à nos relances...

Les choses ont été différentes pour les médecins généralistes. Sur Nantes, nous avons procédé avec l'aide du Conseil départemental de l'ordre de Loire-Atlantique. Ce dernier nous a fourni un fichier anonyme des médecins installés depuis moins de cinq ans dans le département et ayant fait leur thèse à Nantes. Nous avons constitué notre échantillon à partir de ces données et le président du Conseil départemental a envoyé un courrier aux médecins retenus pour les informer de notre enquête. En général, ils ont répondu avec beaucoup d'intérêt à notre sollicitation.

Sur Paris, les choses ont été plus compliquées et nous avons tenté de reconstituer un échantillon à partir des thèses réalisées à la faculté de Saint-Antoine dans les années précédentes, en utilisant la base de données Rosenwald pour retrouver ceux qui étaient installés. La faculté de Saint-Antoine nous a aussi aidés à entrer en contact avec certains de ses anciens étudiants. Cette précision est importante car nos populations ont été sélectionnées de façon un peu différente et ne répondent pas exactement aux mêmes critères de base. Mais dans les deux cas, il s'agit en fait de médecins qui n'ont pas effectué de mobilité géographique importante, ce qui homogénéise notre population. Le tableau ci-dessous donne la composition réelle de notre échantillon :

	Nantes	Saint-Antoine	Total
PCEM1	10	10	20
PCEM2	10	10	20
DCEM4	10	8	18
Internes de médecine interne	1	1	2
Résidents	6	6	12
Médecins généralistes	9	10	19
Total	46	43	91

La plupart des entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions. Il nous faut ici insister sur l'accueil très particulier que nous ont réservé les étudiants. Ceux-ci nous sont apparus heureux de pouvoir s'exprimer sur un sujet qui leur tient à cœur. Ils ont trouvé, lors de ces entretiens, des espaces de parole qu'ils ne semblent pas avoir dans les facultés et ils avaient une réelle volonté de nous « faire passer des messages ». Dans la promotion de PCEM2 à Nantes, ceux qui avaient été informés en parlaient entre eux, afin d'être sûrs de ne pas oublier quelque chose d'important à nous dire. Souvent, ces étudiants nous ont faits part de leur apparente docilité, de leur incapacité à se rebeller et de leur manque total d'organisation collective. Cet espace que nous ouvrons pour eux devenait alors l'occasion de faire savoir tout haut ce qu'ils ne se disent qu'entre eux (en petit comité), et souvent tout bas. S'ils mettent une grande énergie dans leurs études, il semble leur en rester fort peu pour déclencher des débats collectifs sur des sujets qui pourtant, leur tiennent à cœur et parfois, suscitent des révoltes intérieures. Certes, ils arguent souvent de l'état de concurrence dans lequel baignent les étudiants de première année, pour justifier un « individualisme » qui les caractériserait. Mais ils nous ont semblé aussi très largement soumis à un système à la fois dominant et peu identifiable sur lequel ils n'ont pas les moyens d'exercer un contre-pouvoir. Peu présents en faculté, éclatés en stage, les étudiants en médecine ont peu de lieux où ils peuvent partager une expérience commune. Cette « communauté », presque invisible, ils la faisaient un peu exister en nous parlant.

Les entretiens ont été analysés par plusieurs personnes, ce qui nécessitait de mettre en place une procédure commune permettant à chacun, ensuite, de disposer de l'ensemble du panel pour réaliser les analyses transversales. Pour cela, nous avons procédé de deux façons. La première, plus quantitative, a consisté à saisir certaines variables dans un fichier de données, nous permettant ensuite de sélectionner les entretiens correspondant à certaines caractéristiques, mais aussi de mieux connaître les grandes tendances et lignes de clivage de notre population. On trouvera trace de ce procédé dans le rapport, sous la forme de quelques tableaux statistiques. La seconde fut plus qualitative. Chaque analyste a procédé à une analyse thématique et structurale de l'entretien et a produit une synthèse à partir des principaux thèmes abordés. Ce travail nous a permis de pouvoir exploiter au mieux la totalité de nos entretiens et de mesurer les tendances que nous observions. Ce rapport ne rend cependant pas compte de la totalité des thèmes abordés lors des entretiens. Il présente les principaux résultats mais ces données gagneront à faire l'objet d'exploitations ultérieures plus ciblées et plus approfondies. Ce constat est aussi un encouragement à poursuivre l'analyse de nos matériaux.

Le rapport fut ensuite rédigé à partir des analyses thématiques et en fonction des résultats de chacune. Certaines de nos hypothèses n'ont pas été confirmées, alors que des distinctions plus fortes que ce que nous pensions, apparaissaient au sein de notre population. Par exemple, nous nous attendions à des distinctions de genre, ou liées aux facultés, plus importantes que ce qui est, *in fine*, apparu. Si, sur quelques points particuliers, la faculté semble jouer un rôle important (encore qu'il s'agisse peut-être aussi d'un clivage Paris/province), les différences entre les hommes et les femmes étaient particulièrement ténues. Globalement, cette distinction était peu pertinente, au regard de ce qui fut le plus significatif, et à presque tous les niveaux : l'origine sociale.

Cette notion d'origine sociale n'est pas à considérer dans le sens premier que lui accordent souvent les analyses sociologiques. Il ne s'agit pas ici de distinguer les étudiants issus des catégories supérieures, intermédiaires et populaires. Ceci ne serait d'ailleurs pas très significatif car les derniers sont très peu représentés dans notre échantillon, surtout à partir du PCEM2. Ceci illustre bien le mécanisme de sélection sociale qui s'opère dès la première année dans ces facultés. Mais il est très vite apparu une ligne de clivage nette entre les étudiants issus d'un milieu médical et ceux qui en sont éloignés. Parmi ces derniers, les variations « classiques » d'origine jouent un deuxième rôle, qui est celui de la conformité aux normes scolaires et étudiantes d'une part, mais aussi celui de la mobilité sociale pour les étudiants issus des milieux les plus modestes. Nous reviendrons en conclusion sur les pistes d'interprétation que nous tirons de nos analyses, mais il nous paraît important d'insister sur cette option, qui fut surtout essentielle pour comprendre les différences de comportement des étudiants face à un système unique de formation.

« Niveau social » et secteur d'activité des parents se combinent alors dans un espace à deux dimensions : le premier fait référence aux hiérarchies de classe ; le second au monde médical et de la santé. Ainsi, enfants et petits-enfants de médecins sont les plus près du sérail, mais ils sont suivis de près par les enfants de dentistes, pharmaciens, biologistes. Comme ils le disent eux-mêmes, ils « baignent » dedans depuis qu'ils sont petits, parfois leur entrée en médecine est décrite comme une rechute, ils « retombent dedans » une seconde fois. Pour un certain nombre d'étudiants issus des classes moyennes et populaires, un des parents exerce une profession paramédicale : infirmier(ère), aide-soignante, sage-femme, etc. Ces étudiants

ont aussi entendu parler du « milieu », mais il s'agit surtout du « milieu de l'hôpital ». Ils sont dans une autre perspective et, si le soin ne leur est pas étranger, le « monde des médecins » n'est pas celui de leurs proches. Enfin, les étudiants qui n'ont absolument aucune connaissance personnelle dans le secteur de la santé sont en général dotés d'un capital scolaire et social qui leur a permis d'accéder à la faculté de médecine et qui les autorise à se projeter dans une catégorie professionnelle supérieure et/ou libérale. S'ils sont suffisamment bons élèves pour adopter rapidement les normes d'apprentissage qui leur permettent de réussir en faculté, il leur reste un long chemin à parcourir avant d'endosser les habits du médecin et de se familiariser avec un environnement dont ils ne perçoivent pas immédiatement les règles. Car pour devenir médecin, il ne suffit pas de bien apprendre la médecine, il faut s'initier à un ensemble complexe de rituels de natures diverses et qui scandent les étapes vers la consécration ultime, l'autorisation d'exercer. Ceux-là peinent en fin de parcours parce qu'ils ne savent pas, avant d'y être arrivés, que l'on ne comprend qu'à la fin à quoi sert « tout ça ».

Le rapport est organisé autour de deux parties suivies d'un épilogue. La première partie, « être étudiant » reprend dans ses grandes étapes le parcours des étudiants, de la première année au résidanat. La diversité de notre panel nous a permis de disposer de discours sur le présent et de discours rétrospectifs pour chaque moment important des études. Nous avons porté sur ces discours un regard « profane », dans la mesure où nous nous sommes principalement attachés à rendre compte de la manière dont les étudiants entraînent progressivement dans la faculté, dans l'hôpital et, plus généralement, dans le métier de médecin. Il s'agit d'un long processus au cours duquel ils s'essouffent parfois, mais qui, toujours, les transforme. Il y a un monde entre un étudiant de PCEM1 et un résident. Cependant, la diversité que l'on rencontre en PCEM1 n'est pas la même que celle de PCEM2. Entre ces deux populations, il y a eu l'effet du concours et son empreinte durable et sélective. De même, les résidents et les généralistes, qu'ils aient échoué à l'internat ou choisi de ne pas le présenter, se distinguent des étudiants des deux premiers cycles en ce sens qu'ils entrent enfin dans cette phase de professionnalisation qui semble difficile à conduire pour les plus jeunes.

La deuxième partie, « devenir médecin », est plus centrée sur les représentations que ces étudiants et jeunes médecins nourrissent de la profession à laquelle ils se destinent. Et celles-ci commencent, évidemment, avant l'entrée en médecine, dans la manière dont ils décrivent une « vocation » pas toujours identifiée comme telle. Par les récits des différentes façons d'arriver en faculté de médecine, on trouve, dès le départ, des images médicales plus ou moins humanisées, concrètes ou idéales. Les terrains ne sont pas identiques et le même traitement ne donnera pas les mêmes résultats. Ils arrivent, évidemment, avec une image floue du médecin et en particulier de celui qu'ils veulent devenir, et leur formation ainsi que la perspective d'un concours décisif en fin de sixième année contribuent à entretenir ce flou. En même temps, ils se nourrissent de ce qu'ils voient et entendent des enseignants et des autres étudiants pour se forger une idée de la « meilleure » médecine, de l'exercice « le plus intéressant », du statut le plus « valorisant ». Ce qu'ils en tirent en termes de projet s'adresse pourtant à une élite. Ils sont plus nombreux à vouloir être spécialistes qu'ils ne seront à pouvoir l'être. Ils sont plus nombreux à vouloir exercer dans les grandes villes qu'ils ne devraient le faire. Leur idéal sera remis en question par les concours de fin de deuxième cycle puis, éventuellement, les concours hospitalo-universitaires. Ceux qui seront écartés, qui devront pratiquer une médecine qu'ils n'ont pas choisie, devront alors réparer les dégâts, redorer le blason de leur métier, le parer de nouveaux atouts.

En épilogue, nous avons choisi de rendre compte des réponses à une question que nous leur avons posée en fin d'entretien : « Si vous étiez ministre de la santé, quelles sont les premières mesures que vous prendriez ? ». Il n'est pas de notre propos, et ce n'était pas le leur non plus, de s'identifier à leur ministre de tutelle, mais c'était plutôt l'occasion de dire ce qui leur paraissait le plus urgent à faire en matière de santé et/ou de médecine. Ils ont répondu, évidemment, de là où ils sont. Et ils ont pensé, d'abord, à améliorer ce qu'ils vivent et ont proposé des changements pour les étudiants, vers (pour et contre) les malades, pour les médecins et, parfois, quelques autres.

Première partie : Faire des études

Pour bien comprendre la complexité des études médicales, il faut avoir en tête certaines de ses caractéristiques principales. Sans entrer dans un descriptif lourd des procédures⁴, on peut ici relever quelques-unes de leurs particularités, qui se focalisent autour de dualités qui, tantôt se combinent, tantôt entrent en opposition et que les réformes successives, voire les universités (qui disposent d'une relative autonomie pour organiser l'enseignement) font jouer différemment au fil du temps.

Hôpital/faculté

Les études sont organisées par les centres hospitalo-universitaires, créés en 1958 par R. Debré et qui associent dans une même structure la faculté et l'hôpital, en créant un statut de praticien hospitalier doublant celui d'enseignant-chercheur. Ceci est une originalité par rapport à tous les autres enseignements existant en France. En effet, la formation médicale est une des formations les plus articulées à la pratique. Si l'on regarde ce qui se passe dans les écoles d'ingénieurs, on constate que le corps des enseignants titulaires est le plus souvent distinct des professionnels en exercice. À l'université en général, cette dichotomie est encore plus forte. Même dans les formations professionnelles en alternance, les enseignants et les employeurs ou tuteurs ne sont pas les mêmes personnes. En faculté de médecine en revanche, c'est le même professeur de médecine, chef de clinique, assistant, voire interne qui encadre les étudiants en stage le matin et leur fait cours l'après-midi.

De ce fait, l'importance accordée à l'une ou l'autre partie de l'enseignement est aussi très dépendante de la valeur que le praticien-enseignant accorde à l'une ou l'autre de ses activités. Or, les fonctions des hospitaliers se déclinent en trois fonctions : la prise en charge des malades, la recherche et l'enseignement. Du point de vue de la valeur accordée à ces trois types d'activité, la recherche est la plus gratifiante, tant symboliquement que financièrement (puisqu'elle donne accès aux postes et avancements de grades), après quoi viennent les activités de praticien, puis celles d'enseignant, qui sont souvent assez dévalorisées. Il n'est pas rare que les étudiants racontent la manière désinvolte dont certains enseignants assurent leurs cours, lorsque, par exemple, ils envoient au dernier moment, un interne « lire » le poly à leur place. Étant donné cette pratique quasi admise, lorsqu'un enseignant s'investit dans son rôle pédagogique, tente d'intéresser les étudiants, prépare ses cours, il est remarqué et suscite de l'admiration auprès des plus jeunes. C'est la raison pour laquelle les étudiants savent vite quels sont les cours auxquels il faut aller et quels sont ceux auxquels il est inutile d'assister, le « poly » étant plus pédagogique que le cours lui-même.

Théorie/pratique

En outre, ces études sont organisées sur un mode dual avec une alternance entre formation théorique et formation pratique. Les stages hospitaliers, rémunérés (faiblement) à partir du DCEM2, n'ont cependant pas la même valeur universitaire que l'enseignement théorique. Si le système de validation des stages est de plus en plus formalisé, avec l'établissement des livrets de stages et des procédures d'auto-évaluation, la condition pour obtenir la validation

⁴ On trouvera en annexe des informations précisant le cursus des études médicales et ses principales évolutions récentes.

d'un stage ne comporte pas d'épreuve *stricto sensu*. Ainsi, cette validation est un peu laissée à la discrétion des chefs de service. Certains étudiants ne cachent pas qu'elle peut être plus ou moins bien faite, voire ne pas correspondre à grand-chose. Une des raisons invoquées pour justifier de l'absence d'épreuve « au lit du malade » (comme il en existait autrefois), est l'anonymat. Ce principe fonctionne comme une obsession dans les facultés de médecine et on remarque d'ailleurs qu'il est défendu vigoureusement par les franges élitistes du milieu (le syndicat des internes de Paris, par exemple). Dans nos entretiens également, il apparaît que cette obligation d'anonymat est surtout invoquée par les plus proches du milieu médical, d'une part parce qu'ils ont intégré les principes fondateurs de ce groupe professionnel, d'autre part parce qu'elle procure une protection contre toute suspicion de cooptation interne. Tout se passe comme si l'anonymat garantissait l'égalité de traitement de tous les étudiants. Que cela ne change rien aux critères déterminant la réussite des étudiants (voire augmente les chances des plus proches du milieu) n'est jamais pris en compte. Et l'idée de perdre en qualité de la formation n'est pas non plus considérée comme un problème. L'égalité se vit ici en terme de milieu social d'origine, et non pas en terme de qualités professionnelles : l'évaluation uniquement théorique ne met pas tous les étudiants sur le même plan, puisque les qualités relationnelles, manuelles etc., de certains, ne sont pas reconnues, quand bien même on sait qu'elles sont importantes pour l'exercice de la profession.

Enfin, des modalités pédagogiques récentes tentent de diminuer l'écart existant entre pratique et théorie en mettant en place des « stages intégrés ». Leur principe est de faire coïncider le passage dans un service spécialisé avec l'enseignement théorique correspondant à la spécialité, ce qui n'était pas le cas auparavant. L'avantage est une meilleure cohérence dans les enseignements, l'inconvénient est un blocage dans la répartition des étudiants dans les différents services qui, dans une faculté de taille moyenne, augmente le nombre de stagiaires par service, au détriment de la qualité de l'encadrement.

Examens/concours

Les facultés de médecine, comme toutes les facultés, sont organisées autour d'examens qui permettent de passer d'une année à l'autre. Cependant, il est difficile de savoir si l'examen est vraiment une épreuve centrale dans le cursus, tant celui-ci est structuré autour des concours : concours de PCEM1, concours de l'internat, puis des Épreuves classantes nationales (ECN). Si les concours de P1 sont organisés par les facultés, les concours de fin de DCEM4 sont organisés par les Drass, donc par l'État et donnent lieu à un classement national. On se trouve donc face à deux logiques pédagogiques : la logique de l'apprentissage et la logique du classement. La logique de l'apprentissage consiste à assurer à tous les étudiants un minimum de connaissances communes de base. C'est sur ce principe que les facultés de médecine avaient basé leur enseignement, en exigeant la moyenne dans chaque certificat qui correspondait à un groupe d'enseignements spécialisés. Ce principe s'est assoupli pour rendre plus faciles les examens et éviter des « vrais redoublements ». Aujourd'hui, pour être collé à une année de médecine, après l'épreuve de septembre, il faut avoir été malade ou souvent absent. Il y a très peu de cas d'échecs. Les étudiants sont alors confrontés à deux systèmes de valeurs : le système des examens où on leur demande le minimum et où il leur suffit d'avoir une note juste moyenne, et le système de concours où on leur demande le maximum et où ils doivent être le plus performant possible. Jusqu'à l'année dernière, ces deux sources de l'apprentissage théorique portaient en plus sur des programmes différents et avec des modalités d'évaluation différentes. Le nouvel ECN tente de remédier à cela en faisant porter

le concours sur le même programme que celui de l'enseignement universitaire. Reste que la double sanction demeure problématique : l'enseignement à la faculté a-t-il encore une raison d'être ? pourquoi faire alors des examens tous les ans, puisque la sanction finale tombe pour tous, et en fin de deuxième cycle ?

Public/privé

Si les étudiants en médecine sont formés par des praticiens, ils ne sont pas formés par tous les praticiens, puisqu'il s'agit en grande majorité de médecins hospitaliers. Les médecins libéraux, majoritaires en exercice, ne font (ou rarement et très récemment) pas partie du corps enseignant, sauf en troisième cycle de médecine générale. Il en est de même des stages : sauf initiative de certaines facultés, la médecine privée ne constitue pas un lieu de stage pour les étudiants durant les deux premiers cycles des études. Autrement dit, cette formation « alternée » ne se réalise que sur des terrains professionnels bien spécifiques qui ne reflètent pas la totalité de la pratique médicale. La tension entre le public et le privé prend ses racines là, depuis que la médecine hospitalo-universitaire est devenue une pratique élitiste et qu'elle se pose comme l'unique formateur des futurs médecins.

La rencontre entre le public et le privé, ce sont aussi les doubles lieux de formation. Si les étudiants vont peu en cours à la faculté, ils suivent en revanche des cours ou conférences privés pour se préparer aux concours. La transmission des photocopies se fait, soit par l'intermédiaire de corps de faculté, soit par des corps privées et payantes. En outre, c'est souvent par les connaissances privées que les informations circulent et que les étudiants sont initiés aux méthodes de travail propres aux études médicales. L'université semble donc jouer un rôle secondaire dans l'initiation des médecins au regard de tant de pratiques décisives qui se déroulent en dehors d'elle. On y trouve très certainement là une des explications de l'élitisme social des médecins. L'enseignement universitaire et les concours nationaux et anonymes ressemblent un peu à une vitrine : publics, anonymes, égalitaires, ils ont tous les aspects d'une sélection neutre. Mais ce qui s'y passe, la façon dont on s'y prépare se déroule ailleurs, là où les non initiés n'ont pas accès, sur le terrain privé, personnel, familial, relationnel. Et l'on se rend compte que l'étudiant qui suit à la lettre les consignes universitaires et qui s'appuie sur la faculté uniquement pour réussir court à l'échec. Celui qui prend ses distances avec l'institution, va chercher ailleurs les ressources pour acquérir une méthode de travail et comprendre le fonctionnement complexe de l'institution, peut réussir en fournissant un effort moindre.

Pour rendre compte de ce parcours complexe et de la manière dont il façonne, étape après étape, ces futurs médecins, nous avons choisi de suivre le déroulement des études, en tenant compte de trois périodes bien distinctes du cursus : la première année de médecine, phase décisive qui a toutes les vertus d'une année initiatique dans la mesure où elle « fait entrer » en médecine en marquant durablement les « élus » par le mode de sélection dont ils ont été l'objet et qui constitue une « référence fondatrice » de ce corps en formation. La deuxième période est celle où les futurs médecins deviennent vraiment des « étudiants » parce qu'ils vont en faculté (parfois), en stage (souvent) et qu'ils se préparent par ailleurs au concours de fin de DCEM4 (toujours, aujourd'hui). Enfin, le troisième cycle constitue, après un minimum de six années d'études, une période d'apprentissage d'un métier « réel », un moment où les choix deviennent déterminants mais aussi où les désillusions et l'entrée dans la profession mettent certains étudiants à rude épreuve.

1.1 « le » ou « la » P1 : commencer médecine

On le sait, cette année du concours est une des plus importantes. Non seulement parce qu'elle partage irréversiblement ceux qui seront médecins des autres, mais aussi parce qu'elle met en place certains mécanismes de socialisation qui façonnent les comportements et les jugements des étudiants. C'est aussi dans la manière dont se gère cette première année que se forme le futur médecin. Il était donc important de faire des entretiens au cours de cette année, même si à peine 20 % de l'effectif deviendra médecin.

On peut rappeler ici que la réussite est fortement corrélée à l'appartenance sociale : ce sont les enfants des classes libérales et supérieures qui sont sélectionnés par le concours. « moins de la moitié (44 %) des pères d'étudiants de P1 est cadre ou occupe une fonction intellectuelle supérieure, proportion qui dépasse la moitié en P2 (57 %) et en deuxième cycle (59 %) »⁵. L'année de P1 est très intéressante, car le premier cycle est le plus hétérogène du cursus des études médicales. Dans notre échantillon, c'est d'ailleurs en première année que se trouve la majorité des interviewés issus de familles ouvrières ou employées. Il était donc doublement intéressant d'interroger le P1, d'une part pour analyser ce qui est demandé aux étudiants, et comment ceux-ci répondent à cette demande, d'autre part parce que c'est là que se trouvent en majorité ceux qui ont le plus de difficultés à répondre à cette demande (les fils et filles des catégories modestes) et ainsi révèlent, *in vivo*, la réalité des contraintes sociales, financières, sociologiques qui sont à l'œuvre dans le concours d'entrée en médecine.

On peut alors tenter de décrire les effets de cette socialisation durant cette première année à partir de trois thématiques : l'ambiance de cette première année, les déterminants de la réussite au concours et l'opinion des étudiants sur ce mode d'accès aux études.

1.1.1 Un milieu « dur »

Presque tous les étudiants, quelle que soit leur origine sociale, s'accordent pour décrire l'année du concours comme très difficile. Les exceptions à cette règle sont moins sociales qu'inhérentes à la personne : on aime la compétition, le challenge, on se met la pression soi-même, on se fait du « bon stress ». Tous trouvent la somme de travail énorme, tous trouvent qu'il y règne un esprit de compétition, que la concurrence est rude. Mais tous ne subissent pas ces conditions de la même manière. Un des premiers facteurs qui informe le vécu de cette année est lié au fait de l'identifier, et très vite, pour ce qu'elle est réellement : une année de sélection. C'est-à-dire qu'outre les capacités intellectuelles que personne ne remet en cause, tous les moyens sont bons pour éliminer non pas les moins bons, mais les plus faibles : on sélectionne sur le « mental », sur la mémoire, sur la capacité à gérer le stress, sur la capacité à supporter l'humiliation (les mauvaises notes dans les cours privés, aux partiels, les mauvaises questions dans les cours).

Ce n'est d'ailleurs pas nécessairement les étudiants de première année qui dressent le tableau le plus pessimiste de ce qu'ils sont en train de subir. Eux sont dedans et, surtout, au moment où on les interroge, ils ont espoir d'y arriver et n'ont donc pas pleinement conscience de ce qui se détermine pour eux. Les qualificatifs utilisés sont pourtant édifiants : « dur » est

⁵ Labarthe G., Hérault D., « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », *Études et Résultats*, Drees, n° 244, juin 2003.

sans doute le vocable qui revient le plus souvent, « horrible » disent certains, « épouvantable » disent d'autres. Les récits de dépression (d'eux ou de certains de leurs camarades), de maladie psychosomatique, voire de suicide, émaillent cette description. Les étudiants de P2, qui en sortent et vivent une sorte d'euphorie d'être ainsi rescapés de cette (ou ces) année(s) « de folie », nous ont donné l'impression de vivre une période particulièrement reconfortante, qui répare les dégâts de la première année.

« On a tous souffert, on a tous trouvé ça inhumain, horrible (...) Enfin moi, à la rigueur je travaillais dans mon coin bon ça m'était un peu égal, mais j'en connais qui en ont beaucoup souffert hein ! de réflexions : oh ben toi t'es nul de toute façon je ne vois pas pourquoi t'es là, je ne vois pas ce que tu fais là... même à la BU pour travailler, y'en a qui arrivent, qui courent pour réserver leur place, en amphi le matin il faut se lever et y aller à sept heures pour faire la queue pour réserver des places enfin... c'est quand même une ambiance pas très bonne (...).

Q : Ça change, cette année de ce côté-là ?

Ah ben oui ! alors non pas du tout ! alors là si on pouvait aider tout le monde ! non là y'a aucun problème là-dessus là c'est super ! oui ! » (13, P2).

« J'avais mon rythme bien à moi où, je faisais ce que j'avais envie de faire, je m'imposais des horaires par jour mais j'ai jamais travaillé le week-end par exemple. J'y arrivais pas donc je me disais c'est pas la peine... puis je travaillais, je donnais un bon coup de collier avant les examens. Du coup la première année ça a pas, enfin j'ai eu ma moyenne hein ! j'ai eu onze et demi de moyenne mais j'étais, j'étais pas classée dans les classements qui permettaient l'accès aux postes. Mais j'étais pas déçue parce que pour moi de toute façon, le concours se faisait en deux ans. Par contre ben, celui qui était déjà en deuxième P1 (un de ses camarades dont elle a parlé auparavant) il ne l'a pas eu non plus et lui, il s'est suicidé en octobre. Donc quand je commençais ma deuxième année. Donc c'était le frère de ma meilleure amie là qui était aussi en médecine c'était un peu difficile, elle, elle a un peu, bon elle a continué quand même à bosser mais elle a un peu lâché les rênes (...).

Q : Et vous croyez que son suicide c'était en rapport avec les deux ans qu'il venait de passer ?

Euh, un peu, sans doute oui, mais pas seulement hein, c'était aussi une raison sentimentale privée, mais je pense que c'était, c'était une famille par contre où le papa était pharmacien, et, si on veut, une certaine, fallait... fallait une reconnaissance, fallait y arriver quoi. Et puis il y a eu, sûrement, un facteur déclenchant complètement autre, mais ça a dû certainement jouer hein parce que... ben c'est, c'est vrai que c'est deux années de médecine, lui, il avait beaucoup bossé, ils avaient pris les cours privés, et puis, sa copine entrant, sa copine est passée bizut et puis au bout de deux ans il a pas réussi donc » (56, résidente).

On demande aux étudiants de savoir se couler dans un moule, de répondre rapidement à des impératifs sans se poser la question de leur « utilité », ni même de leur raison d'être. Cette « compétence » divise vraiment les étudiants. Ils ne doivent pas envisager le P1 comme une année d'entrée en médecine, une année « où on va faire des choses qui serviront pour plus tard », mais une année où « on apprend des trucs qui servent à rien ». S'ils espèrent commencer à apprendre le métier, l'année est très dure psychologiquement. Cette posture peut être aussi bien celle d'un « héritier », qui veut faire aussi bien/mieux que son parent médecin, que celle d'un étudiant issu des classes moyennes, qui aspire à découvrir ce « milieu très difficile à connaître », (résident, fils d'artisan). Le meilleur profil est celui de l'étudiant, enfant de cadre supérieur, qui se coule sans difficultés dans le moule « classes prépa des grandes écoles » auquel il a déjà été plus ou moins préparé :

« Q : Et la première année, ça s'est bien passé ?

Ça va, bah, c'est dur, mais ça va.

Q : C'est dur, c'est-à-dire ?

C'est dur parce qu'il y a beaucoup de boulot et parce qu'il y a pas mal de « par cœur » aussi et le « par cœur », enfin bon, c'est bien quand il y en a un petit peu, mais ça fait bourrage de crâne, un peu. Et puis là, c'est pour la sélection en plus. Ça ne sert pas... De toute façon, on apprend, on oublie, donc, bon. Enfin, c'est juste pour la sélection. Mais bon, de toute façon, il faut passer par là quoi, comme quand on fait maths sup. » (17, P2, père ingénieur).

Il en va tout autrement pour cette fille d'ouvrier.

« Q : Mais comment s'est passée votre 1^{ère} année ?

Euh... moralement, plus dur moralement qu'enfin le fait de travailler, tout, c'était pas spécialement le plus dur mais on commence à devenir un peu fou quand même. C'est vraiment une pression pendant deux ans où on est dans... enfin dans...

Q : Comment viviez-vous la deuxième année (de P1) ?

Pire que la première parce qu'on savait que c'était votre dernière chance, et vraiment très stressée, c'était vraiment très stressant.

Q : Très dur ?

Ouais. Ouais vraiment. Et j'ai même eu une sorte de psoriasis, enfin c'est une maladie...

Q : C'est nerveux ?

Oui qui se développe avec le stress. J'étais pas la seule. Des crises d'angoisse.

(...) C'est vraiment moi je dis c'est pas une année de médecine, c'est une année de sélection donc pas du tout en... pour moi c'est pas du tout une année en rapport avec la médecine.

Q : Que pensez-vous du concours de 1^{ère} année ? Est-ce qu'il permet une... est-ce que c'est une bonne façon de sélectionner les futurs médecins ?

Euh... je disais que non parce que par exemple moi je trouve qu'être sélectionnée sur sa façon d'apprendre sans comprendre je ne trouve pas que ce soit une bonne méthode en fait. En 1^{ère} année, ils demandent surtout d'apprendre sans comprendre » (50, P2, père ouvrier).

« Apprendre sans comprendre », c'est justement ce qu'il faut comprendre pour réussir, c'est « la » méthode de travail que certains mettent deux ans à... assimiler.

Si cette année est donc vécue comme très dure par la majorité des étudiants, elle est aussi différemment perçue selon la préparation psychologique du candidat, qui s'effectue principalement dans son milieu familial et relationnel. La recherche d'une convivialité et d'échanges avec d'autres nuit, en fait, à une bonne réussite, surtout parce qu'elle met en contact avec des personnes inconnues dont on n'est jamais sûr qu'elles soient de confiance. Sur notre échantillon, on remarque que sept P1 sur dix déclarent travailler avec plusieurs autres camarades, alors que ce chiffre est nettement moins important dans les autres années. Apprendre à s'isoler, à ne pas compter sur les autres, à se méfier des voisins, c'est un des premiers apprentissages que font ces étudiants sur les bancs de la première année de médecine.

Cercle de travail selon l'année d'étude

Année	Seul	Avec 1 autre	À plusieurs	Total
P1	24 %	6 %	71 %	100 %
P2	41 %	18 %	41 %	100 %
D4	38 %	23 %	38 %	100 %

Pour réagir ainsi, il faut le savoir, évidemment, et il faut trouver ailleurs le soutien nécessaire à une bonne réussite. Si la fac ne procure pas ce soutien, si elle démoralise, c'est en dehors que se trouvent les ressources nécessaires à la réussite.

1.1.2 Comment réussir ?

Les données générales sur la population des étudiants en médecine montrent que l'origine sociale est un facteur déterminant, que les filles aujourd'hui réussissent aussi bien que les garçons (et non mieux, comme il est dit souvent) et que le suivi de cours parallèles privés augmente considérablement les chances de réussite. C'est d'ailleurs un argument de poids pour ces organismes commerciaux que de comparer les taux de réussite de leurs élèves avec ceux qui se sont débrouillés par eux-mêmes.

Au-delà de ces constats d'ensemble, les entretiens nous permettent de mieux comprendre ces différences et comment elles agissent concrètement, sur les étudiants. On l'a vu au sujet de l'approche même de cette année de concours, le fait de savoir à l'avance ce qu'elle contient et à quoi elle sert (*i.e.* à sélectionner mais pas à former...) donne déjà quelques « points d'avance » à ceux qui sont bien renseignés. De ce point de vue, il n'est pas nécessaire d'être enfant de médecin : de bonnes relations, un oncle, un grand frère, voire un médecin généraliste proche peuvent jouer ce rôle d'initiateur et d'accompagnant très important. Mais plus on a eu l'occasion de rencontrer d'autres étudiants ou de connaître des médecins, plus ce *briefing* est efficace.

La mobilisation des réseaux

L'aptitude à mobiliser un réseau d'aide est donc une donnée qui semble nécessaire à tous. Mais ce n'est pas le même réseau que l'on mobilise selon que l'on appartient à un milieu à capital social important ou non.

Pour les étudiants appartenant aux catégories supérieures proches du milieu médical, le réseau mobilisé est large, et il est requis en majorité pour fournir de l'aide pratique. On va demander des conseils aux parents, aux amis des parents, aux parents des amis. On mobilise ou pas, en fonction de ses besoins, de sa connaissance des usages du milieu, de sa confiance en soi.

Pour les enfants de cadres supérieurs, chefs d'entreprises, professions intermédiaires, on mobilise tous azimuts. Ce sont les plus nombreux à s'inscrire dans les cours privés et à dire que sans eux point de salut (83 % de notre échantillon : « *donc au final je pense que je l'aurais eu sans les cours privés parce que j'avais entendu dire que c'était un peu une obligation et tout...* », P2, enfant de cadre sup., 32). La plus caractéristique de cette catégorie est une étudiante d'origine égyptienne, fille de chef d'entreprise, qui cumule les réseaux familiaux élargis (cousins, cousines, parents à l'étranger), les amis médecins de ses parents, ses propres amis en médecine dans toutes les facs parisiennes, l'inscription à Epsilon « *non pas du fait que ce soit avantageux, mais vraiment parce que tout le monde le fait ici. De toute façon, que ce soit Epsilon... c'est devenu obligatoire en fait* », et un rapport très étroit avec la famille proche, surtout son père qui est un vrai guide de comportement, un soutien sans faille, le seul à qui elle fait vraiment confiance.

C'est dans cette catégorie que l'on trouve la majorité des primants de notre échantillon (4 sur 6, les deux autres étant une fille de médecin et une fille d'employés). Ce sont des étudiants qui ne sont pas directement issus du milieu médical, mais qui ont un capital social important et qui mobilisent tout ce qu'ils peuvent pour se faire guider, conseiller, récupérer, acheter des cours, et utilisent souvent les cours privés comme amorce d'un réseau de

socialisation. « *Les cours privés ça m'a aidée, ça donne des objectifs, ça m'a permis de voir du monde, on se fait des amis [...] une amie m'a prêté ses cours, elle m'avait expliqué. On rentre moins dans l'inconnu* » (13, P2, fille de cadre sup.).

Pour les étudiants issus de milieux ouvriers/employés, le réseau mobilisé est essentiellement familial et il est mis à forte contribution, surtout pour le soutien moral. Une étudiante appelait son frère en D4 tout le temps pour se remonter le moral, une autre « se ressource » dans sa famille. Pour ces étudiants, la coupure avec le milieu est forte. Ils sont un peu perdus, ils ont parfois coupé les liens avec les amis de lycée. Il leur faut une année pour « apprendre la fac », prendre leurs repères, et s'ils sont isolés, l'échec est quasi certain. Pour eux, la non-inscription dans un cours privé n'est pas un choix mais une impossibilité financière, par conséquent d'autant plus mal vécue. Ce sont ceux qui regrettent le plus de ne pas pouvoir les suivre. Les deux étudiants caractéristiques de ce profil sont des étudiants de P1. Ces deux étudiants illustrent le cumul des handicaps : pas de conseils, en retard au bac, ils sont seuls, pas de copains de promo, pas de cours privés. Le Nantais sera dans les derniers au classement. Voilà ce qu'il dit :

« *Q : On va revenir à cette première année, tu m'en as parlé un peu tout à l'heure. Qu'en penses-tu ? Comment tu la vis ?*

Bah en fait c'est dur parce qu'on ne peut pas avoir de... Enfin c'est comme si on coupait tout, on coupait sa vie pendant 8 mois de tout le reste. On ne voit pratiquement plus sa famille, ses amis. On est obligé de rester pratiquement 24 heures sur 24 à réviser. On mange en révisant, on fait tout pratiquement en révisant et on n'est pas sûr d'y arriver dès la première année en plus, du premier coup. » (7).

L'investissement familial paraît ainsi très déterminant pour tous les étudiants : la plupart de ceux qui ont réussi ont eu le soutien de leurs parents, dont la proximité géographique et la disponibilité peuvent être décisives. Ainsi cette généraliste, fille d'ingénieur, dont la mère ne travaille pas et qui considère qu'elle lui « doit » en partie sa réussite au concours :

« *Q : est-ce que vous avez été encouragée par votre famille à faire médecine ?*

Oui ! oh ben j'ai pas, j'ai pas eu de... oui enfin j'étais encouragée mais enfin, dès le départ mes parents m'ont prévenue quand même, m'ont dit, ben tu sais tu vas être la seule de la famille enfin, par contre on pourra pas t'aider quoi, parce qu'on est, enfin y'a aucun, enfin on n'est pas une famille de médecins quoi donc, donc on n'y connaît rien quoi donc, t'es bien sûre tu vas être toute seule enfin, on va t'aider bien sûr mais, avec nos propres moyens mais on va, par contre on pourra pas t'aider on pourra pas t'apporter notre science médicale quoi. Mais j'ai été énormément énormément aidée par mes parents, enfin surtout par ma mère, en plus j'étais avec eux en P1 et tout, ma mère me faisait réciter mes cours, enfin euh... ah oui oui oui, l'année de mon concours ça a été, ah oui complètement j'étais euh... j'étais, pendant toute la période justement de révision et tout ça mes parents ne partaient pas en week-end, maman me préparait des plats hyper équilibrés, pour que je sorte une demi-heure elle avait organisé, enfin elle sortait avec moi on allait marcher un quart d'heure vingt minutes pour m'aérer enfin, tout était concentré sur mon concours de médecine hein quand même. Ah oui ça par contre, mon père travaillait donc c'est sûr qu'il était moins à la maison, m'enfin bon, même des moments où on baisse toujours un petit peu les bras, on dit j'en ai marre je suis fatiguée, ils m'ont toujours dit ben si si si allez, t'a pas fait tout ça pour rien, tu vas y arriver enfin bon. Ah oui j'ai toujours été encouragée hein ! » (47).

Cette protection des parents de leurs enfants préparant le concours, nous l'avons nous-mêmes perçue lorsque nous appelions chez eux pour prendre rendez-vous : certains refusaient

que leur enfant accepte l'entretien sans même leur demander, considérant qu'il avait mieux à faire et qu'il devait travailler. Nous avons regardé ce qu'était devenu un étudiant dont le barrage parental était sans appel... Il fut fort bien reçu ! (alors qu'un seul de nos interviewés sur les dix P1 nantais a eu le concours).

On mentionnera également l'importance, parfois décisive, de rencontrer ou de connaître un « senior », à savoir un étudiant déjà passé par là et qui a réussi. Celui-ci peut donner ses cours (certains en achètent), ce qui augmente les chances d'une prise de note sans faille, dans un contexte où tout est fait pour perturber les cours ; dispenser des conseils ; mettre en garde contre les erreurs à ne pas faire ; expliquer l'attitude à avoir etc. Ces rencontres sont toujours racontées comme décisives, comme une première initiation qui manque cruellement à ceux qui n'y ont pas accès et qui « débarquent » dans un monde dont les règles sont opaques et difficiles à comprendre.

«...J'ai acheté les livres de quelqu'un qui était en P2 quand je suis arrivée et donc c'est vrai lui il a été très bien dans le sens où ben du coup on a gardé contact et donc, il m'a donné plein de petits conseils. Ben... tous les conseils c'est « ne fais pas tout ce qu'on te dit », donc pour dire quand même la mentalité..., et puis, oui, des conseils du genre « ben écoute, il y a beaucoup du travail, il faut s'organiser, donc il faut avoir une très bonne méthode de travail et la méthode elle varie selon les gens » et donc on trouve soit de la méthode et je pensais plutôt ça avec les conseillers, je suis assez d'accord, il faut avoir la méthode de travail, la bonne méthode de travail qui te convient pour pouvoir assumer tout le travail, pour pouvoir faire correctement, faire le plus de choses possibles en moins de temps possible et donc voilà » (20, P2, SA).

Les « boîtes » et les « cours »

Si les étudiants nantais et parisiens suivent autant les cours privés dans les deux facultés, il semble qu'ils soient un peu différents dans les deux villes, et qu'ils correspondent bien aux caractéristiques des facultés : l'une réputée et prestigieuse, l'autre provinciale. L'image que les étudiants parisiens donnent de ces « écoles » est celle d'une classe prépa. La désignation est intéressante car les Parisiens utilisent l'article au féminin pour désigner l'année du concours « la P1 », alors que les Nantais l'utilisent au masculin « le P1 » : « la » classe prépa, « le » concours. C'est une nuance qui sous-tend beaucoup de différences. Les différentes « boîtes » privées (Médisup, Epsilon, Exosup) sont des clones, en plus efficace, des facs parisiennes.

« Je sais qu'Epsilon s'occupe de 2 facs. Elle s'occupe de tous les étudiants de St-Antoine et de la Pitié Salpêtrière. Ce qui fait que tous nos exercices qu'on fait à Epsilon sont basés sur des concours blancs qu'on a eus à St-Antoine et ils suivent vraiment à la lettre les cours qu'on a aux ED, les cours qu'on a en amphî, ils sont jamais en désaccord avec nos profs, bien que de temps en temps on a des profs à Epsilon qui sont encore plus qualifiés que nos profs et qui savent encore plus de choses que nos profs de la fac, mais qui sont jamais en désaccord avec eux. Ils nous disent : « Bon ! On va vous dire la vérité, c'est pas vraiment comme ça. C'est pas vraiment ce mécanisme, c'est un peu plus compliqué. Mais je vais pas rentrer dans les détails, il faut que vous suiviez ce que vous dit votre prof. ». Donc ils sont vraiment très, très compétents, ils savent vraiment beaucoup de choses et en plus ce qui est bien c'est qu'ils sont vraiment en collaboration avec St-Antoine. Ca veut dire qu'ils suivent à la lettre tous les cours de St-Antoine et c'est bien. Donc ce que ça m'apporte en fait, c'est des exercices supplémentaires par rapport aux ED, davantage d'exercices » (32, P1 SA, fille de chef d'entreprise).

Certains étudiants se socialisent dans ces cours préférentiellement à la fac. C'est comme une mini promo, ou une super promo à l'intérieur de la promo :

« Je travaillais un peu avec des copains [de fac] mais pas tellement. On l'a fait, je sais pas...deux, trois fois, mais pas beaucoup en fait. Mais par contre oui, dans un truc privé, on était une trentaine, on se voyait deux fois par semaine » (72, P2, SA, fils de cadre commercial).

Epsilon s'identifie à ce point à la faculté dans son rôle de préparation à la sélection, qu'elle trie elle-même les inscrits et se place dans une hiérarchie des classements comme les facs parisiennes.

« L'école la plus réputée c'est Epsilon, dans ceux qui sont classés, ceux qui sont pris, il y a la majorité ils ont fait Epsilon pendant l'année. Donc eux, ils sont vraiment bien côtés, ils sont vraiment bien chers. Ils prennent des doublants, je crois qu'ils prennent les doublants qui ont été classés avant 150 ou quelque chose comme ça, et ceux qui sont après : « Ah non, non ! », parce que sinon ça va leur faire une mauvaise image si par exemple ils ne sont pas classés en médecine. Donc après ils font leurs pourcentages : « Oui 75 % de Epsilon », c'est normal, enfin bon » (P1, SA, fille de chef d'entreprise).

Nantes paraît à des années lumière de ce modèle. Déjà les noms de ces boîtes privées, (jamais désignées de cette manière à Nantes, ni sous le nom d'écoles), soulignent toute la différence : les cours Paviot, les cours Leloup, donnent un côté un peu familial, bourgeoisie de province. Les étudiants en parlent différemment, plus comme d'un accompagnement dans l'apprentissage de méthodes de travail, par exemple la gestion du temps, une aide à l'évaluation.

L'inscription dans ces cours est presque d'emblée le signe de l'appartenance à un milieu. Une étudiante dont la mère est pharmacienne, qui a déjà fait une prépa veto, n'éprouve aucune difficulté à se « couler dans le moule », mais s'inscrit quand même à ces cours, « Ouais, les cours Paviot. Bah en fait ça a été tout de suite quoi : tu fais médecine bah tu fais Paviot quoi » (10). Sa mère elle-même les avait suivis et incite sa fille à le faire.

Cette différence est bien perçue par une de nos interviewées qui a fait une année de préparation dans une « boîte » parisienne avant de s'inscrire en première année de médecine à Nantes. Alors qu'elle avait l'impression d'avoir fait ce qu'il y avait de mieux, elle est étonnée de s'apercevoir que ce qu'elle a appris à Paris ne lui sert quasiment à rien à Nantes :

« Q : Qu'est-ce qui t'as amené à faire prépa médecine à Paris ?

Euh, bah pour me préparer à une certaine méthode de travail parce qu'enfin je pense qu'on ne peut pas arriver en médecine avec le niveau du bac sachant qu'il a vachement baissé par rapport à avant et puis voilà...

Q : Tu avais eu des informations...

Par rapport à cette prépa oui. J'ai des amis qui sont passés par cette prépa et qui ont dit à mes parents que ce n'était pas mal (...).

Q : Et ton année de prépa t'a bien préparée selon toi ?

Bah, c'était un intermédiaire, c'était un intermédiaire...Et en fonction des niveaux qu'on avait le directeur nous disait quelle faculté on pouvait prendre, on pouvait faire parce que c'est sûr qu'il y en a certaines c'est dur, c'est pas gérable, c'est pas...Tous ceux qui y vont sortent de maths sup. et puis voilà. (...)

Q : On a parlé des programmes de Paris, tu penses quoi de ceux de Nantes ?

Ce n'est pas facile non plus, il y a beaucoup, beaucoup... Enfin Nantes c'est que du « par cœur », il n'y a pas trop de matières où il faut... On pourrait avoir quelques trucs en plus comme des maths ou... Même les stats, c'est...

Q : Des exercices de réflexion tu veux dire ?

Ouais de réflexion. Même les statistiques c'est bateau quoi. Une fois qu'on connaît son cours c'est bon quoi.

Q : Exercices qu'on te demandait dans d'autres universités ?

Ouais, il y a de tout. À Paris, forcément il y a le choix.

Q : Et ça, tu trouves que c'est un manque dans le programme de Nantes ?

Ouais, parce que bon c'est une sélection mais bon s'il n'y a pas de matière comme de la physique, mais de la vraie physique parce que là c'est de la biophysique, enfin je pense qu'au deuxième semestre ça va s'arranger à ce niveau-là. Mais a priori... Des matières à exercice quoi. Parce que même la chimie, on a commencé. Je n'ai pas tout vu non plus mais il n'y a rien de...

Q : Ce que tu reproches au concours...

On parle de sélection mais il n'y a pas de trucs scientifiques vrais, il n'y a pas de questions qui puissent vraiment faire la sélection. C'est celui qui bosse le plus qui... C'est bien aussi mais... » (P1, 4)

Cette étudiante s'est épuisée en faisant une préparation à Paris qui se basait sur les programmes des facultés parisiennes, et à l'issue de laquelle « le directeur » donne des indications sur le choix de la faculté où ils doivent s'inscrire. Mais ce choix excluait les facultés de province et, après avoir été préparée à une certaine forme de sélection (matières scientifiques, physique etc.), elle est un peu démoralisée, puisque ce qu'elle a vu durant le premier semestre ne correspond pas vraiment à ce qu'elle a fait durant sa préparation. Nous ne savons pas si elle s'est réinscrite cette année, mais elle échoue au concours durant cette première année de P1. On pourrait dire qu'elle a été préparée à « une » P1 et qu'elle s'est retrouvée dans « un » P1 d'une autre nature... Notons qu'elle idéalise sans doute les facultés parisiennes, dans la mesure où cette impression de bachotage et de « par cœur » est la même chez les étudiants de Saint-Antoine.

La différence sociale dans l'accès aux cours privés est bien perçue par les étudiants. Ils savent que ceux-ci coûtent cher et qu'ils ne sont pas accessibles à tous, ce qui met certains d'entre eux dans une position critique. En effet, si la différence se fait sur les revenus des parents, s'ils ont obtenu leur année parce que leurs parents « pouvaient payer », alors comment se sentir « méritant » ? Les étudiants des classes moyennes en particulier nous ont fait part de cette gêne, qu'ils évacuent le plus souvent en minimisant l'impact de ces cours sur leur réussite. Ils considèrent que ce n'est pas cela qui a joué, qu'ils l'ont fait pour « faire comme tout le monde » mais qu'ils auraient eu le concours quand même. D'ailleurs, chacun peut citer l'exemple d'un(e) étudiant(e) qui a eu le concours dès la première tentative sans suivre ces cours...

« En fait j'ai fait ça parce que tout le monde le fait quoi et puis on m'a dit : « Si tu fais pas tu n'auras pas. ». Donc j'ai fait et j'avais envie de me donner toutes les chances en plus de l'avoir vraiment. Je me suis dit : « Si ça peut vraiment m'aider autant mettre. Il faut pas que je regrette après de ne pas l'avoir fait quoi ! ». Donc c'est pas du tout par prétention, je pense que j'aurais eu mon concours sans, mais ça m'a permis de faire des examens blancs et c'est important ça, parce que de s'évaluer par rapport à d'autres gens c'est important, ça donne confiance quoi. Sinon on est complètement dans l'inconnu au concours. Quand il y a 600 ou 700 personnes c'est dur de savoir où on est » (P2, SA, 36).

Au-delà de cette fonction d'assistance au travail universitaire, les cours peuvent remplir une fonction symbolique, comme on peut le voir dans l'exemple ci-dessous : ils représentent un lien fort avec les parents, qui les financent pour que leur fille réussisse. Elle y puise à la fois une assurance affective qui vient de ce signe d'amour et une motivation supplémentaire : non seulement elle sent aimée et soutenue, mais elle n'a pas le droit de les décevoir. Cette dimension affective ne doit certainement pas être sous-estimée, le travail et les sacrifices exigés par l'objectif du concours demandent de solides étayages et de solides remparts contre le découragement.

« ...les seules personnes qui veulent que je réussisse autant que moi, bah ! c'est que mes parents de toute façon. Enfin les gens m'encouragent et tout, mais les vrais conseils, bah c'est ceux de mes parents, parce que... À part mes parents, enfin il y a que mes parents qui veulent vraiment, vraiment que je réussisse. Donc je les écoute surtout eux et puis après les autres gens je les écoute, mais vraiment surtout mes parents, parce que je sais que c'est vrai. Enfin les parents c'est sans intérêt, c'est désintéressé, c'est par amour, donc on écoute surtout ses parents.

Q : Et donc les conseils sont plus de l'ordre de, tu m'expliquais tout à l'heure, de la détermination, c'est t'aider à garder la motivation.

Bah oui ! Parce que c'est dur, parce qu'on est au lycée et puis qu'on est au lycée et puis qu'on se permet de sortir. Moi, j'ai fait des sacrifices, je faisais de la natation en club, j'ai arrêté. Plus de télévision aussi, plus de... Enfin c'est vraiment la fac quoi ! Il n'y a plus que la fac, je ne peux pas me permettre de partir en vacances à Noël ou je ne peux pas me permettre de partir aux sports d'hiver, sachant que mes parents me payent des cours privés et qu'il faut que je réussisse. Donc les parents en fait, ils sont là pour m'encourager, pour me dire : « bon repose-toi et puis après va travailler, parce que dis-toi que les élèves peut-être qu'ils en font plus que toi. » Donc oui, ils sont là à m'encourager pour... à me booster en fait » (P1, SA, 32).

Enfin, si garçons et filles s'inscrivent dans les mêmes proportions dans les cours privés, on constate une différence dans leur manière d'en parler. Les filles sont plus dans l'accompagnement, le soutien, comme cette jeune femme qui se sent des obligations vis-à-vis de ses parents qui lui financent une préparation privée. Du côté des garçons, on retrouve également l'idée de motivation, ajoutée à l'entraînement et aux bénéfices de l'encadrement, même si la résonance affective est moins intense que dans le cas de la première étudiante. Ce qui semble être recherché, c'est la stimulation et l'effet d'entraînement.

« ...Je trouve que c'est super-bien quoi. Le doyen nous avait dit que ça servait pas à grand-chose en début d'année. Enfin tous ceux qui l'ont pris, la plupart trouvent que c'est super-bien. Peut-être moins quand on est redoublant mais quand on est primant c'est quand même c'est une grosse motivation. Quand il y a des examens blancs ou des conférences le soir on révise quand même à fond la matière, ça nous fait un peu stresser donc on révise. Le travail je trouve est plus bénéfique et ça nous permet de nous fixer vachement. Je trouve ça super-bien » (homme, P1, N, 9).

Un autre discours masculin confirme d'une manière particulière ce rôle d'encadrement et de motivation. Il s'agit d'un étudiant qui est revenu à l'université après avoir travaillé pendant 5 ans dans les banques, et qui est arrivé en P1 à l'âge de 30 ans. Il n'estime pas utile pour lui de faire appel à cette aide qui ne correspond pas à sa manière de travailler, mais il comprend que le besoin d'un accompagnement puisse se faire sentir chez des étudiants plus jeunes, car il leur fournit notamment un cadre, un support d'organisation de leur vie autour du travail de préparation. C'est donc l'aide à l'auto-discipline qui est appréciée dans cette préparation.

« Ouais. J'y ai pensé, effectivement, j'ai un peu interrogé à gauche, à droite, sachant que moi, c'est la maturité peut être aussi, moi, je sais travailler seul et j'aime travailler seul et c'est ce que je viens de dire, travailler en groupe, c'est très bien, on apprend des choses, mais je perdrais beaucoup de temps, enfin ce n'est pas travailler en groupe les prépas, mais je perdrais beaucoup de temps à suivre une prépa pour un gain que je ne connais pas et je préfère tout maîtriser moi-même. Mais, c'est...je pense que c'est une question de maturité, pas de façon de travailler parce que je pense qu'on travaille tous mieux seul en face de bouquins. Mais pour les gens qui sont moins matures, moins sûrs d'eux et qui ont besoin d'un cadre, c'est super important d'avoir une prépa. Donc...après bon, c'est mon médecin qui m'avait fait peur un jour qui m'a dit : « mais il faut absolument que vous fassiez une prépa. Les taux de réussite ne sont pas du tout les mêmes entre les gens qui font une prépa et les autres ». Donc il m'a fait douter pendant une petite soirée quand même, mais ce n'est pas ma façon de travailler. Maintenant, on verra le résultat. Le résultat compte, mais c'est vrai que profondément, je n'ai pas trop douté parce que, en moi, ce n'est pas...ce n'est pas ma façon de travailler » (homme, P1, SA).

Ainsi, si les cours privés apparaissent comme une « obligation » pour certains, ils peuvent aussi être inaccessibles à d'autres et contribuent à creuser le fossé entre les étudiants. En outre, si les garçons et les filles se positionnent à égalité dans ces cours, ils n'entretiennent pas nécessairement le même rapport à cet entraînement, que l'on peut comprendre tantôt comme un « soutien », tantôt comme un « cadrage ».

1.1.3 « Mauvais » concours et « bonne » sélection

Il est toujours difficile de condamner le système qui vous a élu, et les étudiants en médecine n'échappent pas totalement à cette difficulté. Mais ils doivent aussi faire avec cette idée, parfois lourde, d'être rescapé d'une mécanique qui a broyé la plupart de leurs camarades. On constate alors que les discours des P1 et des P2 sur le concours de première année diffèrent sur le fond : les P2 condamnent beaucoup plus sévèrement le contenu de la sélection : seulement du « par cœur », du « bachotage », « sans comprendre » etc., alors que les P1 n'osent pas vraiment tenir un tel discours, dans la mesure où il faut bien qu'ils y croient un peu, au moment où ils y sont totalement immergés.

Mais si la critique est acerbe, l'art est difficile...et après avoir dénoncé des procédures arbitraires, ils en arrivent presque tous à cette évidence : il faut bien sélectionner, donc c'est nécessaire. L'extrait qui suit est assez significatif du « double » discours de ceux qui ont réussi et contestent un peu « pour la forme ». Cet étudiant, fils de cadre supérieur, a agi avec méthode pour préparer son entrée en médecine (rencontres avec des médecins, journées portes ouvertes, stage de seconde en bloc de chirurgie, etc.) qu'il a abordée comme une classe préparatoire (à laquelle d'ailleurs ses parents le destinaient *a priori*) :

« Q : qu'est-ce que vous pensez du concours comme manière de sélectionner ?

euh...bof...enfin...je dirais que c'est un peu inévitable. Parce qu'avec le *numerus clausus*. Après comme manière de sélectionner, je trouve qu'il manque un truc. Peut-être un entretien, quelque chose qui permette de révéler un peu la personnalité de la personne. Le problème c'est que ça peut être aussi très subjectif. Pour l'instant, je dirais que moi je l'ai réussi donc je suis content, donc je dirais que c'est un bon concours (rires). C'est pas très objectif non plus. Je sais pas. Il y aurait pas le concours, ce serait bien parce qu'évidemment on passerait une année plus tranquille. Mais en même temps je trouve que ça vaut le coup de se donner à fond pour faire ça. C'est pas des études où on peut y aller en dilettante. Non non c'est vraiment une année où on doit se donner à fond pour faire ce qu'on a envie de faire.

Q : Ca sélectionne un peu le travail...

oui voilà. Le problème c'est que c'est pas le travail qu'on nous demandera plus tard. Répondre à des QCM, apprendre des cours par cœur... En plus c'est apprendre des cours pour même pas s'en souvenir. Moi je me souviens pas du quart de ce que j'ai appris en P1, c'est la mémoire poubelle. Cette année c'est pareil d'ailleurs. Mais il y a quand même des bases qui sont importantes à avoir »

Au-delà de l'argument du bachotage, du « par cœur », voire de l'inutilité de ce qui est appris (et sitôt oublié), les critiques déployées s'organisent autour d'autres positions.

Aux uns, il paraît absurde de laisser n'importe qui s'inscrire en faculté de médecine puis d'instaurer un concours draconien à la fin de la première année. Pourquoi ne pas mettre en place une sélection directement à l'entrée, afin de s'assurer que ceux qui viennent en médecine sont motivés pour le faire et permettre aux étudiants de première année de travailler dans de meilleures conditions ?

«...Tout sauf un concours ! À la limite ils peuvent être sévères, sur les partiels ils peuvent faire des épreuves dures, parce que de toute façon plus c'est dur et plus ça nous entraîne. Mais en même temps c'est pas la peine de faire un concours et d'élargir au maximum pour finalement que ça se termine comme ça. Alors si on tasse, on tasse, après il y a le peu et les autres, bah je ne sais pas c'est un peu bête ! En tout cas après pour les spécialisations ils rétrécissent aussi donc je ne sais pas, c'est bizarre quand même, ça a été fait bizarrement le fait qu'il y ait un concours.

Q : Ce qui te gêne c'est qu'on ouvre les portes à énormément de monde et après on la referme violemment et c'est en quelque sorte faire perdre une année à des personnes qui ne sont pas prédisposées à ça ou ?

Oui voilà ! Il y a certaines personnes qui viennent pour voir comment c'est et qui en fin de compte se disent : « c'est pas du tout mon truc ! » et le fait même qu'elles soient là, ça pourrait faire une place en moins pour quelqu'un qui est vraiment motivé, donc. C'est pas que je dois dire ça en même temps, mais c'est vrai que c'est le concours qui est gênant, parce que... De toute façon, un médecin on ne peut pas le juger sur une action, on est obligé de le juger sur un ensemble, donc c'est pas parce que sur un partiel il aura « merdé » une fois que forcément ça ne fera pas un bon médecin » (27, Homme, P1, SA).

Mais cette position rencontre aussi ses contradicteurs. Ainsi, l'hypothèse d'une sélection sur dossier, ci-dessus défendue comme « plus juste », est dénoncée par d'autres comme la moins « égalitaire » :

« ...Moi je trouve que c'est une sélection juste de passer par un concours euh et alors que c'est totalement injuste de sélectionner... Parce qu'on pourrait faire une sélection des mecs qui veulent faire médecine sur dossier quoi. Ça, je trouverais ça lamentable quoi.

Q : Sur dossier ?

Ça peut se faire ça aussi, ils envisageaient... Bon bah bref j'en ai entendu parler. Et ça, c'est lamentable par contre. Ça je trouve que c'est une sélection qu'est au bout du compte... c'est assez égal, enfin égalitaire. C'est-à-dire que tout le monde peut se présenter même si tu n'es pas en scientifique, tu peux te présenter au concours. Je ne suis pas sûr que les notions de sciences que tu as avant ça... ça doit te donner un esprit surtout après pour les connaissances que tu as à apprendre dans l'amphi donc... c'est, c'est, c'est un principe juste. C'est un principe juste quoi. Si ça prépare bien aux études j'en sais rien en tout cas il faut passer par là. C'est ton droit d'accès il faut passer par là, c'est pas est-ce que ça va bien te préparer ou pas. Et c'est quand même intéressant, c'est quand même intéressant, c'est intéressant. Ça te donne quand même des notions en anatomie qu'il ne faut pas oublier. À part les sciences humaines, je trouve ça nase mais... Non je ne dis pas ça parce que je me trouve là mais ce qu'ils nous enseignaient pfff, c'est n'importe quoi. Il y a des trucs il faut que tu apprennes tout par cœur et quand tu es devant ta copie, il faut tout cracher, ça n'a aucun intérêt quoi.

Je sais pas les sciences humaines c'est un peu de réflexion, mais là c'est pas de la réflexion c'est paf ! Tu ingurgites et tu recraches quoi » (42, D4, Nantes).

Le risque d'une sélection considérée comme plus « subjective » et « moins égalitaire » conduit la plupart des étudiants à abandonner l'idée d'une sélection sur dossier, comme si une sélection dite « idiote » (apprendre sans comprendre) était plus juste qu'une sélection « intelligente » mais qui, justement, implique un sujet. Mais viennent alors se greffer deux autres types d'arguments, comme en témoignent les extraits ci-dessous. Le premier est relatif à la motivation : celui qui franchira ces étapes aurait fait la preuve qu'il veut **vraiment** faire médecine :

« Q : Qu'est-ce que vous pensez du concours du P1 comme manière de sélectionner les médecins ? ben je vais être obligé de dire que c'est pas parce qu'on a pas réussi le P1 qu'on peut pas être un bon médecin, et c'est pas parce qu'on a réussi le P1 qu'on va être un bon médecin. Mais enfin avec des copains on en discutait, ben on pense qu'il y en a certains qui seront pas des bons médecins. Forcément on a le préjugé que nous on va faire un bon médecin – forcément – et qu'on peut juger. C'est peut-être pas vrai, mais on le fait quand même. Et on se demandait comment on pourrait faire une sélection plus juste. Mais alors bien sûr il y a le système d'entretiens. Ben ça implique énormément de personnalisation. C'est très impersonnel le PCEM1 mais en même temps ça garantit un minimum d'objectivité et c'est vrai que l'entretien c'est très subjectif. Il y a le délit de faciès, il y a plein de trucs qui entrent en jeu et c'est pas une bonne chose. C'est pas en 20 minutes qu'on se fait une idée sur quelqu'un. Donc on a pas trouvé la solution. Mais on...nous ce qu'on pense...que le P1 est très sélectif, c'est qu'on sait que cette personne est capable d'être très rigoureuse sur le travail. Mais on sait pas si c'est juste pour une année, si c'est juste par ambition que c'est passé ou si c'est parce que la personne est comme ça et ça demande quand même un effort de mémorisation assez conséquent. Même si, plus on comprend, mieux ça rentre forcément. Donc quelqu'un qui comprend les choses aura un effort de mémorisation, après c'est un équilibre entre les deux. Mais la sélection c'est : est-ce qu'on se donne les moyens ou on se donne pas les moyens. C'est ça » (homme P2, N).

Le deuxième argument est celui de la capacité de travail, qui revient aussi régulièrement dans les discours : faire la preuve que l'on peut travailler dur, voilà une manifestation secondaire des qualités que le concours de P1 permettrait de sélectionner :

*« Q : Revenons maintenant à vos études de médecine, pensez-vous que le concours de P1 soit une bonne façon de sélectionner les futurs médecins ?
...Ben je vois pas beaucoup d'autres moyens de sélection pour les études médicales, mais je pense que c'est utile aussi d'avoir quelque chose de difficile parce que ça nous oblige à nous demander si c'est vraiment ce qu'on veut faire, ça nous oblige à nous accrocher et moi j'étais contente d'avoir, même si c'était difficile, d'avoir fait quelque chose comme ça euh...et puis même je pense que ça, enfin c'est un avis personnel, disons qu'on est fier après d'avoir réussi ce concours et on est content quand même...moi, enfin je pense que ça me dérangeait pas de faire quelque chose de difficile à l'entrée de mes études, j'avais envie de me prouver que j'en étais capable et de réussir. Après, c'est vrai que pour les gens qui ont travaillé dur et qui l'ont pas, ça peut être difficile après à supporter, ça peut être quelque chose de, d'un peu handicapant dans les premiers moments et...Ben disons que c'est bien pour ceux qui ont réussi et c'est moins bien pour ceux qui l'ont pas eu quoi, parce que quand on s'investit beaucoup on a besoin d'avoir une récompense derrière et le fait de n'avoir rien ou d'avoir quelque chose qu'on ne voulait pas, ça je pense c'est très frustrant et...et après comme on est très très nombreux et qu'il faut bien qu'on sélectionne, c'est normal que l'examen soit difficile et qu'il y ait beaucoup de gens qui soient déçus, donc je sais pas trop ce qu'on peut faire d'autre » (fille P2, SA).*

Le discours de ces étudiants concernant la sélection qu'ils ont subie montre que les stratégies qu'ils ont mises en œuvre pour franchir cette première étape mobilisent trois systèmes de valeurs :

Le premier relève d'une pensée **démocratique** : tous sont conscients qu'il se joue, en faculté de médecine, quelque chose qui relève de la sélection sociale. Pour s'en prémunir, certains invoquent le concours anonyme, d'autres constatent que les revenus peuvent constituer un blocage pour une formation privée etc. En tentant de trouver des « solutions », ils expriment à quel point ils sont conscients du problème. Cette sélection sociale fonctionne alors comme un véritable tabou qui empoisonne les étudiants à partir de la deuxième année.

C'est une des raisons pour lesquelles ils mobilisent un deuxième système de valeur, qui est celui des qualités personnelles, quasi **naturalisées** ; la capacité à... apprendre, se mobiliser, se donner du mal etc. Les aides qu'ils ont reçues sont minimisées au profit d'une récompense qu'ils voudraient bien attribuer à leur propre mérite, puisqu'ils se sont donné tant de mal.

Enfin, un troisième système de valeur vient parachever l'argumentaire, qui est celui de la sélection sur des critères propres au métier lui-même. Un **médecin**, c'est quelqu'un qui doit être capable d'apprendre beaucoup de choses, de se lever tôt et d'avoir une bonne résistance, tant physique que mentale etc. Autrement dit, le concours mobilise des qualités qui ne sont pas étrangères à ce qui est demandé au praticien, même si le contenu n'a pas vraiment de sens. Les étudiants vont alors se positionner de manière différente sur une subtile combinaison entre ces trois échelles de valeur. Les étudiants les plus modestes socialement vont avoir tendance à dénoncer la sélection sociale tout en s'appuyant sur un des autres pour expliquer leur réussite. Les étudiants issus d'un milieu médical auront tendance à argumenter sur le côté égalitaire du concours, qui évite ainsi que leur réussite soit attribuée à leur naissance. À travers ces argumentaires, on voit se mettre en place des principes légitimes d'occupation d'une place dans un ensemble de professionnels en formation. Dans ce sens on ne peut qu'affirmer, une fois encore, que cette première année est loin d'être une année « blanche » dans la formation des médecins mais qu'elle est, bien au contraire, une réelle année initiatique.

1.2. Être étudiant : du P2 au D4

Une fois passée la première année, les étudiants se relâchent mais, surtout, ils s'installent dans cette nouvelle réalité : ils seront médecins un jour. Après la sélection, commence l'apprentissage. Celui-ci peut se résumer en trois activités qui s'organisent avec une relative autonomie des unes par rapport aux autres, mais qui interagissent parfois de manière très forte : aller en cours, aller en stage et, plus ou moins vite selon les étudiants, préparer le concours de fin de D4.

1.2.1 Des années d'études

Après la première (souvent deux) année d'études, les cinq (souvent six) années suivantes paraissent bien longues aux étudiants. Si les deux premiers cycles des études médicales sont restés inchangés en temps théorique depuis plusieurs décennies, ils se sont allongés dans la réalité, du fait des concours et des stratégies étudiantes. En outre, les programmes se sont chargés et cela ajoute en densité de ces années qui ne sont pourtant pas les dernières. Ainsi,

tout se passe comme si l'on se trouvait devant trois types de temporalités : le temps théorique, le temps réel et le temps subjectif, car la longueur des études de médecine est vécue de différentes manières par les étudiants.

Temps théorique et temps réel

En théorie, les études de médecine durent 10 ans au minimum⁶, si l'on calcule le temps qui sépare la première année de la fin de l'internat. Mais cette durée est rarement réelle, et cela pour plusieurs raisons. La première tient aux taux de redoublement en première année. Ils sont très élevés, puisque la majorité des reçus au concours sont des redoublants, voire des triplants⁷. On ne compte pas ici non plus les années antérieures de préparation : certains étudiants effectuent une préparation après le bac sans s'inscrire en fac, afin de ne pas se gâcher leur première année de médecine, d'autres s'y inscrivent après une ou deux années de classes préparatoires : maths sup. ou vétérinaire en particulier. Si ceux qui passent par ces circuits réussissent souvent mieux et en une fois le concours de PCEM1, ils entrent quand même en médecine avec un certain « retard ».

La deuxième raison pour laquelle les études de médecine se sont rallongées tient à la préparation du concours d'internat (aujourd'hui ECN) en fin de DCEM4. Nos travaux antérieurs⁸ ont montré que l'instauration du concours d'internat de spécialité, au début des années quatre-vingt, avait provoqué des vagues de redoublement de la sixième année qui n'existaient pas auparavant. En outre, les programmes universitaires avaient changé afin d'alléger les examens du D4 et de permettre aux étudiants de se consacrer à la préparation du concours. Les dispositions prises par les facultés varient cependant : certaines ont modifié les conditions de réussite aux épreuves annuelles ; d'autres ont permis le passage d'épreuves anticipées, d'autres encore ont « allégé » les stages voire, parfois, en dispensent plus ou moins officiellement les étudiants. L'implication de chaque faculté de médecine dans ce type de stratégie est directement liée à son intérêt à voir ses étudiants bien classés à l'issue du concours, puisque les résultats classent aussi les facultés entre elles. Les étudiants sont conscients de cet état de concurrence entre les facultés et se demandent parfois s'ils n'en font pas les frais.

Loin de permettre aux étudiants de mieux (ou plus vite) préparer le concours, ces pratiques universitaires ont renforcé le primat accordé à ce dernier, au détriment de l'enseignement en faculté. Du coup, les étudiants se sont sentis totalement autorisés à redoubler, avec le soutien et l'assentiment de leurs enseignants. Pour cela, il suffit parfois de ne pas faire valider un stage, voire de se le faire invalider à l'issue du concours si on estime n'avoir pas suffisamment bien réussi pour être classé. Ces « invalidations » sont de pure forme, l'étudiant n'aura souvent rien de plus à faire pour se voir « valider » son stage l'année d'après. On

⁶ En fait 9,5 ans pour la médecine générale et plus en cas de spécialisation.

⁷ À titre d'exemple, sur notre population d'inscrits en faculté de médecine en 2003/2004, on comptait en PCEM2 à Nantes 105 redoublants de PCEM1 sur 137 inscrits. À Saint-Antoine, il s'agit de 90 PCEM2 sur 128 qui ont redoublé leur PCEM1.

⁸ Hardy-Dubernet Anne-Chantal, Arliaud Michel, Horellou-Lafarge Chantal, Le Roy Fabienne, Blanc Marie-Anne (2001), *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, recherche pour le programme INSERM/CNRS/MIRE : Processus de décision et changements des systèmes de santé, novembre.

assiste alors à des redoublements importants en DCEM4⁹. Certains prennent même la décision de redoubler avant de prendre celle de passer ou non le concours, comme si ce redoublement les logeait à la même enseigne que leurs camarades, après quoi ils pouvaient réellement se poser la question de savoir ce qu'ils voulaient réellement faire.

Enfin, après ces parcours déjà rallongés, on constate que les étudiants de troisième cycle mettent de plus en plus de temps pour s'installer ou décider d'un mode d'exercice. À l'exception de ceux qui font une carrière hospitalière, spécialistes et continuellement sur la brèche des concours hospitaliers et des formations complémentaires (DEA, voire thèse), la décision de quitter l'hôpital semble de plus en plus difficile à prendre. Les remplaçants de médecine générale peuvent ainsi pratiquer un exercice provisoire durant de nombreuses années, ce qui place les généralistes, pourtant en principe ceux qui font les études les « plus courtes », à des âges avancés au moment de leur installation¹⁰.

Pourquoi si long ?

Il est grandement probable que la manière dont les étudiants abordent leurs études et affrontent les différentes étapes du cursus est corrélée aux raisons de faire médecine. On peut légitimement penser qu'un étudiant, quelle que soit son appartenance sociale, se positionnera différemment face à ses études selon qu'il est entré en médecine par vocation de « soigner les gens », ou parce que « c'est un métier dans lequel il n'y a pas de chômage », ou parce que « c'est moins dur que les grandes écoles », ou pour les héritiers, pour faire/ne pas faire comme papa/maman. La variable la plus intéressante sur ce point est la perception qu'ils ont de la longueur du cursus. Tous les étudiants disent que c'est long, les études de médecine, mais ils ne vivent pas ce temps de la même façon.

La question de la longueur des études n'a pas été posée en tant que telle dans les entretiens. Une question de la grille (« de quoi êtes-vous le plus impatient par rapport à vos études ») a parfois conduit à une réponse sur le thème « que ça finisse, c'est long », mais pouvait tout aussi bien induire d'autres réponses « avoir des responsabilités », « être sur le terrain », « gagner ma vie ». En conséquence, le thème de la longueur des études, lorsqu'il arrive dans l'entretien, est mentionné spontanément par l'interviewé. On ne peut donc tirer de conclusions à partir des entretiens qui n'abordent pas du tout ce thème (ce qui ne signifie pas que c'est sans importance pour les interviewés). Mais il est intéressant de voir comment les autres, assez nombreux, en parlent, et comment ils se situent dans la temporalité des études.

Le temps des études n'a pas le même référentiel pour tout le monde. Ce peut être un facteur positif, il peut même être un critère du choix de la médecine (« faire des études longues »), et en même temps être un facteur négatif, source d'inquiétude pour l'étudiant (est-ce qu'on est taillé pour tenir la distance), et pour la famille (est-ce que tu es capable, est-ce qu'on pourra t'aider). Il est certain que la solvabilité des parents et un facteur central de la perception du temps, puisque ceux-ci sont amenés à prendre en charge tout ou partie des

⁹ Pour la même année 2003/2004, on comptait 23 redoublants parmi les 114 inscrits en DCEM4 à la faculté de Nantes et 13 redoublants sur également 114 inscrits à Saint-Antoine. Le nombre relativement faible de redoublants sur Saint-Antoine cette année-là est due à un très bon score de résultats à l'internat 2003 dans cette faculté.

¹⁰ Sur le fichier que nous a fourni le conseil de l'ordre des médecins de Loire-Atlantique, on constate que, sur le département, l'âge moyen à l'installation des généralistes installés depuis moins de 5 ans est de 33,3 ans (32,7 ans pour les femmes et 33,7 ans pour les hommes).

études. Mais ni le critère financier, ni celui du niveau d'étude des familles, ne suffisent à tout expliquer.

Pour mériter une reconnaissance sociale

Prenons l'exemple de cette étudiante, dont les deux parents sont ouvriers, qui a dû travailler pour s'offrir les cours privés de son deuxième P1, et pour laquelle ce fut l'un des éléments de choix de la médecine : « *je voulais faire des études longues [...] c'est vrai que c'est des études longues que ça ne convient pas à tout le monde, mais moi déjà ça me convient* » (20). On peut lister rapidement les raisons principales avancées par les enfants des classes moyennes de leur préférence pour les études longues : accéder à un statut valorisant, prestigieux, ne pas entrer trop tôt dans la vie professionnelle (contrairement à leurs parents) et donc se donner le temps de réfléchir, la soif d'apprendre, laquelle correspond au fait que les lauréats du P1 dans cette catégorie, ont été le plus souvent des élèves brillants dans le secondaire :

« [...] *Je me suis inscrite un petit peu comme ça. Peut-être parce que c'était très long et que je ne savais pas quoi faire et que je me disais que ça va me laisser le temps de réfléchir. [...] alors mes parents ont eu peur. Je vous dis il n'y avait personne dans la famille ni...on ne connaissait pas de médecins. C'est très très long. Mes parents savaient que c'était très très long. Et financièrement ils sont commerçants. Et la question financière s'est un petit peu posée au départ et ils auraient préféré que je fasse un IUT ou un truc qui dure deux ans. Mais d'un autre côté c'était pas, ils étaient fiers aussi quoi.* » (39, N, résidente)

Contrairement aux enfants de médecins, comme nous allons le voir, retarder l'entrée sur le marché du travail ne veut pas dire retarder les choix professionnels. Cela veut dire, faire clairement le choix de conditions de vie meilleures et d'une reconnaissance sociale. Les études longues sont le garant d'un métier à la fois prestigieux et rémunérateur :

« *L'objectif à la base c'était que je fasse des études longues parce que je voulais faire des études scientifiques longues et puis gagner correctement ma vie quoi. Je me suis dit qu'il n'y avait qu'en faisant des études longues que je pouvais la gagner correctement* » (68, N, résident, père commerçant).

Il n'est donc pas question pour eux de s'installer confortablement dans les études au fur et à mesure qu'elles se déroulent, le temps pèse plus lourd eu égard aux sacrifices accordés : ne pas gagner sa vie au bout de x années d'études, combiner les charges de travail lourdes avec des petits boulots à côté, ne pas prendre le temps de vivre, de fonder une famille.

« *Q : Est-ce que ces études sont à quoi vous vous attendiez ?*

Non je pensais pas que c'était aussi dur.

Q : au niveau de la charge de travail ?

et puis les sacrifices que ça demande parce que ça demande beaucoup de sacrifices. Au début encore ça va, mais plus on avance dans le temps et plus on se dit en voyant l'avenir : est-ce que ça valait vraiment le coup quoi » (69, D4, N, père infirmier).

Pour prendre le temps de réfléchir.

Pour les enfants de médecins ou de cadres supérieurs, faire des études longues est la norme. Mais un argument est donné plus spécifiquement par les enfants de médecins : retarder les choix professionnels. Cette raison signale la grande incertitude dans laquelle ils se trouvent souvent quant à leurs choix professionnels, que l'on peut résumer en un certain

nombre de postures : « faire comme papa/maman », « faire mieux que papa/maman », « réaliser le rêve de papa/maman », « ne surtout pas faire comme papa/maman ». Le paradigme de cette dernière position est représenté par cette étudiante dont la mère est médecin, qui ne veut surtout pas appartenir à ce monde médical, qui voulait faire de la recherche en biologie (sic), ne surtout pas faire la même chose que sa mère, « ma mère est pédiatre, elle travaille en PMI, je veux surtout pas faire la même chose qu'elle », et qui « erre » en médecine, passe l'internat, est classée santé publique, commence l'internat puis démissionne pour faire un résidanat, et qui : « *la fin du résidanat approchant, au cours de mon dernier semestre, je me suis dit : qu'est-ce que je vais faire, mais qu'est-ce que je vais faire ? Mon dieu qu'est-ce que je vais faire ?* » (73). Cette dernière posture amène parfois à allonger le temps des études, l'étudiant ayant parfois fait, avant l'inscription en médecine, un détour par d'autres formations.

Mais les enfants de médecins qui hésitent, savent ce qui les attend. Ils savent qu'ils ont le temps de voir venir.

« J'ai des parents médecins, j'ai de nombreux médecins dans la famille. C'est vrai qu'on est peu attirés par le commerce, ou par d'autres voies, le droit ou des choses comme ça, donc facilement, on sait que c'est un métier où on a dix ans pour savoir ce qu'on veut faire, et qu'il y a des possibilités très variables, la chirurgie, la biologie...je sais pas » (48, N, résident homme).

Même si à la fin le temps commence aussi à peser pour eux. Ainsi cette femme dont le père est généraliste, qui a choisi médecine parce qu'elle ne connaît rien d'autre et que ça lui permet de « réfléchir après », trouve au cours de son D4 « *qu'il est temps que ça s'arrête. J'ai envie de me marier et d'avoir des enfants* » (22).

Un temps perdu ?

C'est parmi les enfants de cadres supérieurs et professions libérales autres que médicales que l'on trouve le plus la mention du besoin de gagner rapidement sa vie, l'impatience d'avoir un salaire. C'est le mot salaire qui vient, et non rémunération ou honoraires comme on pourrait s'y attendre.

« Q : De quoi êtes-vous la plus impatiente par rapport à vos études maintenant ?

D'en terminer.

Q : Pourquoi ?

Pour avoir un salaire, pour rentrer chez moi le soir sans avoir l'angoisse des concours à venir et des examens à venir et voilà ! » (HD4, père directeur assurances).

Ces étudiants vivent assez mal le fait d'être étudiant aussi longtemps. Il y a plusieurs façons de comprendre cela. Pour Laurence Chenevat, le passage à l'autonomie financière des étudiants en troisième cycle est dépendant du niveau de formation des ascendants. Ceci explique qu'il soit accepté que pour les internes, « on n'accède à l'âge adulte qu'après avoir fait de longues études et atteint une position sociale élevée¹¹ ». Il faudrait semble-t-il intégrer également une dimension particulière qui est celle du rapport à l'argent, qui varie dans les milieux sociaux, y compris les catégories supérieures. Si l'on regarde les étudiants en médecine originaires des milieux les plus aisés mais non médicaux, on s'aperçoit que l'on se trouve face à une population de cadres supérieurs du commerce ou de la finance et qu'il en

¹¹ Chenevat-Bohu, Laurence (1998), « De la transmission à l'appropriation différenciée des savoirs médicaux », *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale*, Université de Lyon2, p. 99-110

résulte un discours du « retour financier sur investissement » qui est très différent de ce que l'on observe dans les milieux de professions libérales (où l'indépendance est une valeur essentielle).

Ainsi, on peut dire qu'à part quelques oiseaux rares qui s'installent dans la vie d'étudiant, les interviewés de 6^e année ou les résidents disent leur ras-le-bol des études. Beaucoup se comparent à leurs copains de lycée qui ont choisi d'autres filières et gagnent leur vie depuis plusieurs années déjà, alors qu'eux sont encore étudiants, et considérés comme tels, c'est-à-dire taillables et corvéables à merci. Ils n'ont pas leur mot à dire, ils sont en examen permanent, c'est-à-dire en situation d'être jugés tout le temps, déjugés, méjugés. Tout ceci tend à les mettre « à part » des autres étudiants : « *on garde un esprit gamin jusqu'à 25 ans* » dit une D4, fille de cadre du privé. La chose dont ils sont le plus impatients quand il ne s'agit pas d'en terminer avec les études ou de gagner leur vie, c'est d'avoir des responsabilités. Avoir enfin un rôle, une vie. Car ce maintien pendant 10 ans ou plus dans un rôle d'apprentissage a quelque chose d'infantilisant comme le décrit très bien ce résident, fils de cadre commercial :

« Q : Et ce débordement, c'est lié à quoi ? Aux études de médecine ? Qui sont trop dures ? ou... Il y a un ras-le-bol... je ne pense pas que c'est lié qu'à la médecine, il y a la médecine plus la vie, comment dire... privée qui... Donc il y a un peu un mélange des deux. Mais c'est vrai que les études de médecine ne facilitent pas justement l'épanouissement à la sortie de l'adolescence parce qu'en fait, on est infantilisé pendant longtemps vu que... et puis ça reste très scolaire justement. On est tout le temps en examen, tous les 2 mois, tous les 3 mois, il y a toujours un truc à passer et puis à la fac justement, enfin la fac où j'étais, donc à Saint-Antoine, ils étaient très élitistes en fait, ils poussaient beaucoup à avoir l'internat, à passer d'autres diplômes pour avoir des doubles cursus, des machins et trucs avec aucune activité extrascolaire finalement. [...] donc en fait, on avait vraiment l'impression qu'en dehors du boulot, il n'y avait que ça et... et donc, en plus, ça dure longtemps et que... et puis effectivement on est assez peu... même dans les stages, finalement, on est très couvé, on ne prend quasiment pas de responsabilités et tout, du coup, on rentre dans le monde adulte finalement assez tard et puis du fait que ce soit long, voilà une vie familiale, on n'a pas envie non plus de s'engager avec quelqu'un, du coup, justement, enfin moi, c'est un petit peu ça, j'avais l'impression d'avoir un peu tout gâché pour un truc qui me plaisait qu'à moitié quoi en fait. Donc voilà... » (72, SA, résident).

Ce ras-le-bol est sans doute la raison qui fait qu'un certain nombre d'entre eux fait une petite crise de doute pendant le cursus, parfois des périodes dépressives en 6^e année. Au fond, la longueur nuit ici à la motivation, alors que la fixation d'un but précis, comme on le trouve plus souvent au sein des étudiants des classes moyennes, la rend plus acceptable.

Pour en terminer sur ce sujet, il y aurait un travail intéressant à faire sur ce qui se joue dans le fait de ne pas réussir à se positionner pendant ses études, les difficultés à se projeter dans un avenir professionnel. Ainsi cette étudiante, fille de cadre du privé, qui « pète un câble » en D4 et dit : « *j'avais plus d'objectif précis, j'essayais d'imaginer mon futur dans la médecine* » a très finement remarqué que « *tous ceux qui réussissent ont une idée fixe depuis le début et n'en ont pas bougé* » (58).

1.2.2 Aller en en fac

Un des paradoxes des études de médecine tient au fait que le programme dense d'apprentissage et la longueur des études s'accompagnent d'une très faible fréquentation de la faculté. Celle-ci n'occupe pas de place centrale dans la vie étudiante, et ne joue donc pas de

rôle fédérateur pour les promotions de futurs médecins. Dans ce contexte, « aller en cours » n'est pas une évidence, et évaluer sa faculté devient bien difficile.

Suivre les cours

Aller en cours n'est pas obligatoire pour les étudiants en médecine, à l'exception des travaux dirigés dans certaines matières¹². Un système de photocopiés est organisé, à partir de documents distribués par les enseignants et d'un tour de prise de note des étudiants. Ainsi, leur présence à la faculté n'est pas obligatoire et un bon nombre d'entre eux décroche dès la deuxième année, surtout s'ils disposent déjà des cours de leurs prédécesseurs.

Fréquentation des cours selon l'année d'étude

Année	Jamais	Parfois	Toujours	Total
P1	0 %	6 %	94 %	100 %
P2	12 %	50 %	38 %	100 %
D4	21 %	43 %	36 %	100 %

Le concours tient en haleine les nouveaux entrants : ils se retrouvent face à une somme de travail qui les oblige à assister aux cours, car ils savent qu'il s'y passe des choses décisives. Leur dépendance à l'institution est très importante, même si nous avons vu que c'est parfois dans l'accès aux informations extérieures à celle-ci que se fait la différence. La baisse de la présence en cours chez les P2 et les D4 atteste d'une prise de distance vis-à-vis de l'institution. Mais ce sont les variations internes à ces deux dernières années et surtout leurs similitudes qui posent ici questions. En effet, alors que nous pourrions nous attendre à une augmentation plus significative du nombre de D4 n'allant jamais en cours pour ne se consacrer qu'à l'internat, le tableau ci-dessus montre cela touche les « irréguliers », alors qu'il reste un « noyau » d'assidus qui semble relativement stable.

La faculté facultative

La barrière du concours étant franchie, un relâchement se fait sentir, d'autant que les informations filtrant des années précédentes laissent espérer que le passage en troisième année est facile, et que les cours fournis par les photocopiés sont largement suffisants pour s'assurer un passage dans l'année suivante.

« Je n'assiste plus au cours. D'une part, parce que je suis fatiguée. J'ai besoin de dormir. Et d'autre part... »

Q : C'est le retour de l'année dernière, vous avez travaillé beaucoup peut-être.

Bah... en fait il y avait une motivation. L'année dernière il fallait avoir son concours donc tu faisais ce qu'il fallait, même plus. Mais là, y'a pas de concours et on nous rattrape bien quoi. Comme l'année dernière, ils ont eu 100 % de réussite en 2^e année. Ils sont tous passés en 3^e année. Donc tu te dis que même si tu l'as au rattrapage, c'est pas grave. Donc, non, moi j'assiste pas aux cours. De toute manière il y a un système de ronéo...

Q : Vous avez une méthode de travail alors ?

Y'a un système de ronéo : y'a des gens qui prennent le cours, qui le photocopient et qui redistribuent aux autres élèves. Donc tu perds pas ton cours. Y'a aussi des professeurs qui mettent leurs cours sur

¹² À titre d'exemple, le programme du PCEM2 de la faculté de Saint-Antoine compte 528 h 30 d'enseignement en faculté dont 107 heures 30 d'enseignement dirigé et 34 heures de travaux pratiques, où l'assiduité est variable, en fonction des modes de validation des différentes matières.

Internet. Donc c'est encore plus facile. Mais en fait les cours, en fait je trouve pas ça intéressant dans le sens où les profs, ils parlent, ils parlent, ils parlent, souvent ils racontent ce qu'il y a dans le polycopié, puisqu'on a aussi des polycopiés. En fait on a trois sources : l'ordinateur, les polycopiés et le ronéo. Donc moi, je vois pas trop l'intérêt d'aller en cours » (51, P2, SA).

Au contraire du P1, où l'assiduité des étudiants et leur comportement étaient des plus « scolaires », le P2 est l'occasion de modifier son rapport aux études et de se positionner comme « étudiant » à part entière, à savoir en prenant une distance symbolique avec la dépendance scolaire et les consignes de l'institution. Après avoir été « élus », les étudiants se placent dans la position de choisir, à leur tour, ce qui leur convient.

Si l'on excepte les étudiants de P1, on constate que les filles ont tendance à être plus assidues aux cours, ou plutôt, que les garçons sont plus nombreux à ne jamais y aller, même si ces différences sont relativement faibles dans notre échantillon.

Fréquentation des cours selon le sexe

Va en cours	Femme	Homme	Total
Jamais	3	5	8
Parfois	14	9	23
Toujours	11	6	17
Total	28	20	48

Entre les cas extrêmes (ne jamais aller en cours, y aller toujours), il existe un grand nombre de modalités intermédiaires, consistant à choisir les cours en fonction des alternatives existantes, de l'intérêt que réussit à leur donner l'enseignant, ou des goûts personnels des étudiants.

« Et, après aller en cours, ça dépend des matières, il y a des matières, genre l'anat, il faut y aller parce que c'est quand même que si on veut apprendre quelque chose il faut avoir une vision du truc, enfin il faut être là pour que le prof explique exactement comment c'est, comment voir en 3 D et tout, il y a des matières comme ça. Euh la sémio je pense que c'est aussi pareil, parce que même si on a en plus un très bon poly, il vaut mieux y être pour, ben plutôt les matières importantes, je dirais. C'est vrai qu'on a...genre la biophysique où la ronéo ça suffit ; en plus on sait que c'est pas vraiment primordial. Après ça dépend des gens, moi je sais que j'aime bien ces matières-là, je sais par exemple que la physiologie qui est pourtant une matière importante, aller en cours ça ne m'apporte rien. ça dépend des profs, le poly qui là est très très bien fait, aller en cours, moi ça ne m'apporte rien, puisqu'il lit son poly, donc... donc ça dépend. Et puis oui on sait qu'en plus de toute façon bien sûr si on s'est pas levé ce matin-là, c'est pas grave il y a la ronéo qui va arriver la semaine d'après. On a à la fois des polys fournis par la fac et à la fois donc ce que...le cours en fait qui est distribué à tous les étudiants. Les polycopiés sont fournis par le prof, les cours donc les ronéos ça c'est nous qui le faisons et qui le distribuons voilà » (20, P2, SA).

En D4, certains se remettent à fréquenter les cours, en vue de se préparer au concours d'internat, mais pour d'autres, les cours ne sont ni suffisants, ni même nécessaires. Misant sur l'auto-formation, ils se dispensent simplement d'assiduité pour mieux se concentrer sur leur travail personnel.

« ..Moi je pense que les cours ne sont pas vraiment assez, c'est énormément d'auto formation. Moi, ce sont mes bouquins qui m'ont appris des trucs. Ce n'est pas autre chose. Franchement. Bah, c'est vrai aussi que je venais vraiment très peu, mais même quand je regardais les cours ou quoi, à chaque fois

j'avais l'impression que pff, c'est, il n'y a que quelques cours qui étaient extraordinairement intéressants.

Q : lesquels ?

Neurologie, psychiatrie parce que les chefs qui y sont, étaient foncièrement brillants et très sympas et adorant enseigner et ça, ça se sent et ça, je ne le loupais pas. Mais sinon le reste à chaque fois, moi je viens au premier, deuxième cours et puis je me dis avec mon emploi du temps et mon taf, je vais m'arranger pour y aller s'il le faut, s'ils sont bien. Mais à chaque fois, c'est décevant. Et puis même, si par exemple pour l'examen, on dit : « je prends tout ce qu'il y a, tout ce qu'ils nous ont fait en cours », [inaudible] de mes copines ou quoi, OK, on a l'examen, mais on ne connaît rien à la matière. Ce n'est vraiment pas suffisant. C'est peut-être suffisant pour avoir le CSCT, c'est sûr, mais pour avoir l'internat pas du tout. Je trouve et c'est vrai que c'est embêtant ces études parce qu'il faudrait des cours très bien faits et il faudrait, je ne sais pas comment, il y a vraiment beaucoup de choses à améliorer dans les cours, ça, c'est sûr, peut-être que j'aurais essayé de travailler le soir si les cours étaient bien, mais là non.

Q : C'est-à-dire ? il y aurait beaucoup de choses à améliorer ?

Je ne sais pas, ce n'est pas du tout exhaustif, peut-être qu'il faudrait faire beaucoup de, enfin une matière, il y a énormément de choses à bosser et les cours, il n'y en a peut-être pas assez. Ou il n'y en a pas assez ou ils ne peuvent pas le faire et c'est succinct comme ça. Je m'en rappelle des cours en néphro, c'est vite fait, bien fait. Mais à côté de ce qu'il faut savoir, c'est rien. Mais peut-être qu'ils ne peuvent pas, on a des études qui sont trop lourdes en charge de travail. Peut-être que le seul truc qui serait bien, ce serait de mettre des sortes d'ED pratique à 30, on fait des cas cliniques avec des gens. Ça, ils le font de plus en plus, c'est bien. Pas de cours théorique et puis, et tout le monde bosserait sur les bouquins. Mais bon, encore une fois, ça coûte des sous de bosser sur les bouquins. De toute façon, on ne peut pas y couper. Les gens qui, par exemple, eux, ils aimeraient bien à la fac que les gens n'achètent pas de bouquins, bossent uniquement les cours, ils seraient minables les gens, ils se planteraient en beauté. Ça ne suffit pas. » (44, D4, SA).

Des cours pour rien ?

Si les étudiants vont peu en cours, c'est aussi parce la plupart conteste cet aspect de leur formation. Souvent, leur contenu est jugé trop « théorique », mais surtout mal coordonné avec la pratique, à cause d'un « décalage » qui rend difficile de « relier » les deux enseignements. Le P1 est quasi unanimement critiqué sur son contenu pédagogique, mais à partir du moment où lui est reconnu un rôle de sélection, il n'est pas réellement contesté. Il en va tout autrement dès le P2 où certains reconnaissent les matières de sélection du P1 avec des modes d'apprentissage équivalents, mais cette fois non justifiés par la nécessité de faire le tri. Ainsi, les cours fondamentaux du premier cycle pâtissent de la mauvaise image du P1. Les étudiants sont tous dans l'impatience « d'entrer dans le vif du sujet », au propre comme au figuré, et de se détendre un peu. La désertion rapide des amphithéâtres, c'est aussi une réponse à la première année : « on en a trop chié pendant deux ans » (34, P2, fille de médecin). Chaque faculté a son *modus operandi* pour permettre aux promos de ne pas assister aux cours et les étudiants, l'année d'avant si concurrents, deviennent alors totalement solidaires. Celui qui a en charge de prendre le cours pour les autres doit faire preuve d'une réelle attention, contribuant à faire oublier que, peut-être, l'année d'avant, s'il avait prêté un cours à un(e) étudiant(e) de première année, il y avait glissé quelques petites erreurs assassines...

La fréquentation des cours, on l'a vue, est plus corrélée aux années qu'aux catégories sociales. On va de moins en moins au cours au fur et à mesure de l'avancée dans le cursus. On constate cependant, çà et là, un regain d'intérêt pour les cours au moment du CSCT, ainsi que le raconte cet étudiant nantais, du fait de l'articulation entre théorie et pratique :

« Les cours vont s'orienter de plus en plus de la façon suivante, c'est-à-dire que l'étudiant aura travaillé chez lui les items du cours et on arrive en cours en ayant bossé et on nous présente des cas cliniques pour les appliquer. Et ça, c'est vraiment bien et cette année donc on a eu le CSCT donc le dernier gros examen final quoi et les cours ont été faits qu'avec euh, enfin avec ce système-là tout le temps et il y a eu un taux de présence jamais égalé et on apprenait vraiment...c'était super-formateur quoi et le fait que ça s'oriente de plus en plus vers ça et que dès la 4^e année les cours se passent comme ça euh...au niveau de l'enseignement il y a vraiment une évolution qui est intéressante...Mais les cours de médecine générale restent encore un peu trop pauvres » (62).

Nous reviendrons dans les stages sur cet aspect de l'enseignement. Saint-Antoine innove également dans ce type de cours, les programmes les nomment « certificats couplés à la pratique », les étudiants disent « stages intégrés ». Nous avons là une tout autre perception des cours théoriques, ce qui prouve bien, d'une part, que ce sont moins les contenus que l'articulation avec la pratique qui est jugée, d'autre part que l'argument utilitariste majoritairement employé par les étudiants qui disent ne pas aller en cours « parce que ça sert à rien » n'est peut-être pas à prendre sous la forme d'une critique des contenus qui seraient « nuls », mais sous l'angle de « l'utilité » par rapport aux normes universitaires elles-mêmes. C'est ainsi que l'on peut entendre ce que nous dit un D4 (25) qui se destine à une spécialité :

« Aller en cours ?...ouais...On a beaucoup de choses à apprendre en cours par l'expérience des gens qui nous les enseignent, mais c'est vrai que les programmes sont très lourds et pour le moment, il est bien plus rentable de ne pas y aller ».

Identité et identification

Deux étudiantes de P2, enfants d'ouvriers et pour lesquelles l'entrée en médecine est une victoire sociale, ont une appréciation enthousiaste et dithyrambique de leurs profs. Elles sont, à ce stade de leur cursus, dans l'idéalisation totale. En revanche, un seul D4 a une image positive des enseignants d'un bout à l'autre de l'entretien, et c'est un héritier, fils de psychiatre, reçu brillamment au nouvel internat dans les 200 premiers. Pour lui, l'enseignement de première année était « captivant », « passionnant », « les profs d'un niveau incomparable » en dépit du fait qu'il se trouve dans une pauvre province reculée !

« On a un enseignement qui est fait par des profs d'université qui sont d'un niveau incomparable ; Ce que je veux dire — on est à Nantes — mais malgré tout ce sont des agrégés de médecine et de science fondamentale en première année, donc ils ont la double fonction. Ce sont des gens qui sont captivants, notamment on apprend toute l'anatomie, le fonctionnement du corps humain. On a des cours de physiologie, moi j'avais un professeur qui s'appelait M. X, qui est sur le point de partir en retraite, qui est un homme extraordinaire du point de vue humanisme et au niveau des compétences et des connaissances qu'il apporte. Il y avait des trucs super-chiants, des matières qui m'intéressaient pas, mais on a un enseignement scientifique de première année, qui est indispensable pour la suite du cursus, et qui est en plus captivant » (14).

On ne peut aller plus loin concernant les cours théoriques car il est vraiment nécessaire de conduire une réflexion sur les rapports/opposition entre théorie et pratique. Pour la majorité des étudiants, c'est une formation sur le tas qui est réclamée, et on va même jusqu'à prôner la suppression de toute autre forme d'enseignement :

« Q : si vous deviez revoir la formation de médecine vous envisageriez quels types de modifications ?
 Le plus possible les cours pratiques, parce que la théorie on peut la voir dans les bouquins, tout seul.
 En fait les profs devraient intervenir sur les points essentiels et pas nous refaire tout un cours » (22, N, D4, père généraliste).

Ne pas aller en cours ne signifie pas forcément ne pas fréquenter des étudiants en médecine. La plupart de nos interviewés puisent dans leurs camarades de faculté leurs meilleurs amis, et ce d'autant plus qu'ils avancent dans leur cursus. Souvent, ils mettent sur le compte des modalités d'études, et en particulier le concours de première année, cet effet de rupture avec « les autres », ceux qui ne partagent pas ce rythme de vie et qui risquent de ne pas comprendre. Le travail de groupe devient alors un mode de socialisation secondaire à la faculté, qui structure, parfois durablement, les amitiés. Globalement, il semble que les filles auraient un peu plus tendance que les garçons à travailler à plusieurs, même si cette tendance n'est pas très importante.

Cercle de travail selon le sexe

Cercle de travail	Femme	Homme	Total
Seul	33 %	44 %	38 %
Avec 1 autre	10 %	9 %	10 %
À plusieurs	56 %	47 %	52 %
Total	100 %	100 %	100 %

On ne distingue aucune différence quant aux manières de travailler entre les étudiants parisiens et les Nantais. En fait, la différence entre ceux qui travaillent seuls ou en groupe se situe plutôt dans leur façon de se placer par rapport aux autres. Il semble que ce choix de travailler seul(e) corresponde, au moins dans certains cas et dans les conditions d'une concurrence, au sentiment de posséder un niveau suffisant pour réussir le concours sans le soutien du groupe, qui pourrait d'ailleurs être perçu comme un poids plutôt que comme un soutien, telle cette étudiante reçue parmi les premières au concours du P1 dès sa première tentative :

« Q : Et est-ce que vous avez travaillé avec d'autres ?

Au début un peu, on se sentait un peu perdus. Mais, à la fin plus du tout non. Même très vite, on travaillait pas, enfin j'étais pas vraiment au même niveau que les autres je trouvais et, bon je préférerais faire mon truc dans mon coin. On se voyait en allant aux cours, on se voyait de temps en temps.

Q : Vous vous sentiez au-dessus au niveau du niveau ?

Non mais on travaillait pas de la même façon. Non non non, c'était pas ça non mais, ...non c'est qu'on n'avait pas les mêmes méthodes et...je sais pas, j'étais plus à l'aise à travailler, à faire ce que je voulais quand je voulais. On s'appelait des fois quand on avait des questions mais... » (P2, N, 13).

Travailler seul peut n'être motivé que par des questions de caractère, de goût pour l'indépendance, d'autant plus que cela n'implique nullement l'isolement. D'une part, il s'intègre dans une division collective du travail à l'échelle de la promotion : des binômes sont constitués en deuxième année, à St-Antoine, ils se répartissent à tour de rôle la charge de prendre les cours, les saisir sur ordinateur et les diffuser à tous les membres de ce réseau. D'autre part, les révisions solitaires peuvent se combiner avec des coopérations ponctuelles, du type interrogation mutuelle sur le cours entre étudiants :

« ... Moi je sais je suis indépendante de caractère et j'aime bien travailler toute seule, mais après il y a des groupes qui sont nés. De temps en temps, je faisais des sous-colles, c'est-à-dire qu'on s'interrogeait et qu'on se récite les cours, mais moi je le faisais assez rarement parce que j'aime bien travailler toute seule, mais ça se fait assez souvent » (P2, N, 20).

Au final, on s'aperçoit que la faculté joue un rôle très particulier dans la socialisation médicale. Elle ne réussit pas à créer un effet collectif, celui que l'on retrouve dans les « promotions » des anciens étudiants d'écoles ou d'autres facultés. Un nombre important de nos interviewés le regrette, en se comparant aux étudiants pharmacie et dentaire, et plus encore aux Écoles. Mais ce n'est pas pour autant que les étudiants en médecine ne se fréquentent pas : ils se voient beaucoup entre eux, de plus en plus au fur et à mesure des années, mais sous la forme de réseaux. Il semble que réside là une des spécificités de la socialisation médicale, dans cette constitution d'un « corps » sans « esprit de corps », mais avec des zones de circulation, des segments plus ou moins distincts. C'est lorsqu'il s'agit de se distinguer du profane qu'ils se reconnaissent entre pairs. Dès la première année nous l'avons vu, parce que le rythme du concours les oblige à vivre isolés, mais aussi après, quand il faut recommencer le concours de l'internat alors que les autres terminent en douceur leurs études, ou lorsqu'ils commencent leur troisième cycle, les rythmes infernaux de gardes, la découverte souvent de la misère sociale, de la souffrance etc. Tout cela contribue à un sentiment d'isolement et de séparation d'avec les autres, qui est renforcé par des pratiques de travail concurrentielles et une histoire collective très faible.

« Mais depuis l'internat, depuis la sixième année, mes amis les plus proches ce sont des gens de médecine en fait. Ça s'est fait petit à petit, mais c'est vrai que ce sont les gens que je vois le plus, hormis donc...celui dont son frère était médecin malien et qui m'a amenée avec la fille du professeur M et qui elle a fait droit. Et qui est une fille que je vois vraiment aussi en ce moment, j'ai déjeuné avec elle ce midi, et qui n'est pas du tout, enfin qui est dans le milieu médical par procuration parce que quand on parle médecine elle comprend tout, son père étant médecin puis son mari aussi. Mais bon elle est en droit donc on parle pas de médecine ensemble. Par contre c'est vrai que, y'a eu un moment où je me suis sentie décalée par rapport à mes amis...en dehors de la médecine. Je me souviens d'un repas particulièrement où c'était des gens de droit et une fille qui fait une thèse d'histoire. Et alors ils étaient partis dans un truc sur les domaines, enfin la propriété quoi. Donc elle, elle parlait des, elle faisait sa thèse sur les propriétés des grands, des grands armateurs nantais à Saint Domingue. Elle discutait, ça parlait technique et tout et puis, les deux personnes juristes là qui étaient en droit se sont mis à, à discuter avec emphase vraiment c'est là que je me suis dit : j'ai l'impression d'être au théâtre quoi ! et...et, et je m'en suis voulue de penser ça mais je me suis dit : mais moi je suis dans la vraie vie ! moi je suis, alors moi je fais un métier qui sert à quelque chose ! (elle baisse le ton comme pour pas être entendue !) qui sert aux gens ! et eux, c'est du cirque qu'ils nous font là ! je m'en suis voulue autant de penser ça parce que chaque métier a sa valeur quoi. Mais à cette époque-là j'étais, je suis devenue un peu méprisante pour...pour ces gens qui se montraient oralement, qui en faisaient des tonnes quoi ! et je me disais c'est pas possible quoi ! (rires) » (résidente, N, 56).

Une « bonne » fac ?

Nous ne nous attarderons pas sur les enseignants du P1. Comme on l'a vu, les étudiants ne parlent pas de cette année comme de celle d'un enseignement de médecine, mais plutôt comme d'un parcours du combattant, auquel participent aussi les enseignants, soit en rajoutant de la pression (on leur serine qu'il y a beaucoup d'appelés et peu d'élus, et que ce sera dur pour tout le monde), soit en les traitant sans ménagement dans leurs cours (en dictant à toute vitesse, ne leur laissant pas le temps de prendre des notes, ne vérifiant pas si tout le

monde a bien compris). Les enseignants du P1 sont perçus comme faisant partie de la machine à broyer, un des rouages actifs du système de sélection. (« Ils font tout pour nous casser, pour déstabiliser les redoublants¹³ »). Une seule étudiante nantaise de P2 nous dit que les profs du P1 ne sont pas d'accord avec ce système et elle place ceux-ci du côté des étudiants. Son entretien est très intéressant car sa vision positive des profs de la fac semble liée à celle plutôt négative de certains profs du secondaire comme en témoigne l'extrait suivant :

« Ben surtout que mes parents sont ouvriers donc, j'ai eu des profs qui m'ont dit que c'était pas donné aux parents d'ouvriers, d'envoyer leurs enfants en médecine. Donc, j'avais un peu envie en même temps de prouver le contraire, que c'était possible. J'ai eu des réflexions dès fois qui n'étaient pas très gentilles.

Q : De la part des professeurs ?

Oui, même si j'étais première de la classe pour eux c'était euh...il y avait une classe sociale peut-être à respecter...

Q : Oui, vous aviez ce sentiment-là ?

Oui !

Q : Que vous transgressiez en fait !

(rires) oui ! ben c'est surtout ma prof d'éco de seconde qui m'avait fait la réflexion, comme quoi j'allais pas dans la bonne classe sociale ; pourtant j'étais sa meilleure élève et j'avais pas compris pourquoi elle...pour elle c'était les catégories sociales et...(elle fait un geste : droit devant) » (21).

Pour l'ensemble des étudiants, les enseignants de première année participent bien à la curée, et même la faculté est soupçonnée de faire de la ségrégation sociale. Une fille d'ouvrier de Saint Antoine en P2, décrit le côté discriminant du concours, et parmi les modes de discrimination, il y a bien sûr l'argent. En n'assurant pas au niveau des cours, en donnant un enseignement de mauvaise qualité en première année, la fac de St Antoine rend nécessaire l'inscription dans des cours privés.

La situation change très rapidement après l'obtention du concours. Ce qui est le plus significatif est le changement de statut. On devient un « vrai » étudiant. On passe du rôle de candidat anonyme dans une cohorte de plusieurs centaines à celui d'étudiant en médecine. Bien que les cours commencent à être désertés, le rapport aux enseignants est, lui, perçu comme différent, surtout par ceux qui sont déjà capables de se projeter dans la hiérarchie médicale :

«... Ah bah c'est beaucoup...même en ce qui concerne les profs...Déjà la vision des profs je trouve que c'est beaucoup moins...ça a complètement changé parce qu'ils nous considèrent vraiment comme des futurs médecins donc ils ont plus, j'ai l'impression qu'ils nous portent beaucoup plus d'intérêt. Mais...Et puis au niveau, au niveau du contenu des cours c'est plus près de la pratique quand même. Ils orientent beaucoup plus les cours sur ce qui va nous être utile après parce que avant, c'est plutôt les gros trucs bien chiants, pour bien sélectionner à la fin donc euh... » (N, P2, fille de médecin, 23).

¹³ « Quand je suis arrivé à la rentrée de ma deuxième première année, j'ai...Il y avait un prof qui, un prof de biochimie, qui s'amusait à faire des statistiques sur la réussite des étudiants en tant que redoublant suivant leur place avant. Suivant ma place, j'avais 10 % de l'avoir quoi, 10 % de chance de l'avoir. Et moi ce qu'est, bon je suis peut-être dans les 10 % j'ai beaucoup de copains qui étaient derrière, derrière moi encore et qui l'ont eu aussi même devant moi donc... ça veut rien dire quoi. C'est sûr qu'il ne faut pas se laisser décourager par ces appréciations-là quoi, ça dépend ce que l'on a fourni et tout » (18, ND4, fils d'artisan).

On voit bien que les étudiants font une différence très nette dans l'enseignement lui-même, en fonction de l'objectif de ce dernier : sélectionner ou former. Leur jugement s'adapte donc à cet objectif et, dès qu'il s'agit de sélectionner, on a l'impression que même le cours le plus inepte, l'épreuve la plus idiote, pourra trouver sa raison d'être.

Les critiques radicales de la faculté sont plus rares, totalement absentes en P1 et P2, comme s'il se produisait un désenchantement envers les études de médecine qui ne s'exprime que plus tard, en D4 et surtout parmi les résidents. Les généralistes sont eux aussi très réservés sur la faculté.

La nature des critiques est variable. Le vif mécontentement d'une D4 de Saint-Antoine tient au fait que le doyen n'a pas donné de suite favorable à un projet qu'elle a présenté de junior-entreprise, mais il est vrai qu'elle était déjà insatisfaite du contenu des cours qui lui paraît insuffisant pour donner des chances sérieuses d'obtenir le concours. Une autre étudiante, résidente à Saint-Antoine, reproche surtout à cette faculté, trop polarisée par le prestige du spécialiste, ses lacunes en matière de formation au métier de généraliste. Elle se livre à des comparaisons amères avec la situation de Bichat, telle qu'elle lui a été décrite par une étudiante rencontrée en stage.

« ... J'ai croisé une fille qui était dans ma liste, on était les dernières, c'était par ordre alphabétique, vous savez, vraiment on était parmi les dix dernières à choisir, donc autant dire qu'on était un peu paniquée et puis c'était tellement, on n'avait tellement pas le choix qu'on s'est retrouvée évidemment au même endroit, on a adoré soit dit en passant, mais on s'est retrouvée à Pontoise en pédiatrie [...]. On a beaucoup travaillé, et donc en fait ensuite on a fait tout notre cursus ensemble et elle est pas du tout de Saint-Antoine, elle est de Bichat et là je me suis rendu compte qu'il y avait des fachs qui étaient mieux que d'autres pour les généralistes et si c'était à refaire j'aurais pas fait Saint-Antoine, j'aurais fait Bichat, là je connaissais quelqu'un. Et toute la façon d'organiser l'internat avec bon Saint-Antoine c'est pathétique, je sais pas si on en parlera mais pour la formation.

Q : Oui, oui moi ça m'intéresse !

C'est pathétique quoi ! Là eux, c'est vraiment... Tout est fait à Bichat, sur le mode de médecin généraliste et de la façon dont il exercera, ce dont il aura besoin. Nous que dalle, par exemple ils faisaient beaucoup de modules, vous savez sous la forme, le malade, le médecin le sketch, le pseudo sketch, tout était organisé là-dessus ; ils faisaient des séminaires qui étaient beaucoup plus adaptés que nous pour notre formation avec des séminaires vraiment très pratiques, concrets sur ce qui les attend. Nous, toutes les fois, j'exagère peut-être un peu, disons que 90 % de la formation que l'on a reçue au cours de l'internat de médecine générale à Saint-Antoine c'était un ersatz d'internat pour les spé quoi c'est-à-dire qu'ils faisaient venir un spécialiste de neurologue pour les questions de neurologie et tout était traité un peu... Enfin bon, c'est très mal fichu quoi sans parler de l'organisation thématique, avec deux heures par semaine, toutes les semaines à verrouiller ça au cours de stages, c'est impossible, on est tous en retard, on peut jamais y aller à la fac. Mais le si le chef de service joue le jeu, les chefs de service, aucun ne joue le jeu et finalement c'est nous qui sommes au milieu comme des idiots. Là à Bichat c'était clair, carré, il y avait des séminaires un jour par-ci, par-là, trois ou quatre jours dans le semestre c'est beaucoup plus facile à gérer, enfin, donc c'est vrai qu'il y a beaucoup de choses qui sont déficientes à Saint-Antoine » (79, résidente, SA).

Un autre résident de Saint-Antoine met en cause radicalement la formation qu'il a reçue, aussi bien sur le plan pédagogique que sur le contenu scientifique. Le grief principal tient là aussi au manque d'adéquation de la formation au métier de généraliste.

« Q : Si on jette un regard un peu global sur votre formation rétrospectivement, qu'est-ce qui ressort ? Nulle ! Ouais nulle, catastrophique.

Q : À cause de lacunes, de défaut d'organisation, la pédagogie ?

Alors, voilà, c'est à cause de ce que vous avez dit, c'est-à-dire que les 90 % des médecins pensent que le relationnel ne s'apprend pas, 90 % des médecins pensent que la pédagogie ne s'apprend pas, 90 % des enseignants, des professeurs qui ont censés enseigner, hein, et que c'est sur le tas et qu'on apprend à devenir fort en étant confronté à un truc, on apprend à... On apprend tout sur le terrain, c'est trop compliqué, le relationnel avec le patient c'est trop compliqué pour... Ils ne le connaissent pas en fait et voilà et puis l'enseignement scientifique lui-même, nul aussi.

Q : C'est-à-dire ?

C'est-à-dire voilà, moi, je fais de la médecine générale, j'ai passé 7 ans à apprendre les pathologies rarissimes que je ne verrai jamais. Voilà, 7 ans à apprendre par cœur des pathologies que je ne verrai jamais et à apprendre des mauvaises notions sur la prise en charge des patients en ville, c'est-à-dire, il faut que je refasse tout et il faut que voilà, il faut que je me dise, voilà, quelles sont les recommandations, il faut que j'arrête, il faut que je désapprenne ce que j'ai appris carrément

Q : Il faut recommencer votre formation ?

il faut même enlever, non parce qu'il ne faut pas exagérer, j'ai des réflexes et des choses. Au niveau aussi scientifique, c'est clair que j'ai un bon bagage et c'est clair que c'est l'internat, travailler seul l'internat qui m'a donné un bon bagage scientifique, mais aussi beaucoup de travers, beaucoup de biais qu'il faut que je désapprenne, c'est fondamental » (résident, SA).

On mesure bien ici toute l'ambiguïté qui règne au sujet de la « qualité » d'un enseignement, dès lors que celui-ci est partagé entre faire de « bons médecins » ou former « le plus de spécialistes ». Les étudiants se partagent sur ce point, les parisiens auront tendance à reprocher à leur faculté de mal les préparer à la médecine générale, tandis que les Nantais déplorent plus volontiers le moindre score de leur fac au concours de l'internat. En fonction de leur propre projet, de leur propre orientation, ils portent des jugements différents et l'on perçoit à quel point cette façon de se positionner traduit une socialisation professionnelle à la dualité des représentations d'un corps médical divisé entre la médecine générale et la médecine spécialisée.

1.2.3 Suivre les stages, stage infirmier, stage étudiant, stage d'externe

On rencontre trois types de stages durant les deux premiers cycles des études médicales. Le premier est un stage « d'initiation aux soins infirmiers », (dit « stage infirmier) dont le statut est relativement flou : est-ce un stage de « découverte du travail des paramédicaux » ou d'apprentissage des gestes infirmiers de base ? Viennent ensuite les stages de P2 et D1, où souvent les étudiants ont du mal à percevoir leur rôle, ayant plus souvent l'impression de « gêner » que d'occuper une place définie. Enfin, les stages d'étudiant hospitalier (dit stages d'externes), où les étudiants perçoivent une (faible) rémunération et au cours desquels ils ont la possibilité de réaliser certains gestes et où ils commencent à avoir quelques responsabilités. Une progression lente qui s'articule plus ou moins bien avec l'apprentissage théorique, et qui initie d'une manière bien particulière les étudiants à occuper, face au malade et à l'ensemble des personnels hospitaliers, leur future position de médecin.

Le stage infirmier : un rite d'institution ?

Le stage infirmier est une pratique qui a été instituée il y a une dizaine d'années et qui vise à mettre l'étudiant en contact direct avec l'hôpital à l'issue du concours de première année, en le familiarisant aux fonctions hospitalières paramédicales. Il doit avoir lieu après le concours et avant la rentrée de PCEM2, certaines facultés l'organisent donc en juillet (Nantes), d'autres en septembre (Saint-Antoine). En principe, l'étudiant doit suivre pendant une semaine les

aides-soignantes et pendant trois semaines les infirmières et se familiariser aux gestes de base de ces professionnels.

Pour beaucoup il représente la concrétisation de la réussite « ça y est, j'y suis », et le premier contact avec l'hôpital. Il a donc énormément d'impact dans le vécu des étudiants et il est intéressant de noter qu'il s'agit du seul stage dont presque tous se souviennent et pour lequel ils ont toujours quelque chose à dire. Les médecins généralistes de notre échantillon n'ont pas suivi ce stage, ou pour certains il n'était pas obligatoire, ce qu'ils semblent regretter. Certains d'entre eux ont travaillé comme aides-soignants ou comme infirmiers soit pour gagner de l'argent soit pour pallier ce manque et avoir une expérience à l'hôpital.

Le stage infirmier représente très concrètement l'entrée dans le monde hospitalier. En d'autres termes il est le pendant pratique de ou des année(s) d'apprentissage théorique qui le précèdent. Après un « bourrage de crâne » de choses abstraites et apparemment inutiles, ils sont mis en contact direct avec les corps souffrants et une prise en charge concrète des malades. La maladie, comme objet d'une connaissance particulière, ce sera pour plus tard. C'est pourquoi ce premier stage est l'occasion de mettre en scène, de façon un peu abrupte, les projections professionnelles des étudiants à un moment où tout est encore ouvert et où leur seule certitude est d'avoir franchi le cap de la première année. C'est sans doute la raison pour laquelle les représentations sociales sont aussi tranchées, puisque les études de médecine ne sont pas encore commencées et n'ont pas encore fait œuvre de socialisation.

Une première analyse des discours fait ainsi apparaître deux dominantes concernant ce stage. La première est l'effet initiateur provoqué par l'entrée dans le monde des soignants. La seconde est le clivage qui semble d'emblée très prononcé entre ceux qui vivent ce stage comme une découverte et ceux qui n'y voient pas d'utilité, voire le vivent comme une « humiliation ».

Ce premier contact avec les corps souffrants ne passe pas par la médecine à proprement parler, mais par l'hygiène et le soin de base : changer les malades, les laver, les manipuler, leur donner à manger etc. autrement dit s'attacher aux tâches « basses » dans la hiérarchie des fonctions de soin, faire « le sale boulot ». Cette rencontre un peu brutale avec des réalités concrètes impose aux étudiants de passer d'une sensibilité profane à un regard professionnel plus détaché. On voit alors que ces tâches, identifiées comme « ingrates » et « rebutantes » sont en même temps rattachées à des catégories morales qui les « anoblissent » plus ou moins. Les exemples d'entretiens qui suivent montrent comment des étudiants se placent d'emblée dans des positions tranchées face à cette première expérience :

« Bah le stage infirmier enfin... C'était hyper important de le faire, donc c'est quelque chose de bien parce que c'est un premier contact avec l'hôpital. Je n'étais jamais vraiment allé à l'hôpital avant. J'ai pas adoré mon stage infirmier parce qu'on était pas mal avec des élèves infirmières qui étaient... Donc nous, on était les boulets entre guillemets parce qu'on ne savait rien faire... » (38)

« Il y en a pas mal qui apprécient beaucoup et il y en a quelques-unes qui ont trouvé ça horrible, qui voyaient pas pourquoi ils allaient aller changer les gens avec les aides-soignantes et que, ils avaient pas fait ça pour ça ! (rires) et qu'ils trouvaient ça scandaleux de leur faire faire ça. Voilà ! » (13)

« Forcément j'ai trouvé ça dur mais je pense que c'est quand même une bonne expérience. En gériatrie long séjour, je sais pas si un premier stage infirmier c'est très...très...surtout que...en fait parce que le but du stage c'était l'approche avec le patient bien savoir se placer. Mais il y a aussi pas mal d'impératifs techniques, que dans un service comme la Seilleraye, il n'y a pas énormément de

gestes techniques que beaucoup d'autres ont faits dans leur stage. Maintenant c'est pas un problème, parce quand on veut vraiment faire on trouve toujours quelqu'un. Surtout moi, au labo de mon père je peux toujours essayer de faire des prises de sang, des trucs comme ça, les gestes de base. Et même, je suis sûr que n'importe quel médecin est content de parler de son expérience professionnelle et de dire comment on fait les gestes » (43).

« Concrètement j'ai passé une semaine à faire, une semaine en tant qu'aide-soignant, à faire la toilette des gens, à leur apporter leur petit-déjeuner, à faire manger certains parce qu'ils étaient paralysés d'une moitié de corps, ils avaient des, il y en avait qui avaient des problèmes de déglutition. Il fallait prendre le temps... Faire manger quelqu'un pendant une demi-heure c'est quelque chose quand même et euh... Non, ça m'a... C'était plaisant au départ mais un petit peu... C'est pas que c'était désagréable, je me disais un peu vulgairement « j'en ai chié pour être médecin c'est quelque chose d'autre que je veux faire, je veux faire autre chose » (34).

Les deux derniers extraits montrent bien que c'est à une position dans la division du travail hospitalier que se réfèrent ces étudiants, intériorisant de fait que le prestige des professions hospitalières se mesure en grande partie par leur éloignement à l'égard de la saleté. S'il y a une reconnaissance de la compétence des aides-soignantes et des infirmières, celles-ci sont toutefois rapidement reléguées à leur rang de profession paramédicale. C'est pourquoi les positions des étudiants face à cette expérience se différencient assez nettement en fonction de leur origine sociale. La socialisation médicale n'a pas encore fait son œuvre et l'origine est bien présente. On peut alors classer en trois idéaux-types des discours étudiants qui correspondent à trois « milieux » différents : les enfants de médecins, les étudiants d'origine supérieure non médicale et les étudiants issus des classes moyennes et populaires.

« Ça reste un bon souvenir »

Les étudiants issus d'un milieu médical n'ont aucun doute sur leur position : ils sont déjà des médecins en herbe. Ils connaissent aussi les hiérarchies hospitalières, mêmes s'ils n'y ont jamais été confrontés directement. De ce fait, leur passage en « stage infirmier » ne risque, à aucun moment, de faire d'eux des infirmiers potentiels. C'est un peu comme un voyage « intéressant » dans un pays voisin, histoire d'ouvrir son champ de connaissance et de ne pas être ignorant d'une « autre » culture. Les mots qu'ils utilisent sont assez significatifs d'une position dominante qu'ils ont intégrée tant dans leurs représentations que dans leurs comportements. Nous trouvons les expressions suivantes, assez retenues dans leurs formulations : « très agréables », « justification intéressante » (48-résident, parents anesthésistes), « très bien » (sans autre commentaire, femme 35-D4, père psychiatre) « bon souvenir » (90-MI, parents MI), On se permet d'être « complice » avec les infirmières...

« J'ai beaucoup apprécié, j'étais en dermatologie donc c'était très intéressant au niveau infirmier pour les pansements et j'étais contente de travailler. C'est la seule fois où j'avais l'occasion d'être immergée dans une équipe d'infirmière, on voit vraiment ce qu'elles font

Q : donc vous en gardez un bon souvenir

oui on n'a plus du tout les mêmes rapports après quand on est externe avec les infirmières il y a toujours la barrière médecin infirmière et là c'était vraiment l'occasion d'être en contact avec les infirmières et de voir les difficultés de leur métier » (22-Femme D4, père médecin, mère infirmière)

... parce que l'on sait que l'on est de l'autre côté de la barrière :

« Q : Comment vous avez vécu votre stage infirmier ?

Assez bien je l'ai bien vécu, j'ai trouvé ça...des justifications intéressantes. Même aujourd'hui, je suis médecin, je respecte le travail des autres. Je comprends, peut-être parce que je l'ai fait. C'est vrai que faire le travail des aides-soignants, des infirmiers, pendant deux mois, on voit les contraintes, et on est moins désagréables avec eux. Maintenant celui qui est un petit prétentieux il restera un petit prétentieux

Q : c'est la première fois qu'on met les pieds dans l'hôpital.

oui et qu'on fait les tâches ingrates. Quand on rentre à l'hôpital, c'est pas pour faire les visites et regarder de loin. C'est vrai que j'étais dans un service de traumatismes crâniens avec des gens lourdement handicapés, les toilettes, des choses comme ça...Finalement je regrette pas. Après j'ai même travaillé dans une maison de retraite, pour gagner de quoi louer un appartement. J'ai jamais eu de problèmes avec le soin. On comprend mieux aussi pourquoi il vaut mieux être médecin à l'hôpital

Q : oui ?

Même si on fait beaucoup d'heures, c'est quand même la place la plus intéressante. Les autres sont tous dépendants des décisions d'un médecin, s'il met du temps à arriver c'est horrible, les patients sont beaucoup moins respectueux avec les personnels » (48-résident, parents anesthésistes).

L'existence de la hiérarchie est posée d'emblée, mais comme un moment où les rôles se mettent bien en place, même si pour l'interne de médecine interne ci-dessous, le respect n'est plus ce qu'il était :

« Donc...nous, on avait bénéficié de quelque chose qui était mis en œuvre quand je suis arrivé en 2^e année de médecine, qui était d'abord le stage infirmier où on nous mettait dans des services... pendant 15 jours, tous les jours... en fait au tout début de deuxième année, là où c'était le premier contact avec la médecine, on était censé apprendre à faire des prises de sang, des injections donc ça ça reste un bon souvenir, c'était très bien parce que c'était la première découverte de l'hôpital, de la hiérarchie hospitalière et puis du premier contact avec les patients.

Q Donc ça, c'était le stage infirmier

Oui

Q Et comment ça se passait avec les infirmières, les relations que vous avez constatées ?

Euh plutôt bien avec les infirmières qui ont un certain mépris de l'étudiant en médecine de façon assez générale et qui, je pense, nous prenaient comme des élèves infirmiers ou infirmières, bon avec...selon la personnalité des infirmières, ça se passait plus ou moins bien mais on était sûrement pas considérés comme des médecins, du reste, quand on est externe souvent non plus quoi. On a pas cette vision par les infirmières d'un médecin ou d'un futur médecin en puissance, ce qui existait par contre il y a 20 ou 30 ans, enfin j'en ai discuté avec plusieurs médecins [...] » (90-Interne de médecine interne, parents internistes).

Une seule D4 a un mauvais souvenir de son stage parce que l'infirmière, qui avait raté le concours du P1, « était jalouse ». Dans notre échantillon, seuls trois P2 sont enfants de médecins. Pour l'une (mère généraliste, père vétérinaire), le poids de la hiérarchie (médecins et étudiants) est sensible mais il est aisé de comprendre que c'est parce qu'elle en est encore exclue :

« J'idéalisais peut-être un peu aussi. En plus on n'était pas considérés encore comme des étudiants en stage infirmier [...]. Voilà on est en bleu, les petits schtroumpfs c'est nous. Et puis bah ! par rapport aux médecins, ils ne s'occupaient pas du tout de nous. Ils n'en avaient rien à foutre [...] On n'est pas des médecins donc on s'en fout quoi en gros, c'était ça » (23).

Cette même étudiante a une toute autre vision de ses stages de deuxième année : « Ils étaient bien [...] Ça n'a rien à voir avec mon stage infirmier parce que maintenant on est

considérés comme des médecins, enfin comme des futurs médecins et des étudiants en médecine ».

Pour les deux autres P2, c'est une « bonne expérience », et un fils de directeur de laboratoire pharmaceutique (mère ophtalmo), trouve même que dans son stage il n'a pas assez de gestes à faire et complète sa formation en allant faire des piqûres dans le laboratoire de son père.

Ces attitudes indiquent bien que l'étudiant se sent « de passage » dans le stage infirmier, et qu'il essaie de rendre ce passage le plus agréable possible pour tout le monde, lui et les soignants qu'il côtoie, sans s'y investir particulièrement. Il est déjà médecin dans sa tête et il peut donc se placer sans danger au sein d'une structure très hiérarchisée dans laquelle il ne craint pas le déclassement. Cette importance accordée au statut tend à modifier l'opinion sur le stage infirmier tenu au cours des études : plus l'étudiant avance et s'affirme dans son rôle de médecin, plus il transforme positivement le souvenir de son stage infirmier, qui ne présente plus de danger de dévalorisation.

« Le vif du sujet »

Pour les étudiants issus des catégories sociales supérieures mais non médicales, les questions de statut et de rôle médical ne sont pas une évidence. C'est chez eux que l'on rencontre le plus de critiques du stage hospitalier, essentiellement parce qu'à ce moment-là, ils ne savaient plus où était leur rôle ni quelle était leur place. S'ils savent qu'ils ne sont pas destinés aux échelons les plus bas de la hiérarchie hospitalière, ils n'ont pas pour autant encore endossé leur statut pour ne pas se sentir quelque peu en danger à l'occasion de cette première expérience.

« J'avais aucune idée sur le stage parce que j'avais jamais été à l'hôpital, enfin peut-être une ou deux fois quand j'étais petite, mais je savais vraiment pas comment ça se passait, donc je suis vraiment arrivée comme un petit bébé dans un service [...].

Q : Alors à propos du stage, comment s'est passé votre stage infirmier ?

En fait sur le moment il m'a déplu, parce que j'avais l'impression d'être un petit peu exploitée, que je comprenais pas ce qu'on me demandait. En fait, on ne devait pas expliquer exactement ce qui nous attendait parce que c'est vrai que les stages sont différents les uns des autres, mais on savait pas ce qu'on allait apprendre, on savait pas comment on devait se comporter. En fait, j'avais l'impression que mon rôle n'était pas bien défini et que j'étais pas à ma place alors que c'était mon stage et la prise en charge...je l'ai trouvée un peu brute. Peut-être aussi on s'attend à ce que quelqu'un nous prenne par la main et nous dise « il est là, faites ça » et puis, et puis en fait, il faut un petit peu être autonome et dire est-ce que je peux venir à ce moment-là etc. C'est vrai qu'au début ça m'avait frappé et puis même... à l'hôpital disons que j'avais l'impression que personne ne me disait ce qui se passait au moment où ça se passait et... » (26-P2, femme, père cadre).

Ces étudiants admettent mal de ne savoir rien faire, d'être inutiles, de « faire la plante verte ». Le milieu de l'hôpital leur est souvent étranger. Grande est leur demande d'être guidés. C'est pour cela que lorsque la prise en charge a été bonne, qu'ils ont pu trouver leur place, qu'ils ont pu faire des gestes infirmiers, apprendre quelque chose, alors les commentaires sont très positifs. Comme dit un D4, fils d'ingénieur, c'est « l'année de la découverte », il a « adoré faire les toilettes », pour beaucoup c'est un stage « super utile ». La hiérarchie, parfois évoquée, l'est surtout pour décrire une « mauvaise ambiance » dans les services entre médecins et infirmières (44). Par contre lorsque le contact avec le personnel

soignant est de bonne qualité les récits de stages décrivent une vraie relation d'apprentissage, où le regard est important « voir ce que c'est vraiment » (58), « voir le boulot en le faisant » (46). Toutes les tâches sont évoquées, les toilettes, nourrir, faire les lits et parmi ces tâches, la relation avec le patient tient une place importante.

« Q : c'est la première fois que vous mettiez le pied professionnellement à l'hôpital oui c'est la première fois et moi j'ai trouvé ça super utile. Ah oui c'est la première approche pour moi. On peut pas arriver en P2 comme ça avec les internes et tout et pas savoir comment se comporter avec un malade. Déjà que c'est un peu le cas, alors en plus si on a pas fait le stage infirmier avant. Pour moi c'est essentiel et connaître un peu les tâches des aides-soignantes, des infirmières, moi je savais pas qu'elles avaient des tâches particulières, je savais vaguement ce qu'était une aide soignante. J'ai trouvé ça super intéressant » (20-homme, P2, père directeur agence bancaire).

« Q : Justement on va revenir à ce stage infirmier. Comment est-ce qu'il s'est passé ?

Ah très bien, ah c'était super ! (rires) moi j'en ai un très très bon souvenir !

Q : Vous l'avez fait où ?

Au CHU, dans le service de médecine interne. Moi j'ai trouvé ça très très très intéressant. [...]. Et puis même de travailler avec les infirmières, d'apprendre les gestes et tout. Même, de voir les gens tous les jours, de les suivre, cinq jours par semaine, c'est complètement différent de ce que l'on fait maintenant quoi. Moi j'ai trouvé ça bien. Je trouve ça bien, je trouve ça super important de faire ça, pour nous quoi.

Q : Et globalement autour de vous, les étudiants, ils apprécient ce stage...

Euh, il y en a pas mal qui apprécient beaucoup et il y en a quelques-uns qui ont trouvé ça horrible, qui voyaient pas pourquoi ils allaient aller changer les gens avec les aides-soignantes et que, ils avaient pas fait ça pour ça ! (rires) et qu'ils trouvaient ça scandaleux de leur faire faire ça. Voilà ! [...] Oui, et puis par exemple les infirmières et les aides-soignantes à l'hôpital, ben on a vécu pendant un mois avec elles, on leur parle, on leur dit bonjour, on rigole avec elles ou on les aide pour faire des trucs et tout, je pense qu'il y en a, qui ne savent même pas qu'elles existent et euh... ils en ont rien à faire quoi ! » (13-femme, P2, parents cadres sup.).

Pour les enfants de cadres, la difficulté est vraiment de trouver une place « utile » au sein de l'équipe des soignants. Ils savent que ce qu'ils voient ne correspond pas à ce qu'on leur demandera plus tard, mais ils ne le comprennent, justement que rétrospectivement : « on est là surtout pour voir hein, c'est un premier contact, c'est après qu'on commence à avoir un rôle un peu plus important en tant qu'externe » (59-résident, père directeur d'entreprise). Ils sont très attentifs à entrer dans le concret, le « vif du sujet » (58-femme D4, père directeur marketing). Ils sont très soucieux de « voir » justement. En poussant un peu, nous pourrions dire que, à ce stade de leur formation, le statut leur importe moins que la découverte du travail.

« Ce contact avec les patients »

Pour les enfants des catégories moyennes et ouvrières, les problèmes de rôle, de place se posent aussi, mais de manière plus décisive. On accepte parfois plus difficilement les tâches ingrates du soin, ou alors elles sont une « révélation ». La mauvaise ambiance médecins/infirmières/aides-soignantes est évoquée par une fille de technicien et elle en conclut qu'elle ne travaillera jamais à l'hôpital, qu'elle préférera s'installer. Mais le stage est très apprécié de manière générale. Le plus caractéristique pour ces étudiants est la fonction du stage comme outil de légitimation de la vocation ou du choix de faire médecine. Pour une étudiante d'origine ouvrière, le stage infirmier lui fait découvrir qu'il y avait plein de spécialités qu'elle ne connaissait pas et lui fait changer d'avis sur son envie de faire pédiatrie.

Le stage infirmier qui s'est bien passé a confirmé un P2, fils d'expert-comptable dans son choix de faire médecine :

« Bah je suis très content de l'avoir fait parce que c'est ce qui m'a poussé à vraiment faire médecine parce que peut-être que si je ne l'avais pas fait, je me serais laissé convaincre par « l'orientatrice » en me disant : « bon peut-être que c'est pas ça, c'est pas ce que j'ai envie de faire », parce que j'y pensais, mais j'avais jamais eu vraiment d'expérience et on a un stage, on a eu un stage infirmier en début d'année pendant un mois en tant qu'aide-soignant/infirmier et là, j'ai vraiment pu avoir ce contact avec les patients et c'était vraiment. Là, je suis vraiment convaincu, j'ai fait le bon choix de faire ses études-là » (40-SAP2, père expert-comptable).

On voit bien que pour ces enfants les plus éloignés du monde médical, à la difficulté de trouver sa place s'ajoute l'aptitude à se projeter à la fois dans un avenir professionnel et dans le rôle du médecin. L'entretien en encadré ci-après décrit très bien la situation la plus difficile à admettre pour un étudiant issu de la classe moyenne. Il montre une sensibilité à toute forme de dévalorisation : le fait de la jeunesse (on a 18 ans), de l'inexpérience (on connaît rien du tout), du manque de statut de l'étudiant (on est habillé en bleu, on est un petit bleu), des tâches avilissantes (les toilettes, le ménage, porter les plateaux-repas), mais également du manque de statut valorisant du personnel soignant que l'on côtoie (c'est pas des médecins). Tout ceci rend difficile la projection dans un avenir plus gratifiant.

C'est la raison pour laquelle le stage infirmier est très important pour cette catégorie, car plus que d'être la concrétisation de la réussite du P1, il est surtout un rite de passage dans un monde nouveau et, comme le sont souvent les rites de passage, ce peut être douloureux. Ce passage est d'ailleurs autant celui de la confrontation à une équipe que, plus simplement, celui qui consiste à se retrouver de « l'autre côté du patient ». Le malade devient un autre et l'on se place comme soignant devant lui, qu'importe le grade occupé par cette fonction qu'il faut bien, ici, adopter.

Enfin, lorsque le stage infirmier se passe bien, les récits de stages mettent en lumière une donnée nouvelle qui est celle de l'intégration. Ce sont les étudiants appartenant aux classes moyennes qui décrivent le plus le bonheur d'être intégrés dans une équipe...

« C'était super agréable d'être dans l'équipe des aides soignantes au départ, après d'infirmières on a beaucoup plus de contacts avec les patients que quand on est même étudiants en médecine dans les services c'est heu le contact est différent, les patients ne nous voient pas de la même façon. » (77-P2, femme, père ouvrier, mère aide-soignante)

... ou le malheur de ne pas y être :

« Q : Comment s'est passé votre stage infirmier ?

Oh il s'est bien passé. J'étais en pneumologie. J'avais fait pas mal de gestes infirmiers. C'était bien et là on était vraiment... c'est comme pendant les études d'infirmières, ils sont vraiment intégrés à l'équipe et alors que nous en tant qu'étudiants en médecine on n'a pas vraiment un rôle et je trouve que ça, c'est mal fait. On n'est pas là toute la journée à part les stages à temps plein en D4 là c'est vraiment bien, mais on est pas intégrés dans l'équipe on arrive là le matin comme un cheveu sur la soupe. C'est mal fait. On gêne plus qu'autre chose » (69-Femme D4, père infirmier).

Les étudiants les plus éloignés des milieux médicaux et supérieurs se trouvent ainsi confrontés à une double difficulté dès ce stage infirmier : celle de trouver leur rôle, de savoir

quelle est leur « utilité », et celle d'épouser un nouveau statut, dont les frontières sont brouillées au départ. On sent bien qu'ils ne se situent pas encore très bien. Autant les étudiants enfants de médecins s'identifient « naturellement » aux médecins, les étudiants issus des classes supérieures non médicales se positionnent plus facilement, par le biais de l'utilitaire, du côté des infirmières, les étudiants des classes moyennes se partagent entre l'envie d'être reconnus dans leur nouveau statut, de s'y projeter, – l'envie d'être intégrés dans les équipes de soignants, c'est-à-dire acceptés par le milieu médical, dont parfois des membres de leur famille font partie (une fille d'ouvrier de Nantes, mère infirmière se sent « à égalité avec les infirmières ») –, et le besoin de se rassurer quand à leur décision d'avoir choisi médecine. Ce qu'ils recherchent dans ce premier stage du cursus, c'est à être confortés, professionnellement, humainement, dans la légitimité de leur choix. À être acceptés et à s'accepter eux-mêmes dans ces rôles qui leur sont peu familiers.

En conclusion, on pourrait dire que si le concours de P1 a une fonction de « rite de passage », le stage infirmier qui le suit immédiatement (mais qui ne s'adresse qu'aux reçus) occupe une fonction de « rite d'institution ». Il s'agit alors, pour reprendre la démonstration de P. Bourdieu, d'un rite qui a pour effet de : « séparer ceux qui l'on subi, non de ceux qui ne l'ont pas encore subi, mais de ceux qui ne le subiront en aucune façon et d'instituer ainsi une différence durable entre ceux que ce rite concerne et ceux qu'il ne concerne pas. C'est pourquoi, plutôt que rites de passage, je dirais volontiers rites de consécration ou rites de légitimation ou tout simplement rites d'institution¹⁴ ». Bourdieu poursuit en écrivant que « l'efficacité symbolique des rites d'institution réside dans le pouvoir d'agir sur le réel en agissant sur la représentation du réel ». C'est pourquoi, la chose la plus mal vécue dans le stage infirmier à Paris comme à Nantes, c'est la blouse bleue que portent les stagiaires. La blouse blanche et le stéthoscope sont pour les P2 les deux signes symboliques les plus forts d'appartenance au monde des médecins. Mais lors du stage infirmier, ils sont, au sens propre et au sens figuré, des « bleus », « des petits schtroumfs », « on a notre petite blouse bleue » (38). La portée symbolique négative de cette blouse bleue est très bien décrite dans l'extrait d'entretien reproduit en encadré.

Mais malgré les problèmes d'incertitude quant aux rôles, malgré les carences de prise en charge, d'explications sur le travail réel que l'on attend de l'étudiant, au-delà du statut peu valorisant de petit bleu, le stage infirmier est majoritairement considéré comme positif. 33 réponses positives sur 50 prises en compte, et les réponses négatives ne le sont jamais en totalité. Sur l'échantillon des P2, les Nantais parlent plus facilement de leur stage infirmier que les parisiens et ils sont globalement plus positifs.

¹⁴ Bourdieu Pierre (1982), *Actes de la recherche en sciences sociales*, Rites et fétiches, n° 43, juin, p. 58-63

Le stage infirmier – douloureux rite d'institution

« Q : C'était la première fois que tu travaillais dans le milieu hospitalier ?

Non, non c'est la première fois. Bah de toute façon on n'a pas trop le... Si quand on a 18 ans on peut peut-être faire... On peut peut-être faire des trucs à l'hôpital quoi (sans conviction) enfin l'été quoi (donner à boire ?), travailler à l'hôpital. Mais moi je n'avais pas fait ça. Donc c'était la première expérience d'arriver dans le service et tout, ça fait bizarre et puis bon on est un petit bleu quoi. On est habillé en bleu au stage infirmier donc euh... Donc on est un petit bleu et on est pris petit bleu en même temps quoi. Mais bon ce qui est normal parce qu'on connaît rien du tout... Et puis bon de toute façon t'es avec les infirmières, enfin les aides-soignantes et les infirmières donc c'est pas vraiment les médecins et d'ailleurs dans le service c'était comme ça, je...

Q : C'était dans quel service ?

Euh moi, j'étais en rééducation fonctionnelle. C'était un service vachement intéressant pour... Je pense qu'en stage infirmier c'est vachement intéressant. Il y a... Bon, il n'y a pas trop de soins infirmiers à faire mais pour le contact avec les patients c'est pas mal parce que la plupart du temps des jeunes, des accidents de la route des trucs comme ça, il y avait des multiples fractures qui étaient là pour une rééducation et tout... Donc le contact était pas mal quoi. Mais bon, c'était... J'avais fait une semaine d'aide-soignant et après trois semaines d'infirmière en fait... Donc le contact ce n'est pas le même qu'avec les médecins...

Q : Et concrètement tu faisais quoi avec les aides-soignantes et les infirmières ?

Bah avec les aides-soignants c'était faire le lit des patients, faire les toilettes aider à la toilette... Ils ne m'ont pas trop imposé de le faire parce que c'est vrai que ce n'est pas facile de faire les toilettes, on arrive, ça fait une semaine qu'on est là, il faut nettoyer les gens et tout c'est... C'est pas facile donc.

Q : Toi tu ne l'as pas fait ?

Euh, je l'ai fait une fois une toilette complète chez un monsieur, je ne me rappelle plus... Mais elle m'aidait donc elle était avec moi l'aide-soignante. Et puis bon c'est faire les lits, porter les plateaux-repas et des trucs comme ça... Et ça a duré qu'une semaine et franchement elles étaient sympas avec moi parce que je sais que dans d'autres services c'est pas forcément bien quoi...

Q : Avec les aides-soignantes ?

Ouais, ouais, ouais. Parce qu'elles étaient plus sévères à faire faire le ménage et tout. Donc bon je ne dis pas que ce n'est pas à faire, mais bon ce n'est peut-être pas l'imposer dès la première semaine alors qu'on est largué là-dedans et tout ça quoi. C'est pas forcément le but quoi. Je pense que le but d'un premier stage c'est d'avoir un contact avec une équipe médicale et connaître un peu le travail des aides-soignantes et des infirmières pour plus tard peut-être ne pas oublier ça quoi. Je pense que c'est surtout ça qui est important mais...

Q : Et après avec les infirmières...

Ouais, après avec les infirmières là c'est autre chose, c'est les soins... c'est vraiment les soins du patient, les injections les prélèvements sanguins, la distribution des médicaments... Euh ouais c'est différent quoi. (18-homme, D4, père peintre en bâtiment).

Premiers stages ou « les thrombus de couloir »

Nos interviewés n'étaient pas tous aussi bavards pour nous raconter leurs stages. Mais surtout, ils insistaient beaucoup plus sur leurs dernières expériences que sur leurs premières. Ainsi, les D4 nous ont surtout parlé de leurs stages d'externes et les résidents et les généralistes de leur troisième cycle. Pourtant, certains, même avancés dans leur cursus, se souviennent de leurs stages de P2, qui marquent une étape particulière, parfois surtout pour nous faire part de leur désillusion. La plupart de ceux qui, au-delà du D4, nous ont parlé de leurs stages de P2 l'ont fait dans un sens plutôt négatif, à l'exception de l'un d'entre eux qui a apprécié le passage au concret et à l'utilisation de ses mains.

Par ailleurs, étudiants nantais et parisiens ne parlent pas, non plus, de la même façon de leurs stages. Les Nantais reviennent plus volontiers dessus et sont, aussi, les plus critiques. On

peut supposer qu'ils sont plus nombreux dans les stages¹⁵. L'autre explication consiste à penser que les Nantais ont une attente plus forte que les Parisiens quant à ce qu'ils viennent chercher lors de leur stage, ce qui explique un niveau de critique à la hauteur de leur exigence. Ceci pourrait être confirmé par le fait que les Parisiens sont, globalement, peu bavards sur cette période, comme si elle ne présentait tout simplement qu'un intérêt mineur.

Enfin, il faut tenir compte du fait que l'année du P2 est une année où l'on désinvestit la faculté et où l'on boude un peu la formation. Les étudiants savent qu'ils ont peu de temps pour souffler et vivre sans pression. Ils peuvent se « relâcher » et tirer bénéfice des mauvaises conditions matérielles de leur accueil dans les services afin de jouer un peu les touristes.

En P2, les étudiants nantais ont la possibilité de suivre des stages « externes », à savoir qu'ils consistent en une sorte de « découverte » de modes d'exercice de la médecine qu'ils n'auront pas l'occasion de rencontrer jusqu'à leur troisième cycle. Ce stage, très court puisqu'il se déroule en trois demi-journées (une chez un généraliste en ville, une chez un spécialiste en ville et une chez un spécialiste à l'hôpital), s'il fait toujours la « part belle » aux spécialités, introduit pourtant, dès le P2, la médecine générale comme une des possibilités d'exercices. Comme il s'agit d'un des premiers contacts des étudiants avec des professionnels (pour ceux qui n'en n'avaient pas eu avant leur entrée en fac), cette « introduction » n'est pas anodine mais elle ne semble pas avoir l'effet escompté. Dans un tel contexte, la médecine générale n'apparaît pas à son « avantage » et les étudiants ne sortent pas très convaincus de ce stage « découverte », à leur avis « trop court » et « trop rapide », où ils ont le sentiment de ne rien comprendre.

Tous les étudiants, en revanche, font des stages à l'hôpital, souvent deux matinées par semaine, et sans réelle fonction. Ce sont plutôt des stages d'imprégnation, d'observation dans les services. De manière générale ils sont été assez mal vécus par les étudiants. Une toute jeune médecin de Nantes en garde un souvenir cuisant : « on nous appelait les thrombus de couloir », signifiant qu'ils étaient associés à un élément perturbateur de la « circulation » dans l'hôpital.

Ces stages sont d'autant plus mal perçus qu'ils arrivent en tout début de cursus et que les étudiants, qui viennent de franchir la barrière du P1, tout heureux d'être dans la place et échaudés par une ou deux années de théorie, ont envie d'en découdre avec le réel, avec la pratique. Ils viennent de passer le stage infirmier où ils ont joué le rôle du soignant de base et où ils ont vu quelle serait leur place. Et tous les entretiens décrivent cette impatience de tenir ce rôle. Au cours du P2, s'ils se trouvent bien « dans la place », en revanche ils n'y ont aucune place. Il est intéressant de noter que le lieu fréquemment cité est le couloir dans lequel on se « balade » ou on fait « bouchon », surtout les Nantais.

Un étudiant de deuxième année, issu d'un milieu médical, nous fait alors une démonstration de ce qui devrait être et de ce qui est, ou du moins ce qu'il vit. Il passe alors d'une description théorique de ce qu'est un « bon stage » à un récit totalement désillusionné où, pire qu'un mauvais stage, on a l'impression qu'il s'agit surtout d'un stage « inexistant », vide, sans effet pédagogique :

¹⁵ C'est un point difficile à éclaircir. Si l'on compare le nombre de lits des hôpitaux dont dépendent ces deux facultés, il y aurait même un léger avantage à Nantes. Cependant, les maquettes semblent conçues différemment et les nantais auraient des stages plus ciblés que les parisiens, ce qui expliquerait qu'ils sont concentrés dans un nombre de services plus restreint (cf. programmes des études en annexe).

« Q : Et les stages alors ? Vous avez des stages...

Alors, on a 2 stages dans l'année qui sont tous les mercredis matin [...] on a 2 stages dans l'année. Donc il y a un premier stage qui va de début décembre jusqu'à mercredi dernier qui s'est terminé mercredi (mi-février) donc hier. On est dans un premier service, donc en fait, tous les mercredis matin, on va dans le même service, on est de 5 à 7, voire même plus, ça dépend des groupes, des groupes qui sont faits. Ce sont des stages de sémiologie, je ne sais pas si vous savez ce que c'est « sémiologie », c'est l'étude des signes cliniques et donc en fait le but c'est de... on est encadré par un interne, non, pardon, excusez-moi, par le chef de clinique qui est censé nous dispenser des cours, nous montrer des signes de sémiologie, enfin nous faire rentrer vraiment dans... enfin faire une première approche du monde médical. Donc voilà, on a 2 services à visiter dans l'année (...)

« Q : Et ça vous plaît d'évoluer un peu dans le monde hospitalier ?

Pour ma part, alors je ne suis pas un bon exemple parce que je sais que le stage de sémio où on est, c'est quelque chose, enfin c'est vachement aléatoire parce que ça dépend du service, il y a tout un contexte. Il y a des stages où le chef de clinique est très impliqué. Il va libérer toute sa matinée pour les étudiants. Il va leur faire des cours magistraux. Il va aller dans chaque chambre, en fonction du patient, nous montrer tel ou tel signe, nous montrer tel ou tel examen. Donc ça, ce sont des stages très intéressants et puis, il y a des stages comme le mien où... et bien... on arrive et déjà on a... en fait... on a presque une heure de stage. En fait, on ne fait que suivre les médecins. On ne fait rien et donc, personne s'occupe de nous entre guillemets, donc là, c'est vraiment très rébarbatif, enfin, finalement, ça n'a pas beaucoup d'intérêt, sauf d'être là d'avoir une blouse, d'avoir un stétho et de se dire : « je suis à l'hôpital ». Mais bon, heureusement, je sais que mon prochain stage est plutôt un stage beaucoup plus intéressant. On verra bien. » (31- P2, homme, fils de médecin)

On trouve une réelle différence dans cette appréciation entre les deux facultés. À Saint-Antoine, les stages ne sont pas décrits comme « bons », mais comme transitoires, sans beaucoup d'attentes. C'est l'occasion de mettre « un pied dans le milieu médical » (51), c'est « pas très long mais ça va, ça permet d'apprendre en pratique, c'est mieux que d'apprendre des cours en théorique sans rien comprendre » (17). Sans doute cette réaction est-elle liée, comme pour le stage infirmier, à une certaine proximité avec le milieu et une fréquentation rassurante de l'élite, puisque ce sont toujours les étudiants les plus éloignés du milieu qui supportent le moins bien cette situation et témoignent de leur impatience :

« Vraiment j'avais idéalisé le truc quoi l'année dernière, parce que... [...], bon je me disais : « Ca va être génial ! Ca va être trop bien ! ». Donc je suis retombée sur terre. C'est-à-dire l'hôpital, moi je trouve ça dur et je m'étais dit : « Ca va être trop bien l'hôpital, je vais avoir des stages, ça va être super et tout. » Bon en fait, je suis un peu déçue de ça quoi [...] Je suis pas spécialement déçue. Si, enfin je suis peut-être un petit peu déçue parce que j'avais vachement idéalisé l'année dernière, mais dans l'ensemble je suis pas dégoûtée du tout quoi.

Q : Tu avais idéalisé par rapport aux stages, aux choses comme ça ?

Ouais j'avais idéalisé, enfin je ne sais pas. Ouais par rapport aux stages beaucoup, je m'étais dit : « Je vais vraiment me rendre compte que ça me plaît, que je vais faire plein de choses à l'hôpital. ». En fait j'ai plus l'impression d'être dans le couloir tout le temps qu'autre chose. Bon je me dis que ça viendra aussi, on est en P2, on ne sait pas assez de choses pour... C'est sûr qu'il faut prendre le temps, on va pas tout de suite commencer à soigner des gens donc...

Q : Donc au niveau des stages c'est pas assez d'activités euh...

Bah disons que, enfin moi pour le moment je suis tombée dans des stages où les médecins étaient pas du tout impliqués avec nous. Donc c'est vrai qu'ils avaient leur truc et de nous voir. Déjà ils étaient pas contents de nous voir arriver, ils disaient : « Ah oui c'est vrai, c'est mercredi. », genre « c'est la garderie quoi ! ». Enfin j'ai pas eu de chances sur mes stages, parce que je sais que j'ai des amis qui sont tombés dans des stages et qui trouvent ça génial, donc ça viendra. » (36-Femme, père professeur d'anglais).

Pour cette autre étudiante, fille d'une ouvrière du nord-est de la France, son expérience de stage est l'occasion de comprendre le fonctionnement de l'hôpital à la lumière d'une division du travail qui lui fait associer l'institution à une organisation productive. Ainsi, à l'hôpital aussi il y a des « chaînes » de travail et cette image l'aide à se construire une place de « petite stagiaire » intégrée comme un « maillon de la chaîne » :

« Ben cette ambiance c'est une petite entreprise, c'est : on a les médecins, on a les internes, on a les externes, les chefs de cliniques, les chefs de service, c'est les infirmières, les aides soignantes, c'est vraiment oui c'est une petite chaîne qui travaille ensemble, chacun a sa place et sa fonction, chacun enfin s'il manque un des maillons de la chaîne tout se casse la gueule quoi, mais et c'est vraiment ça aussi qui me plaît, c'est...c'est on voit vraiment comment chacun évolue, ce que c'est chaque tâche pour les gens. En plus moi j'ai la chance d'avoir un chef de clinique qui nous encadre très très bien, donc en plus de ça on. c'est-à-dire que on va aller dans les chambres des patients, tout le monde va être disponible à la fois pour, pour nous les petites stagiaires qu'on fait aussi partie du maillon quand on est dans un hôpital universitaire, mais...oui non c'est toute cette organisation et, et on se dit que ben chacun a sa place, chacun est utile, chacun et puis en plus c'est interconnecté quoi, il faut qu'il y ait de l'échange et enfin c'est vraiment... » (20).

Les Nantais sont plus pessimistes parce qu'ils insistent surtout sur le nombre d'étudiants, qui semble faire obstacle à la qualité (et même la possibilité) d'un bon encadrement. Ce sont eux qui mentionnent le plus souvent des problèmes de nombre, mais on voit, dans les deux extraits ci-dessous, venant d'étudiants en P2 de Nantes et de Saint-Antoine, que ce problème est récurrent pour les stagiaires :

« Euh...on est refusé... je sais pas si...(il regarde le magnéto, il hésite à le dire)...on est ref...on a été bon...on a été refusé, la moitié de notre groupe a été refusée dans un stage en gastro-entérologie à X, parce qu'on était trop nombreux pour le nombre d'externes qui pouvaient nous encadrer. Et que ça a conduit à des accidents, qui auraient pu être assez graves. Parce qu'il y a des gestes techniques qui sont faits par des P2 qui devraient être encadrés et qui du coup l'étaient plus parce qu'il y avait plus personne pour, y'avait trop de...pas assez de monde quoi. Et c'est vrai qu'on est beaucoup trop nombreux en étudiants dans les services, on est dix fois trop nombreux, par rapport aux exigences d'hygiène et tout ça on est trop nombreux c'est... » (P2, Nantes, 24).

« Q : Donc après tu es rentré en P2, tu as de nouveau cours et d'autres stages...Comment ça s'est passé ?

Ah bah les autres stages sont très différents. Ils sont...On se fait des illusions et on est assez déçu finalement...

Q : Par rapport au stage infirmier ?

Bah c'est plus du tout le même rapport au patient, ça n'a rien à voir...Quand on est huit à suivre un médecin et qu'on est neuf à rentrer dans une chambre pour entendre le médecin dire « vous avez passé une bonne nuit ! » et voilà et parler à l'interne « vous lui augmentez ceci et puis...parce qu'il n'a pas assez pissé ». Là on sort de la chambre, ce n'est pas l'idée qu'on peut se faire d'une bonne relation...Mais en même temps je ne peux pas le blâmer non plus parce que je comprends que ça doit être assez difficile d'organiser une formation pour autant d'étudiants » (P2, Saint-Antoine, 34).

Les stages de P2 arrivent dans un contexte particulier : après une ou deux années de bachotage sans accroche pratique, ils sont immergés lors de leur stage infirmier, au plus près des malades. Ensuite, ils réintègrent une position désormais nouvelle : l'étudiant en médecine, donc le dernier maillon de la chaîne médicale à l'hôpital tandis qu'ils relâchent leur assiduité en cours. Du coup, un étudiant très brillamment reçu lors du concours de P1 décrit son PCEM2 comme une année d'abandon à tous les niveaux :

« Non c'est pas...j'ai fait gastro...euh...rhumato infantile et cardio. J'ai pas été déçu, mais un truc qui m'a vraiment pas plu à Nantes, c'est qu'on nous a lâchés comme ça en début d'année, en stage comme ça. On savait pas du tout quoi faire, on nous a pas dit ce qu'on devait faire en stage en fait. Ça, je trouve ça un peu bête. Ils devraient au moins prendre deux heures en début d'année où on nous dit qu'est-ce qu'on doit faire en stage, c'est quoi le but des stages et ça, on nous l'a absolument pas expliqué. J'ai trouvé ça regrettable. Après, moi j'étais pas très assidu en stage mais non...c'est quand même...moi je vais pas en cours, donc s'il y avait pas les stages, je ferais rien du tout. Vraiment les stages... » (30).

On voit alors plusieurs attitudes se dessiner qui sont autant de réponses à un manque évident de repères lors de ces premières expériences. Les mots sont forts qui décrivent des situations un peu dans l'impasse : l'errance « on se balade » ; la stagnation « j'ai fait la plante verte » ; la pesanteur « on est des poids » ; l'occlusion « on est des thrombus » « on gêne » ; l'égarément « on est perdus ».

L'errance :

« (rires) oh non, en deuxième année on est toujours aussi inutile. Donc on se balade en blouse blanche dans l'hôpital » (38).

« ben les stages, je me souviens à l'époque on était un peu errants dans les services. Mais bon je crois qu'on était 800-900. Finalement j'en garde un bon souvenir parce que j'ai eu ce concours la première fois, et que c'était une surprise, mais c'est vrai que c'est une époque un peu en attente » (88).

La stagnation

« les stages commençaient en deuxième année, et mon premier stage c'était un stage de médecine interne donc on j'ai fait la plante verte pendant (rires) je dis ça parce qu'il faut bien avouer qu'en deuxième année heu... on n'a pas grand-chose à vous proposer en médecine interne ou même dans d'autres services si ce n'est à prendre ou à regarder enfin moi c'est le sentiment que j'ai eu quoi. Mais bon à appréhender le milieu hospitalier, mais heu...voir comment tout cela fonctionne, tout cela s'organise mais ce qui nous intéresse nous, c'est de plonger dans le vif du sujet, d'être en relation avec le patient et d'apprendre les choses sur la médecine réelle. J'ai pas le souvenir d'avoir beaucoup appris dans ce premier stage-là. C'est venu après » (75).

La pesanteur, l'égarément

« Q : C'est le premier contact avec l'hôpital...

Ah ouais je trouve ça vachement bien. Puis j'ai adoré mon stage infirmier. Par contre les stages que j'ai faits cette année pff...je sais pas dans le stage infirmier on faisait des choses c'était concret, avec l'infirmière.

Q : Et là vous vous sentez perdue ?

Oh ben là on est complètement perdus, on arrive dans les couloirs, on débarque à 5 ou 10 dans les couloirs, ils nous voient arriver ils font : « oh là là c'est quoi ça ? Bon ben mettez-vous là ! attendez », et puis on fait rien quoi ! On est des poids sauf dans certains services où on est un peu pris en charge mais globalement on y va on y va pas ils s'en foutent, au contraire ils sont contents quand on vient pas

Q : Ils savent pas quoi faire de vous ?

Ouais et puis c'est vrai que quand on arrive on sait rien faire. On est avec nos blouses blanches et nos stéthoscopes c'est bien beau mais (rires) bon on connaît rien. C'est dommage parce que c'est bien de faire des stages, dans certaines facs ils en font pas. En deuxième année quoi. C'est vrai que c'est vachement bien parce qu'on a quand même une approche, mais bon le problème c'est qu'ils peuvent pas nous prendre en charge. On est trop, on est beaucoup maintenant hein ! Faudrait mettre des stages en plus je sais pas » (67).

L'occlusion

« Q : Finalement ce rôle d'observation, vous l'avez jusqu'en D3 !

On l'a jusqu'à la fin de D1, On est externe à partir du D2. Là ça change. On a un rôle défini, on a des patients, alors que sinon ben... en plus on connaît pas grand-chose donc on n'ose pas trop entrer dans les chambres aller voir les gens. C'est vrai que c'est pas évident et on est beaucoup en plus, de plus en plus. Ça va être encore pire je pense. On fait bouchon dans le couloir. C'est gênant. Je trouvais ça pesant.

Q : C'est pas idéal comme type de formation...

Ben c'est pas idéal dans la mesure où on est beaucoup trop et c'est vrai qu'il faudrait à chaque fois qu'on est en stage qu'il y ait quelqu'un qui se dévoue pour nous, qui s'occupe de nous. Je comprends bien que c'est pas évident. Sinon c'est vrai qu'on a passé des matinées à s'embêter au milieu du couloir et... » (35).

« Par contre j'ai redoublé ma deuxième année parce que j'ai été totalement démotivée par l'accueil qu'on pouvait avoir à l'hôpital, on nous appelait les thrombus de couloir.

Q : Les quoi ?

Les thrombus ça veut dire les caillots. On faisait des agglomérats dans les artères qu'étaient les couloirs et on s'occupait pas du tout de nous et là j'ai été... ça m'a plombée » (83).

Quand la prise en charge est réelle, l'appréciation est alors très bonne. Mais on peut penser que ce baptême du feu laisse des traces. Tout dépend de l'investissement personnel que l'étudiant met dans son projet. Et beaucoup de choses se jouent dans la proximité avec le milieu médical, et à travers l'image du médecin. Le médecin est encore « sacralisé », son image n'est pas mise en cause, parce que ce sont les externes qui sont censés s'occuper des stagiaires. Ces derniers admettent que les « grands » aient autre chose à faire que de s'occuper d'eux. C'est pourquoi, lorsqu'un patron s'intéresse aux petits bleus « qui trottaient » cela impressionne, étonne, c'est reçu comme un cadeau. Dans les stages qui suivront cette dimension deviendra très importante. Non seulement la prise en charge mais l'envie d'enseigner. Le désir de transmettre son savoir, d'apprendre aux autres est un des facteurs décisifs dans l'évaluation de sa formation.

« Par contre en gastro on nous a bien pris en charge par des externes donc là c'était vraiment super-bien fait et moi j'étais dans un stage un peu particulier et donc là le chef de clinique nous prenait une fois de temps en temps dans un service. Et ça, c'était très bien fait aussi quoi. Et j'étais étonnée parce que les médecins étaient... Enfin ça ne les dérangeait pas trop de nous recevoir quoi parce qu'on était quand même derrière eux, à trotter derrière tout le temps. Et ça ne les dérangeait pas plus que ça, ils étaient contents de nous montrer des choses et ça, j'ai été étonnée de ce côté-là.

Q : Dans les différents stages que tu as eus ?

Ouais en général les médecins étaient contents de nous apprendre, de transmettre, ça ne les dérangeait pas. Si ça prenait sur leur temps en tout cas j'avais l'impression que ça ne les dérangeait pas plus que ça.

Q : Donc tu parles des médecins...

...des médecins, des chefs de clinique aussi » (38, NP2 F, père ingénieur).

La totalité des appréciations négatives mentionnées ici sont le fait d'enfants des catégories supérieures non médicales. On voit dans leur discours comment la question de la cohérence, de la compétence et du savoir se combine avec le statut. La demande d'encadrement est très forte, jusqu'à la demande de « dévouement » (35). Mais ce qui semble décisif est porté par la relation au statut. Il y a le même hiatus entre la blouse bleue et le statut d'étudiant en médecine dans le stage infirmier :

« Bah on a notre petite blouse bleue donc, entre les stagiaires, et donc oui, il y a une petite étiquette marquée « étudiant de médecine ». Donc les patients croient que c'est génial, on est des étudiants de médecine mais pas du tout (rires) » (38-NP2, fille d'ingénieur).

qu'entre la blouse blanche et ce même statut dans les stages de P2.

« Ouh ! euh, oui euh, bof ! ! ! on pense des fois qu'on la mérite pas vraiment notre blouse blanche et que bon hein, on est un peu déguisés quoi ! (rires) pouh, on arrive, on ausculte les patients et tout mais bon ! on connaît pas grand-chose en fait hein ! c'est vrai qu'on se demande des fois comment les patients nous voient parce qu'on est jeunes...bon ben...on se demande si on est vraiment très crédibles quoi. Je sais pas » (13).

Ce qui déplaît est moins le fait de ne rien apprendre, que celui de porter, de manière indue, non légitime, les signes d'appartenance à la fonction et au savoir : le stéthoscope, la blouse blanche. Leur impatience est celle d'être enfin en adéquation « scientifique » autant que pratique avec la fonction et le statut qu'ils s'approprient à endosser, ce qu'ils espèrent voir se concrétiser en accédant à l'externat.

L'externat

Les étudiants sont en stage à l'hôpital tous les matins. Du D2 au D4, ils doivent passer dans tous les services, et les choix se font par tirage au sort d'une lettre de l'alphabet. Les premiers par ordre alphabétique sortis du tirage au sort choisissent leur stage et ainsi de suite jusqu'aux derniers qui prennent ce qui reste. C'est un protocole meilleur que ce qui se pratiquait dans les années quatre-vingt où les choix se faisaient en fonction des classements. C'était donc toujours les meilleurs qui choisissaient les « meilleurs » stages. Les étudiants malgré tout critiquent ce système qui peut faire qu'un même étudiant se retrouve plusieurs fois dans le même stage. C'est une D4 de Nantes qui décrit ce problème.

« C'est mal organisé ça. Ah oui oui. C'est l'ordinateur qui fait les choix, donc on peut repasser dans le même service plusieurs fois. Il y en a qui ont beaucoup plus de service de chirurgie que d'autres. C'est pas équitable. Il y a des services dans lesquels tout le monde passe, en gériatrie en psychiatrie en gynéco, en urgence, mais tout le monde ne passe pas en neurologie ni en cardiologie, À moins de faire la demande l'été. On se bat (rires) » (69).

À Saint-Antoine les étudiants disent plus souvent qu'ils ont pu faire les stages qu'ils ont voulu. À Nantes c'est la chance qui joue. En dehors de ces aspects matériels plusieurs facteurs influent sur les appréciations et les situations sont de nouveau très diverses en fonction :

- Des spécialités médicales :

Les raisons pour lesquelles un stage répond ou non à l'attente de l'étudiant peuvent être totalement inversées selon la filière choisie. Par exemple, un étudiant qui se destine à la cardiologie ou à une spécialité « à système », ne trouvera pas d'intérêt aux stages de rhumato, de dermatologie ou de psychiatrie, alors qu'un étudiant qui se destine à la médecine générale va rarement apprécier son stage de chirurgie. Le stage de chirurgie en lui-même pourrait être classé à part car il semble être le lieu d'une forme de « bizutage » après l'heure, où l'on utilise les externes comme des « outils », par exemple, en leur faisant tenir interminablement des écarteurs. C'est l'un des stages qui revient de manière récurrente – chez les étudiants qui se destinent à la médecine générale et aussi chez les femmes – comme modèle de « mauvais

stage », accompagné de commentaires sur le côté « macho » et sexiste des médecins de la spécialité.

- Des projets professionnels :

Les étudiants qui se destinent à passer l'internat cherchent à gagner du temps sur les stages. C'est une pratique qui semble plus courante à Saint-Antoine qu'à Nantes, ce qui se comprend très bien dans la mesure où cette faculté est réputée pour sa préparation à l'internat. Saint-Antoine offre donc à ses étudiants un certain nombre de stages « planqués » comme le décrit un généraliste, qui s'est toujours destiné à la médecine générale, malgré le fait qu'il soit dans les meilleurs : « *il y a pas mal de bachoteurs effectivement qui étaient dans toutes les planques d'externes possibles et imaginables parce qu'ils n'avaient pas envie de sortir d'un stage à quatre heures de l'après-midi pour avoir refait des dossiers alors qu'ils avaient autre chose à réviser* » (61). Pour ce généraliste un bon stage était un stage « où on ne faisait pas de la figuration », pour un candidat à l'internat un bon stage est un stage « planqué ».

On se rend compte que, comme pour le stage infirmier, le temps efface le souvenir des difficultés ou des désillusions, lorsque celles-ci n'ont pas été trop fortes. Les médecins installés parlent de préférence de leur internat ou résidanat mais, lorsqu'ils jugent leurs stages d'externes, ils réhabilitent leur rôle formateur, lequel échappe à l'étudiant, plongé dedans au quotidien : « *tous les stages sont bien, c'est toujours la découverte de quelque chose de nouveau sauf certaines spécialités qui sont très pointues comme l'hématologie* » (homme généraliste à Nantes-70). « *je ne peux pas dire après qu'il y a un stage en particulier où là, je garde un très mauvais souvenir. Je crois que j'ai trouvé un intérêt de toute façon dans chaque stage, plus ou moins, mais il y avait toujours un intérêt* » (74-femme). Nous remarquons que ce sont des Nantais, issus des classes moyennes, qui réagissent ainsi.

L'analyse des récits des étudiants concernant leurs stages d'externes fait apparaître plusieurs thématiques complémentaires et parfois contradictoires :

1. l'entrée en fonction : ils occupent (ou tentent d'occuper) un rôle et commencent à se situer dans un rapport de (futur) médecin face à un malade ;
2. le maintien d'un statut d'étudiant : c'est un moment où commence à peser ce statut et ils se plaignent souvent d'être dans un espace intermédiaire entre les responsabilités et l'infantilisation ;
3. le temps de l'apprentissage : tout comme le temps des études, ce temps est vécu différemment par les étudiants, qui ont une conscience plus ou moins aiguë des diverses composantes du métier qu'il leur faut apprendre ;
4. l'impact sur l'avenir : ces stages sont l'occasion de voir émerger des modèles et des contre-modèles médicaux, tout comme être attiré ou repoussé par certaines spécialités et/ou certains modes d'exercice. C'est un curieux mouvement un peu « élastique » qui ouvre et ferme des portes, contribuant à ce que certaines spécialités soient découvertes et entrent dans le champ des possibles, pendant que d'autres se referment en réduisant l'espace des choix.

L'entrée en fonction

On a vu que les stagiaires attendaient avec impatience leur externat. Avoir enfin un vrai rôle, faire de la médecine, entrer dans le concret. Ils ont trois années de théorie derrière eux, où pour certains ils ont l'impression d'avoir perdu leur temps, parce qu'ils n'arrivaient pas à

faire la relation entre les acquisitions des connaissances scientifiques et « apprendre » la médecine. En fait ils le disent ainsi : ils ne voient pas à quoi ça va leur servir, ni dans leur formation, ni dans leur exercice. Ces notions d'inutilité, de théorie, de non-sens presque, ils les traînent depuis le P1 comme des boulets. Il y a une très forte attente par rapport aux stages parce que les étudiants arrivent à l'hôpital avec le sentiment qu'ils « ne savent rien » et que par conséquent c'est maintenant qu'ils vont commencer à apprendre et « savoir » « en vrai ». Les mots « concret », « réel », « réalité », « pour de vrai » indiquent bien cette attente.

Mais qu'est-ce que veut dire apprendre la pratique ? Il semble qu'il y ait une contradiction entre ce désir d'être formé à la clinique et ce que les étudiants disent eux-mêmes de la médecine, c'est-à-dire qu'elle n'est pas une science exacte. Comme s'il pouvait y avoir une formation à la médecine comme il y a une formation à la mécanique.

« Oui et bien pas tous, pas tous et puis euh...et puis c'est, c'est des généralités quoi on va vous dire : bon ben dans l'hypertension il faut donner un inhibiteur calcique, ou un bêtabloquant et tout ça. Alors ça, c'est parlant pour des médecins généralistes qui exercent depuis 20 ans ! mais pour un, en cinquième année sixième année on apprend bêtement, mais ça nous donne pas du tout de solution pour le jour où on se retrouve en face d'un patient. Alors je dis pas qu'il faut donner des recettes, on m'a toujours, on m'a souvent reproché ça, il y a des chefs qui m'ont souvent dit, mais toi tu voudrais des recettes toutes faites, tu voudrais avoir ton petit carnet, alors celui-ci, il est diabétique je lui fais ça,...c'est vrai que la médecine c'est pas une science exacte mais euh... » (56)

En fait ils ne peuvent avoir été, d'abord sélectionnés, puis formés sur la base de critères et disciplines essentiellement « scientifiques » sans que cela soit sans effet sur leur vision de la médecine. Cette dernière est sous la tutelle de cette pensée scientifique que Norbert Elias décrit bien comme une chimère : « Dans la théorie des sciences on continue à parler de la science et de la méthode scientifique comme s'il n'existait réellement qu'une science et qu'une méthode scientifique ; ceci est une chimère, comme le fut autrefois l'idée selon laquelle il existait un remède universel contre toutes les maladies¹⁶ ». Les étudiants se doutent bien que la « science médicale » est plus complexe que ce que ces premières années d'apprentissage de la médecine laisserait croire. Ils ont bien l'intuition que la médecine « ça » n'est pas de la biochimie, de la physique, et même de la biologie. Ils attendent de l'hôpital et des stages de leur montrer ce que c'est « pour de vrai », mais tout en gardant comme référence ce qu'ils connaissent le mieux et dont on les a gavés. Ils restent très dépendants de cet environnement des sciences même s'ils s'en défendent. Elias poursuit dans ce même texte en faisant l'hypothèse de la connaissance scientifique comme paradigme de toute connaissance : « La connaissance scientifique serait la forme “naturelle”, “raisonnable”, “normale” ou tout au moins “éternelle et immuable” de toute forme de connaissance¹⁷ ». Les étudiants en médecine sont tiraillés entre l'adhésion à cette hypothèse et l'intuition que ce n'est pas le bon moyen d'apprendre à soigner les gens. Ils sont dans une sorte de « double bind » entre la récusation d'un enseignement théorique dont ils ne veulent plus mais qui les a formatés et l'envie de voir cet enseignement se connecter à la réalité. Ils découvrent au cours du deuxième cycle que la réalité de la médecine c'est l'homme, c'est-à-dire le médecin et le malade.

¹⁶ Elias Norbert (1991), *Qu'est-ce que la sociologie ?*, Paris, Ed. de l'Aube, p. 60.

¹⁷ Id., p. 61

Le médecin

La question est très complexe et l'on se rend compte que lorsque les étudiants disent « on ne nous forme pas à la clinique », ce n'est pas la formation au diagnostic qui est mise en cause, ce ne sont pas les recours aux différents examens cliniques et techniques, – qu'en tant qu'externes, ils manipulent d'ailleurs –, mais c'est du rapport au malade lui-même dont il est question. La question est celle du rapport au corps du malade, non pas avec tout l'appareillage technique et diagnostic qui l'entoure mais avec le corps, c'est-à-dire les mains, la parole, du médecin lui-même qui doit le prendre en charge. Parfois les étudiants utilisent même le mot de travail manuel. Le manuel ici ne signifie pas l'habileté à travailler des matériaux et ce ne sont pas les enfants d'ouvriers ou d'artisans qui l'emploient le plus. Le corps du malade n'est pas encore considéré comme un exemple ou un nom de maladie. Enseigner la pratique ce serait donc, par exemple, ne pas considérer le corps du malade comme un support d'enseignement. C'est ce que nous trouvons décrit dans les entretiens sous le vocable « humain ». C'est pendant les stages d'externat que les étudiants se posent la question de l'humanité ou de l'inhumanité, à la fois des services et des enseignants praticiens hospitaliers. Lorsque l'on pose la question : « y a-t-il un enseignant, un médecin, un professeur qui vous a marqué ? », c'est toujours le mot humain qui est central dans l'appréciation. Ci-dessous la description du modèle, en positif de l'enseignant humain et qui, de plus, allie la compétence la plus pointue et l'excellence, à l'humanité, qui a impressionné une étudiante de Saint-Antoine, actuellement en D4 :

« C'était le premier stage d'externe en pneumo à Tenon et il s'appelle le Professeur X. C'est une espèce d'autodidacte, un bosseur invétéré. Il est passé Professeur je crois vers 38 ans ce qui est quand même assez rare [...] un peu philosophe sur les bords, mais très intéressant, point de vue aussi performance médicale, parce qu'il avait un raisonnement pur. Plus pur, ce n'est pas possible en médecine, je pense, il piégeait tout le monde avec un raisonnement simple, archi-simple, c'est-à-dire que ce pouvait être un cas effectivement en apparence compliqué, il va demander à ses chefs de clinique ce qu'ils en pensent, ce qu'ils feraient comme examen complémentaire, il va chercher le truc de midi à 14 heures et puis en fait un examen simple... il clouait les gens comme ça en permanence. En même temps hyperpointu. [...] Et au niveau humain, je l'ai trouvé le plus impressionnant de tous et Dieu sait, non, il n'y en a pas beaucoup qui sont déjà impressionnants tout court, enfin qui sont même, je trouve, corrects. Il y en a beaucoup qui ont un peu un melon à la place de la tête déjà, donc ce n'est pas forcément facile d'être dans les rapports humains et lui, même s'il avait aussi un côté un peu, pas fier, mais, disons, confiant en lui, hyper confiant en lui, il n'a pas du tout ce côté dénigrant ou quoi de ce soit, c'était... Il s'intéressait à tout le monde, c'est-à-dire que quand il rentrait dans une chambre pour voir ses patients, il repérait dès que, psychologiquement, il y avait une détresse, il leur parlait en 2 secondes [...] alors qu'il y en a beaucoup qui le repèrent, mais qui se barrent en courant et qui ne disent rien et lui, non, il prenait le temps et il pouvait prendre 20 minutes pour parler [...] vraiment une finesse dans ses rapports avec les patients et en plus, il faisait ça avec tout le monde, avec toute son équipe, donc ça allait de l'aide soignante à l'infirmière, à l'interne, à la chef de clinique et avec nous, les externes. Il repérait tout [...] c'était assez intéressant comme vision des choses et franchement oui, il m'a marquée, de ce point de vue-là, il m'a marquée. Mais c'est par son côté hyper bon au niveau scientifique et au niveau médical, même aussi par son humanité qui était incroyable et que je n'ai retrouvée chez pratiquement personne d'autre parce que les autres, ils sont, je ne sais pas, plus aigris ou plus... Ils ont tous des histoires différentes, mais oui, lui, je le trouvais plutôt équilibré » (58).

Il n'y a pas de différences de classe repérables quant à ces appréciations. Tous les étudiants, quel que soit leur milieu apprécient leur stage lorsqu'ils ont un formateur de cette

nature. Les relations avec la hiérarchie ne sont pas encore très fortes contrairement aux stages post-internat. Les réactions des interviewés par rapport à des situations de stage à l'opposé de celle décrite ci-dessus, ne partagent pas non plus sociologiquement les étudiants. Un fils de médecin n'est pas forcément plus à l'aise dans les stages qu'un fils d'ingénieur. Et tous les étudiants vivent des formes de bizutage, où ils sont « humiliés », pris pour des « nuls » et où l'externe est « l'homme à tout faire » (85) du service etc. La même D4, fille d'ingénieur, qui décrit ci-dessus le modèle du bon médecin, nous fait une description *a contrario*, de ce qui ressemble à un rituel, dans lequel patrons et internes sont complices pour se moquer des externes : « *c'est simple, moi, je suis là pour apprendre. J'ai envie d'apprendre, je n'ai pas envie qu'on me prenne pour une conne de façon...c'est trop facile, donc je veux bien apprendre, mais on m'apprend les choses de façon intelligente aussi. Je n'ai pas à être insultée comme ça* ». Par contre une caractéristique est à mettre au crédit des enfants de cadres supérieurs et professions libérales, c'est le donnant/donnant, le deal en d'autres termes. C'est toujours la même D4 qui parle, à propos d'un stage en urologie où on lui fait tenir une sonde urinaire pendant une heure, et qui à nouveau en tire les conséquences sur sa formation :

« Et si à la limite, on me demande de tirer sur une sonde urinaire pendant une heure, mais qu'après, on me dit : « viens, on va t'expliquer ça. Viens on va te montrer ça. » Pas de problème, c'est 50-50, il y a de l'échange. Moi je veux bien mettre des dossiers à jour, qu'ils soient propres, qu'ils soient clairs, moi, je trouve ça hyper important dans le service que le dossier médical soit à jour. Mais si en contrepartie, on ne me propose rien d'intéressant, c'est clair que je...enfin tout le monde se braque, on est tous pareils. S'ils apportent quelque chose, nous, on veut bien apporter quelque chose et parfois, on veut bien commencer par apporter quelque chose. On n'attend pas forcément que ça vienne des autres. Mais bon, s'il n'y a jamais de retour, il y a un moment, on se lasse » (58).

Pour une D4 de Saint Antoine, fille de pharmacien, c'est donnant-donnant

« Moi j'aime bien aller à l'hôpital et j'ai eu la chance d'être dans de très, je considère, de très bons services avec des gens spécialistes qualifiés et donc qui avaient envie de m'apprendre des trucs. Mais je pense que c'est donnant-donnant. Toi, il faut montrer que tu es intéressée et eux après ils t'apprennent et moi je me souviens des choses que, c'est pour ça que j'ai raté l'internat, moi je restais à l'hôpital très longtemps globalement » (55).

C'est également dans cette catégorie d'étudiants que l'on trouve mention de cette forme d'apprentissage particulière qu'est le compagnonnage. Ici c'est toujours le donnant/donnant, mais avec un lien de subordination qui n'est plus de l'ordre du deal, qui est plus noble dans l'échange qui se réfère au modèle du maître et du disciple. Dans ce cas de figure, l'interne n'a pas la légitimité que donnent l'expérience et le statut.

« Je pense que s'il faut faire passer un message, c'est vraiment qu'il y a une...il manque, et je dirais avec mes deux autres amis, avec qui j'ai fait mes études, c'est un manque qu'on a ressenti, c'est cette absence de compagnonnage quand on est externe. C'est-à-dire qu'on est un peu seul quand même et cette division, vraiment entre la théorie et la pratique. Je dirais qu'il faudrait calquer l'enseignement de la médecine sur ce que l'on fait pour préparer l'internat, pour faire des gens capables de réfléchir efficacement. Il faudrait débloquer du temps pour que les chefs de clinique, des praticiens hospitaliers, puissent s'occuper vraiment de l'enseignement en général. Avoir la démarche intellectuelle médicale et je trouve que ça a beaucoup manqué dans mes études » (91-Généraliste de Saint-Antoine, père ingénieur).

Le malade

Enseigner la pratique cela veut dire aussi impliquer l'étudiant dans ce rapport au malade. C'est sans doute, si l'on analyse les entretiens, par là que peut se faire l'implication pratique des enseignements théoriques, car c'est le malade, indéfectiblement, qui fait lien. Ce sont surtout les résidents et médecins installés qui soulignent ce manque, parce que rétrospectivement, ils savent que l'apprentissage de la pratique ne peut se faire que par le contact le plus étroit avec le malade et donc par la prise de responsabilités vis-à-vis de celui-ci. Les D4 disent, « on n'est pas impliqués » ou bien « on ne nous donne pas les moyens de nous motiver ». Une interne de médecine interne, qui a fait ses études à Saint Antoine mais qui effectue son internat de médecine générale à Nantes, souligne une différence à ce sujet entre Nantes et Paris. Elle s'étonne du fait qu'à Nantes « ils n'ont jamais le droit de rien faire » alors qu'elle était beaucoup plus impliquée dans ses stages d'externes, ce qui lui a permis de mieux assurer son premier stage d'interne à Nantes, où elle s'est retrouvée toute seule avec « plein de malades à gérer ». Une généraliste formée à St Antoine n'est pas tout à fait du même avis, mais elle montre comment le manque d'implication rend le travail de soin plus difficile à comprendre

« Non en tant que, en tant qu'externe... non a priori non, non moi j'ai trouvé que ça c'était plutôt bien passé, qu'on avait été bien encadré ; euh je trouve que par contre au niveau, c'est en tant qu'externe, on ne prenait pas assez, surtout à la fin de notre externat, on ne prenait pas assez d'initiatives pour les choix thérapeutiques en fait. Donc, on est passé de l'externat à l'internat en devant prescrire sans y avoir vraiment été préparé, même si quand les internes avaient un petit peu plus de temps, ils nous aidaient justement à faire des prescriptions éventuellement, même s'ils nous surveillaient évidemment. Euh, dans la plupart des stages comme il y a pas trop de temps quand même, en tant qu'externe on faisait pas de prescriptions et donc ça c'est un peu dommage je trouve [...] À l'hôpital on ne nous a pas, sauf dans les deux stages que j'ai cité, on nous a pas tellement appris à appréhender le malade et à entretenir un contact avec lui pour pouvoir lui faire passer les choses, pouvoir le traiter mieux. » (81).

Chaque fois que les stages que l'on nous décrivait mentionnaient une grande implication et responsabilisation de l'externe, la question de la connexion théorie/pratique n'était pas posée. L'expression « on nous confiait un malade et c'était bien » résume le propos.

Cette question de la responsabilisation nous conduit à une autre, qui fait déjà problème pour les externes, qui est le statut d'étudiant.

Le statut d'étudiant

Contrairement aux internes qui se sentent médecins plus qu'étudiants, qui perçoivent un salaire et pour lesquels le statut un peu bancal qui est le leur est pesant, les externes ne remettent pas en cause le fait qu'ils soient étudiants (Il faut préciser que le second cycle dure 4 ans, avec parfois des redoublements, et qu'en fin de cycle, le statut commence quand même à peser un peu). Ce qui pose problème c'est la situation d'évaluation quasi permanente dans laquelle ils se trouvent, « sanctionnée » comme ils disent par le concours, suprême évaluation. Ils ont des examens tous les mois, et c'est l'une des expressions constantes du ras-le-bol des dernières années. Être en permanente situation d'évaluation est une autre forme de l'infantilisation dont nous avons parlé dans le temps des études, c'est-à-dire que l'on habitue, ou l'on contraint l'étudiant, à n'avoir aucune autonomie dans sa formation, dans ses prises de

positions, dans ses prises de décision. Jugés, évalués, testés, la pression est telle, donnée par le rythme plus que par les difficultés des examens, que les étudiants se disent « inhibés ». Le rapport de compétition joue aussi son rôle, car les externes ne sont pas seulement jugés par les pairs, mais aussi par leurs égaux. À la question, de quoi êtes-vous la plus impatiente, une D4 de Nantes, fille de médecins répond :

« J'ai envie d'avoir des responsabilités. Je trouve qu'on en a pas beaucoup et comme je manque un peu de confiance en moi, parce que c'est un peu normal on fait pas beaucoup de choses en stage, on fait pas de gestes, des choses comme ça et on n'arrive pas à prendre sur soi pour faire des choses. Je m'exprime pas très bien. J'ai envie d'avoir des responsabilités et je suis sûre que je ferais bien le jour où j'aurais ces responsabilités. Là, j'hésite, j'ai peur, je ne veux pas mal faire, et je me freine beaucoup. Il y a plein de choses que j'aimerais faire.

Q : On pourrait vous donner plus de responsabilité dans ces stages peut-être pas trop tôt, parce qu'on est pas capable, mais en 6^e année on pourrait nous laisser beaucoup plus de choses à faire. Et puis aussi nous laisser un peu seuls, parce que quand on est tout seul on arrive à faire plein de choses. Quand on est regardé on n'ose pas. On est très inhibés parce qu'on a tout le temps l'impression d'être jugés... On est en cours, on passe un concours, on va l'avoir, on va pas l'avoir, on est tout le temps jugé. Quand je pose une question j'ai toujours peur que ce soit une question bête, et je me dis : on va me regarder bizarrement. Du coup j'en pose pas beaucoup des questions. Je trouve ça dommage de pas poser de questions parce qu'on se sent tout le temps jugés » (33).

Un D4 de Saint-Antoine répondant à la même question :

« Être autonome, oui ! Enfin, gagner un peu sa vie parce que...Moi, ça fait quand même huit ans, parce que j'ai redoublé là...ça fait huit ans. Tous mes amis ont déjà commencé à bosser. Certains sont mariés, certains ont des enfants. Nous, on est encore étudiants. J'ai la tête d'un étudiant. J'ai le sac de l'étudiant, j'ai pas l'air d'un médecin, enfin bon ! (rire) C'est quand même gênant. Enfin, non pas gênant...Oui, c'est gênant... C'est gênant, oui... » (85)

La situation décrite est la suivante : trop et pas assez encadrés. C'est-à-dire, pas assez d'initiatives, pas de responsabilités, et dans le même temps « abandon », « solitude », manque de prise en charge, de formation au lit du malade, situation d'éternel étudiant. Les récits des externes nous apprennent que le vrai décalage entre la théorie et la pratique se situe probablement dans ce paradoxe.

Le temps de l'apprentissage

Pour conclure cette partie, il faut dire que les enfants de médecins semblent vivre de manière plus sereine cette période. Ils semblent moins rebutés par les tâches ingrates, les soins. Ils savent peut-être mieux que les autres que la pratique, c'est tout simplement l'apprentissage au lit du malade. Un résident nantais (père et mère anesthésistes) montre bien à quel point les tâches qui rebutent la majorité des externes, c'est-à-dire l'administration, la paperasse, les soins infirmiers, font partie de la formation du médecin :

« ben oui justement c'est peut-être l'intérêt insidieux des années précédentes. On sait pas grand-chose mais on est en contact tous les jours avec la maladie, avec les gens, donc on apprend à parler aux gens, j'étais complètement introverti au départ,...on apprend à parler à tous types de gens, on apprend à toucher les gens, on apprend à voir les gens nus, en situation, on apprend des choses qu'on apprend pas à la faculté, des choses pratiques, comment retourner les personnes, comment on fait des

soins de corps, des choses banales dans le service de tous les jours quoi. Je pense qu'on rentre aussi dans la maladie, on apprend comment fonctionne un service, on apprend les bons à remplir, toutes les conneries pratiques, on apprend à quoi servent les stats. On participe à tout ça, alors même si on se tait, même si on n'est que observateur, on s'en rend pas compte, mais on apprend aussi à être médecin comme ça. Ca n'empêche pas d'avoir l'esprit critique et de se dire, ça c'est pas terrible. C'est ce que je dis aux étudiants, on prend son petit... On n'est pas obligé de reproduire et d'imiter totalement » (48).

La dimension du temps, dans ce qu'il a de positif dans un apprentissage, est très importante : prendre le temps du quotidien, du banal ; prendre le temps de toucher les corps, de parler aux malades ; prendre le temps de voir, d'observer. Nous avons déjà noté que le temps des études n'a pas le même impact pour les héritiers du monde médical. Mais ici, plus encore, le temps prend la place d'une composante de la formation elle-même. Il est l'enseignement pratique en tant que tel. Même si une D4 nantaise, fille de généraliste se dit impatiente d'avoir le rôle de l'interne, elle dit aussi que la meilleure formation est dans les stages, qu'elle n'y perd pas son temps. Les héritiers n'opposent pas la théorie à la pratique parce qu'ils savent que l'apprentissage est progressif, que tout ne se joue pas dans le faire et le savoir-faire, que l'on apprend aussi en regardant. Nous allons conclure sur un résumé des études de médecine fait par un fils de psychiatre, qui montre bien comment cette dimension du temps est intégrée, comprise, admise, et même prend une dimension d'héritage intergénérationnel.

« Je trouve que c'est une formation qui est très adaptée parce que déjà l'abord du malade, l'abord de l'hôpital est progressif, faut pas oublier qu'on est jeune et quand on arrive la première année en sciences fondamentales, uniquement à la fac, quand on a 18 ans ça me paraît hyper important parce qu'on est encore un peu fragile à cet âge-là on a 18 ans, enfin moi j'en avais 17. Je trouve qu'on n'est pas forcément prêt à aller à l'hôpital. Donc après on apprend les bases que l'on dit sciences fondamentales qui permet de comprendre ensuite la symptomatologie. On apprend la sémiologie après c'est-à-dire l'étude des signes cliniques. Les trois matinées à l'hôpital, une matinée par semaine on est pris en charge par un chef de clinique qui nous montre un peu, qui nous apprend. C'est vraiment une transmission intergénérationnelle, et puis on a tout cet apprentissage dans les livres qui est fondamental à l'exercice médical. Et puis enfin en 4^e année on arrive dans les services on nous donne quelques responsabilités, on est déjà un peu plus vieux

Q : On vous donne vraiment des responsabilités en 4^e

Ah ouais en 4^e année on fait quelques gestes. Par ex en gastro-entérologie on fait les ponctions d'acide tout seul chez les gens qui ont des cirrhoses. Malgré tout on est responsable de la tenue du cahier d'observation médical. C'est super-chiant, c'est administratif, il faut ranger les examens tout ça mais malgré tout c'est notre responsabilité. Et puis chaque jour on doit voir les patients on fait l'observation médicale et le suivi de patients, même si c'est pas nous qui prescrivons les médicaments, c'est autre chose. Notre avis n'est pas forcément écouté, mais on nous le demande parfois quoi. Donc ça va progressivement et puis il se passe 3 ans d'externat où au fur et à mesure on apprend de plus en plus de choses, parce qu'il y a des choses que je comprends seulement cette année, que j'ai apprises en 4^e année en me disant je vois pas trop, c'est un peu de la connerie, et puis une fois qu'on a fait le tour ben on se rend compte que rien n'est laissé au hasard. C'est des gens qui sont passés par le même chemin que nous, et qui l'ont adapté. Vraiment pour moi ce sont des études qui sont très bien faites. » (14)

Les enfants de médecins sont d'autant moins obnubilés par la technique, la théorie, qu'ils sont dans un rapport différent avec leurs enseignants. Nous pourrions classer les attitudes des externes, en reprenant la distinction entre « savoir-faire » et « activité communicationnelle »

utilisée par Habermas¹⁸. Les étudiants issus des classes moyennes et supérieures non médicales seraient à ranger du côté du « savoir-faire », c'est-à-dire qu'ils seraient plus à l'aise dans « la résolution de problèmes susceptibles de recevoir des solutions techniques ». C'est un peu ce que nous dit cette résidente nantaise (56-père programmeur), se moquant un peu d'elle, quand elle dit « vouloir des solutions toutes faites ». Alors que les enfants de médecins se positionneraient du côté de « l'activité communicationnelle », « c'est-à-dire se conformant aux normes en vigueur, qui, intériorisées nous inculquent des structures de personnalité ». C'est dans la relation aux enseignants, chefs de clinique, chefs de service, internes, soignants, aides-soignants, que se situe réellement la question de l'apprentissage pratique, et non dans une apparente opposition, mais vécue comme réelle par les étudiants, entre théorie et pratique.

La préfiguration de l'avenir

La période de l'externat est l'occasion, pour un grand nombre d'étudiants, d'affiner, de compléter, ou de réduire l'espace dans lequel il choisira son exercice. Ceci ne se résume pas à l'alternative d'une spécialité ou non, d'un poste hospitalier ou non. Les choses sont plus complexes que cela, d'autant plus que cette préfiguration reste suspendue, non pas au bon vouloir de l'étudiant, mais à son niveau de réussite au concours de DCEM4. Cet espace qui se dessine reste donc flou, mais il apparaît lors de rencontres individuelles et collectives dans des services. C'est aussi l'occasion de se positionner par rapport à certains modes d'exercice, de mesurer le plaisir que l'on a à « faire des gestes », maîtriser la technique ou, au contraire, passer du temps dans le « relationnel ».

Si l'on trouve encore certaines étudiantes pour évoquer la misogynie des chirurgiens et l'impact de leur passage dans ces services pour se « dégoûter » de cette spécialité, il s'en trouvent autant qui ont apprécié cette discipline et s'y verraient bien¹⁹. On trouve alors les trois niveaux de discours :

Le « pur dégoût » :

« En tous les cas, dans les relations, à part en chirurgie où c'est des gros matheux dégueulasses, enfin en orthopédie, surtout (rire). Sinon, les femmes, elles sont reconnues pareil que les hommes. (...) je ne veux pas faire de la délation, mais tu sais le fils de B., il est en chirurgie viscérale, c'est un porc. S'il n'y a personne dans les vestiaires, il va te violer. Enfin, c'est quasiment ça. Il se déshabille devant toi, il dit : « non, tu ne vas pas partir ». Tu rigoles, tu rigoles, mais bon, c'est ton chef et... ça, je l'ai vécu, mais bon (...)

Q : Et les 2 moins bons (stages) ?

les 2 où je n'ai rien appris ? oh ! bah ! attends, chirurgie viscérale avec B. Voilà, ça, c'était complètement minable, tous les chirurgiens étaient au bloc. Au bloc, il n'y a qu'une seule personne qui peut venir et en plus, c'est désagréable et donc tu te fais emmerder parce qu'ils sont machos. Donc je n'y venais jamais, je n'y allais jamais. On venait, on disait « bonjour », on est là, « au revoir ». ça, sinon, quel stage pourri j'ai fait. J'ai fait un stage en pneumo qui n'était pas génial. Ça va globalement. Globalement, ça va, j'apprends toujours un truc. Je n'ai pas aimé le stage en néphro,

¹⁸ Habermas Jürgen (2000), *La technique et la science comme « idéologie »*, Paris, Gallimard, (Coll. « Tel »), p. 16 et s.

¹⁹ On voit là jouer un effet réel de génération, puisque lors de l'enquête que nous avons réalisée auprès de médecins âgés de 20 ans de plus en moyenne, les femmes étaient beaucoup plus unanimes à dénoncer les ambiances des services de chirurgie et beaucoup moins nombreuses à l'envisager comme une spécialité possible pour elles. Les chiffres d'ailleurs confirment cette évolution...

mais c'est plus parce que je n'aimais pas les gens qui y étaient, enfin, je n'aimais pas le chef » (Femme, D4, 44).

La « réconciliation » :

« Le dernier stage que j'ai fait c'était en stomato et c'est vrai que ça m'a réconciliée avec la chirurgie. J'étais passée en orthopédie, et c'est vrai que c'est un monde d'homme (avec la grosse voix) de grosses brutes. Et c'était un petit peu dur. Ça m'avait dégoûtée de la chirurgie. J'avais hyper peur d'y retourner et puis finalement dans d'autres services je me suis rendue compte que ça pouvait se passer mieux et que... » (Femme, D4, 35).

La « révélation » :

« J'ai beaucoup changé d'avis au cours de mon cursus. Avant je voulais pas du tout faire de chirurgie, je voulais faire une spécialité médicale, j'aimais beaucoup l'endocrino, la cardio, et je vouais faire ça jusqu'en D3 et là j'ai fait un stage de chirurgie qui m'a beaucoup plu et maintenant je veux faire de la chirurgie. Donc j'ai beaucoup changé d'idée et c'est aussi parce qu'on voit des spécialités nouvelles et qu'on n'a pas forcément une bonne image de certaines spécialités et finalement quand on y est c'est bien. En médecine il n'y a pas beaucoup de spécialités que j'aime pas, et puis même celles que j'aime pas, c'est des services dans lesquels je suis pas passée. C'est vrai que je me dis : si ça se trouve je les aimerais aussi si j'y étais passée.

Q : Donc vous diriez que le stage de chirurgie est celui qui vous a le plus intéressée dans tous vos stages ?

Euh non pas forcément. Alors en fait les stages c'est pas forcément au niveau de ce qu'on apprend, c'est au niveau de l'ambiance et la façon dont on essaie de nous apprendre des choses. Parce que dans tous les services, enfin il y a des services dans lesquels on nous apprend rien du tout on est sur le côté on s'occupe pas de nous. Il y a des services où on est vraiment très bien pris en charge et du coup on aime ce qu'on fait. On nous apprend des choses d'une façon facile c'est-à-dire qu'on n'a pas besoin de réfléchir ça vient comme ça tout doucement. Ça vient vraiment du chef de service, des chefs de cliniques, des internes. Je pense que c'est vraiment ça » (femme D4, 33).

Souvent, les étudiants disent que chaque passage en stage est l'occasion de se projeter dans la spécialité concernée. Ceci dit, il est difficile de déterminer dans quelle mesure ces expériences sont déterminantes. Souvent, lorsqu'il y a des changements, ils ont lieu à la lumière de facteurs extérieurs, comme lorsqu'un(e) étudiant(e) renonce à préparer l'internat pour des raisons personnelles puis justifie, dans un second temps, son choix par une attirance pour la médecine générale. Ces expériences sont aussi, comme le dit l'étudiante citée ci-dessus, largement déterminées par « l'ambiance » et la qualité de l'encadrement du service, autant que la spécialité elle-même.

Ce qui paraît plus déterminant, c'est la confrontation à des gestes précis, à ce qu'on aime ou n'aime pas faire, à ce pourquoi on se découvre des « talents » ou au contraire des inhibitions fortes. Les récits des étudiants sont ainsi émaillés de ces micro-expérimentations au cours desquelles ils se sont « essayés » dans des positions professionnelles diverses :

« Q : Donc jusqu'à la préparation du concours vous étiez...

C'était ou gynéco ou anesthésie réa, en même temps j'étais passée en gynéco, j'avais fait de l'anesthésie réa, le côté, disons que ce qu'il y a en commun c'est le côté sanction immédiate, nécessité d'un geste rapide enfin euh c'était... Et en même temps je pense que j'aimais bien tout quoi, j'aimais faire des gardes, être là, l'ambiance des équipes de nuit je trouvais ça vachement sympa et puis, quand le temps passe on commence à fatiguer d'avoir fait beaucoup de gardes, même en tant

qu'étudiants parce qu'on a commencé à travailler, euh on commence à réfléchir un tout petit peu, à dire attends viendra un jour où tu auras des enfants. J'ai eu par la suite des copines qui ont fait gynéco, une qui a abandonné parce qu'elle a eu trois enfants et qu'être de garde tous les trois jours elle pouvait plus donc elle a carrément arrêté après deux ans de gynéco, elle est passée anapat ; deux autres qui sont gynéco mais qui bossent, elles n'ont pas d'enfants, donc c'était surtout ça et puis cet événement-là, qui a fait un petit peu que je ne me sentais pas les épaules pour affronter des choses comme ça et puis au fur et à mesure de mes stages j'ai fait beaucoup, j'ai toujours choisi des stages hospitaliers en fait très prenant, on sait à l'avance, on a toujours une idée, il y a des carnets avec des appréciations, euh sur les stages, stage planque ou stage intéressant, stage sympa. Et c'est vrai que moi j'ai toujours fait des stages en me disant : « t'apprends plus à l'hosto qu'à la fac, c'est comme ça que ça rentre pour toi ». Ça veut pas dire qu'on enseigne rien à la fac, c'est-à-dire que moi je savais que j'avais besoin de voir les choses pour que ça rentre et donc je me suis dit il faut que tu fasses que des stages où on t'en demande beaucoup. Et donc j'ai toujours choisi des stages où les horaires étaient atrocement longs, il y avait plein de gardes où les gens aimaient faire de l'enseignement où... euh, ça ne me gênait pas de rester là jusqu'à quatre heures de l'après-midi, si j'étais avec un chef de clinique qui adorait enseigner, parce que je me disais que c'était comme ça que ça rentrerait quoi, du coup j'ai toujours fait des stages avec des gens extrêmement motivés en réa, aux urgences, qui m'ont donné ce goût-là » (femme résidente, 60).

Les stages, c'est aussi l'occasion de découvrir d'autres manières de pratiquer, de se confronter pour la première fois à des *alter ego*, de découvrir que tous les étudiants en médecine ne pratiqueront pas la même médecine...

« En quatrième année, on fait des stages donc obligatoires, et on est obligé de passer dans des stages de cardiologie, enfin, cardio, pneumologie quoi ! Certains sont allés donc ici en cardiologie à Saint Antoine et d'autres à Tenon. Moi, ça a été en premier stage et je suis tombé sur un chef de service dont, dont la seule chose qu'il nous demandait, c'était de bien faire les examens cliniques et les choses comme...et voilà...et de remplir le dossier médical, enfin quand on le pouvait, quand il n'y avait pas de contrôle ou de choses comme ça. Mais, il nous demandait de bien examiner notre patient. Parce que bon, là-bas, c'était quand même un endroit où il y avait beaucoup de...

Q : C'était tout à fait le premier stage ?

C'était mon premier stage. Pour mon camarade, c'était aussi son premier stage et, en fait, lui, il me disait : « De toute de manière, moi, j'entends rien ! » Le stéthoscope, il entend rien, il entend jamais rien ! Et de toute manière, comme on allait aux maladies cardiaques, euh...comme de toute manière, si tu entends quelque chose, tu feras une échographie cardiaque et si t'entends rien, tu feras une échographie cardiaque, parce que t'es en cardiologie, c'est vrai...c'est vrai que d'un autre côté, nous on la fera l'échographie cardiaque et on aura, en fin de compte, le même résultat...Mais, je lui disais là, je lui disais : « T'as quand même la fierté d'avoir entendu la chose, fait ton diagnostic avant même d'avoir fait les examens complémentaires. » Il dit : « Oui, mais ça sert à quoi ? » Donc, oui, d'un point de vue technique, on devient beaucoup des techniciens que des... » (D4, 85)

Dans les années quarante, Maurice Tubiana fait une description d'un même stage de cardiologie, qu'il est intéressant de confronter au récit ci-dessus : « J'admirais la rigueur et la subtilité de l'interrogatoire des malades, la minutie de l'examen qui recherchait le moindre signe par la palpation et l'auscultation. L'ambition des étudiants était de parvenir à reconnaître un souffle cardiaque à peine audible aussi bien que l'interne ou le chef de clinique. Tel un jeune virtuose qui fait ses gammes pendant des heures, inlassablement nous passions nos matinées à percuter les poumons et à les ausculter, pour acquérir cette finesse de l'ouïe qui nous semblait l'essence du métier de médecin »²⁰ L'intérêt de l'auscultation « manuelle » semble devenu caduc en un demi-siècle. Pour l'étudiant d'aujourd'hui, « ça sert

²⁰ Tubiana Maurice (1998), *Histoire de la pensée médicale. Les chemins d'Esculape*, Paris, Flammarion, (coll. « Champs »), p. 236.

à quoi d'entendre la chose ? » Sa fierté et son ambition sont ailleurs. On mesure, à lire le récit de Tubiana, à quel point la mécanique contemporaine met le corps du malade à distance ».

Pour conclure on peut dire que, si une grande partie de la socialisation professionnelle des étudiants a lieu à l'occasion des stages, et de leur évolution, ceux-ci sont cependant parasités par plusieurs choses. D'abord, la perspective du concours nuit à leur portée pédagogique de deux manières : parce que la surcharge de travail conduit certains à minimiser le temps et l'investissement qu'ils pourraient y consacrer, mais aussi parce qu'ils les abordent comme des « possibles » qui ne peuvent qu'être incertains. Si l'on constate qu'en D4, les étudiants se positionnent déjà avec des discours marqués qui préfigurent les médecins qu'ils deviendront, leur capacité à profiter pleinement de ces expériences pour s'orienter vers un mode d'exercice qui leur convienne est bloquée par l'idée qu'ils n'en possèdent pas la réelle maîtrise. Cela explique peut-être que, arrivés en 6^e année, ils expriment autant de lassitude devant la longueur de leurs études et l'obligation qui leur est faite de repasser par un examen classant avant d'investir une orientation. À l'exception de deux internes de médecine interne, nous n'avons interrogé que des résidents et des médecins généralistes, en troisième cycle. Pour eux alors, la question devient différente, il s'agit d'apprendre l'omnipratique et de se déterminer pour un mode d'exercice de cette « spécialité ».

1.3 L'internat

Le terme d'internat revêt deux sens distincts : il peut s'agir du concours comme des années de troisième cycle. Aujourd'hui le concours n'a plus la même dénomination, parce qu'il est appelé Examen Classant National (ECN), mais il est difficile de savoir si cette appellation ne restera pas utilisée, de même que l'externat, disparu depuis plus de trente ans, est encore utilisé dans le langage indigène. En fait, cet « internat » recouvre aussi deux aspects de l'apprentissage, là encore totalement séparés : l'aspect théorique, qui en fait se prépare durant le deuxième cycle puisqu'il s'agit d'apprendre le programme du concours de fin de DCEM4 ; l'aspect pratique qui consiste à occuper un poste à l'hôpital à l'issue de ce concours afin de parfaire sa formation professionnelle de troisième cycle (générale ou spécialisée). S'il existe une formation universitaire durant ce troisième cycle, elle est souvent ténue et plus ou moins bien suivie par les étudiants qui, parfois, la doublent d'une deuxième formation, un DEA scientifique par exemple (pour les spécialistes qui visent une carrière hospitalière).

Notre étude portant surtout sur les généralistes, nous nous sommes intéressés à l'internat de médecine générale, appelée jusqu'en 2004 résidanat. Cette appellation de « résident » avait été exigée, rappelons-le, par les étudiants eux-mêmes, qui trouvaient anormal d'attribuer le titre d'interne à des camarades qui n'avaient pas passé le concours ou, pire, qui l'avaient raté. Nous avons constaté que cette crainte paraissait éloignée aujourd'hui car, non seulement les résidents et les généralistes nous ont parlé de leur internat, comme s'il n'y avait pas de différence, mais il semble également que les plus jeunes générations ne fassent pas grand cas de ce type de distinction.

C'est donc de ces deux aspects de « l'internat » dont nous rendrons compte ici. D'abord le concours et sa préparation, où l'on retrouve des points communs avec le concours de première année, tant dans les critiques que dans les adhésions, mais qui, en revanche, s'adresse à des étudiants plus âgés et parfois, un peu « fatigués ». Ensuite, cette période bien particulière où

les étudiants sont, malgré leurs nombreuses années d'études, un peu « parachutés » dans ce nouveau rôle de médecin où l'on attend d'eux qu'ils accomplissent l'acte fondateur même de leur profession : prescrire.

1.3.1 Le concours

Les entretiens que nous avons ici pris en compte concernent, d'une part des DCEM4, d'autre part des résidents, des généralistes et deux internes de médecine interne (MI). La première population est alors constituée d'étudiants qui vont passer le concours : certains, redoublants, pour la deuxième fois et parfois sous l'ancienne formule et la plupart le nouvel ECN. L'autre population a franchi le pas des résultats et, à l'exception des internes en MI, est généraliste ou s'y destine. Certains disent avoir échoué au concours, d'autres ne pas l'avoir présenté, d'autres encore ont une appréciation *a posteriori* mitigée. C'est donc un échantillon bien particulier dont nous disposons ici et qui n'est pas représentatif de l'ensemble des destins médicaux après le DCEM4²¹.

Bien qu'ils soient passés par six années de formation commune, les étudiants se distinguent encore par des positions de classes bien différenciées, dès qu'il s'agit de prendre position dans un système concurrentiel. On s'aperçoit en effet que le concours de fin de sixième année reste marqué du sceau du « milieu médical ». Il est difficile à comprendre pour ceux qui n'en sont pas issus, car il rompt avec les pratiques rencontrées dans les autres formations supérieures.

Il faut rappeler que notre échantillon pour le troisième cycle est constitué, pour les étudiants, des résidents et des internes de médecine interne, pour les médecins installés, de médecins généralistes. C'est-à-dire que les entretiens ont été réalisés auprès de personnes qui, soit ont raté l'internat, soit avaient, pour des raisons diverses que nous verrons, décidé de ne pas le présenter. Il faut donc prendre toutes les réactions et appréciations qui suivent en tenant compte de notre point de vue particulier qui a ciblé la médecine générale. Tous les étudiants en médecine et les médecins ne se situent pas, loin s'en faut, dans les profils que nous présentons ci-dessous, qu'il s'agisse de l'évaluation du concours lui-même ou des attitudes devant l'échec. Mais la manière dont celui-ci se gère signale des appartenances de classe. Après l'épreuve, il peut être reconnu comme tel, c'est-à-dire commenté, regretté, ou bien, souvent « sublimé », en toutes sortes de raisons, données *a posteriori*, qui l'atténuent, le transforment et même le positivent. Avant l'épreuve, des stratégies de sublimation se mettent en place.

Les héritiers et le concours

Nous pouvons analyser, avec ce qui est dit au paragraphe ci-dessus, le fait que chez les médecins installés issus du milieu médical, lorsque l'échec à l'internat n'est pas tout simplement passé sous silence, rares sont les critiques à l'encontre du concours ainsi que l'aveu des déceptions, voire des frustrations. Aucun héritier médecin ne le dénigre ni ne le dévalorise. Ce sont les moins critiques de notre échantillon. Les points négatifs portent essentiellement sur le « bourrage de crâne », sur la non prise en compte de la dimension humaine, sur les procédures de choix qui font que l'on ne peut jamais savoir ce que l'on va

²¹ Nous avons intégré à cet échantillon des P2, bien que le souvenir récent du concours de P1 leur fasse mettre à distance la perspective de recommencer un nouveau bachotage. Cependant, 2004 étant l'année consacrant le passage au nouvel examen classant, ils représentent la nouvelle génération des candidats à ce concours.

devenir, que l'on ne peut commencer à organiser sa vie, – sauf à être dans les premiers. Les points positifs portent sur la nécessité du concours, en général celui qu'ils connaissent²², la sélection des meilleurs, l'excellence de la formation.

L'appréciation des médecins se fait sur le mode d'un jeu subtil où se combinent la critique (légère) et le dithyrambe, avec la réussite et l'échec. Nous avons un interne pour illustrer ces arguments « évolutifs ». Formé à la faculté de médecine de Toulouse et venu faire son internat de médecine interne à Saint-Antoine, il nous dit qu'il « a été » critique sur ce concours, avant de le passer. L'ayant réussi, il reconnaît ses qualités et peut dire aujourd'hui que c'est une bonne sélection. Il est le seul parmi les enfants de médecins, à mettre en avant très fortement le passage au statut de médecin « on est médecin à part entière avec le badge de l'interne », et à parler de l'attitude irrespectueuse (qui n'existait pas il y a trente ans) des infirmières vis-à-vis de l'interne. Mais son appréciation du concours reflète bien l'ambivalence de la position du candidat. On peut imaginer que s'il avait raté le concours son appréciation aurait gardé trace des quelques bémols qu'il exprime :

« Q : Est-ce que vous pensez que le concours de l'internat est une bonne façon de sélectionner les futurs médecins ?

Euh... celui que j'ai passé moi ou le nouveau parce que ça a changé ?

Q : Celui que vous avez passé

Ce que j'ai passé...c'est une question difficile...Je dirais, avant de l'avoir passé je disais non, j'étais presque réfractaire à bosser l'internat et d'être dans cette logique de travailler l'internat pour être spécialiste parce que on bossait des choses hyper pointues, compliquées qui paraissaient ne servir plus à rien lors de l'internat pour la majorité des choses qu'on avait appris et puis en fait, en ayant travaillé l'internat et avec un peu de recul, je m'aperçois que...je dirais que c'est plutôt une bonne façon quand même de sélectionner les gens parce que la préparation est assez pointilleuse et les choses pointues mais en fait l'esprit des questions d'internat, au moment où je l'ai passé et ça s'est encore amplifié après, sont des questions relativement générales et que grosso modo tout médecin ayant le niveau devrait connaître donc ça ne sélectionnait pas que ceux qui avaient appris des trucs hyper pointus. Il fallait...je trouvais que ça permettait quand même à des gens qui avaient bossé de façon régulière et en ayant une vision globale d'arriver à répondre aux questions et d'arriver relativement bien classés à l'internat » (90).

La sélection des meilleurs

Pour un Nantais, fils de psychiatre et de pédiatre, le concours « n'est pas si mal » car il sélectionne les meilleurs. On ne trouve pas chez les enfants de médecins de critiques de l'excellence, au contraire. L'excellence, les connaissances complètes, le savoir total sont des critères indiscutables et même égalitaires pour opérer une sélection. Ils ont du mal à en imaginer d'autres :

« Q : bien sûr que non mais on pourrait imaginer de sélectionner autrement.

Je sais qu'au Portugal c'est une sélection sur dossier.

Q : En Allemagne aussi.

Oui en Allemagne mais pff, je sais pas, pff...on peut pas s'opposer tout le temps à ce qui existe quoi. C'est pas si mal ce concours. Ça marche pas si mal. On peut pas ouvrir 300 postes en 1^{ère} année, c'est pas possible [...]

Q : Comment vous vivez cette année de D4 ?

²² Il faut noter que les médecins installés de toutes les catégories sont très au fait du nouvel examen national classant.

Ah ben je la vis mal forcément. Si vous voulez je suis rendu à bac+6 et à pas savoir si j'ai l'assurance de faire le métier que j'aime ! euh...la sélection se fait sur...encore une fois je vais dire on peut pas critiquer parce que la sélection n'est pas si conne, parce qu'on sélectionne les gens qui sont les meilleurs internistes, c'est-à-dire qui savent et connaissent tout, enfin tout entre guillemets évidemment, parce qu'on connaît pas tout. Mais on a en gros 360 items à l'internat qui correspondent à l'ensemble de la pathologie qu'on peut rencontrer [...] Et je suis sélectionné par rapport à un métier que je veux pas exercer, et c'est ça qui m'ennuie un peu si vous voulez. Mais la règle est la même pour tout le monde, c'est ça qui est bien [...] bon écoutez on fait tous le même cursus. On est sélectionné à partir de nos compétences et non pas à partir d'affinités. Euh ben voilà on est obligé de s'y plier » (14).

Une forme de pensée « carrée »

Ces étudiants critiquent assez peu le mode d'acquisition des connaissances (le bachotage, le « par cœur »), et assez peu également le mode d'évaluation (les QCM). Ils sont même très positifs sur les bienfaits de cet apprentissage au niveau de la formation de la pensée médicale. Il n'est pas question pour eux de réflexion, de compréhension mais de logique. Nous pourrions presque dire, en exagérant, qu'ils sont formés par le biais du concours à une pensée structurée sur un mode binaire.

« Il faut bosser l'internat avec un système différent de pensée, des hiérarchisations différentes, avec des réponses par questions. Moi je déteste pas l'internat. Une des questions les plus intéressantes... on parle, je sais pas, de l'essoufflement, et puis on a tout un arbre décisionnel, une façon de réfléchir qui est très carrée. Les Anglo-Saxons marchent comme ça, c'est très bien. Mais voilà celui qui fait pas l'internat il fait pas ça, donc il a des idées floues sur tout, – formé à Nantes²³ en tout cas – des idées floues sur tout et puis face au problème, il sait plus quoi faire, un jour il fait un truc, un autre, il fera autre chose. Alors, qu'on apprenne d'une façon carrée ! comme ça, de façon arbre décisionnel, non pas en partant de la pathologie comme à Nantes, en disant : « l'endocardite c'est comme ça », puisque les gens n'arrivent pas avec une endocardite. Ils arrivent avec une douleur à la poitrine. Si on trouve une endocardite c'est qu'on aura fait une démarche. Donc la médecine apprise comme ça, elle serait beaucoup plus simple, elle serait beaucoup plus carrée. Les gens auraient des idées très claires » (48-résident, parents anesthésistes).

Un concours égalitaire

Le résident qui parle ci-dessus dénigre plus loin ses compagnons de promo « carriéristes », qui copinent avec les patrons, dénigre leur « comportement macho » indispensable pour « grimper », mais leur reconnaît les connaissances et les compétences acquises. Sur la question du favoritisme, les enfants de médecins semblent plus sensibilisés que les autres aux aspects « copinage » « affinités » entre étudiants et hiérarchie hospitalo-universitaire. C'est un des facteurs qui leur rend le concours très cher. Il est, tel qu'il se présente jusqu'en 2004, le meilleur moyen d'éviter le piston, les passe-droits. Les soupçons de favoritisme perdurent malgré tout. En témoigne une généraliste de l'enquête précédente, qui nous avait avoué, ne pas avoir présenté l'internat pour qu'on ne dise pas qu'elle l'avait réussi parce que fille du patron.

²³ Le constat que la fac de Nantes prépare mal à l'internat est partagé par beaucoup d'étudiants héritiers mais aussi par les enfants des catégories cadres supérieurs et libérales. Mais ces derniers sont beaucoup plus virulents que les premiers dans le fait que les facultés manquent à leurs devoirs, Saint-Antoine comme Nantes, en préparant mal leurs étudiants.

Les raisons de l'échec

Lorsque les enfants de médecins ratent l'internat, ils atténuent l'impact de l'échec, soit en présentant celui-ci comme normal, par manque de travail, manque de préparation. (ce qui sous-entend que dans le cas contraire la réussite eût été probable), soit en le justifiant par le manque de motivation à le réussir (« je l'ai passé sans le vouloir » (48-R), « j'ai quand même voulu tenter l'internat mais là aussi sans grande conviction, c'est pour ça que j'ai loupé, j'ai surtout accompagné ceux avec qui j'ai travaillé depuis le début. » (78-MG)). Ils disent qu'aucune spécialité ne les attire vraiment, où si une spécialité est convoitée, on la dénigre après l'échec. Elle n'est pas si bien que ça, et les spécialistes qui la représentent ne sont pas si bien que ça non plus :

« J'ai essayé de passer le concours de l'internat. Bon, je l'avais préparé dans mon coin sans vraiment faire ce qu'il fallait, c'est-à-dire des conférences 2 fois par semaine de 19 heures à 23 heures, c'est comme ça que ça se prépare normalement l'internat, il faut commencer en D2 ou D3, vraiment dernier délai, D3, parallèlement aux certificats et aux cours de la fac donc faire ces heures de préparation avec des cas cliniques qui sont faits par des médecins de l'hôpital, enfin des jeunes médecins, des internes ou des chefs de clinique, souvent des internes qui font payer ça assez cher quand même, je pense, c'est 50 francs la soirée et...donc je n'ai pas été assez suffisamment motivé pour faire ça, donc je l'ai préparé dans mon coin en essayant d'emmagasiner le maximum de connaissances comme ça et puis ça ne m'a pas réussi, ça n'a pas marché du tout, donc bon, donc je n'ai pas voulu le retenter une deuxième fois, c'est un peu par échec et je n'avais pas en plus vraiment de spécialités qui me tentaient, je n'étais pas certain d'arriver à...je n'avais pas envie de me cantonner quand même à une spécialité, je voyais les...j'aurai voulu faire psychiatrie quand j'ai vu les psychiatres qui pour le moindre bouton ne savaient pas du tout ce que c'était, appelaient le dermatologue, je trouve que c'est un peu dommage » (87- résident de Saint Antoine, père cardiologue).

L'échec est expliqué, légitimé. Ses raisons sont à trouver dans le manque de travail mais pas dans une valeur « intrinsèque » de l'individu. L'échec ne met en cause ni les qualités ni les compétences. Avant l'épreuve, il est souvent inenvisageable. Envisager l'échec c'est se mettre d'emblée en position d'échouer. Cette posture est moins un effet de classe que le pendant de l'esprit de compétition : il faut partir gagnant. C'est ce qu'exprime très bien le D4 nantais cité plus haut (14), dans le dialogue suivant :

*« Q : est-ce qu'il y a des stratégies pour essayer de gagner du temps, choisir certains stages ?
C'est pas une question de stage c'est la question d'avoir cette épée de Damoclès qui est qu'à la fin de l'année on a un concours, qu'on est 3 500 potentiellement 3 500 à bosser et que de toute façon, moi j'ai des objectifs qui m'obligent à être dans les meilleurs et que je sais pas du tout si j'y suis actuellement.*

Q : Qu'est-ce qui se passe si vous n'arrivez pas ?

Ben je vais redoubler oui.

Q : vous redoublez ?

Oui et si je l'ai pas ben je sais pas. Je pense que je partirais, en Belgique je pense. Ou je serais généraliste je sais pas du tout mais je veux pas y penser. Non je peux pas envisager l'échec actuellement, comprenez bien. Je passe mon temps à bosser. Je peux pas, je tiendrais pas autrement » (14).

La critique du concours

Une seule D4, nantaise, fille de médecin est très critique, et il est intéressant de noter qu'elle est le paradigme des enfants de médecins inhibés par le poids de leur ascendance. Elle a eu du mal à se décider à faire médecine (avait même constitué un dossier pour Khâgne, où elle était acceptée) elle se dit plutôt littéraire, elle n'a pas confiance en elle, beaucoup de mal à se situer, elle a changé d'avis à chaque nouveau stage qu'elle faisait, et elle est dans l'admiration du père (gynéco-obstétricien). Elle est dans le doute permanent et elle ajoute « on est déprimé avant d'être médecin, on travaille, on travaille, on travaille,... et puis on plante ! ». Son évaluation de toute sa formation est très négative, et le concours de l'internat est d'autant plus mal perçu que la faculté ne présente pas d'alternative valorisante. Elle décrit comment est présentée la médecine générale par les médecins qui viennent en parler à la faculté, vraiment « déprimant », avec des médecins qui « avaient l'air aigris ». Elle ose le dire : « il y a beaucoup de frustrations en médecine. On travaille comme des acharnés et au bout du compte on n'arrive jamais à avoir ce qu'on veut. »

« Q : Qu'est-ce que vous pensez de ce mode de sélection ?

Ben je pense que c'est pas très bien parce qu'il y a beaucoup de gens qui pourront jamais faire ce qu'ils veulent faire. Et puis je trouve que c'est pas très intelligent comme mode de sélection parce qu'il y a des gens qui sont capables d'apprendre tout par cœur et de ressortir ça sur une copie et qui en fait... On peut avoir la connaissance mais pas avoir ce qu'il faut sur le plan humain. C'est pas assez pris en compte tout ça » (33-ND4).

Mais les étudiants de cette catégorie ont un peu de mal à imaginer une autre forme de sélection. Le concours est d'une certaine manière si admis dans leur groupe que, même la dimension humaine qui n'est pas prise en compte n'est pas un argument suffisant pour le réfuter. Car prendre en compte la dimension humaine, c'est quelque part, juger de manière non objective, dangereux par rapport à l'anonymat, par rapport à l'égalité des chances auxquels ces étudiants sont très attachés :

« Q : Pensez-vous que le concours d'internat soit une bonne façon de sélectionner les futurs médecins ?

Non ce n'est pas la meilleure,

Q : Et si vous deviez en imaginer une vous envisageriez quoi ?

Je ne sais pas si c'est possible mais il faudrait voir parce qu'il y a des gens qui sont très bien classés à l'internat et qui ont aucune relation avec les patients et qui sont pas forcément de bons médecins donc peut-être que l'évaluation des stages devrait rentrer en compte pour favoriser les gens qui ont un bon contact avec les patients et qui s'investissent. Il y en a qui ne viennent pas en stage et qui vont travailler à la BU. Forcément ils ont de meilleures connaissances théoriques mais en pratique... Il n'y a pas du tout l'aspect pratique qui est pris en compte. Mais c'est subjectif donc pour un concours je ne vois pas tellement comment ça peut rentrer en compte » (22- SAD4, père généraliste).

De l'utilité du concours

Les étudiants issus des catégories supérieures non médicales ne sont pas non plus très critiques sur le concours. Par contre les médecins installés le sont beaucoup plus. Ils font un peu plus d'efforts pour trouver, inventer, imaginer des solutions alternatives au concours tel qu'il se présente jusqu'à 2004 : évaluer « un suivi sur les études » (81-MG), trouver une manière qui « inclut la pratique » (80-SAMG), sélectionner « sur l'envie plutôt que d'ingurgiter des connaissances » (76-MGN).

Nous retrouvons également la dimension de l'utilité, caractéristique de ce groupe. « L'internat est bête, on apprend des choses qui servent à rien » (63). En fonction de cette dimension de l'utile, du pragmatique, on retrouve ici la majorité des médecins qui affirment sans trop d'états d'âme, haut et fort, qu'ils n'ont pas voulu passer l'internat :

« Je voulais pas, il y avait aucune spécialité qui m'intéressait. D'abord je voyais tout le monde y consacrer au minimum un an de préparation. Alors je ne me voyais pas faire ça du tout. Surtout je sortais, je vous disais, des années de deuxième cycle où j'avais plus vagabondé on va dire, donc j'avais l'impression qu'il fallait que je rattrape un peu. Un, je ne me sentais pas capable de préparer l'internat et deux, pour faire quel choix ? si c'était pour continuer à l'hôpital non. Et puis en spécialité il n'y avait rien qui m'intéressait » (88-MGN, père chef d'équipe).

« Le concours de l'internat quand je suis arrivée en D4 il m'intéressait pas, parce qu'il n'y avait pas de spécialités, ben non. Moi je voulais faire de la médecine GÉNÉRALE (elle appuie sur le mot). Donc pour moi je savais qu'après j'allais m'établir comme homéopathe et puis... » (83-MGN, père gérant de syndic).

Même si parfois la formulation laisse transparaître un arrière-goût amer :

« Mais bon, je ne l'ai pas fait, parce que j'avais envie de faire de la médecine générale, si j'avais eu envie de faire une spécialité j'aurais passé l'internat ce que je n'ai pas fait mais tout à fait en connaissance de cause, je ne suis pas un laissé pour compte de la médecine de spécialité. » (76-MGN, cadre financier).

Lorsque les appréciations sont positives, elles le sont de manière beaucoup plus fortes que chez les enfants de médecins. Le modèle du concours est quelque chose d'à la fois très familier et très reconnu pour ces médecins et étudiants, dont les parents sont pour nombre d'entre eux, ingénieurs et sont passés par des filières à concours. Il ne s'agit pas pour eux de sélection des meilleurs, presque de manière générique, comme c'est le cas pour les enfants de médecins. Il s'agit de la sélection des plus compétents. Pour eux les qualités sélectionnées par le concours sont celles qui ont sélectionné leurs pères. « [...] la quantité de travail et les capacités personnelles, la volonté de le faire. » (D4-25, père directeur dans les assurances).

Sélection des qualités

C'est parmi ces étudiants que se trouvent les mots de la saine émulation, la compétition, le challenge.

« Q : Est-ce que vous pensez que le concours d'internat est la meilleure façon de sélectionner les futurs spécialistes ?

C'est toujours la même chose, un concours quel qu'il soit permet de sélectionner les gens les plus motivés, de sélectionner les gens ayant une certaine capacité je pense, donc je pense qu'il faut conserver ce mode de sélection, oui je pense que c'est pas une mauvaise idée. Je pense que c'est comme tout concours, ça permet d'écrémer, donc moi j'ai été écrémé. Bon je sais pas si j'aurais eu les capacités de faire telle ou telle discipline de spécialité, j'en sais rien puisque j'ai pas pu le faire, mais je pense que globalement les concours sont toujours bénéfiques, ça permet de se transcender, c'est là qu'on sort ses tripes, c'est comme pour tout, y'a plein de comparaisons qui peuvent être faites. Le mec qui doit faire cent mètres en moins de dix secondes, bon s'il est tout seul à le faire c'est différent, mais si on lui dit « si t'es le premier arrivé, t'auras telle récompense » et bah le gars il sort ses tripes, donc au concours de l'internat c'est la même chose. La motivation des gens est importante je pense, ce qui fait que les gens réussissent, c'est parce qu'ils sont motivés. Moi, soit j'étais pas assez intelligent, soit

j'étais pas assez motivé, soit j'étais les deux (rires), j'en sais rien et je saurai jamais puisque je l'ai pas repassé mais je pense qu'il faut des concours, c'est important. » (91- SAMG, père ingénieur).

Pour ce médecin généraliste, l'échec est transcendé par la qualité du concours. « L'internat m'a rendu meilleur ». Il ne remet absolument pas en cause le système, et pour lui la sanction est logique, normale même si elle est douloureuse « j'ai été écrémé ». Ces étudiants ne disent pas, comme les médecins, qu'ils sont allés à l'internat en touristes ou pour accompagner les copains. La plupart du temps ils se sont préparés et ont fourni un énorme travail. L'échec est dur parce qu'il sanctionne à travers le travail, la compétence. C'est-à-dire qu'il sanctionne une qualité intrinsèque à l'individu. C'est pourquoi nous trouvons mention chez les enfants de cadres de crises de perte de confiance en soi. La peur de l'échec s'accompagne d'une remise en cause personnelle et on devine sans peine ce qu'une telle pression peut entraîner comme conséquences.

La crise : nous appelons crise le moment où l'étudiant envisage de tout laisser tomber. Il ne s'agit pas ici du ras-le-bol des examens, du travail, de l'épuisement – qui est le lot de presque tous les D4 –, mais de doutes profonds où tout est remis en cause. Les enfants des cadres supérieurs et professions libérales non médicales sont les seuls à vivre ce moment à l'exception, d'un fils de psychiatre, qui est dans une telle relation problématique avec son père qu'il « se fabrique des maladies psychosomatiques ». Mais il décrit sa D4, non comme une année de dépression, mais comme une année de détente, où il s'est « relâché » par rapport à son cursus antérieur décrit comme un cauchemar : « asphyxie », « apnée », « j'avais la tête dans une bassine ». La D4 a été une année plutôt agréable pour lui. (SAMG-66) d'une fille de commerçants qui a vu son père malade rentrer à l'hôpital alors qu'elle-même s'y trouvait, externe en sixième année. La manière « inhumaine » dont l'hôpital a traité son père a fait naître d'énormes désillusions et entraîné des doutes sur son envie de continuer médecine. C'est le doyen de la fac qui l'a persuadée de ne pas perdre toutes ces années de formation et d'aller au moins jusqu'à l'obtention de son diplôme. (39, R)

Remarquons que pour les uns comme pour les autres c'est l'année de la D4 qui représente l'acmé de la remise en question, quasi exclusivement pour les fils de cadres. Ci-dessous le récit de la « grosse crise », crise de confiance, et crise vis-à-vis de l'institution hospitalo-universitaire :

« Bon, il y a aussi surtout avec le temps là, on n'est pas très loin de l'échéance, je commence vraiment à fatiguer un petit peu aussi. Il y a des moments vraiment où on sursature, mais on est tous pareils, après ça va un petit peu mieux. Donc de ce point de vue-là, je ne suis pas très étonnée, mais ouais, je m'attendais à plus de stress, l'impression d'être rongé de l'intérieur en permanence « il faut que tu fasses ci et il ne faut pas que tu passes 5 minutes à faire ça parce que sinon, tu ne vas pas avoir le temps de faire ci » parce que je raisonne un peu comme ça depuis toujours. Je suis plutôt stressée, mais c'est un stress qui me fait avancer. Alors que là en fait finalement, j'ai l'impression que j'étais tellement stressée, ça m'a complètement inhibée. Au lieu de faire l'effet habituel de me booster un max, ça m'a complètement... ça m'a bloquée et il y a un moment où vraiment, au mois de novembre, je me disais « je m'en fous, j'arrête ». J'ai failli arrêter au mois de septembre en fait.

Q : Ah, oui !

Oui, j'ai failli arrêter parce que je le vivais super mal. En plus, mes parents étaient rentrés d'Australie. Ils sentaient que ça n'allait pas depuis 2 ou 3 mois. Donc on a eu une grosse, grosse conversation, des après-midi entières et à la fin, c'est même eux qui me disaient : « Mais attends, tu as vu dans quel état tu es. Donc arrête ! ce n'est pas la peine. Si c'est pour que tu perdes complètement confiance en toi, tu arrêtes tout de suite. Ça ne sert à rien. Donc ils vont se faire foutre », ils disaient

ça comme ça, « mais on n'a pas envie que tu perdes complètement confiance en toi ». Donc après, à chaque fois qu'ils me disaient ça « arrête », quelque part ça me tordait un petit peu l'estomac. » (58-SAD4, père directeur marketing)

« Moi, j'ai craqué, j'en avais raz le bol, 2 mois avant l'internat. Enfin, c'est comme ça que j'analyse mon échec. Il m'est arrivé des petites merdes personnelles pas trop méchantes, mais qui surajoutées tout le long de la 6^e année a fait que j'étais très en colère contre cette année de D4, on me disant : « Putain, j'ai 25 ans, je me fais chier à travailler ». On me fout une pression monstre. En plus je devais avoir l'impression sûrement que je n'étais pas tout à fait au point. Donc en fait j'ai tenu le coup, j'ai passé tous les examens blancs parce qu'on passe des examens blancs pour s'entraîner où je... Moi, je voulais faire de la psychiatrie éventuellement à Paris, il fallait que j'arrive dans les 800 premières, globalement, je vous dis » (55-SA D4, père pharmacien)

Ces extraits montrent bien la façon assez brutale dont les ces étudiants se confrontent au milieu médical. S'ils y trouvent des choses qu'ils connaissent, ils ne reconnaissent pas leurs propres modes de fonctionnement. Même le stress est différent, ce n'est pas le bon stress qu'elle connaît dit la première étudiante de Saint-Antoine ci-dessus. J'ai « l'impression » que je n'étais pas au point dit la seconde. On ne saurait mieux souligner leurs manques de repères et leur position de fragilité face à l'altérité du monde médical, presque hostile, auquel elles se confrontent et que l'expression des parents « ils vont se faire f... » résume assez bien.

Le refus du formatage

Les facultés participent de cette montée en pression. À Paris l'injonction à présenter le concours est plus forte qu'à Nantes mais il ne faut pas s'y tromper (dit l'interne de Saint Antoine venue y faire son internat), la fac de Nantes n'est pas en reste. Plusieurs éléments s'additionnent :

- les boîtes à concours qui servent à « tirer » les étudiants,
- la promo dans laquelle « tout le monde le prépare », et ceux qui ne le font pas n'osent pas l'avouer.,
- les enseignants hospitalo-universitaires qui « matraquent » et poussent les étudiants à passer l'internat.

Face à cette pression, les enfants de cadres en difficulté ont le choix entre :

- a) L'acceptation pleine et entière ; comprendre et accepter les règles du jeu :

« Je comprends tout à fait votre question, seulement c'est le but du jeu. C'est comme Epsilon, ce n'est pas pour rien qu'Epsilon, ils ont 90 % de réussite. Les mecs, ils ont payé pour avoir une formation en béton. On arrive au concours, on est béton. Oui, c'est dégueulasse. Oui, c'est dégueulasse. Hippocrate, la grande conférence là, ils font un concours de sélection, eux, ils le font vraiment. Tout le monde passe le concours de sélection, ils prennent les 10 meilleurs, après ils ont 99 % de réussite à l'internat. C'est parce qu'ils ont pris les meilleurs qui en veulent depuis déjà 2 ans. Qu'est-ce que tu veux que je te dise ? C'est le jeu, c'est comme ça. Mais bon, il y en a qui réussissent sans conférences, enfin surtout... enfin, oui, il y en a qui réussissent sans conférence quand même. Il n'y a pas besoin. De toute façon, c'est quand même 90 % de travail personnel. Après la conférence c'est un plus. Mais en dernière année en D4, c'est vraiment juste pour s'entraîner, pour se forcer à y aller et à bien rédiger les dossiers. Mais ce n'est pas une aide indispensable. Mais le principe oui, c'est immonde (rire). Mais en fait, le truc, c'est que, on est des étudiants en médecine, on est docile. Nous, on veut réussir, on fait tout ce qu'on nous demande, c'est con, mais c'est vrai. Enfin moi, c'est l'idée que j'en ai. On ne va pas se révolter » (55-D4).

b) Ou le refus des règles et du système

Les étudiants ont plusieurs expressions pour le nommer. « le système concours », la « mentalité concours », le formatage « j'ai pas réussi à me formater l'esprit (60, R), « l'ambiance concours » (72-62), l'esprit « j'ai pas cet esprit-là ». Ce sont les étudiants qui ne viennent pas d'un milieu médical qui soulignent le plus le décalage entre le véritable conditionnement institutionnel et leurs propres capacités. Cette fois, contrairement aux enfants de médecins, la mise en question est forte car elle touche l'individu lui-même, tel qu'il pense qu'il devrait être, tel que parfois il a été habitué à être dans son parcours scolaire, c'est-à-dire dans les premiers, dans les meilleurs, performant. Le « système concours » de la médecine est dur pour ceux qu'il laisse au bord de la route, d'une part par l'échec, durement ressenti, d'autre part par la coupure qui s'instaure entre les lauréats et les recalés. Beaucoup de nos étudiants en échec disent qu'ils ont travaillé seuls. Or « c'est toujours une « sous-colle » qui va au concours » disent-ils. Dans les « colles », les « sous-colles », (expression parisienne) ou les « petits groupes », les « petits noyaux », (expression nantaise), se passe quelque chose de l'ordre de l'apprentissage du collectif, du travail en équipe. C'est ce qu'exprime « en creux » un D4 de Nantes, qui s'est mis délibérément à l'écart du système, comme pour se protéger, lorsqu'il dit « je travaille pour moi », c'est-à-dire d'une certaine manière en dehors de la fac, à l'écart des autres. Nous lisons le double sens de cette expression : 1/ : je me fais ma formation à mon idée, je m'auto-forme seul, 2/ : je travaille pour ce que je suis vraiment en tant qu'être humain, je travaille pour devenir médecin et pas pour être le meilleur.

« Pff... Non je me suis jamais préparé donc je ne suis pas dans l'ambiance concours quoi. Je ne suis pas du tout dans...non, non je suis pas...enfin on peut pas dire que je le prépare. Je bosse pour moi, j'ai toujours eu mes examens, je suis jamais allé au rattrapage, ça a toujours été bon quoi. Mais là entre le P1 et le D4, beaucoup plus en P1 que cette année quoi. Mais c'est que ouais ça... [...] ouais pour l'instant ça, je sais pas je suis pas...je ne suis pas tellement en accord avec ce système de concours d'examens. Et ça ça se ressent vachement dans nos études, dans nos stages, on entend parler que de ça, que de ça, que de ça...et ça c'est quelque chose aussi qui me hérissé le poil vis-à-vis de ce concours aussi c'est que j'ai le sentiment que depuis trois ans, depuis les années d'externat, on nous parle que du concours, c'est-à-dire qu'on nous prépare à passer le concours à être les meilleurs et pas du tout à devenir médecin et ça, ça m'agace... » (62-ND4, père ingénieur).

L'internat pour le meilleur et pour le pire

Le meilleur : la formation de l'esprit

Les deux catégories, médecins et cadres supérieurs se rejoignent dans l'appréciation du concours comme structuration de la pensée. Mais les étudiants issus de la seconde retrouvent dans la forme du concours, la mise en acte d'une pensée scientifique qu'ils aimeraient bien parfois trouver dans la médecine. Ils semblent moins attachés à la dimension de l'humain. Entendons-nous bien, il n'est question que du concours ici, pas de la formation. C'est le mot « rigueur » qui revient le plus souvent. Le concours demande une « rigueur d'esprit », une façon d'apprendre. C'est la méthode elle-même qui est formatrice. D'autre part tout ce contexte « scientifique » rassure. C'est pourquoi beaucoup de ces étudiants disent préparer le concours comme une formation complémentaire, voire parallèle à la formation universitaire. Une fille d'avocat de Saint Antoine se rassure comme cela, anticipant l'échec éventuel : « j'aurais peut-être un mauvais classement mais je serais un bon médecin. Je tuerais pas mes

patients » (44). Ici pas d'opposition théorie/pratique, c'est la science qui parle, il faut acquérir de bonnes bases, acquérir des bons réflexes etc...

«... non, je dirai que je voulais faire...que j'ai passé l'internat pour deux raisons, essayer de passer l'internat, c'est un challenge personnel on va dire, c'est un moyen de se motiver, de participer à des conférences, d'acquérir ce manque dans l'enseignement à la faculté qui vous est donné par le biais de ces formations, effectuées par des internes ou des chefs de clinique, même si ça reste toujours théorique, c'est des cas plus concrets de médecine. C'était donc ça une des motivations, être un peu mieux, me sentir plus à l'aise et meilleure dans ma formation que ce qu'on avait fait à la faculté [...] donc c'était un challenge personnel. Le CSCT tout le monde l'a et l'internat tout le monde ne l'a pas. Le CSCT, c'est à ce moment-là qu'on vérifie en deux heures si vous êtes capable devant un cas clinique de faire un diagnostic, de faire les examens qu'il faut. L'internat c'est la même démarche, sauf que vous êtes interrogé sur deux jours, vous êtes interrogé sur beaucoup de parties du programme, donc ça nécessite de vraiment travailler dur. Même si vous le loupez, comme moi je l'ai loupé, vous avez la sensation d'avoir un niveau peut être meilleur que celui du CSCT » (91- MGSA, père ingénieur).

Le pire : l'irréversibilité de l'échec

Les enfants de cadres qui vont au concours, le préparent en règle générale. Et l'échec sanctionne un travail important mais qui n'a pas porté ses fruits. Ceci est plus ou moins bien vécu mais, c'est la règle. En revanche le concours conditionne la vie entière, le déroulement de la carrière professionnelle. Ces étudiants admettent difficilement que leur avenir se joue sur ces quelques heures, surtout lorsqu'ils ont bien travaillé et qu'ils « méritent ». Car le concours comporte aussi une part de hasard, de chance. C'est l'envers de la démarche scientifique qui est à l'œuvre ici. D'où le fort sentiment d'injustice devant l'échec pour ces étudiants. Les mots de mérite, récompense, sacrifices viennent ponctuer les discours relatant l'échec.

« Enfin, moi, je trouve que je n'ai pas été récompensée. Je sais que la vie, ce n'est pas comme ça, il n'y a pas des bons points qui sont distribués, mais je pense que je méritais, je méritais de travailler en tant qu'interne à l'hôpital, cette année. Voilà » (55-ND4).

« ce qui est dommage à mon sens c'est pour des gens qui ont une idée précise d'une spécialité précise et qui finalement on leur coupe l'herbe et les deux ailes en leur disant terminé vous, enfin le métier dont vous rêviez et pour lequel vous vous êtes battu pendant 6 ans finalement vous n'y aurez pas accès. Je suis pas persuadée que ce soit comme ça qu'on les motive pour la suite, donc c'est vrai que je trouve ça dommage ce mode de sélection là à ce moment-là je le trouve dommage » (79-SAR).

Ces étudiants sont les plus nombreux à regretter l'absence de passerelles. Nous terminerons avec l'extrait d'entretien d'un résident parisien, qui a trouvé tardivement sa vocation, c'est-à-dire dans ses stages de résidanat. Il regrette d'avoir passé l'internat sans avoir trouvé sa voie, car il l'aurait mieux préparé, avec un réel objectif. Maintenant, il veut être pédiatre. Il va donc essayer la voie du concours de PH. Il est représentatif de beaucoup d'étudiants qui sont entrés en médecine sans vocation particulière, qui ont suivi le cursus sans savoir ce qu'ils voulaient vraiment et qui ont la chance de faire une rencontre déterminante – souvent au cours des stages d'internes –, qui les « révèle » à eux-mêmes.

« Q : Et est-ce que vous pensez que le concours d'internat soit une bonne façon de sélectionner les futurs médecins ?

Bah ! Oui...Mais, il faudrait qu'il n'y ait pas que ça. Enfin disons, moi le parcours que j'ai eu justement, il...je trouve qu'il faudrait qu'il y ait des passerelles c'est-à-dire que c'est normal qu'il y

ait l'internat effectivement parce qu'il faut un mode de sélection, mais ce que je reproche beaucoup, c'est le côté, on va dire couperet [...]. Donc, c'est pour ça, ouais, voilà, moi, j'aimerais qu'il y ait plus de passerelles possibles, c'est-à-dire que finalement, entre guillemets, la promotion au mérite, ça puisse se faire quitte à ce qu'on fasse passer d'autres diplômés. Moi, c'est ce que j'ai, passer d'autres diplômés pour montrer, enfin pour qu'il y ait, comment dire ? quelque chose, une reconnaissance. Mais que voilà, ce n'est pas parce qu'il y a un concours à 25 ans que ça ne nous engage pas toute notre vie parce qu'il y a quelques médecins ou généralistes qui s'installent et puis au bout de 10 ans, 20 ans repassent l'internat, mais il y a tellement plus de postes que ça devient hyper difficile et je trouve que ça manque de communication justement entre les étages [...]. Ça par contre à la fac...je ne vous raconte pas. La scolarité, je n'ai pas aimé justement à cause de ça...ils sont très...si on ne fait pas le truc comme il faut, ça les perturbe. Mais bon... » (72-R, père cadre commercial).

Sublimer l'échec

Les étudiants des classes moyennes semblent n'avoir pas préparé le concours « par choix », ou l'avoir présenté un peu « en touriste ». Un fils de technicien supérieur, « dans les meilleurs », dit l'avoir tenté par curiosité, mais que son choix d'être généraliste est fait. Une résidente fille d'artisan dit l'avoir passé mais sans le préparer à fond. On trouve dans ces entretiens les mêmes stratégies pour sublimer l'échec et légitimer la réalité comme étant la meilleure pour soi, ce qui laisserait supposer que les frustrations et les déceptions sont de même nature. L'exemple qui suit illustre assez bien cette position : elle est capable (elle l'a démontré pour le P1), mais n'est pas assez motivée, et de toute façon la cancéro ce n'est pas si bien que ça :

« Je l'ai préparé avec des amis, Je voulais cancéro, et puis ouais, je pense qu'on a été...enfin par rapport à ce que j'avais fait en P1 j'étais plus légère dans mon apprentissage. Il y avait une motivation mais pas suffisante en tout cas. Donc j'étais classée mais ce n'était que pour avoir santé publique ou médecine du travail et ça ne m'intéressait pas. Et je suis passé en cancéro l'été en tant que FFI, enfin faisant fonction d'interne et là je me suis dit que je n'allais pas redoubler pour la cancéro parce que c'était trop lourd à vivre la cancéro pour moi donc je suis partie sur la médecine générale et ça me correspond pas mal... » (57-NR)

Les arguments qui mettent l'internat sur le plan d'une amélioration de la formation sont également à l'œuvre, « combler les lacunes de la fac », « remise à niveau ». Par contre la place de la faculté est quelque peu différente. D'une part elle peut être perçue comme prenant bien en charge les étudiants par rapport au nouveau concours. Ce sont ces étudiants qui reconnaissent le mieux les efforts que font les facultés pour préparer *in extremis* leurs étudiants (conférences gratuites, concours blancs etc).

« Bah l'internat on était obligé parce que tout le monde passe un examen national classant. Et on l'a appris il n'y a pas longtemps qu'on avait la dérogation. Euh si tu n'avais pas envie de te retrouver en... Bah en fait on a une dérogation c'est-à-dire que cette année on peut faire médecine générale en restant à Nantes bien qu'on soit dans le cadre de l'examen national classant. On l'a su il n'y a pas longtemps donc tout le monde le travaillait l'internat, quoi ! Et bah ! les termes de l'internat c'est ceux qui sont vus en cours quoi. En fait c'est regroupé maintenant, il n'y a plus cette histoire de ceux qui veulent préparer l'internat avec des cours complètement idiots qui étaient faits à la fac avec toujours le même professeur qui fait son cours depuis vingt ans et que ça lui faisait gagner des tunes depuis 20 ans et que ça n'avait aucun intérêt. Ça, c'est tant mieux que ça disparaisse mais à mon avis c'était plus problématique de le préparer avant l'internat quand même. Là euh, là euh, a priori la fac s'investit bien, ils ont envie qu'on réussisse, ils nous mettent la pression. Et ils ont adapté les programmes donc c'est tout à fait, c'est très bien quoi. Donc le programme de l'internat je ne vais pas

discuter dessus, c'est pas moi qui le fais euh...j'imagine que ça nous prépare assez bien » (42-D4, père professeur).

On se rend compte que chez les étudiants nantais le rôle de la faculté paraît plus important. L'un des généralistes interrogés dira même « je suis fier de ma faculté, elle m'a bien formé ». C'est pourquoi l'on trouve ici plus de mentions de la mauvaise image de la fac dans les résultats à l'internat. Les enfants des classes moyennes et populaires n'aiment pas « entendre dire », ou « il paraît » que la fac de Nantes a de mauvais résultats à l'internat. Ils rejoignent ici, d'une autre manière les enfants de médecins pour lesquels l'effet de réputation est aussi très important.

Peu de caractéristiques ressortent vraiment pour cette catégorie, vraiment trop large ici. Les différences de statut, de culture, de revenus brouillent quelque peu l'analyse. Nous avons trop peu de représentants de chaque classe populaire et moyenne pour aller beaucoup plus loin. Ce que l'on peut dire, c'est que nous trouvons un mélange de toutes les attitudes décrites plus haut, acquérir le raisonnement, le concours égalitaire (mais plutôt dans le sens de « droit » de s'y présenter, que dans le sens égalité des chances), etc. Nous pouvons toutefois remarquer que lorsque les critiques se font, elles sont très dures et englobent la totalité du système. C'est dans cette catégorie que nous avons trouvé le réquisitoire le plus virulent contre le concours de l'internat, qui regroupe l'ensemble des critiques que nous avons pu lister : le bachotage, la sélection des meilleurs, l'injustice, l'effet couperet, la mise en cause personnelle de son mérite, la non prise en compte des qualités humaines, la non prise en compte du désir de l'étudiant. C'est un fils d'artisan, peintre en bâtiment à son compte qui parle ainsi. Nous reproduisons la totalité de son analyse dans l'encadré ci-dessous.

Le concours de l'internat vu par un fils d'artisan

« C'est vachement dur parce que c'est quand même sur beaucoup d'années d'études. Bon, je sais que mon sentiment général à chaque fois c'était qu'on était un peu largué tout seul. Je reproche beaucoup à la fac d'avoir laissé... Alors pour la préparation de l'internat c'est tout seul, la fac ils ne font rien du tout. Pour nous ils n'ont rien fait du tout. Dès le moment où il était prévu de mettre en route l'ENC, la fac a fait beaucoup de choses pour prendre en charge les futurs étudiants qui passeront l'ENC [...] alors que nous, c'était « qu'ils se débrouillent tout seul quoi ». Donc ce n'est pas étonnant qu'il n'y ait pas de très bon résultat à l'internat...

Q : Est-ce que tu penses que l'internat soit une bonne façon de sélectionner...

...Non ce n'est pas du tout une bonne façon. Et là c'est encore pire que le P1. Là il y a moyen de sélectionner autrement avec l'internat.

Q : Comment ? Tu parlais peut-être des zones...

Ouais voilà c'était en fonction des zones mais bon c'est vrai que c'était un peu aberrant de faire des zones mais bon ça permettait de faire deux concours et d'avoir deux chances... C'est important. J'ai des copains l'année dernière qui ont réussi une zone et qui ont complètement planté l'autre quoi. Et euh... Comme quoi c'est vachement important parce que ça permet de faire une erreur et ça ne veut pas dire qu'on ne mérite pas. Et euh... Mais non je trouve que c'est complètement nul comme moyen de sélection parce qu'il y en a beaucoup qui passe l'internat pour passer l'internat et pas pour avoir une spé. Moi je vois il y a des gens qui ont passé l'internat l'année dernière et qui disaient « Boh, soit ça, soit ça » et qui ne sont pas intéressés par une spé. et je trouve ça totalement inadmissible quoi. Ils prennent quelque chose sans vraiment l'aimer. Et euh... Alors qu'il y a des personnes qui sont vachement motivées pour faire un truc et qui aiment vraiment ce truc-là. Et puis parce qu'ils ne savent pas bachoter, ils ne savent pas travailler à fond dans un truc et donc du coup ils ne l'ont pas, alors qu'ils auraient peut-être été meilleurs que d'autres qui n'étaient pas motivés. Je trouve que ça, c'est complètement nul quoi. Il ne faut pas passer... Je trouve qu'il ne faut pas passer l'internat pour avoir une spé, il faudrait qu'on s'inscrive pour tel spé, on choisirait trois spé par exemple. Enfin je ne sais pas, je m'inscrirais pour faire maxillo-facial, ophtalmo et ORL quoi et si je ne les avais pas tant pis pour moi quoi. Et du coup ce serait pour chaque spé alors qu'il y en a qui se retrouve à faire une spé alors que ça ne leur plaît pas. J'entends des fois des internes... Moi j'étais dégoûté en passant dans le service, j'entendais des internes dans le service que moi je voulais faire, maxillo-facial, j'étais vachement intéressé par la maxillo-facial cet été... Et il était en train de me dire euh, avec ces mots à peu près que ça le faisait chier ce stage qu'il aurait mieux

fait de prendre anesthésie réa à Nice pour après pour se faire du fric dans la clinique, de la tune non mais... J'ai halluciné. Il a pris ce truc alors qu'il l'aime pas... C'est, c'est, c'est... Je trouve ça aberrant c'est n'importe quoi. Et cet internat c'est juste du bachotage et du... ça, c'est clair que c'est du bachotage parce qu'on nous demande des mots clefs, c'est injuste quoi... C'est, c'est, c'est... C'est dégueulasse quoi. C'est des mots clefs avec des grilles de corrections et si on n'a pas mis tel mot-clef et c'est une phrase qui ressemble et on n'a rien compris on se retrouve... Et puis l'année dernière, il y a eu des trucs mais hallucinants. Déjà des trucs hors programme et puis euh... des trucs euh... C'est... Bon, je vais dire ok ! Ils sont obligés de faire comme ça parce que c'est ce qu'il y a le moins subjectif pour corriger une copie, c'est normal. C'est normal mais bon il y a des façons de faire mieux. Mais surtout il y a des trucs vachement importants quand on est en médecine, quand on apprend telle ou telle pathologie, il y a des trucs, il y a des gestes à ne pas faire parce que ça tue le patient. Et l'année dernière il y a eu un dossier où ils demandaient la première question « que faites-vous en premier comme gestes ? » et la seconde c'était « que faites-vous ensuite ? ». Euh... Et euh, il ne fallait surtout pas... La question c'était posé comme ça, on le savait depuis des années, on nous le disait tout le temps dans les cours, quand il y a quelqu'un qui a des signes d'hypertension intracrânienne on nous dit il ne faut jamais faire une ponction lombaire. Si on fait une ponction lombaire en gros ça aspire le cerveau, ça peut faire un engagement et hop on meurt sur le coup quoi ! Donc quand il y a des signes d'hypertension intracrânienne surtout pas de PL en premier il faut faire scanner cérébral pour éliminer l'hyper tension et puis la PL. Et il y a des étudiants qui ont mis PL en premier. Et ça ça vaut zéro au dossier normalement, on tue le patient. On tue le patient c'est zéro au dossier normalement et l'année dernière il n'y a pas eu ça. Il y a des personnes qui ont eu le concours en ayant mis ça. Et je trouve... Je ne dis pas qu'elles ne méritaient pas parce que c'est des personnes euh ils avaient travaillé et ils étaient intéressés parce qu'ils font et ils voulaient vraiment faire le truc qu'ils font... Mais je trouve que du coup c'est vraiment injuste quoi. Ce n'est pas normal quoi... Ce n'est pas juste... On ne peut pas faire ça, on tue le patient dans un dossier, on a zéro au dossier... Et il y a d'autres exemples, il y a d'autres exemples l'année dernière. Des gens qui n'ont pas arrêté les anticoagulants, à quelqu'un qui saignait dans la tête, ils n'ont pas arrêté les anticoagulants... Et ça a pas été zéro au dossier alors que ça devrait l'être quoi mais peut-être que cette année il n'y aura pas de zéro au dossier alors que moi j'aurai fait l'erreur et j'en serais content. Mais c'est pas juste. » (18, homme, ND4, père artisan)

I.3.2 Apprendre la médecine générale : Du jour au lendemain...

Les stages qui suivent l'année du concours sont les plus importants dans la formation des médecins. Nous l'avons vu, ils sont souvent les seuls auxquels les généralistes font référence. Les internes sont à plein-temps (et même au-delà du plein-temps) à l'hôpital. Les charges de travail et les gardes sont lourdes. D'autre part, ils quittent enfin le statut d'étudiant « j'enlève ma casquette d'étudiant » pour accéder, sinon au statut complet du médecin, du moins à son rôle. Ils deviennent médecins « à part entière », commencent à pratiquer le soin depuis le diagnostic jusqu'à la prescription et le suivi des malades. Tous les étudiants disent leur impatience à pratiquer enfin la médecine. Prescrire est le mot magique qui revient dans tous les entretiens et indique que le plus important à ce moment du cursus se trouve vraiment du côté de l'agir, de l'apprentissage de la clinique. « J'allais enfin me mettre à la tâche en pratique et non en théorie » se souvient un médecin de Saint-Antoine. Si la hiérarchie est toujours présente et endosse les responsabilités quant aux malades, « on est lâché mais avec des parachutes » (79, MG, SA), malgré tout une véritable rupture s'opère, « un grand fossé » par rapport aux stages d'externat dans lesquels, globalement, « ils n'avaient rien le droit de faire ». Arrêtons-nous sur cette idée de rupture car elle divise les étudiants. Certains vivent leur formation de manière très progressive, nous pourrions dire quasi « naturelle ». L'image qui revient alors est celle de la construction d'une maison, où l'on pose les bases (la théorie) puis pierre par pierre l'édifice se complète. Ce sont plutôt les étudiants issus des professions médicales qui vivent cette progressivité :

« Malgré tout, on construit vraiment une maison, quand on fait un cursus médical. La première et deuxième année ce sont les bases. Ce sont les sciences fondamentales. Et les sciences fondamentales, c'est pas uniquement de la biochimie, hein. C'est de l'anatomie. On ne peut pas être médecin sans connaître son anatomie. On ne peut pas être médecin sans connaître sa physiologie. Et c'est beaucoup plus facile quand on a appris ses sciences fondamentales, d'apprendre après les symptômes et les traitements, parce que la thérapeutique est basée sur des faits scientifiques, qui sont ensuite basés sur

l'expérimentation médicale, avec l'expérimentation animale, puis humaine. Et ensuite il y a des études de santé publique qui affinent l'efficacité du médicament » (14-ND4).

Et qui anticipent le mieux sur ce qui leur sera indispensable

« [...]ça dépend aussi de la motivation de chacun. Si on veut vraiment pas faire de gestes techniques, pas toucher les patients, on le fait pas. Mais un jour...Je crois pas que ce soit une bonne idée parce qu'il faut avoir à l'esprit...il faut se projeter un petit peu en se disant : dès que je serai interne en médecine générale ou autre j'aurai des gestes techniques à faire, j'aurai à prescrire. Moi ça m'aurait plus angoissé de pas le faire. C'est vrai qu'on est toujours un peu angoissé qu'on fait attention la première fois qu'on plante une aiguille dans les gens mais...une fois, deux fois puis après ça va. C'est vraiment ça, c'est un apprentissage insidieux, comme ça sur plusieurs années. C'est beaucoup moins dur que de tout faire du jour au lendemain » (48-résident Nantes).

D'autres vivent de véritables épreuves à tous les moments de passage, de rupture : Le concours du P1, le passage des stages de P1-D1 à l'externat, celui de l'externat à l'internat, et même la sortie des études, la transition vers l'exercice libéral, décrit comme un largage : « la fac et l'hôpital nous lâchent en pâture ».

Une interne de médecine interne à Nantes parle de grand fossé entre l'externat et l'internat et de la difficulté de son premier stage d'interne où elle s'est retrouvée « toute seule avec plein de malades à gérer » (54-Int. Nantes). Les lacunes que les externes pointent dans le déroulement de leurs stages, dans lesquels on ne leur laisse pas assez d'initiatives, où on ne les responsabilise pas, trouvent à ce moment du cursus leur aboutissement :

« Euh je trouve que, par contre au niveau...c'est en tant qu'externe, on ne prenait pas assez, surtout à la fin de notre externat, on ne prenait pas assez d'initiatives pour les choix thérapeutiques en fait. Donc on est passé de l'externat à l'internat en devant prescrire sans y avoir vraiment été préparé, même si quand les internes avaient un petit peu plus de temps, ils nous aidaient justement à faire des prescriptions éventuellement, même s'ils nous surveillaient évidemment. Euh...dans la plupart des stages comme il n'y a pas trop de temps quand même, en tant qu'externe, on faisait pas de prescriptions et donc ça, c'est un peu dommage je trouve.

Q : C'était toujours l'interne qui...

C'était toujours l'interne, et on donnait pas notre avis on, donc à ce niveau-là c'est vrai qu'il y avait quelques lacunes. Donc en fait on l'a vraiment commencé lorsqu'on était interne » (MGSA-81, père ingénieur).

Le temps des regrets

Le résidanat semble être le moment du bilan. C'est dans le troisième cycle que les étudiants pointent les carences et les apports des six années écoulées. En fait tout se passe comme si tout le recul que les externes ne peuvent avoir sur leur formation, leur manque de réflexion immanente et de pensée prospective, tout ce que la chape de plomb du concours met sous le boisseau, toutes les questions inhibées, refoulées, toutes les critiques étouffées, tout cela explosait soudain et prenait forme dans une réalité différée jusqu'alors. Ils montrent bien de quelle manière les études les ont plombés, maintenus dans un monde hors du monde, coupés d'une vie sociale, culturelle, amicale, sportive. Cette vie de zombie ne cesse pas pendant le résidanat car la charge de travail des internes est très lourde et les gardes à l'hôpital qui viennent s'y ajouter les maintiennent encore dans cet autre monde, « en apnée », et ceux qui ne le connaissent pas ou ne l'ont pas vécu ne peuvent le comprendre ni même l'imaginer.

C'est aussi de cette manière que les études médicales soudent le corps professionnel, en isolant les étudiants du reste du corps social, et en leur faisant accéder à cette forme de solidarité qui se forge dans le partage des mêmes galères, la traversée des mêmes épreuves.

Les internes listent les lacunes, les incohérences, les faiblesses mais aussi les bénéfices de leur apprentissage. C'est l'apprentissage clinique, au lit du malade qui leur fait comprendre à rebours la logique de l'enseignement pendant l'externat, plus précisément l'aspect théorique de cet enseignement mal compris, mal digéré. Le résidanat est donc le moment des regrets : regrets d'avoir négligé ses stages ; regrets d'avoir négligé ses cours dont on ne mesurait pas les implications ; regrets de ne pas s'être plus investis et de ne pas avoir tenté de combler les manques déjà bien repérés. Les internes et résidents se confrontent brutalement à tout cela du jour au lendemain où ils se retrouvent seuls devant les malades, « médecins » n'ayant jamais prescrit, ni eu de choix thérapeutiques à justifier, jamais pu suivre un malade et un traitement sur une longue durée.

Les étudiants découvrent dans ce troisième cycle toute la dimension « globale » de la médecine qui leur a manqué pendant l'externat. Ce qu'ils ont abordé de manière morcelée, isolée, s'éclaire enfin. L'articulation théorie/pratique devient une évidence. Les regrets sont parfois cuisants de ne pas l'avoir compris plus tôt, et d'une certaine manière c'est la faculté qui fait les frais de cette compréhension tardive. La faculté et les enseignants qui ont failli dans leur rôle de motiver, de pousser les étudiants à s'investir, ainsi que l'exprime très bien cette résidente, fille d'ouvrier, (qui parle par ailleurs au début de son entretien de la « cassure » entre ses stages de P2-D1 et l'externat) :

«...alors les regrets...je ne sais pas parce que euh...Je regrette peut-être de ne pas... Ouais peut-être qu'on ne soit pas autant investi dans tous les stages peut-être, qu'on ne nous donne pas la possibilité de s'investir, qu'on ne nous donne pas le choix, moi je regrette...Aujourd'hui je regrette euh, j'aimerais retourner faire tout ce que j'ai fait et tout ce que j'ai loupé pour apprendre plein de trucs en fait » (39).

Le temps des regrets est plus spécifique des étudiants des classes cadres supérieurs, moyennes et ouvrières. Peu familiers du monde médical, il leur a manqué certaines clés. Par exemple, évaluer la grande part d'auto-formation que requièrent ces études, où l'on ne doit pas se reposer entièrement sur l'institution formatrice. C'est sur le tard qu'une résidente, fille d'artisan de Nantes comprend que « c'est à nous de nous motiver », et regrette de ne pas en avoir fait davantage :

«... bah là je m'en rends surtout compte au SAMU parce que il faut réapprendre à piquer, il faut réapprendre à préparer...

Q : En troisième cycle (ouais voilà) et ça, ça fait parti de vos regrets ?

D'avoir pas pu en faire davantage ouais...mais c'est aussi à nous de nous motiver, c'est à nous de nous motiver, il n'y a pas de secrets...moi je vois je piquais de temps en temps aux urgences et tout mais c'est vrai qu'on ne le fait pas tous les jours... » (57).

Mais s'ils mettent en lumière les manques, en même temps, les stages de résidanat les comblent. Si bien que les étudiants ont le sentiment d'apprendre vraiment, d'une manière qui leur est familière car moins théorique, « j'apprends en faisant », « j'apprends sur le tas » (56), « on fait nous-mêmes l'expérience en prenant connaissance » (57). Ils acquièrent une « vision de la médecine » à travers la pratique mais selon des modes d'acquisition très différents de ce

qu'ils ont pratiqué jusqu'à présent. Ils décrivent un enseignement plus structuré autour de l'équipe médicale, plus proche du patient, plus proche des médecins, où les connaissances sont acquises de manière plus « naturelle », une sorte de maïeutique avec la participation de l'interne, une implication forte, où les notions d'engagement personnel, de désir, sont venues remplacer les conduites de contrainte et de subordination :

« Maintenant je prends plaisir à travailler, c'est plus la même euh, c'est plus la même façon de travailler, enfin maintenant c'est volontaire...il n'y a plus d'exams et si on est face à un problème on a la curiosité – enfin on a ou on n'a pas – la curiosité d'aller voir dans un bouquin...donc ouais je préfère maintenant » (57).

Comment peut-on être humain ?

La question de l'humanité ou de l'inhumanité de la médecine, des médecins, de l'hôpital traverse tout le cursus des études médicales. Cette question est même posée dès le P1, de l'opportunité de sélectionner les futurs médecins sur des compétences scientifiques ou sur des capacités de mémorisation et non sur des qualités relationnelles ou de motivation. Cette question est évoquée bien évidemment au moment du concours de l'internat, à peu près dans les mêmes termes que pour le P1 : s'opposent la science, le « par cœur », le bachotage à la compréhension du malade, à l'humanisme, la compétence relationnelle (« savoir parler à un malade »). Nous avons vu que le résidanat est le temps du bilan sur la formation, il est aussi celui du jugement des maîtres.

L'image du patron

Les processus d'identification à des modèles ne sont pas encore à l'œuvre durant les stages d'externat. Les étudiants peuvent être fascinés par la personnalité d'un praticien exceptionnel ou choqués par celle d'un chef « odieux », sans pour autant se projeter plus avant. Les externes, avant le D4, vont rarement plus loin dans leurs jugements négatifs que le « j'espère que je ne serais jamais comme ça ». Nous trouvons beaucoup plus de témoignages d'admiration ou de désapprobation chez les internes. On notera ici que la présence de parents médecins joue un rôle très important dans l'évaluation que font les étudiants de leurs formateurs praticiens hospitaliers. Il semble plus difficile pour les enfants de médecins de critiquer les patrons. Bien plus, la relation qui s'instaure entre le résident issu des professions médicales et les « patrons » est d'un ordre très particulier, soit fondé sur la confiance et la réciprocité – que l'on ne peut éprouver qu'entre « pairs » – soit mettant en scène l'affrontement, la confrontation à un anti-modèle, mais où les rôles se jouent quand même sur le mode de l'appartenance de caste.

C'est parmi ces étudiants que l'on entend le plus souvent dire d'un patron qu'il est « excellent » [« mon maître spirituel, excellent chirurgien » (14)], « j'ai eu un excellent chef de clinique » (22) « j'ai eu un contact avec le patron, excellent et très formateur » (78), quand parfois le praticien ne devient pas tout simplement « un ami ».

Tout se passe comme si la hiérarchie n'était pas un poids, se trouvait mise en retrait, comme quelque chose de peu d'importance. Seuls deux résidents héritiers sont critiques sur leurs supérieurs hiérarchiques :

- Un résident de saint Antoine (82), illustrant assez bien le profil de l'héritier qui veut « tout faire sauf médecine », dont le père est professeur dans une faculté de médecine. Ce dernier a brossé à son fils un tableau très noir de la hiérarchie hospitalo-universitaire. Mais ce résident avoue qu'il « est tombé sur des gens qui n'étaient pas comme ça ». Il campe donc (Cf. encadré), comme par fidélité à son père, une catégorie d'enseignants conforme au portrait qui lui en a été fait. Mais en fait il est très laudateur sur des praticiens qui l'ont accompagné dans sa formation, qui l'ont même défendu, avec lesquels il a pu nouer une relation privilégiée.

- Un résident fils de psychiatre qui « supporte mal l'autorité paternelle des chefs de clinique », parce qu'elle le renvoie à ses propres difficultés avec son père (87-RSA).

Pour l'ensemble des autres représentants de la catégorie médicale de notre échantillon, les images sont positives, élogieuses, montrent l'admiration comme en témoigne cet extrait d'entretien où de hiérarchique la relation est devenue transversale :

« Avec les chefs de clinique, la relation est en général très bonne, c'est eux qui nous encadrent et avec qui on a le plus de relations et le plus souvent, la relation n'est pas du tout hiérarchique, elle se fait sur un mode transversal ou il nous corrige sur des erreurs qu'on fait ou nous conseille sur la démarche à suivre pour soigner un malade ou diagnostiquer puisqu'on a pas toutes les connaissances pour ça et qu'on apprend ça au fur et à mesure. Donc la relation en général est excellente, la relation hiérarchique n'est pas imposée mais vient plus de la différence de connaissances, surtout quand on débute l'internat, qui fait que de fait c'est notre maître en médecine mais pas par le statut hiérarchique mais par la différence de connaissances. » (90)

La dimension humaine est présente, mais elle reste associée à toutes les autres qualités. Pas d'éloge sans mention de l'humanité, de l'amour du métier, de l'envie de transmettre, des exceptionnelles compétences et connaissances. La question ne se pose pas de l'acquisition de la qualité humaine. Elle est ou elle n'est pas, inhérente à la personne et ne s'oppose ni à la technicité ni au savoir scientifique.

Le paradigme du mauvais PH vu par un fils de PH

« Quand on commence à voir un peu ce qu'il faut faire et ce qu'il faut pour devenir professeur de médecine et puis voir comment eux sont, je suis très, très déçu par leur capacité d'enseignement, très déçu, je suis très déçu par ces gens-là que je trouvais... ouais probablement par mes parents, vous avez raison, en fait, c'est-à-dire que j'étais, j'ai été élevé dans le milieu médical, mais avec une image négative de ce milieu-là.

Q : Ah, bon !

J'ai été élevé avec une image que, mes parents me répétaient souvent, ma mère aimait dire qu'elle, qu'elle était sûre qu'elle ne se serait jamais mariée avec un médecin et mon père n'arrêtait pas de dire que les médecins étaient trop souvent des pourris.[...] je ne sais pas si vous connaissez un petit peu ce qu'il faut faire pour devenir professeur en médecine. En fait, en médecine, il faut tout faire en même temps, c'est-à-dire que si on veut être nommé professeur, ça se décide tout de suite. Il faut attraper un professeur de médecine et lui dire qu'on veut être professeur de médecine et lui, il nous dit : « et bien, tu n'as pas de vie pendant 10 ans, tu fais tout ce que je te dis, tu suis ce que je te dis, tu es gentil avec tout le monde, tu fais ça ». Donc on ne décide pas sur quoi on travaille, on ne décide pas sur quoi on recherche, et puis tu fais et de l'enseignement et de la recherche et tu fais tourner le service et ensuite, tu es nommé professeur. Ce qui fait que ce sont des gens qui nous enseignent à nous étudiants, qui n'ont pas envie, qui ne sont pas formés, qui ne sont pas performants, qui font de la recherche, mais ça, c'est parce qu'il faut faire genre « on sait faire un petit peu de recherche, on a tâté un peu la recherche », mais qui ne font rien avancer du tout comparé aux unités de recherche où ce sont des métiers à part entière. Et puis au niveau des services cliniques, ils font tourner, mais il faut que ça aille vite, ils chapeautent un petit peu leurs internes. Donc ils ne font rien de bien, mais au total, ce sont des gens qui n'ont pas de vie et qui acceptent un mode de vie infernal, je trouve, mais qui l'acceptent pour la gloire, le prestige d'être nommé professeur. Et une fois qu'ils sont nommés professeur, il n'y a plus de rétrocontrôle aucun. Ils sont les chefs, ils peuvent faire ce qu'ils veulent, c'est eux qui ont le pouvoir absolu et donc ils font ce qu'ils veulent et comme ce sont des gens qui n'ont pas souvent réfléchi à leur pratique, c'est vrai que c'est des relations très particulières, très hiérarchisées et nous, quand on est au bout de la course, c'est relativement, c'est relativement humiliant. [...] parce qu'en fait, on est jusqu'à l'interne, très, très souvent... Très souvent... euh... pas humilié, « humilié » c'est trop fort, mais pas du tout considéré par personne » (82, homme, SA résident).

Pour les étudiants issus de catégories professionnelles non médicales, lorsque les images sont positives, elles sont proches de celles décrites ci-dessus, mais la dimension hiérarchique est maintenue, reconnue comme telle. Les chefs sont des « modèles », « charismatiques », « passionnés » mais ils sont toujours « au-dessus ».

Par contre les critiques sont plus nombreuses et très appuyées. Elles portent principalement sur le poids de la hiérarchie hospitalière, le caractère des chefs et la technique versus l'humain.

Le poids de la hiérarchie hospitalière

Les enfants de cadres et ceux des classes moyennes et ouvrières ne font pas semblant de croire à la relation transversale. Pour eux la hiérarchie est une réalité, et c'est même, pour partie d'entre eux, une des raisons des mauvaises images des patrons hospitaliers.

« J'aimais pas trop le milieu hospitalier euh...enfin je trouve que c'est assez, enfin c'est assez particulier...c'est pas très, c'est pas toujours très sympathique enfin dans le se...le sens où c'est assez conflictuel entre les internes et chefs de service qui sont pas toujours sympathiques enfin...euh, il y a une pression qui est assez importante sur les internes, ils travaillent énormément, on leur demande de faire des publications, travailler à côté...c'est lourd tout ça...donc je me disais euh...et j'ai jamais changé d'avis » (59-NR, père directeur d'entreprise).

Pour un médecin nantais, fils d'ingénieur, la rencontre avec les grands patrons sera une grande déception. Il avait idéalisé le métier en lui attribuant des qualités de solidarité, de coopération, d'assistance, d'entraide, qu'*a contrario*, son père ne rencontre pas dans le milieu de l'entreprise. Ce médecin décrit tout son cursus comme une succession de déceptions, de

ratages. Il garde un mauvais souvenir de tous ses stages et la fin des études sera accueillie par lui comme « une véritable libération », qui lui a permis de « fuir le CHU »,

« Q : quel a été le désenchantement, qu'est-ce qui n'a pas marché ?

euh qu'est-ce qui n'a pas marché. C'est de constater ce poids de la hiérarchie, ce panier de crabe permanent, ce relationnel conflictuel. Et c'est là mon plus grand désenchantement. Mon père travaillait dans l'industrie, il est à la retraite donc j'avais écho un peu de ce qui se passait mais j'avais l'impression que c'était pire à l'hôpital, alors que pour moi ça ne devait pas l'être [...]. Et oui, à côté de ça c'était mon sentiment d'être utilisé. Utilisé pour des tâches, des fonctionnements de l'hôpital qui m'intéressaient pas forcément, que je voulais pas forcément faire, et voilà, d'être utilisé par la hiérarchie par l'environnement, j'avais ce sentiment-là. Et par contre en termes d'apprentissage, souvent déçu. J'ai pas rencontré, il faut l'avouer, des maîtres entre guillemets dont j'avais peut-être l'image idéalisée avant [...].

Q : donc vous diriez aussi que vos années de résidanat étaient décevantes ?

ah oui bien sûr, peut-être plus. Enfin plus, je sais pas, mais très décevantes.

Q : vous vous attendiez à avoir une formation plus pointue ?

mais là, j'ai parlé de panier de crabes on était en plein dedans, j'étais en plein dedans j'étais même un des éléments, un des crabes, si je puis dire. Et puis le fait de se sentir utilisé. Ça paraissait encore plus flagrant. Non ça a été très pesant. Très pesant.

Q : Pour résumer votre sentiment sur les études médicales à Nantes, c'est pas comme ça qu'il faut s'y prendre ?

En tout cas c'est pas comme ça que je les imaginais c'est pas, je leur dois pas une formation satisfaisante, hein et en tout cas ils ne m'ont pas donné envie de poursuivre à l'hôpital » (88-MGN).

On peut noter ici que si les enfants issus de milieux médicaux de font une idée de leur futur métier en relation très forte avec celui de leurs ascendants médecins, les enfants issus de professions non médicales ont des comportements tout à fait similaires. Il est souvent possible d'associer leurs représentations de la profession médicale avec le métier de leur père. Cela peut même prêter à sourire comme c'est le cas pour ce P1 de Nantes, fils de tôlier automobile, qui s'inscrit en médecine dans le but très précis de faire chirurgie esthétique, comme s'il voulait réussir sur les humains le même type d'opération que son père réalise sur les voitures. Le parallèle est flagrant tout au long de l'entretien.

Le « caractère » des chefs

Les patrons sont moins décrits selon leurs qualités innées (l'humanisme) ou acquises (connaissances, compétence) comme c'est le cas chez les internes héritiers, mais par leur caractère : « patrons caractériels » (72RSA), « chefs acariâtres » (91MGSA), « bourreaux » (83-MGN), « chefs odieux » (65-MG), « gentil ». La relation d'apprentissage, le rapport avec les enseignants sont très importants pour ces étudiants qui savent que la véritable formation se passe là, dans le stage de résidanat. Avant même les compétences, ce sont « l'envie d'enseigner », « l'envie de transmettre » qui sont prioritaires. Lorsque l'envie de transmettre le savoir, de la part des enseignants et praticiens rejoint la soif d'apprendre des étudiants, les évaluations sont extrêmement positives. Dans le cas contraire c'est un sentiment d'abandon qui domine comme on peut le voir pour ce médecin de Saint-Antoine se souvenant de son premier stage d'interne :

« Q : Et les stages que vous avez appréciés ou pas, vous pensez que c'est plus lié à l'ambiance du service ou plus à la spécialité ?

Plus à l'ambiance du service. Ça, je l'ai toujours dit. J'étais à Rothschild et on avait un patron qui s'appelait X à l'époque, je pense, il était assez sévère, assez sec. Je pense que ça m'a un peu dégoûté de la gynéco, ça a beaucoup joué. C'était plus à l'ambiance du service parce que la médecine, c'est...tant que vous ne connaissez pas quelque chose, vous n'aimez pas. Une fois que vous tombez dedans que ce soit n'importe quelle spécialité, ça peut vous plaire et ça, ça joue beaucoup, l'ambiance du service, ça joue beaucoup, beaucoup, beaucoup. C'est plutôt l'ambiance du service...Si j'étais entouré, si on m'apprenait des choses, j'aurais peut-être aimé.

Q : Parce que là, vous aviez l'impression...

J'avais l'impression d'être abandonné dans le service et j'étais incapable...je sortais de la fac, je ne connaissais pas tellement autre chose, c'était mon premier stage

Q : En tant qu'interne ?

En tant qu'interne. C'était mon premier stage et j'étais...Enfin, les gens âgés, c'est souvent des polyopathologies aussi, c'est lourd, il faut savoir synthétiser les choses et ça, j'étais abandonné, il y avait un médecin qui passait 2 fois par semaine et ce n'était pas assez. Je m'en rappelle, une fois, j'avais une patiente qui avait un OAP²⁴, la nuit, je suis resté, toute la nuit je suis resté avec elle, mais bon, je ne pouvais pas appeler un autre médecin, vous voyez, c'était frustrant pour moi à l'époque. Je pense que ça a beaucoup joué. Non, c'était l'ambiance du service, c'est évident » (80-SAMG).

Les critiques sont donc à la hauteur de ces attentes très fortes. On mesure bien à l'aune de ces réactions, la forte idéalisation du monde médical de la part de ceux qui n'en sont pas issus. Les patrons se devraient d'être exemplaires, et en fait ils ne sont « qu'humains, trop humains », voire même inhumains. Le fils d'ingénieur nantais cité plus haut (88) va jusqu'à dire que ces patrons ne lui « ont pas donné l'envie de continuer à l'hôpital », une résidente de Saint-Antoine (60) au contraire a rencontré des « gens qui aimaient enseigner, des chefs de clinique qui adoraient enseigner, des gens motivés qui lui ont donné le goût », et un médecin de Saint-Antoine, fils d'ouvriers (89), parle des chefs de clinique, des chefs de service qui « l'ont motivé pour continuer à faire médecine ».

Le stage auprès du praticien

Comme le stage infirmier, ce stage a un statut bien particulier dans le cursus. S'il n'est pas totalement en fin de parcours, il symbolise quand même la sortie des études. Il a lieu à l'extérieur de l'hôpital, avec des professionnels non hospitaliers. Rallongé de trois mois récemment, à la satisfaction de tous²⁵, il propose au résident un semestre auprès de généralistes installés en cabinet de ville. Pour une grande majorité de résidents il représente la compréhension, enfin, non pas de la médecine mais du métier. On y retrouve chez les résidents n'appartenant pas au monde médical le même rôle que pouvait jouer le stage infirmier par rapport au besoin de confirmer son choix de s'inscrire en médecine. Ici, quand le stage se passe bien, c'est-à-dire auprès de praticiens que les résidents apprécient, il a le même effet de confortation, mais cette fois très précisément par rapport au métier lui-même. Aucun des stages de l'hôpital n'est à même de faire comprendre le métier de généraliste.

« Je sais, y'a des étudiants, ça les gave beaucoup de faire ce stage. Mais nous on s'est vraiment régalés, c'est des médecins qui sont assez passionnés par ce qu'ils font, qui font des gestes, qui font de tout. Moi j'ai passé vraiment six mois super et puis ça m'a confortée dans l'idée. Parce que c'est vrai que c'est aussi la première fois où on découvre vraiment ce métier, le métier de généraliste, parce que dans les autres stages hospitaliers ça n'a aucun rapport. Donc j'étais bien contente parce que c'était

²⁴ Œdème aigu du poumon.

²⁵ Les médecins, plus anciens, interrogés dans l'échantillon sont unanimes pour approuver cette mesure, et même pour proposer de le rallonger encore plus.

vraiment ça que j'aimais faire. Et puis il nous donne des responsabilités au fur et à mesure de ce stage : on va faire les visites tout seul, on fait des consultations toute seule.

Q : Ah oui

Voilà, c'est comme ça que ça se passe. On les aide bien, ils sont bien contents en général.

Q : C'est sûr

Voilà. Donc on apprend plein de choses. On apprend vraiment le métier qu'on va faire plus tard » (63, SA, MG).

Le stage auprès du praticien et une véritable initiation à la pratique libérale, parfois même jusqu'à la gestion d'un cabinet. Il est aussi la première formation à la relation avec le patient. C'est dire que la bonne/mauvaise intelligence avec les maîtres de stage est capitale. Si le contact est négatif, la médecine générale peut devenir un repoussoir. Un médecin de Saint-Antoine décrit dans son stage, les patients reçus et expédiés en 10 minutes et il se dit : « si c'est ça la médecine, je ne veux pas faire de la médecine générale » (80-SAMG). Ce sont les remplacements effectués après qui lui ont donné une autre image de l'exercice.

Les conditions d'un bon stage sont bien sûr liées au fait d'être avec des médecins « passionnés », « compétents », qui aiment leur métier, mais surtout, là aussi comme dans les stages hospitaliers, l'autonomie fait la différence. Lorsque le résident a pu « consulter », voire même faire des visites et avoir la confiance du médecin installé, il se trouve en situation de véritable formation professionnelle et il n'est pas rare qu'il se mette à faire des remplacements ensuite auprès du même médecin. « Étudiants » et professionnels se jaugent, se jugent, s'apprécient et nombre de futures associations naissent là. L'entretien retranscrit ci-dessous met en scène trois situations de stage, de la plus mauvaise à la meilleure et décline tous les ingrédients qui font du stage auprès du praticien un formidable lieu d'identification : identification à une pratique, à un mode d'exercice, à une qualité professionnelle optimum, à un profil de praticien idéal :

« Ah oui j'ai eu trois médecins et c'était trois pratiques différentes.

Q : C'est-à-dire ?

Alors celui de F. bah ! j'ai pas accroché (rires), d'ailleurs je le remplace pas (rires). Euh pff ! lui il laissait de l'autonomie, mais il fallait que j'aille la chercher ! donc pff... je n'aimais, mais vraiment pas sa pratique il faut être clair. J'ai pas du tout aimé, j'étais jamais d'accord avec lui, il n'expliquait jamais rien aux gens pff...

Q : Vous faisiez quand même des débriefings derrière

Ouais de temps en temps mais ce n'était pas facile je m'ennuyais à mourir. En fait j'étais contente quand il me laissait toute seule mais bon lui il s'ennuyait s'il me laissait la place donc euh... parce que lui, il avait qu'un seul cabinet en fait, donc déjà, ça être tout seul dans la campagne... mais c'était intéressant. Mais donc quand il travaillait pas, parce que lui il avait horreur de ne pas travailler donc il n'aimait pas me laisser son cabinet ou alors c'est parce qu'il était en réunion qu'il me laissait le cabinet, il travaillait à l'hôpital, il travaillait dans 10 000 endroits à la fois, il faisait tout à la va vite...

Q : Et vous lui avez dit...

Pff, est-ce que je lui ai dit, je lui ai dit euh... je pense enfin c'était très difficile parce que je lui disais quand je n'étais pas trop d'accord de façon très diplomatique parce qu'on ne va pas non plus agresser les gens, c'est ça façon de faire et ça ne sera pas la mienne, voilà. Et puis j'essayais de récupérer des trucs derrière, quand j'étais avec lui en consultation [...] comme je faisais mon DU sur la douleur, ah ! il a pris en compte ce que je disais sur la douleur, ce qui est déjà pas mal, parce qu'il faisait des grosses bêtises... Donc ça, c'est vrai que c'est pas mal, mais c'est vrai que ce n'est pas la pratique que j'aurai, c'est évident. Il était trop prescripteur, il prescrivait des antibiotiques à tout va [...]. Après celui de Nantes, euh adorable. C'est un médecin de ville un peu plus classe...

Q : Pourquoi à la campagne ils sont plus...

Non mais lui il était classe, il faut être clair, il était en face du jardin des plantes, super sympa. C'est un médecin de 55 ans, on sent qu'il a bien roulé sa bosse, il est, il est hyper au clair sur tout. C'est un très bon clinicien, euh très sympa qui fait que de la gériatrie essentiellement, très peu d'enfant. Donc ça allait une ou deux journées mais personnellement faire que de la gériatrie pour moi c'est trop dur. D'ailleurs quand je l'ai remplacé, moyenne d'âge 85 ans c'était fatigant. Euh...mais super bien, j'étais en autonomie je faisais de la consultation toute seule donc super bien. Et la dernière qui était une référente, bah ! génial (rires) il était génial le dernier, enfin le dernier médecin. Vraiment super bien : exactement tout ce dont je rêve pour la médecine générale.

Q : C'est-à-dire...

Dans le rapport au patient, dans la formation médicale, la clinique, elle est bonne, enfin elle et bien, c'est une bonne clinicienne. C'est euh...elle a une bonne écoute euh. Elle fait une formation, elle est tout le temps en formation, ils sont en cabinet à 4. Ils ont le même profil et ils se complètent bien à la fois. C'est super sympa, le cabinet il est très agréable. Il y a une bibliothèque dans la salle d'attente. Ils sont là pour la prévention, l'éducation du patient : génial ! génial ! Ils sont à la fois mi-campagne mi-ville, ouais super ! » (57, N, résident).

C'est le « stage préféré de tous » dit un médecin de Saint-Antoine. Car, placé à ce moment du cursus où il n'est plus trop temps de se poser des questions sur son devenir professionnel, lequel semble tout tracé, il répond exactement à la demande. Tout ce qui contribue à éclairer ce que les études ont laissé dans l'ombre, tout ce qui peut permettre de se projeter réellement dans une pratique professionnelle, est non seulement bienvenu et espéré, mais même plus, idéalisé. Il concrétise l'image idéale que l'on se fait de la médecine, et il est souvent la première expérience de terrain hors de l'hôpital. D'une certaine manière, en donnant un avant-goût de la pratique, il donne un avant-goût de la liberté – avec toutes les inquiétudes qui l'accompagnent – que représente la sortie prochaine des études. L'apprentissage continue, mais autrement.

« Le premier stage en fait, je le faisais dans le 12ème. Ça s'est bien passé, on s'entendait bien, il me montrait plein de choses et puis, enfin, je dirais globalement ce stage chez le praticien, c'est celui que j'ai préféré de tous. Pour une fois, on était dans quelque chose qui correspondait à ce que je me faisais comme idée de la médecine, voilà. Et l'après-midi, on avait donc, j'allais à Médecins du Monde où donc, je faisais une consultation aussi, aussi intéressant. Donc finalement là, très dense, c'était dense, c'était agréable on apprenait plein de trucs, c'était bien. Un deuxième stage chez le praticien donc cette fois dans le 20ème avec en parallèle l'après-midi...euh...avec en parallèle l'après-midi une consultation dans un centre médical où là, j'avais la possibilité de me déplacer entre consultation dermatologique, consultation, un peu de ce que je voulais. C'était passionnant, pareil, j'ai appris plein de trucs, je dirais que j'ai appris la médecine, dommage, malheureusement en très peu de temps, mais j'ai appris plein de choses là. Donc ça je dirais, je suis sans, vraiment je trouve ce stage chez le praticien était vraiment très bien. Voilà... » (66, SA, MG, parents psychiatres).

La boucle est bouclée pour un médecin d'origine modeste qui s'est inscrit en médecine avec une admiration pour son médecin de famille et une vocation bien ancrée pour la médecine générale. Il vit tous ses stages d'étudiant sans retrouver ce modèle au contraire : il parle des praticiens hospitaliers absents, des chefs de services inexistants dans les stages, de ses stages d'interne où les « chefs de clinique ne savaient pas soigner une bronchite ». Quelques personnalités l'ont marqué positivement mais sans qu'il puisse s'y reconnaître totalement. et il va enfin rencontrer son idéal du début, dans le stage auprès du praticien.

« Je l'ai fait en troisième semestre pour faire une coupure en milieu de parcours, et honnêtement je suis tombé sur un maître de stage fabuleux ! encore un de ceux qui ont marqué mon parcours, et avec qui je suis devenu ami effectivement.

Q : Vous étiez au cabinet avec lui, et vous aviez l'impression d'avoir une bonne idée de ce qu'était l'exercice de la médecine générale en étant à côté de lui ?

Oh oui je pense, effectivement c'est quelqu'un qui, c'est ce qu'on appelle un vieux médecin généraliste, un médecin généraliste tel qu'on l'imagine, en tout cas tel que je l'imaginai quand je parlais tout à l'heure, c'est vrai que c'est vraiment quelqu'un qui, comme on pourrait dire un médecin de campagne sauf qu'il est à Paris, il a les mêmes attitudes, il a les mêmes horaires, il a les mêmes façons de voir les choses, c'est quelqu'un qui fait, je pense quatre-vingts, quatre-vingt-dix heures par semaines, donc j'ai vu ce que c'était un médecin généraliste oui » (61, SA, MG).

En résumé, nous pourrions presque dire que le stage auprès du praticien ferme le cycle des études médicales. C'est souvent avec ce stage que les étudiants « à vocation » généraliste, retrouvent les raisons qui les ont conduits vers la médecine. Parfois même, lorsque l'identification du résident au médecin installé et à sa pratique est totale, le stage praticien efface presque tout le souvenir de la pénibilité de l'apprentissage antérieur. Là, ils apprennent « plein de trucs » ; le verbe apprendre est récurrent dans les récits. Ce stage professionnalisant enterre définitivement l'étudiant qui « apprend sans comprendre » pour laisser place au médecin qui se forme.

Deuxième partie : Devenir médecin

La profession médicale est certainement une de celles qui correspond le mieux à l'image de choix précoce, vécu sur le mode de la certitude, qu'on appelle la vocation. La tradition de la sociologie des professions rappelle l'étymologie religieuse du terme profession, en proche résonance avec la notion allemande de *beruf*, à la fois vocation professionnelle et devoir religieux.

Pour être souvent vécue et présentée sur le mode de l'évidence intime, de la certitude d'être depuis toujours destiné(e) à effectuer un jour ce choix qui ne fait que confirmer et accomplir des dispositions qui attendaient le moment de se réaliser comme une prophétie, la vocation n'en a pas moins fait l'objet d'investigations sociologiques tendant à objectiver les conditions de son apparition. Il en va notamment ainsi des modalités par lesquelles des jeunes garçons peuvent être amenés à se percevoir comme « appelés par Dieu » et à laisser se développer (ou s'imposer) en eux un ensemble d'aspirations et de résignations qui les font entrer au petit séminaire²⁶.

Dans l'étude de la vocation médicale, c'est avant tout le thème de la « pourvoyance » qui est mis en avant²⁷. Ce besoin de s'occuper d'autrui actualise sous une forme spécifique à la médecine la définition altruiste de l'activité qui était considérée par la sociologie des professions fonctionnaliste comme l'un des traits caractéristiques de la profession. Bien qu'il soit habituellement rattaché à l'histoire singulière du sujet et à ses expériences les plus personnelles, ce désir requiert des conditions sociales susceptibles de l'entretenir et de permettre la transformation d'un jeu ou un rêve d'enfant en réalité accréditée par le succès au concours de médecine ou à l'internat, et ce n'est pas par hasard que nombre d'auteurs ont souligné la fréquence des antécédents familiaux dans le choix des études de médecine, ainsi que la forte reproduction sociale et professionnelle qui caractérise le groupe.

Sur les 90 personnes retenues pour l'analyse, 52 ont un père profession libérale ou cadre supérieur, 20 ont leurs deux parents dans cette catégorie, et 23 ont au moins un ascendant qui est médecin, sans parler des membres de la fratrie (2 personnes) ou d'autres membres de la famille (15 personnes). C'est donc au-delà des parents, l'ensemble de la famille qui contribue à la détermination de la vocation médicale en fournissant des exemples, voire des modèles à imiter de manière plus ou moins impérative. Le choix personnel s'inscrit dans un espace des possibles marqué par l'éventualité, si ce n'est parfois l'obligation morale de choisir la médecine, y compris lorsque les parents médecins prétendent avoir recommandé à leur enfant de tout faire sauf la médecine, mais savent faire comprendre par des signes tacites que cette « transgression » apparente de leurs vœux ne ferait qu'aller au-devant de leurs désirs réels²⁸. Il importe donc, même si cela risque de ne faire que répéter des constats déjà connus, de situer la manière dont les propriétés du milieu d'origine ont pu intervenir dans la décision d'opter

²⁶ Suaud Charles (1975), « L'imposition de la vocation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1 (3), p. 2-17 ; (1976), « Splendeur et misère d'un petit séminaire », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2 (4), p. 66-92.

²⁷ Le Roux-Déchamp Catherine (1982), « Les chemins de la pourvoyance médicale. Facteurs socio-historiques, économiques, culturels et psychologiques qui conditionnent le choix de la profession médicale », thèse de sociologie, ParisX.

²⁸ Chénevat Laurence (2002), « Devenir médecin généraliste ou spécialiste ? Un rapport aux études et au savoir différencié », thèse de sociologie, Lyon2.

pour la médecine. Mais il importe aussi de ne pas projeter de manière simpliste le modèle de la vocation, c'est-à-dire de la certitude précoce de vouloir se consacrer à ces études-là en vue d'exercer ce métier. Dans bien des cas, comme nous le verrons, le choix s'est fait au dernier moment, et parfois davantage au regard de critères scolaires que d'une véritable attirance pour un métier souvent perçu de manière très vague. Il faut donc se pencher de plus près sur les processus à l'œuvre dans cette orientation et distinguer les deux réalités liées mais de signification différente que constituent, d'une part, le fait de vouloir devenir médecin et, d'autre part, la décision de s'inscrire en médecine. Il ne faut pas oublier non plus que c'est autant la faculté qui choisit ses étudiants que les étudiants qui choisissent la médecine : le verdict du concours de première année sonne le glas de vocations peut-être profondes mais mal armées pour la compétition, et force à se considérer comme futurs représentants de la profession des étudiants bien classés qui n'étaient peut-être jusque-là à leurs propres yeux que « bons en sciences ».

D'autre part, la question des origines et des manifestations du choix de faire des études de médecine doit être située dans un des phénomènes majeurs affectant cette profession : la féminisation massive qui rend les jeunes femmes majoritaires parmi les étudiants et qui, même si elle se heurte à l'inertie d'un monde habitué à vivre sous l'emprise des grands « patrons », qui incarnaient à leur manière une des figures du patriarcat, contribue à redistribuer les cartes en matière de hiérarchie des spécialités et modes d'exercice²⁹. Certes, il est aisé d'imaginer que le motif de la pourvoyance a toutes les chances de se trouver mis en avant avec une fréquence particulière par les jeunes femmes, habituées dès l'enfance à manifester des dispositions au dévouement et au soin d'autrui, mais au-delà des stéréotypes, le rapport au savoir, aux méthodes d'enseignement et à la pratique médicale des jeunes femmes constitue un ferment de changement insuffisamment exploré, qui conduit à interroger la « configuration partielle de genre³⁰ » qui caractérise la médecine.

Enfin, on sait que, tout particulièrement dans le cas d'une formation aussi longue et aussi spécifique que celle de médecine, le temps des études n'est pas seulement celui de l'acquisition de savoirs mais tout autant et peut-être davantage celui d'une socialisation professionnelle, d'une transformation de la « vision du monde » qui éloigne l'impétrant de ses croyances profanes et l'initie progressivement aux réalités de la profession qui ne se laissent voir que de l'intérieur.

Tout au long de ce processus, l'image initiale de la profession se voit retravaillée, enrichie ou détruite par les connaissances acquises et les expériences fondatrices que sont par exemple les premiers contacts avec les malades, les temps forts des stages, ou encore la confrontation avec la mort. Même si le sentiment subjectif de la vocation peut se trouver confirmé à l'issue de ce parcours, il repose sur une réélaboration en profondeur de l'image initiale qui ne pouvait être que floue, incomplète et sur bien des points fautive. Il convient donc aussi de prêter une

²⁹ Lapeyre Nathalie (2003), « La féminisation des professions libérales : analyse sociologique d'un processus. Le cas des femmes médecins, avocates et architectes », thèse de sociologie, Toulouse.

³⁰ La formule est utilisée par Nathalie Lapeyre, sur la base de la distinction entre configuration supérieure et configuration partielle introduite par Norbert Elias (1996) « La "configuration supérieure de genre" renvoie directement au système social des rapports sociaux de sexe, en voie de démocratisation, au niveau macro social et sociétal. Tandis que le système social des rapports sociaux de sexe tel qu'il apparaît au sein des professions libérales [...] correspond à la "configuration partielle de genre". L'originalité de la pensée d'Elias permet d'envisager ce qui se passe entre le niveau macro/meso et de caractériser les marges de manœuvre des individus dans un sous champ social » (Lapeyre, 2003, p. 66).

attention particulière à ces réajustements qui touchent aussi bien la représentation que les étudiants peuvent se faire de la profession médicale que leur propre perception d'eux-mêmes comme étant ou n'étant pas faits pour en assumer les contraintes. Bien entendu, un des moments majeurs de ce réajustement est celui de l'arrivée au concours de 6^e année où, bien souvent, des destins se jouent en fonction de la fraction de point qui sépare des candidats visant la même spécialité. Mais la scène particulièrement dramatique et emblématique que représente le moment du choix à l'issue de l'ENC ne doit pas masquer le travail permanent de renoncement, de réévaluation et de brassage de scénarios auquel se livrent les étudiants tout au long de leur itinéraire de formation, notamment lorsqu'ils sont confrontés à des déceptions, des échecs, ou à des expériences prosaïques – aussi bien génératrices de fatigue physique que de lassitude morale et de sentiment de « ras-le-bol » – qui les obligent à poser la question du prix qu'ils sont prêts à payer et de la valeur finale qu'ils accordent aux avantages liés à une position donnée dans l'espace professionnel. Ces questions seront traitées dans le second temps de ce chapitre, où nous aborderons l'évolution des représentations de la profession et des manières de se projeter dans un exercice médical. Dans un premier temps, nous chercherons à savoir comment la façon de rendre compte des origines de la décision d'entrer en médecine varie en fonction de l'avancement dans le parcours de formation.

II.1 La vocation médicale

Tels sont les trois axes d'analyse selon lesquels nous aborderons la manière dont les étudiants de médecine décrivent leur orientation vers cette filière : après un examen des propriétés sociales de l'étudiant et de sa famille, nous nous tournerons vers les spécificités que fait apparaître la dimension du genre, puis nous étudierons les variations liées à la position dans le parcours de formation.

II.1.1 Choix de la médecine et mobilité sociale intergénérationnelle

La sursélection sociale qui caractérise les étudiants de médecine fait apparaître un grand nombre d'enfants de cadres ou « professions intellectuelles supérieures » pour lesquels les études de médecine garantissent une reproduction du statut social des parents.

Parmi ces derniers, une minorité remarquablement surreprésentée est constituée par les enfants ou petits enfants de médecin, qui se trouvent ainsi engagés dans un rapport très particulier aux études de médecine. Après en avoir dégagé les traits majeurs, nous passerons successivement au cas des étudiants dont les parents appartiennent aux classes supérieures, et inscrivent donc leur trajectoire dans une logique de reproduction de la position sociale d'origine, puis de ceux d'origine moyenne et populaire pour qui l'accès à la profession représente un cheminement ascendant beaucoup plus aventureux.

Les enfants de médecin : hérédité professionnelle et marquage symbolique

Il y a en médecine un noyau caractéristique d'étudiants pour lesquels le choix de la médecine a semblé aller de soi, comme si la question n'avait jamais eu à se poser. Une modalité de réponse classique à la question de l'entrée en médecine est ainsi celle des « Obélix » qui sont, en quelque sorte « tombés dedans quand ils étaient petits ». En d'autres termes, leur sentiment est qu'ils ont « toujours » voulu faire de la médecine et ne peuvent même donner une date ou citer une période particulière à laquelle le désir leur en serait venu.

Le fait qu'au moins un des parents soit médecin ne fait qu'ajouter au sentiment d'évidence et de naturel de la décision, qui revient à vouloir rester dans le monde dans lequel on a « baigné ». Ce cas se présente parfois en association avec le mobile de la pourvoyance, dont les parents représentent alors l'incarnation, ce qui rend d'autant plus légitime et désirable de pouvoir leur ressembler.

« Q : Comment avez-vous eu l'idée de devenir médecin ?

Je pense que j'ai baigné dans le milieu plus ou moins médical, voilà pour une première chose. La deuxième chose, c'est que j'avais cette idée d'aider les autres. Effectivement, j'aurais pu faire autre chose, en tout cas dans l'aide à autrui, c'était ma façon..., c'était mon idée depuis longtemps, très longtemps. J'aurais pu devenir infirmier, mais je pense qu'en tant que médecin on est plus actif, actif de façon globale. En tant qu'infirmier, on est actif aussi, mais parfois il faut l'aval du médecin, le feu vert du médecin, une ordonnance du médecin.

Q : Vos parents exerçaient une profession médicale ?

Heu ma mère est infirmière

Q : Et votre père ?

Mon père médecin

Q : Médecin généraliste ou médecin spécialiste ?

Spécialiste, spécialiste » (78, MG, Nantes)

Mais le désir de se dévouer et d'obtenir en retour des signes de reconnaissance de la part d'autrui, n'exclut pas celui d'atteindre, à l'image des parents, une position sociale reconnue, et comme dit explicitement un étudiant de première année, ne pas **déroger**.

«... je pense que ce qui m'a décidé à faire médecine, ce n'est pas tellement des paramètres scolaires disons parce que jusqu'au bac ça a toujours été à peu près... enfin en toute modestie brillé quoi ça allait très bien. Euh c'était un peu les doigts dans le nez. Je pense que les raisons qui m'ont plus motivé de faire médecine d'une part personnelle, c'est-à-dire que mon père est médecin mais mon père, ça fait maintenant 18 ans que je le vois une semaine à deux par an. Donc j'avais une image assez distante d'un père médecin, une sorte de... pas d'icône, ça serait un peu exagéré... Bah ! quelqu'un que j'enviais en qui je voyais une certaine réussite sociale et professionnelle et puis... En fait c'est un paradoxe qui m'a poussé à faire médecine, j'avais envie de travailler avec des gens – avec des gens et pour les gens. J'avais envie un peu de combler un besoin de, de philanthropie enfin d'ouverture vers les autres et à la fois j'avais envie moi-même de, d'obtenir une certaine reconnaissance de la part des autres. Parce qu'avoir 18 en maths c'est une chose, avoir le sourire d'une personne... Enfin il n'y a pas de...

Q : C'est venu à quel moment ?

Ça, c'est venu quand j'étais... Je pense que la partie disons admirative de mon père a déclenché le, l'envie mais euh, ce désir de reconnaissance et d'investissement envers les autres c'était plus vers le lycée je pense quand j'ai commencé un peu à mûrir.

Q : Tu as toujours voulu faire médecin ? je pense par exemple aux petites fiches qu'on vous demande de remplir dès le collège.

Toujours médecin. Depuis le collège. Ça n'a jamais changé, ça n'a jamais dérogé. » (P1, N)

Ce qui caractérise sans doute le mieux les enfants de médecin, c'est que le poids de la profession des parents est tel qu'il est vécu comme une sorte de fatalité, et qu'un effet de rappel se produit, lorsque tentative est faite de lui échapper.

« Q : Et alors comment vous avez eu l'idée de faire médecine ?

Ben alors euh mon père est médecin généraliste, ça aide, euh j'ai toujours voulu, je crois être médecin, enfin un moment je voulais plus puis je suis retombé dedans et euh voilà quoi, je baignais dans le milieu. » (5, P1, SA)

Pour ces étudiants le chemin est largement frayé (au moins au niveau de l'information sur le métier, sur ce à quoi il correspond et sur ses débouchés) et la décision d'autant plus aisée à prendre qu'elle ne fait parfois que confirmer l'appartenance à un milieu familial fortement imprégné par l'activité médicale, comme en témoigne un étudiant de deuxième année dont le père est directeur d'un laboratoire d'analyses, la mère ophtalmo et les oncles pharmacien, kiné, médecin. Sans doute, dans de pareils cas, le choix de la médecine est moins l'expression d'une vocation personnelle que l'acceptation de « reprendre le flambeau » et de recueillir un héritage hautement chargé d'enjeux symboliques, économiques et « identitaires ».

On remarquera cependant que le désir précoce (« toujours » ou à l'époque du collège) de devenir médecin n'est pas évoqué par tous les enfants de cadres ou professions libérales (6 professions libérales sur 20, 15 cadres supérieurs sur 30). Il l'est proportionnellement moins que par les enfants d'ouvrier ou d'employé (10 sur 12), pour qui l'accès à ces études et cette profession supposent un objectif difficile à atteindre, requérant une motivation profondément enracinée. On pourra imaginer soit que ceux qui, en dépit des faibles probabilités de départ, sont parvenus à cette position sont ceux chez qui la détermination était la plus profonde et la plus forte, soit, au contraire, que pour expliquer *a posteriori* leur trajectoire de transfuges, ils soient portés à rechercher dans leur enfance les sources d'une très ancienne certitude de vouloir atteindre ce but.

Toujours est-il, pour en revenir aux enfants de médecins, que nombre d'entre eux ne se sont pas sentis attirés par la médecine ni en maternelle, ni au collège, ni même au lycée. La médecine est venue parfois au dernier moment, éventuellement en deuxième choix, après un premier mouvement vers une autre filière. Dans ce cas, il semble bien que, contrairement aux étudiants d'origine populaire évoqués précédemment, ce sont les origines qui rattrapent *in fine* les individus et les ramènent vers un destin que les parents espéraient sans vouloir l'imposer, et qui avait d'autant plus de chances de se réaliser, c'est-à-dire de franchir l'obstacle du concours de P1, que les atouts scolaires venaient s'ajouter à la position sociale.

« Disons qu'au départ, c'est vrai, j'ai fait S scientifique parce que c'était plus la médecine qui m'intéressait parce que c'est vrai que j'étais très bonne en littérature, en langue, en français et tout. Au départ, ils voulaient, je le voyais bien, ils voulaient me mettre en L. Je leur ai dit : « Vous êtes gentil mais je n'ai pas envie d'aller en L ». Et ils font : « Très bonne en sciences aussi C. donc tu peux aller en S aussi. » Mais, c'est vrai que moi, j'étais tellement sur médecine, j'ai regardé un peu après aussi un peu les autres filières scientifiques, mais c'est vrai que les autres filières scientifiques, j'avais regardé les prépas agro et tout, mais bon franchement, c'était la médecine. Ou alors la biologie, enfin quelque chose dans la biologie, mais plus la médecine ». (53, P1, SA, père et mère médecins)

Pour certains lycéens des filières scientifiques, le refus de la prépa ou le dégoût après une première expérience font partie des raisons invoquées pour expliquer le « retour » vers la médecine, même dans le cas où l'exemple des parents a pu opérer en partie un effet de repoussoir à cause de l'intensité du travail que demande le métier.

« Q : Le projet de faire médecine est arrivé quand ?

Disons que ce qui m'a toujours freinée en médecine parce que, évidemment comme mes parents sont médecins j'ai toujours baigné dedans, c'est la masse de travail impressionnante qu'il y avait à faire. C'est pour ça que je me suis jamais vraiment décidée à faire médecine. J'ai plutôt cherché autre chose que médecine et c'est au dernier moment que j'ai décidé. Je me suis inscrite en médecine en me disant « oui, peut-être si j'ai le courage, je le ferai ». Mais, sinon, j'avais décidé de faire plutôt quelque chose à côté et au dernier moment je me suis dit tant pis, même si je réussissais pas, fallait que je tente le coup et en plus peut-être que ça m'apportera un peu plus de maturité.

Q : C'était quoi autre chose, vous aviez pensé à quoi ?

Ben dans la fac de sciences, ou en prépa mais la prépa j'ai laissé tomber très rapidement ». (28, P1, père et mère médecins)

Les choses semblent se passer comme si les enfants cherchaient pendant un temps à explorer d'autres voies que celles déjà ouvertes par les parents, qu'ils savent présentes et possibles mais qu'ils font mine d'ignorer, jusqu'au moment où, après plus ou moins de détours, ils cessent, en quelque sorte de « tourner autour du pot » et se décident à envisager une éventualité qui n'avait peut-être jamais quitté leur esprit, mais dont la réalisation était simplement différée.

«... j'ai eu un déclic. En fait j'ai un papa qui est médecin. Donc c'est vrai que j'ai un peu baigné dans cette ambiance médicale, j'entendais parler médicaments, de trucs, de maladies, c'est vrai que c'est quelque chose qui s'est presque imposé à moi en terminale, au moment de choisir ce que je voulais faire après le bac, je me suis dit : ben je vais me lancer dans la médecine. Et c'était pas par amour de la biologie parce qu'en terminale j'étais très mauvaise en biologie, j'avais de très, très mauvaises notes. C'était la matière dans laquelle j'arrivais pas, ça me plaisait pas, la façon dont on nous apprenait les choses, j'arrivais pas à m'y intéresser. Et donc je suis allée en médecine parce que je voyais pas ce que je voulais faire d'autre, et voilà et c'était surtout le contact avec les autres, c'était plus dans cette optique-là que dans le... que dans le... l'optique scientifique, recherche machin, c'était pas du tout ça qui m'intéressait le plus.

Q : Donc avant la terminale vous étiez toujours en train de douter ?

En fait avant euh... oui avant je voulais faire du journalisme en fait. J'avais pas pensé à faire médecine. Je m'étais jamais dit : « je ferai jamais ces études-là », mais je n'y avais pas pensé.

Q : Même ayant un papa médecin ?

Voilà, même avec un papa médecin, j'y pensais pas. C'était... vraiment j'ai eu le sentiment que ça s'imposait en terminale ouais. Je me suis dit : c'est ça que je veux faire ». (33, D4, père médecin)

Autre exemple, cette étudiante de P2, avec un père vétérinaire et une mère médecin, a peut-être hésité avant de se décider à faire comme sa mère des études de médecine, alors que sa sœur aînée, en « véto », suivait déjà les traces de son père. Elle semble avoir eu besoin d'une figure intermédiaire, celle du militaire (« faire médecine dans l'armée de terre ou en étant militaire ») et d'une scène, celle de l'affiche qui déclenche une vocation soudaine et impérieuse sur le mode de l'« engagez-vous », comme pour donner les apparences du choix délibéré à ce qui risquait d'apparaître de manière trop évidente comme l'acceptation d'une route toute tracée.

« ... en fait au départ je voulais plutôt faire dans l'agroalimentaire.

Q : Au départ, c'est-à-dire ?

Bah en fait depuis pratiquement un peu tout le temps. Au lycée j'étais vraiment basé sur l'agroalimentaire bah parce que bah déjà il y avait une prépa, et une prépa ça fait tout de suite plus sérieux. Quand on est en prépa ça fait... En plus ma sœur faisait véto, donc c'était pas mal.

Q : C'est donc une sœur plus âgée ?

Euh 1 an et demi donc... Et euh en fait j'ai eu cette idée trois ans avant de passer le bac à peu près de faire agro et j'ai assisté à des portes ouvertes, aux portes ouvertes du lycée Clémenceau parce que je voulais être prise au lycée Clémenceau... et en fait ça me plaisait énormément au départ et en deuxième année je voyais que je m'étais progressivement focalisée là-dessus et en fait j'avais pas du tout envie de faire ça. Je ne sais pas pourquoi un jour je suis tombée sur une affiche, ça n'a rien à voir avec la médecine mais, je suis tombée sur une affiche avec le euh... « le métier de militaire recrute » et tout ça « entrer dans la marine » ou « entrer dans l'armée de terre ». Et je me suis dit « Ah ça serait génial de faire médecine dans l'armée de terre ou en étant militaire ». Donc euh bah en fait c'est parti de ça et après je me suis dit pourquoi pas faire médecine tout cours ?

Q : C'était en terminale à peu près ?

Ouais, c'était en terminale, juste avant Noël...

Q : Alors que tu avais déjà préparé tes dossiers pour t'inscrire...

...à la prépa ouais... pour m'y inscrire mais en fait ça ne me tentait pas du tout... Donc après je suis allé aux portes ouvertes de la fac de médecine, je me suis renseignée sur d'autres qui, enfin qui avaient fait médecine avant. Ce qui m'effrayait en fait c'était le concours de première année en fait et après je m'étais dit c'est pratiquement foutu, vu le nombre qui se présente et vu le nombre de personnes qui sont prises. Donc voilà et puis bah en fait... Comme quoi mais bon c'est vrai que ce n'est pas évident au départ...

Q : Donc pour revenir à ce qui t'a amené à faire médecine avant de voir cette affiche tu n'avais jamais eu l'idée de te diriger vers cette branche ?

Non jamais.

Q : Tu me parlais d'étudiants en médecine, tu en connaissais donc avant de rentrer en médecine ?

Ouais en fait ceux qui étaient en première année ou des amis de ma sœur, des trucs comme ça, des relations... Elle, elle était en véto et elle connaissait des amis qui étaient en P1 quand j'étais en terminale.

Q : Et ils t'ont apporté des renseignements ?

Oh bah ! ils m'ont plutôt rassurée... Je sais que par exemple j'avais d'autres amis qui avaient des frères qui étaient en P1, ils me montraient les cours, ils m'ont dit un peu comment ça se présentait le P1.

Q : Tu avais déjà donc autour de toi un nombre important de personnes pouvant te guider...

Ouais quand même, ouais... Mais ça s'est fait hyper rapidement entre trois et quatre mois parce que je ne sais pas ma mère était aussi... Enfin ma mère est médecin généraliste donc elle a pu me renseigner aussi comme ça quoi, mais c'est vrai que je n'ai pas cherché énormément à me renseigner. J'avais d'autres amis aussi qui voulaient faire P1 donc et eux, ils s'étaient peut-être un peu plus renseignés donc voilà. » (23, P2, père vétérinaire, mère médecin, mention très bien au bac, sœur étudiante en vétérinaire)

Le rôle de la médecine comme alternative à la classe de prépa est très apparent dans cet autre entretien d'une étudiante, elle aussi en deuxième année, qui se sent attirée par la recherche en biologie. La médecine est à la fois une voie d'accès vers le troisième cycle et les activités scientifiques plus intéressantes que les prépas et une solution possible de repli, en cas d'échec, vers « quelque chose qui me plaît ». Une solution d'autant plus tentante et accessible qu'elle sait pouvoir compter sur l'appui de ses deux parents médecins.

«...en fait je voudrais faire de la recherche, et donc ben... j'ai un peu étudié juste comment il fallait faire et j'ai pensé que c'était mieux de faire médecine. Donc je me suis dit que j'allais faire médecine pour...

Q : Vous avez voulu faire de la recherche dans quel domaine ?

Dans la recherche en biologie, mais enfin domaine médical quoi. Je sais pas exactement quelle recherche...

Q : Est-ce que vous avez eu des difficultés dans votre parcours ?

Euh non, non j'ai pas eu des difficultés...

Q : Qu'est-ce qui vous a poussée à choisir des études de médecine ?

Ben pour faire de la recherche vous pouvez passer par une prépa, mais ça me disait pas trop parce que le fait de... que ce soit, enfin l'ambiance, tout, 2 ans, je sais pas ça ne m'excitait pas trop ; faire une fac de bio toute simple...

Q : Prépa, vous voulez dire école d'ingénieur ?

Oui enfin oui prépa à une école d'ingénieurs, enfin j'avais peur que ce soit trop dur et que ça me plaise pas. Une fac de bio toute simple c'était, enfin je sais pas, je pensais que c'était mieux et..., et comme même mes parents sont médecins c'est... voilà, et puis je pense que comme ça, si jamais j'arrive pas, enfin, si je change d'avis, j'aurais, par médecine, je pourrai avoir quelque chose qui me plaît, même si je peux pas faire de la recherche en fait parce que, voilà, faire médecin...

Q : Et là, votre objectif, c'est la recherche ou l'exercice de la médecine ?

Ben (rire) la médecine enfin je pourrais être médecin pour faire de la recherche et enfin c'est quand même de la recherche que je veux faire quoi, à la base c'est ça que je veux faire, donc voilà.

Q : Vos parents vous ont-ils encouragée pour faire de la médecine ?

Euh oui oui ils m'ont encouragée oui, enfin oui comme ils ont fait tous les, ils sont médecins tous les deux, oui, enfin je sais pas s'ils m'ont vraiment encouragée mais enfin si, enfin oui (rires). » (71, P2, SA)

Dans le prolongement de ces parcours qui reproduisent la position sociale et professionnelle des parents, il faut évoquer aussi les parcours qui consistent à réaliser leurs espoirs en devenant non seulement médecin, mais aussi spécialiste, *a fortiori* quand les parents l'ont rêvé mais ne l'ont pas fait.

Tel est le cas de cet étudiant de première année, dont le père, généraliste, a joué un rôle central dans sa décision en l'encourageant sans mettre trop de pression (entretien 5, P1, St-Antoine). Le fils s'est ainsi senti investi de la mission de réaliser le rêve paternel : devenir spécialiste. C'est ainsi qu'il refuse la médecine générale et l'exercice à l'hôpital ; il aimerait bien travailler en neurologie, en libéral, comme son père aurait voulu. Sa mère n'intervient que pour conforter le choix : elle aussi, elle a commencé, mais elle a arrêté. En continuant, il ne fera là aussi que ce qu'elle avait voulu faire. Dès lors, la médecine est pour lui toute chargée de l'imgo paternelle : bienveillance, puissance protectrice, statut social lui aussi valorisant et protecteur. S'il s'identifie au généraliste/père il aimerait devenir spécialiste pour réaliser le rêve paternel. C'est en grande partie à travers la transmission de ces rêves des parents transformés en missions pour les enfants que se perpétue la dévalorisation de la médecine générale, considérée comme un pis aller, sans commune mesure avec le critère éclatant de réussite que représente l'admission au concours d'internat, de préférence dans les spécialités les plus recherchées.

Notons bien que cette imago parentale fonctionne en apparence sur le principe de l'identification aux parents et sans incitation explicite de leur part. Bien souvent, les étudiants font état des nombreuses mises en garde et réticences apparentes de leurs parents, comme si ceux-ci, au-delà de la conformité avec la norme sociale de respect du libre choix des enfants, tentaient de les dissuader de les imiter, ou peut-être de mettre à l'épreuve leur détermination. Parfois le père, en particulier, exerce une attraction d'autant plus puissante qu'elle est lointaine, comme celle d'une figure un peu mythique et inaccessible. Nous avons déjà rencontré le cas de cet étudiant de Nantes dont le père, vivant dans un autre pays, se trouve comparé à une « icône » :

« Q : C'est venu à quel moment ?

Ça, c'est venu quand j'étais... Je pense que la partie disons admirative de mon père a déclenché l'envie, mais euh... ce désir de reconnaissance et d'investissement envers les autres c'était plus vers le lycée je pense quand j'ai commencé un peu à mûrir.

Q : Tu as toujours voulu faire médecin ? je pense par exemple aux petites fiches qu'on vous demande de remplir dès le collège.

Toujours médecin. Depuis le collège. Ça n'a jamais changé, ça n'a jamais dérogé.

Q : Et pour revenir à ton père qui est médecin tu ne m'as pas dit...

...il est espagnol mon père, il vit en Espagne. Donc euh il est venu en France, il a vécu avec ma mère, il n'avait pas terminé ces études. Il est reparti en Espagne, il a fini ces études et puis là-bas il a rencontré quelqu'un d'autre... Et du fait de la difficulté de la situation je le vois assez rarement et de par la distance et...

Q : Il est médecin généraliste ?

Non il est pneumologue à l'hôpital. » (34, P2, N)

D'autres expriment tout aussi clairement le rôle de modèle joué par les parents.

«Mais à côté de mes parents, c'est pas plutôt parce qu'ils disent : « Ah non ! ça, ce n'est pas tout à fait bon, regarde sur sa radio, ce n'est pas ça qu'il a. ». Alors, c'est impossible de regarder Urgence à la maison. Mais non, un modèle, je crois que le seul modèle de médecin que j'ai, c'est peut-être plus mes parents. » (53, P1, SA, parents médecins)

Ainsi, on perçoit combien la médecine reste un métier symboliquement marqué et marquant, qui s'entoure d'un halo de prestige, une parure morale à laquelle les enfants de médecins sont très sensibles. Au-delà du phénomène de reproduction de la position sociale, souvent renforcé par l'endogamie professionnelle des parents, on voit à l'œuvre un mélange d'idéalisation et de connaissance concrète des réalités qui est certainement générateur de puissantes ressources à la fois symboliques et pratiques. Non seulement les héritiers ont plus de chances de réussir le concours en raison de toutes les informations et les aides pratiques dont ils peuvent bénéficier, aussi bien au niveau matériel (logement, aide financière, paiement de cours privés) que cognitif (suivi du travail, contacts familiaux avec des étudiants, des médecins, des enseignants) mais ils reçoivent aussi et peut-être et surtout une injonction de réussir, comme les parents, si possible mieux, précisément à cause de l'exemple qu'ils ont sous les yeux et des privilèges dont ils bénéficient.

Les difficultés du parcours sont cependant telles que nombre d'entre eux se sentent déroutés et menacés par le découragement devant l'ampleur des efforts exigés pour le concours de P1. Ils avaient beau être prévenus, ils ne s'attendaient pas toujours à une telle charge de travail :

«.. je sais pas si je m'étais attendue à quelque chose de particulier, mais c'est vrai que ça..., ça surprend quoi, je sais pas pourquoi mais

Q : Dans quel sens ?

Ben dans beaucoup de sens, je sais pas c'est... c'est très différent, je pensais pas que ce soit si différent de ce qu'on avait fait avant en fait.

Q : Avant, au secondaire ?

Oui en terminale, oui je sais pas, apparemment on m'avait dit que c'était pas beaucoup plus difficile, on faisait les mêmes choses qu'en terminale, mais comme c'est vrai les programmes étaient différents...

Q : Et ça, ça datait de combien de temps, une vingtaine, trentaine d'années ?

Ben oui trentaine d'années je pense, oui à peu près, peut-être un peu plus exactement mais ah ! je sais pas, je pensais pas que ce serait si difficile et c'est peut-être parce que ma mère l'avait vécu, enfin elle n'a pas eu du mal, elle l'a eu dès la première fois et elle m'avait pas dit que c'était si, elle m'avait dit qu'il fallait bosser mais c'était pas si difficile et ben moi enfin j'ai pas l'impression de le vivre comme ça en fait, j'ai l'impression qu'il y a il y a beaucoup de pression et que c'est, ben je sais pas c'est pas, je sais pas trop comment expliquer parce que c'est pas quelque chose, c'est pas très concret mais je sais pas... » (71, P1, Nantes, parents médecins)

Les avantages dont bénéficient les héritiers sont loin de les mettre à l'abri des incertitudes et de la peur de l'échec. Les entretiens font souvent état des anxiétés, voire des angoisses qu'ils ressentent et qui les poussent parfois à des stratégies consistant à redoubler délibérément, en ne se présentant pas aux partiels pour ne pas risquer d'être démoralisés par une trop mauvaise note. La pression est particulièrement forte pour ceux qui n'ont jamais envisagé autre chose que de devenir médecin et refusent toute alternative. L'enjeu est tellement important qu'ils peuvent se retrouver paralysés par la peur de l'échec.

Pourvoyance et maintien de la position sociale chez les étudiants des classes supérieures non médicales

Pour les étudiants dont les parents ne sont pas médecins, mais disposent des ressources économiques, sociales et symboliques des classes supérieures, le rapport à la profession médicale est déjà moins direct : sur 31 enfants de cadre ou chef d'entreprise, 12 n'ont aucun proche ou membre de leur famille qui soit médecin. Lorsqu'un membre de la famille est mentionné, ce n'est pas nécessairement un ascendant (seulement 7 cas en tout), la médecine n'est généralement pas un milieu dans lequel on a baigné, mais celui qui a été choisi.

Le choix a cependant pu être très précoce. On rencontre une part notable (proportionnellement plus forte que chez les enfants de médecin) de vocations déclarées dès l'enfance, parfois sous l'influence de modèles issus des médias, les séries télévisées en particulier.

«... je ne sais, j'ai eu envie de faire ça, ça, c'est passé dans le début des années quatre-vingt, c'est assez imprécis je n'ai pas trop réfléchi à la chose d'ailleurs. J'avais 10 ans, ouais 10 11 ans

Q : C'est quelque chose qui s'est un peu imposé à vous ?

Oui complètement, je pourrais pas trop dire pourquoi est-ce que ça me plaît. Comme tous ces trucs qui sont un peu évidents pourquoi est-ce qu'on les fait ? Je ne sais pas, moi j'aime bien. C'est comme la musique si on me demandait pourquoi j'en fais je ne saurais pas trop répondre, ça me plaît. J'aimais beaucoup la série « médecins de nuit » que je regardais beaucoup d'ailleurs dans les années quatre-vingt et ça m'a beaucoup, je crois que ça m'a donné quelques petites, d'ailleurs j'ai beaucoup travaillé à SOS médecins pendant pas mal d'années. Et j'ai beaucoup pensé à cette série, à l'époque et je me rappelle même de cas cliniques de la série donc ça m'intéressait déjà beaucoup à l'époque. D'ailleurs ma mère était institutrice elle avait fait venir le médecin de famille à l'école en CE1, c'est sur mon idée à moi qu'elle avait fait venir le médecin enfin déjà même en CE1 j'avais des idées heu voilà. » (76, Médecin généraliste, Nantes)

Les parents peuvent contribuer, par leurs encouragements et leurs conseils, à transformer un goût pour les métiers de santé et le soin d'autrui en orientation professionnelle, qui doit parfois s'affiner et se confirmer dans la confrontation avec des hypothèses alternatives. On voit ainsi, particulièrement chez les jeunes femmes, la médecine rivaliser avec les arts, et parfois ne l'emporter que, précisément, parce qu'elle se définit aussi comme un art.

« En fait, ça a commencé, c'est assez rigolo, à 6 ans comme tous les gamins, je voulais être véto. Ensuite, je lisais la bibliothèque verte à 7-8 ans et c'était la vie d'une infirmière un peu genre Médecin Sans Frontière enfin Infirmière Sans Frontières, donc [...] je me disais vers 8-9 ans, je veux être infirmière parce que ça me plaisait comme schéma. Et puis mon père quand il m'écoutait, il me disait pourquoi pas ? Mais pourquoi pas médecin ? et puis je me suis dit peut-être ?

Q : Quand vous étiez petite votre Papa vous disait ça ?

Ouais, enfin il m'a juste dit ça un jour, genre : si tu veux être infirmière pourquoi pas médecin ? parce que je suppose qu'il sentait que j'avais une attirance par rapport au milieu médical. Mais il m'a juste sorti ça comme ça et après oui, il me voyait bien, c'est vrai qu'on en a parlé de temps en temps, à 13 ans, il me voyait bien chirurgien esthétique parce qu'il trouve que je suis assez pointilleuse, minutieuse, machin, donc il me disait « je te verrais bien là-dedans », mais en fait, sans exagération non plus, il ne m'a jamais poussée, même presque à la limite inverse, justement, vers 18-19 ans. Donc oui, de 8 ans à 16 ans, disons que j'avais vraiment la médecine en tête, la chirurgie, n'importe quoi. Et vers 15-16 ans, j'ai commencé à douter, enfin j'étais un petit peu plus paumée parce que j'étais vachement attirée par ce qui était artistique aussi et donc, j'étais dans un centre de formation, enfin un centre d'orientation à 16 ans, donc pareil, questionnaire, et il en était ressorti qu'en première ligne, j'aimais bien ce qui était scientifique et en deuxième ligne ce qui était artistique. Donc ça ne m'étonnait pas tant que ça. Mais je me disais : « si tu préfères quand même le scientifique, tu es peut-être plus faite pour être médecin que peintre », surtout que ce n'est peut-être pas le même avenir non plus. Pour être peintre, il faut être vraiment doué, mais je pensais plus à l'architecture à ce moment-là parce que c'est aussi assez carré, assez scientifique, architecte d'intérieur et donc bon, pendant 2 ans, c'est vrai que je ne savais pas trop et je crois que c'est après le bac, en fait, je suis revenue assez naturellement à la médecine et puis en particulier un jour parce que, c'est vers 18 ans, je pensais plus au cerveau parce que je me suis déjà demandée à la limite quel était l'organe qui me plaisait le plus dans le corps humain et je me disais : le cerveau, c'est marrant. Et je suis allée à la bibliothèque municipale, j'allais chercher des bouquins sur le cerveau et il y en avait un qui m'avait plu, donc je le prends et je vois en gros écrit sur le bouquin : « la médecine est un art ». Donc ça m'a fait tilt, je me suis dit : si c'est ça, pourquoi pas ? Et donc vraiment après, j'étais décidée. » (58, D4 SA)

Ces passions de l'enfance ou de l'adolescence ayant aiguillé de bonne heure le parcours vers la faculté de médecine sont parfois dues à des facteurs déclenchants qui mettent en contact avec l'activité de soin. Il peut s'agir, de manière typique, d'un évènement biographique tel que l'expérience de l'hospitalisation, vécue personnellement ou à travers un proche, suite à une maladie ou un accident. Cette première rencontre avec l'univers de la médecine, perçue ici comme une activité d'équipe visant à soigner et aider les autres, a pu être suivie de démarches permettant de concrétiser l'image et de conforter le penchant naissant pour ce métier.

« ... alors tout simplement, à l'âge de 15 ans j'ai dû subir une petite intervention chirurgicale et puis je consultais peu le médecin avant, parce que j'avais peu d'ennuis de santé, et c'est vrai qu'à partir de cette intervention chirurgicale, heu... j'ai côtoyé le milieu hospitalier et je me suis dit tiens ça a l'air d'être intéressant, donc là c'était l'été de mes 15 ans. L'été qui a suivi en fait, comme à partir de là j'ai vraiment commencé à penser quand même à être médecin un jour, j'avais demandé au centre hospitalier de La Roche sur Yon si je pouvais, pendant l'été, faire un petit stage, passer un petit peu dans certains services pour voir concrètement de quoi il s'agissait. Donc j'ai dû passer, je sais plus, j'ai dû passer deux semaines ou trois semaines dans le service de pédiatrie du CHD de La Roche sur Yon, ce qui m'a tout à fait confortée dans l'idée de poursuivre des études de médecine. Le point de départ en fait est venu de là.

Q : D'accord, et qu'est ce qui vous a attiré ?

Alors c'est, c'est pas très facile, j'ai souvent réfléchi à la question heu, je pense en partie c'est vrai que l'hôpital c'est un travail d'équipe, je pense qu'il y a ça en partie, qui m'a plu, heu. le fait de travailler en équipe avec plusieurs autres personnes. Heu... et puis et puis, effectivement, le fait de

pouvoir soigner les gens, de pouvoir rendre service aux gens. Je crois que c'est les deux choses en fait qui ont été décisives dans l'histoire » (74, MG, N)

Le contact avec le monde médical a pu être fourni par des membres plus éloignés de la famille (oncles, cousins) ou des amis des parents. Une attention toute particulière doit être accordée à un personnage qu'on rencontre souvent aux sources de la fascination des enfants ou adolescents pour la médecine, celui du médecin de famille. Mais il arrive qu'aucune expérience particulière, aucune figure exemplaire ne paraissent avoir nourri le modèle de la pourvoyance et inspiré une fascination qui prend simplement source, tout particulièrement pour les femmes, dans le désir de s'occuper d'enfants et les orientent d'emblée vers la pédiatrie.

« Q :... vous ne vous souvenez pas à quel moment vous vous êtes fixée sur médecine ?

Ah ben tout le temps ! tout le temps, depuis tout le temps, enfin c'était pas, ou dentaire ou médecine c'était tout le temps que médecine quoi !

Q : Non mais, médecine... l'envie d'être médecin : vous n'avez pas de souvenir du moment où ça vous est venu ?

Depuis toujours hein ! si au collègue ah moi ça a toujours été, je devais être...

Q : Et qu'est-ce qui a déclenché ça ?

J'en sais rien, j'ai toujours aimé, même toute petite en fait, toute petite, aller à l'hôpital et tout ça, aller voir les grands-mères, aller à la maternité enfin, tout de suite ça m'attirait quoi, ça me faisait pas peur du tout ça, tout ce qui touchait la profession médicale ça m'intéressait et pourtant, enfin dans la famille je suis la seule à avoir fait médecine hein, mon père était ingénieur, maman était secrétaire médicale à l'époque mais pas à l'époque où moi je, enfin elle a arrêté quand je suis née. Donc enfin franchement y'avait personne en tout cas c'est pas dans la famille que j'ai été influencée par le choix de ma profession.

Q : Et vous n'avez pas de souvenir d'événements familiaux, de maladies de proches...

Non, y'a pas eu de maladie, y'a pas eu de maladie. Je pense que c'est comme on dit, enfin je pense que c'est pas... Y'a pas eu de facteur déclenchant. Si, par contre, ce qui m'a vraiment poussée à faire médecine c'est que, j'adore les enfants et euh... ma première idée c'est quand même d'être pédiatre, enfin je voulais m'occuper des enfants. Mais pas m'en occuper en tant que nourrice et tout ça c'était vraiment les soigner et... là j'avais, j'avais une idée, j'avais une autre copine là qui était en quatrième avec moi, euh, qu'avait, on s'était rejoint un peu sur la même idée, elle m'avait, elle s'était elle-même renseignée pour être pédiatre en PMI, enfin vraiment euh... c'était vraiment ce qui me plaisait le plus quoi.

Q : Donc quand vous êtes arrivée en médecine, votre idée c'était surtout pour vous occuper des enfants.

Pour, pour faire de la pédiatrie quoi. Voilà. C'était ma première idée, enfin moi j'aimais bien tout ce qui était pédiatrie, gynéco, enfin gynéco-obstétrique, enfin tout ce qui touchait le bébé l'enfant, voilà, c'était ma première idée.

Q : Quand vous êtes arrivée...

Quand je suis arrivée et puis même plus, plus avant, dès la quatrième quoi, voilà. En quatrième je..., j'aurais pas pensé à dire tiens, j'aimerais soigner le cœur par exemple, non ça vraiment... » (47, MG, N)

Dans l'ensemble, le choix de la médecine chez ces étudiants semble élaboré sur la base d'une vision moins circonstanciée du métier que chez ceux dont les parents sont médecins. Ils ne disposent pas toujours de modèles proches pouvant incarner une vision concrète du mode de vie des professionnels de la médecine, ce qui fait que leur attirance pour le métier, souvent très précoce, repose sur une image idéalisée, largement teintée de logique de pourvoyance et d'altruisme. Elle n'exclut pas que des démarches soient réalisées pour trouver des

informations et approcher le milieu médical, comme les stages à l'hôpital effectués par certains.

Mais à côté de cette idéalisation, on trouve également une conscience du fait que les études de médecine jouissent d'un prestige certain et qu'elles peuvent être envisagées sans risque de déclassement par les membres de familles où il est attendu que les enfants fassent des études supérieures, de préférence dans les filières d'excellence. Dans ce contexte, la médecine peut représenter un bon compromis entre les attentes nourries par la famille envers des enfants qui ont suivi les classes scientifiques du lycée et les préoccupations humanitaires, ou « sociales » de ces derniers, surtout si la perspective d'une entrée en prépa est refusée ou inaccessible.

« Q : Et comment vous avez décidé de faire médecine, est-ce que vous avez pensé à d'autres orientations ?

Alors moi c'est un peu particulier parce que j'ai, j'ai trois grands frères qui ont fait des études extrêmement brillantes, Sciences po, l'ENA, enfin..., et moi j'étais scientifique, pas complètement, mais plutôt axée sur le côté un peu social, je faisais du scoutisme, je travaillais à la Croix rouge, dans une famille bourgeoise, et donc j'avais envie en fait assez tôt d'être... euh, d'être médecin et euh..., c'était pas très précis parce que je disais..., je voulais être médecin parachutiste,

Q : Donc très tôt...

Oui mais sans être convaincue quand est arrivé le moment du choix, la pression familiale, sociale poussait à faire des études quand même supérieures. Je sentais bien que je n'avais pas le niveau en sciences pour faire une sup. et médecine, je savais que c'était long, qu'il faudrait beaucoup travailler, que ça ne demandait pas un niveau scientifique aussi important que les études supérieures scientifiques et ça me plaisait bien sur le plan...

Q : Je peux vous demander ce que font vos parents ?

Oui j'ai un père qui est chef d'entreprise dans une PME et une maman orthophoniste, donc elle a un pied à l'hôpital ». (60, résidente, SA)

Il entre donc une dose de réalisme dans le raisonnement qui fait envisager la médecine parmi les options possibles, dans le cadre d'une famille disposant des ressources financières et culturelles nécessaires pour permettre aux jeunes de faire leur choix sans souci des conditions matérielles et de la durée, si ce n'est, justement, pour prendre soin d'éviter les études trop courtes ou trop techniques qui manqueraient de brillant. Un cas un peu extrême de cette logique est représenté par une étudiante de P1 pour qui les études de médecine étaient presque, selon ses propres termes, une « mode » dans la famille, même si elles correspondent aussi à son inclination philanthropique.

« ...Donc j'ai eu mon BAC et en fait quand est-ce que j'ai voulu être médecin ? Quand est-ce que j'ai voulu faire médecine ? Bah le déclic, il a eu lieu en seconde, depuis ma seconde j'ai envie d'être médecin, parce que j'ai déjà mes cousines et enfin toutes mes cousines du côté paternel et maternel qui sont soit en 4^e année, soit en 3^e année. Donc en fait, c'était tous les oncles et les tantes qui sont ingénieurs et (en souriant) les enfants qui veulent tous faire médecine comme ça, c'est la mode en ce moment. Non, en fait, ça me plaît parce que j'aime bien aider les gens, j'aime beaucoup aider les gens. Moi au début en fait, médecine pour moi je voyais plus le côté humanitaire en fait ou bien, j'aimerais bien en fait que la médecine soit accessible à tout le monde, que ce ne soit pas seulement les riches qui puissent avoir les meilleurs dispositifs de santé, mais que tout le monde en fait ait les mêmes droits et donc moi je voyais plus le côté humanitaire et depuis ma seconde je veux faire ça et voilà ! » (32, P1, SA)

Les étudiants des classes moyennes et populaires : humanisme et ascension sociale

En général, lorsque les origines sociales se rapprochent des milieux populaires (professions intermédiaires, artisans et petits commerçants, employés et ouvriers), la présence de médecins dans l'entourage devient moins probable. Sur 35 étudiants ou médecins issus de ces catégories, 19 n'ont aucun médecin dans leur entourage, pour seulement 12 sur 51 chez les enfants de cadres, chefs d'entreprise ou professions libérales. Les modèles et les mobiles sont donc puisés ailleurs, ce qui n'empêche pas que le désir de faire médecine soit apparu très tôt. Certains discours peuvent paraître très proches de ceux que nous avons rencontrés chez les enfants de cadres ou de médecins : excellence scolaire, vocation précoce ressentie comme une évidence, choix de la médecine alors que l'accès aux classes de prépa était possible :

« Q : Et est-ce que vous avez pensé à d'autres orientations ?

Quand j'étais au bac ?

Q : Quand vous étiez au bac ou même après dans la suite de votre cursus en médecine, est-ce qu'au terme de la première année vous avez pensé à d'autres orientations ?

Pas vraiment ! En fait j'ai pensé à médecine militaire et finalement non, parce que j'ai parlé avec un médecin militaire lors d'un stage en gynéco et ça ne me dit pas du tout, parce qu'apparemment c'est plutôt de la médecine de prévention et ça a l'air moins intéressant. Puis j'ai l'impression qu'ils ont un moins bon niveau que nous, enfin que les internes, donc ça ne me dit plus. Sinon avant de choisir médecine j'hésitais beaucoup avec maths sup. J'avais fait une demande pour ENS Cachan, j'ai été prise, mais j'ai dit : « non ». Enfin je m'étais, aussi prépa HEC scientifique, enfin je m'étais renseignée sur ça et puis finalement je préférais prendre médecine parce que... En fait, j'avais envie de faire ça depuis l'âge de 5 ans. » (45, D4, SA, père technicien, mère au chômage)

Mais on n'y trouve ni exemple proche, ni « bain familial », et pourtant la médecine est très tôt apparue comme chargée de signification, le métier du médecin est doté de consistance, par opposition à des formations comme celle d'ingénieur, que les résultats scolaires pouvaient rendre possibles mais qui ne possèdent pas la même aura. C'est certainement de cette façon que se révèle le rapport des membres des milieux populaires à la médecine. La même étudiante souligne clairement que la médecine lui « parlait », renvoyait à un métier dont elle voyait l'utilité et qui lui permettait de concilier son goût des sciences avec un mobile altruiste. « On est tous allés chez le médecin, on voit bien ce qu'il fait », alors que l'ingénieur reste un personnage plus flou, sans doute davantage encore pour une petite fille que pour un garçon. À distance sociale égale, l'attraction symbolique de la médecine est beaucoup plus forte, plus encore lorsque la culture d'origine (ici indienne) et les parents valorisent la profession médicale.

« Q : Et qu'est-ce qui vous a poussée, vous parliez tout à l'heure d'une motivation qui est venue très tôt par rapport aux études de médecine, qu'est-ce qui vous a poussé réellement à faire des études de médecine ?

Bah en fait, par rapport au métier d'ingénieur... Ingénieur je ne voyais pas trop à quoi ça correspondait (rire). Alors que médecine, on est tous allé chez le médecin, on voit bien ce qu'il fait, donc déjà, je savais déjà ce que ça allait donner. En plus, il y a un côté social, enfin j'adore parler, j'adore aider les gens donc. Et puis aussi le côté scientifique comme j'étais assez scolaire je pensais que ça allait assouvir ma soif de culture, enfin de formation.

Q : Une image du médecin qui est un personnage social à la fois et très scientifique.

Ouais voilà !

Q : C'est ce qui vous a séduite très tôt en fait.

Ouais et puis aussi mes parents m'ont encouragée à faire médecine. Enfin je sais même plus comme on a l'amnésie à l'âge de 5 ans. Donc (en riant) je ne sais même plus s'ils m'ont dit très jeune, dès ma naissance, qu'il fallait que je fasse médecine. Mais chez les Indiens, comme je suis d'origine indienne, c'est vraiment le métier le plus prestigieux en fait qu'on puisse faire. Donc comme je voulais qu'ils soient fiers de moi, ça m'a aussi incitée. Mais bon initialement c'était aussi d'un point de vue égoïste, ça m'intéressait.

Q : Donc oui, une image du médecin très, très noble en fait.

Voilà !

Q : Qui était présente dans l'entourage et dans votre esprit.

Voilà, hum » (45, SA P1)

Les événements familiaux peuvent avoir favorisé le déclenchement du désir de soigner et de lutter contre la mort. C'est donc presque un pouvoir magique qui est prêté au savoir médical, alors qu'on se trouve aux antipodes du chemin balisé que les enfants de médecin n'avaient qu'à suivre. Devenu généraliste, un enfant d'ouvrier immigré raconte aujourd'hui qu'il a décidé de devenir médecin à la suite du décès de membres de sa famille, alors qu'il était enfant.

« Q : Directement votre choix était ciblé vers la médecine ?

Ah oui, oui depuis toujours oui

Q : Depuis combien de temps, depuis quand ?

Toujours, depuis l'âge 5 ans, toujours toujours, non ç'a jamais changé mais quand mes professeurs ils m'avaient dit de... de faire un bac scientifique pour faire pour avoir le choix, mais c'est vrai que ça permet de. heu., d'avoir la possibilité de..., après, en fonction de son niveau et de ses intérêts, mais d'avoir l'ouverture sur tout, potentiellement sur tout.

Q : Qu'est-ce qui vous a poussé à faire médecine ?

Faire médecine ben... une bonne question, je ne sais pas, non je ne sais pas du tout, c'est une envie, enfin.

Q : Depuis l'enfance ?

Depuis l'enfance oui, comme tout le monde, suivre le monde, c'est l'humanitaire et compagnie, enfin ça, ça joue beaucoup l'humanitaire mais... peut-être aussi de voir une tante qui est décédée, un oncle très jeune donc.

Q : Lorsque vous étiez gamin ?

Oui, je pense que ça jouait beaucoup là dessus mais après comme tout le monde on veut faire l'humanitaire, mais en pratique moi je suis pas un voyageur, donc je n'ai jamais fait l'humanitaire à côté. » (89, MG, SA)

Le modèle de la pourvoyance se manifeste de manière très constante. La motivation « humanitaire » ne se formule certes pas ici de la même façon que le souci du « social » aux résonances de bonnes œuvres pour familles bourgeoises qu'on a pu déceler dans certains entretiens auprès d'héritiers. Mais elle reste bien présente, plutôt sur le ton de la solidarité avec les défavorisés parmi lesquels le médecin en question a installé son cabinet. On note que les parents sont très loin de pouvoir servir de modèle, non seulement parce qu'ils ne sont pas médecins, mais parce qu'ils sont totalement dépourvus de capital scolaire, et pourtant ils ont pu offrir un soutien moral dont l'efficacité est patente (et attestée d'ailleurs par les travaux de sociologie de l'éducation consacrés à la réussite scolaire des enfants d'immigrés). Plus exactement, les parents se donnent à leur manière en modèle, mais c'est en modèle négatif, destiné à persuader l'enfant de faire le nécessaire pour ne pas entrer précocement dans la vie active et ne pas se mettre en situation d'avoir à mener la même vie qu'eux. Sa réussite – et la leur, car à travers la mission qu'ils lui confient se joue le sens de leur propre sort – consiste à ne pas leur ressembler.

« Q : [avez-vous suivi votre scolarité] dans des lycées publics ?

Public oui, oui, ah oui, oui, euh non, non, mon père est ouvrier, donc j'ai pas les moyens d'avoir, l'école privée. Ca n'a aucun intérêt à partir du moment où l'école est de qualité, enfin le public est de qualité encore, je sais pas actuellement si..., si c'est toujours ça, mais, donc l'école publique, normale enfin le lycée 93. Voilà, donc après, ça dépend de ses parents, si., si les parents, même s'ils savent pas lire ni écrire, si les parents sont présents, ils disent bien [aux enfants], soit vous faites comme moi, soit vous faites, vous avez des possibilités, vous avez le choix, de choisir entre le travail et l'école, voilà. »
(idem)

Un des parcours les plus extraordinaires est celui d'un étudiant de P2 qui avait commencé des études de médecine, puis les a abandonnées rapidement en raison des mauvaises conditions d'études³¹ et s'est engagé dans une formation d'infirmier, en gardant bien arrêtée dans son esprit la décision de revenir ultérieurement vers la médecine. Après avoir travaillé pendant quatre ans comme infirmier, il s'est réinscrit en médecine et a réussi le concours dès la première année. Son père est invalide, sa mère femme de ménage. Les termes dans lesquels est décrit le point de départ reviennent comme un leitmotiv : « j'ai toujours su que je ferais médecine ». À travers le temps, les détours et les remises en cause, le projet semble n'avoir jamais cessé de l'habiter, comme une prophétie à réaliser coûte que coûte. Aucune influence, aucun modèle n'est mis en avant pour expliquer l'origine de cette détermination.

« ...c'était une idée depuis tout petit, j'ai toujours su que je ferais médecine. Les choses ont fait que j'ai voulu terminer mes études et puis, il y avait un problème financier qui s'était posé après, pour la prise en charge, mais j'ai toujours su que je ferais médecine.

Q : Et pourquoi depuis que vous êtes tout petit ? Vous pouvez l'expliquer ?

(sourire)... l'expliquer... j'ai toujours été attiré en fait par la médecine. Ce n'est pas une question de statut social ou... Non, il y a le côté technique et puis, le côté relationnel et puis aussi le fait de sauver des vies ou d'essayer de sauver des vies. Et bon après...

Q : Mais il n'y a pas eu un événement particulier ?

Non... non, non, non...

Q : Et vous connaissiez des médecins quand vous étiez petit, vous en fréquentiez ou pas ?

Non. Mis à part le médecin de famille, mais bon (sourire).

Q : Est-ce que c'est lié aussi à des lectures ?

Non...

Q : Des séries télévisées ?

Non, c'est un rêve d'enfant. Il y en a qui veulent être pilote, il y en a qui veulent travailler dans des grandes banques ou dans des grandes entreprises. Moi, ça a été médecin et puis, ça n'a pas... j'ai toujours gardé cet objectif. Même si des fois on se dit : « bon, tiens, je travaillerai bien dans une banque. Je ferai bien un peu... », vous savez quand vous voyez les golden boy à la télé, vous vous dites : « tiens pourquoi pas ? », mais en fait au final, je suis toujours venu à la médecine. » (16, P2, SA, infirmier pendant 4 ans, père invalide, mère femme de ménage)

On se trouve dans ces divers cas (il serait possible d'en citer encore bien des exemples) dans un schéma symétrique par rapport à celui des enfants de médecin. Là où il paraissait pour ces derniers tout naturel, évident, de suivre la pente vers laquelle tout les incline, leurs

³¹ « ... il y a 10 ans, la médecine, c'était la voie royale où il y avait plein de reportages télé, où on disait qu'on allait manquer de médecins et tout. Il y a eu une explosion du nombre d'inscriptions et moi, je viens d'une ville de province, Saint-Étienne, qui avait un amphi d'une capacité de 400 places et on s'est retrouvé à plus de 600 ou 700. On a même fait la une des journaux, de TF1, France 2. Et on nous a mis dans une petite ville à 30 kilomètres, dans une salle des fêtes tout en longueur, on ne voyait rien, on entendait rien. Donc, je me suis dit bon, c'est soit tu continues dans ces conditions où tu es sûr de ne pas l'avoir, soit tu fais autre chose en sachant que j'y reviendrai un jour ou l'autre. » (16, P2, Saint Antoine)

goûts personnels, la définition valorisante de l'activité, le modèle des parents, l'encouragement ouvert ou tacite qu'ils prodiguent, l'assurance de bénéficier de leur soutien aussi bien financier qu'intellectuel et professionnel, les étudiants d'origine populaire donnent à voir, avec les mêmes mobiles affichés (soigner, aider, etc.) des parcours à contre-courant de toutes les probabilités objectives et de tous les obstacles, financiers, sociaux, culturels, mais toujours avec le même sentiment d'évidence : « j'ai toujours su... ». L'adhésion à la figure du « bon » médecin semble fonctionner comme une sorte de doctrine de la prédestination à usage personnel.

Pour être moins fréquent, le cas des hésitations et de l'orientation tardive vers la médecine n'en existe pas moins. Il peut correspondre par exemple à l'indécision dans laquelle se trouvent plongés les bons élèves du lycée, plus ou moins écartelés entre leurs propres désirs et les injonctions qu'ils reçoivent des enseignants, d'autant plus déconcertantes que la gamme des possibilités est plus large pour ceux qui brillent aussi bien dans les matières littéraires que scientifiques. Ainsi, une étudiante de P2 de Saint-Antoine, dont le père est maçon et la mère ouvrière en usine, s'est d'abord orientée vers le droit après le bac, notamment parce qu'elle avait de bonnes notes en lettres, mais elle n'y a pas trouvé son bonheur et elle s'est souvenue de son envie antérieure de devenir sage-femme (elle avait également songé à être interprète), puis, au dernier moment, a opté pour la médecine, qu'elle avait refusée au départ à cause de la similitude entre le concours et les classes de prépa.

« ...en fait moi j'ai toujours un gros dilemme, c'est-à-dire que... j'étais à la fois très bonne dans les matières littéraires et j'étais enfin j'étais pas mauvaise non plus dans les matières scientifiques. Et moi je voulais de toute façon un métier où on puisse avoir du contact, un rapport avec les gens, un contact social, et puis j'avais aussi envie de, enfin je sais pas je pensais à l'époque que les scientifiques, c'était un petit peu trop fermé pour moi, enfin justement dans ce nouveau contact humain, et donc même si j'avais pensé à sage-femme à l'époque, c'est vrai que je voulais aussi avoir – enfin je suis indépendante de caractère – donc je m'étais dit que sage-femme peut-être ça ne me conviendrait pas justement, parce que voilà. Et puis c'est vrai que médecine, moi j'avais même pas pensé, puis bon, plus en terminale quand on est bon élève, quand on dit oui je veux faire sage-femme, tout de suite sinon tu feras une prépa. Enfin les profs sont quand même quand on est en S, parce que j'étais en bac S, sont quand même assez... ils me poussent quoi et je pense que ça m'a pas non plus aidée à, donc je voulais complètement changer et puis je voulais voir autre chose, et je pensais que le droit me correspondait assez bien parce que justement c'était une matière plutôt, enfin ce que je pensais être à réflexion. Moi je voulais être juge des enfants en fait, donc être en contact avec les enfants... et puis bon ben finalement je me suis aperçue très tôt que oui c'était bien, c'était intéressant, mais ça ne me correspondait pas, parce que du moment que les sciences me manquaient et qu'en plus c'était vraiment pas dans mon esprit de... enfin, j'avais l'impression qu'on me formait un peu trop, que finalement c'était trop carré pour moi et que je préférais, enfin cet esprit carré, l'appliquer dans les sciences pour ensuite élargir, enfin faire comme j'entendais, voilà. » (20, P2, SA, père maçon, mère ouvrière en usine)

L'accès visé à la profession médicale représente une trajectoire ascendante menant à la fois vers une activité bien rémunérée et vers un métier intéressant. Elle apprécie finalement la faculté de médecine, bon compromis entre la dimension scientifique et la réflexion personnelle, mais il est clair pour elle que les études ne sont pas pour elle « une finalité en soi ».

« Q : Et quelle est cette finalité ?

Eh bien c'est d'être médecin, c'est justement c'est d'être un..., un métier où je peux m'épanouir déjà financièrement parce que, ben voilà, moi je viens d'un milieu assez modeste et c'est vrai que mes parents ont galéré, je suis désolée, enfin j'aime pas dire ça, mais c'est quand même un critère de choix pour moi parce que j'ai..., enfin, j'ai pas envie de finir comme mes parents, enfin j'ai pas envie de finir comme mes parents c'est dur, mais ils sont usés, moi j'ai pas envie d'être usée, enfin si j'ai envie d'être usée c'est pour faire déjà quelque chose qui me plaît et avoir à côté la possibilité de... ben voilà, d'être à l'aise financièrement d'une part, ensuite d'arriver au boulot le matin..., bon, c'est sûr il y aura des matins où on n'a pas envie d'y aller, mais au moins de faire quelque chose qui me plaît, d'avoir le choix. Et... et voilà la médecine, si on va être médecin c'est quelque chose qui je pense va me plaire, parce qu'il y a tout ça, parce que c'est à la fois des responsabilités, à la fois des contacts humains, à la fois toujours une recherche de., de., de réfléchir, de réflexion, enfin de..., de pas faire passivement son travail, de... d'aller toujours plus loin et ça, c'est vraiment, enfin c'est ça ma finalité c'est..., c'est..., c'est pour moi c'est l'idéal quoi, c'est vraiment l'idéal. » (idem)

Il ne faut pas croire que le modèle de la pourvoyance soit étranger à cette étudiante, son cas permet au contraire de comprendre que celui-ci peut s'exprimer à travers des choix divers. En effet, dans son intérêt initial pour le droit elle faisait entrer la dimension du social, de la relation d'aide, et le même souci de s'occuper des enfants qui avait poussé d'autres étudiant(e)s vers la médecine. Juge des enfants et pédiatre ou médecin de PMI ne sont pas loin de constituer des « équivalents fonctionnels » dans l'économie symbolique de bien des adolescent(e)s. Mais, là où on voyait dans les familles des classes moyennes le mobile altruiste se mêler plus ou moins ouvertement de considérations liées à la préservation de la position sociale, la médecine joue ici le rôle de voie de mobilité ascendante, en rupture avec le sort des parents, et dans le but avoué d'accéder à des revenus confortables.

En définitive, à travers les trois cas de figure que nous avons retenus, le croisement entre l'origine sociale et la manière dont s'exprime le désir de devenir médecin – ou plutôt le moment, tardif ou précoce, où il se révèle –, on rencontre une dualité transversale des dispositions. Un partage se dessine entre, d'un côté, le pôle des « oblats », pour qui devenir médecin est à la fois une certitude, une nécessité « de toujours » et un but à atteindre pour lui-même, le cas échéant envers et contre tout, et, d'autre part, un pôle plus pragmatique, voire instrumental, dans lequel la médecine n'est pas seulement une discipline attrayante ou un métier passionnant mais aussi, parfois surtout, un moyen de reproduire ou d'atteindre une position sociale dotée de prestige et de percevoir des revenus supérieurs à la moyenne de ceux auxquels donnent accès les formations universitaires. Quoique de direction contraire, ces deux logiques ne sont pas antagoniques mais peuvent au contraire coexister chez un même individu. Elles revêtent, selon la pente de la trajectoire sociale des colorations différenciées, évoluant, dans le pôle du « don de soi » et quand on se déplace du bas vers le haut, de la motivation altruiste (teinté de solidarité de classe) si forte qu'elle pousse à surmonter tous les obstacles dressés devant les transfuges des classes populaires, vers une motivation altruiste (teintée de sensibilité sociale de type philanthropique) qui pousse des enfants de la bourgeoisie ou des classes moyennes bien dotés en capital culturel à renoncer aux prépas et aux promesses de carrière managériale qui seraient à leur portée pour accepter même parfois un sort « banal » de généraliste.

II.1.2 Choix de la médecine et genre

On peut ressentir intuitivement, à la lecture des entretiens, ce que le sens commun suggère : le complexe mélange du désir de se vouer aux autres, de leur apporter des soins, de disposer du pouvoir de les guérir, de les avoir sous sa dépendance, d'être l'objet de leur reconnaissance et leur admiration, le dépositaire de leurs espoirs, ce mélange que l'on englobe pour simplifier sous la notion de « modèle de la pourvoyance » est proche des comportements et des sentiments que les rapports sociaux de sexe assignent aux femmes³². Altruisme, dévouement, don de soi, font partie des fondements éthiques et affectifs de l'orientation des femmes vers la maternité, le foyer, le monde domestique. Mais ce sont en même temps des valeurs bien masculines : à l'extrême, c'est aussi ce qu'on attend du soldat qui inflige des blessures et non du médecin qui les soigne. Il y a aussi dans l'exercice de la médecine un accès au pouvoir et à des connaissances sur la vie et la mort qui s'associent à la figure d'hommes graves et mûrs initiés aux secrets de sciences anciennes dont D. Noble³³ a bien montré qu'elles se sont édifiées, au même titre que les fonctions sacerdotales, sur l'exclusion des femmes.

Encore faut-il garder à l'esprit que la médecine a fait partie des premières disciplines à décerner le doctorat à une femme, en 1870, bien avant les sciences (1888), le droit (1890), la pharmacie (1896) et les lettres (1914). Contrairement aux stéréotypes contemporains, c'est donc en lettres que la résistance à l'octroi aux femmes du titre suprême des études universitaires est la plus forte. « L'accès plus précoce des étudiantes en sciences et en médecine s'explique aussi par la forte prédominance des étudiantes étrangères, pour la plupart russes, roumaines et polonaises, parmi les pionnières », note C. Marry³⁴. Les débuts difficiles que rencontrèrent les pionnières ont été suivis par un développement rapide de la présence des femmes dans les universités, passant de 3 % en 1900 à 25,8 % en 1915. Mais la médecine reste en retard de ce mouvement du début du XX^e siècle. En 1961-1962, on ne compte encore que 25,7 % de femmes, pour 32 % en sciences, 29 % en droit et 63 % en lettres. La poussée n'en sera que plus rapide au cours des dernières décennies : 32 % en 1971-1972, 44 % en 1982-1983, 47,4 % en 1990-1991, plus de 58 % en 2002-2003³⁵. Les femmes sont désormais majoritaires dans les études de médecine (ainsi qu'en droit : 64 %), mais non en sciences (mais il existe de fortes différences selon les spécialités : la biologie et la chimie, par exemple, accueillent beaucoup de femmes), en sciences économiques, ou dans les écoles d'ingénieur.

Dans notre échantillon, les femmes sont par construction proportionnellement moins nombreuses qu'elles ne sont dans la réalité, surtout à Saint Antoine. L'approche qualitative justifie qu'on sur-représente des sous-populations utiles pour l'analyse mais minoritaires dans la population. C'est donc sans prétention de représentativité statistique que sont avancées les observations suivantes à propos du lien entre le genre et les motivations de l'entrée en médecine.

Nous nous intéresserons particulièrement dans l'analyse qui suit à deux aspects : le rôle exercé par l'entourage dans le sens de l'encouragement ou de la dissuasion envers les études

³² Voir par exemple plus haut l'extrait de l'entretien 47.

³³ Noble David (1992), *A World Without Women. The Christian Clerical Culture of Western Science*. New York, Knopf. Voir aussi sur ce sujet Le Doeuf Michelle (1998), *Le sexe du savoir*, Paris, Aubier.

³⁴ Marry Catherine (2004), *Les femmes ingénieurs. Une révolution respectueuse*. Paris, Belin p. 40.

³⁵ Marry Catherine (2004), *op. cit.*

de médecine et les démarches effectuées pour recueillir des informations au sujet de ce métier avant de décider de l'orientation des études.

Un jeu différencié d'influences de l'entourage

Il semble que la part des choix précoces soit plus forte chez les filles (26 sur 50) que chez les garçons, (17 sur 39) mais rappelons que l'échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des étudiants. Elles sont aussi plus nombreuses à n'avoir aucun exemple de médecin parmi leur famille ou leur entourage (21 sur 50 contre 13 sur 39), mais elles ont nettement plus de membres de leur famille qui exercent des professions paramédicales (11 ascendants chez les filles, pour 3 chez les garçons).

Ce dernier fait mérite d'être noté, car il s'agit souvent de femmes exerçant le métier d'infirmière ou de secrétaires médicales, et non de médecins. Dans un certain nombre de cas, le rapport à la figure de l'entourage exerçant une activité dans le monde de la santé est un rapport négatif, au sens où l'activité de cette personne sert de contre modèle. Une étudiante en P1 à Nantes (entretien n° 4) déclare ne surtout pas vouloir devenir infirmière comme sa mère, celle-ci étant considérée comme une « sous-merde » par certains médecins. D'autres passent presque sous silence la profession de leur mère, infirmière ou pharmacienne (entretiens n° 10, 22). Une dernière déclare avoir longtemps voulu éviter de devenir médecin généraliste comme sa mère. On peut donc supposer que les femmes héritières ne connaissent pas les mêmes processus identificatoires que leurs confrères héritiers, dans le sens où leurs « prédécesseuses » occupent plus souvent dans le milieu médical ou paramédical des positions peu valorisées, ou du moins apparaissant comme telles à leurs yeux.

Ce cas de figure ne se présente toutefois pas systématiquement. Ces personnes proches évoluant dans les professions de santé ont pu inspirer aux étudiantes le désir de soigner, mais l'effet d'imitation peut conduire à ce que ce ne soit pas la médecine qui soit visée. Certaines étudiantes s'inscrivent en médecine dans le but de s'orienter vers la formation de sage-femmes, voire de puériculture. Il s'agit parfois davantage de fascination pour les enfants que pour l'activité et le métier de médecin.

« ...je voulais trouver un métier avec des enfants, enfin bébés surtout, et j'aimais bien dans le médical. Donc, au début j'ai pensé à l'aide sociale mais mes professeurs m'ont complètement... Ils m'ont dit : « non, tu n'as pas le moral pour. Laisse tomber ! ». Donc en fait j'ai cherché et j'ai vu qu'il y avait puéricultrice et sage-femme. Donc je me suis renseignée, j'ai appelé des sages-femmes, j'ai appelé des puéricultrices et je me suis arrêtée sur le métier de sage-femme en gardant toujours la puériculture à côté de moi parce que je sais que ce n'est pas sûr que j'y arrive donc heu... » (1, P1, N)

Par antiphrase, on peut identifier les caractéristiques de la vocation médicale chez les filles, comme une synthèse du désir de pourvoyance (qui peut conduire à vouloir s'occuper d'enfants et pas nécessairement de malades), d'une passion fortement affirmée dès l'enfance pour l'univers médical, et d'investissement dans les études menant à une orientation scientifique et de bons résultats scolaires.

Dans l'exemple qui suit, la passion pour la médecine était absente, de même que les performances scolaires autorisant une projection de soi vers des études très longues, réputées difficiles. L'inscription en médecine a simplement été imposée par la réforme des études regroupant en première année diverses spécialités médicales et paramédicales.

« Donc en fait arrivée à la troisième je n'avais pas de métier précis. Et en fait j'ai fait deux troisièmes, et la deuxième doublée parce que je n'avais pas un assez bon dossier pour aller en seconde générale. Et comme mon but c'était de faire sage femme après j'ai trouvé un métier qui me plaisait avec les enfants et le médical donc ce n'était pas encore passé avec la fac médecine. Donc moi j'avais prévu de passer le concours. Donc j'ai fait la seconde qui s'est passée moyennement bien : j'avais des difficultés en scientifique et malheureusement il fallait passer le baccalauréat scientifique. Mais bon, je suis passée en première et la première s'est passée moyennement bien, et j'ai failli redoubler et j'ai forcé le passage en terminal. Et la terminale ça a été dur parce qu'il fallait bosser mais je m'en suis sortie et j'ai eu mon bac au mois de juin. Je l'ai eu au rattrapage et donc après je me suis inscrit à la fac de médecine dans le but de faire sage femme et puis après une école de sage-femme. Donc en fait jamais un but dès la troisième donc c'était assez facile... » (idem)

À côté de ce cas où le mobile de la pourvoyance mène vers une orientation latérale à la médecine, on peut ranger ceux où le même mobile conduit effectivement vers la médecine, mais à l'issue d'une évolution qui s'orientait au départ vers d'autres métiers, en particulier celui d'avocate. Dans ce cas, l'influence de l'entourage a pu s'avérer décisive, à l'exemple de cette généraliste dont le frère aîné a ouvert la voie vers la médecine.

« Je me souviens j'avais fait une petite rédaction au collège je disais que je voulais être avocate pour défendre les malheureux et tout ça et euh ben après quand j'étais, en tout cas quand j'ai eu mon bac, mais j'avais un frère qu'était plus âgé que moi de deux ans qui était en médecine, il avait commencé sa médecine donc il était en PCEM, et moi je venais d'avoir mon bac, et euh je voulais faire médecine[...]

Q : Vous vouliez être médecin déjà ?

Ah moi je voulais être médecin !

Q : Donc vous saviez qu'il fallait faire des études scientifiques ?

Mais j'étais déjà comme je vous ai dit, j'ai fait jusqu'en première, j'ai fait S

Q : Oui mais vous m'avez dit que vous vouliez être avocate

Non ça c'était au collège toute petite comme ça ! Mais ça m'est passé, non non non ça m'est passé puisque j'ai passé euh

Q : Oui mais je veux dire ça n'a pas été remplacé, vous avez oublié que vous vouliez être avocate »

Ah oui oui oui, ça je crois que j'y ai pensé juste le jour de ma rédaction, voilà, non non je voulais être médecin et donc quand j'ai eu mon bac, il y a eu ce truc-là ce test, ça m'a un petit peu fait peur, mais je me souviens tous mes profs, d'histoire géo enfin tous mes profs je me souviens mais non faites lettres, faites ceci, faites prof d'arabe parce qu'en fait j'avais des bagages aussi en arabe, j'ai dit non non non je veux faire médecine ou rien sinon je reste à la maison et euh et euh mon prof de philo m'a dit écoute tu veux faire médecine, vas-y quand on aime quelque chose, on arrive même si c'est pas facile, elle m'a dit tu sais. » (84, MG, SA)

On note dans ce dernier exemple que les enseignants n'avaient guère poussé la jeune femme vers la médecine, lui suggérant, au contraire, d'autres orientations. Les influences peuvent donc être contradictoires et on peut formuler à ce propos quelques observations, qui ne sont peut-être pas généralisables mais qui suggèrent que dans le jeu parfois incertain des influences de l'entourage, il se dégage des tonalités différenciées selon qu'il s'agit de jeunes femmes ou de jeunes hommes.

Dans l'ensemble, il semble que les influences positives citées par les filles viennent plus du côté des frères et sœurs que des ascendants, contrairement aux garçons. Les modèles possibles pour l'orientation sont donc surtout parmi les collatéraux, les proches de leur génération, mais moins dans la génération précédente. Mais ce qui est surtout marquant, c'est que les filles font

état de plus d'influences négatives, autrement dit de personnes de leur entourage familial ou scolaire qui ont tenté de les dissuader de s'orienter vers la médecine.

Il s'agit généralement de rappels de la réalité du métier face à une image initiale qui peut paraître trop idéalisée. À regarder de plus près, on serait tenté de distinguer deux cas différents.

Le premier correspond à des incitations au réalisme qui ne remettent nullement en cause le choix de la médecine mais visent plutôt à le consolider sur le mode : « c'est dur, mais c'est un beau métier ». Un bon exemple est fourni par cette étudiante de deuxième année qui a passé son enfance en Chine et à Bangkok, suivant sa scolarité dans les collèges et lycées français, avant de s'installer à Paris et s'inscrire à Saint Antoine. On retrouve clairement chez elle la thématique de la volonté de soulager les souffrances dans les pays en voie de développement, luttant en même temps contre la maladie et contre la pauvreté.

« ... moi j'habitais en Asie, on voyageait... C'est vrai qu'on voit beaucoup de gens qui sont malheureux, on voit beaucoup de gens qui souffrent et on a l'impression qu'on a besoin de médecins, qu'on a besoin qu'on les aide, donc c'est peut-être que ma vision de la médecine est différente de celle qui est en Europe, dans les pays développés, mais je pense encore celle que j'ai pour le moment est... de dire que des gens ont besoin, de façon vitale peut-être... »

Q : Vous pensez que c'est votre séjour en Asie qui vous a poussée à faire médecine ?

Euh, il y a peut-être un peu de social aussi... parce que je vois, j'ai vu beaucoup de gens qui n'avaient pas d'éducation, pas de médicaments, pas de soins et pas du tout pris en charge en fait par rien du tout et... peut-être pour éviter que ça se reproduise ou pouvoir aider ces gens-là un jour... ça m'attire de partir à l'étranger plus tard et d'aider des gens qui sont vraiment malheureux.

Q : Donc vous pensez y retourner après pour les aider ?

Oui je pense. » (26, P2, SA)

L'intention déclarée étant si parfaitement louable, le père (banquier puis homme d'affaires pour son propre compte) et la mère, vivant au foyer, se réjouissent de ce choix qui représente une première dans la famille. Lorsqu'elle se renseigne auprès de médecins pour avoir une idée plus précise de la profession, elle ne reçoit que des encouragements assortis de petites mises en garde contre l'idéalisme, de même que lorsqu'elle parle avec ses enseignants du lycée. C'est seulement après l'entrée à l'université qu'on commence à lui « montrer le mauvais côté ». Le passage à travers le miroir, comme dirait Hughes, n'intervient qu'après la première année, mais le ton de son discours reste empreint d'une certaine naïveté, elle découvre à peine pour l'instant qu'il y a « des choses qui ne se disent pas ». On peut donc dire que pour elle, les mises en garde étaient plutôt douces et nullement susceptibles d'entamer une détermination un peu naïve.

« Q : Que pensent vos proches de ce choix ?

Ben ils sont très contents parce que, déjà, il n'y a pas de médecins dans la famille, donc c'est toujours bien d'en avoir un, et puis ils savent que c'est quelque chose qui est difficile à obtenir, donc ils étaient fiers que j'ai mon examen... non ils sont très contents... [...]

Q : Avez-vous connu d'autres médecins qui vous ont parlé de la médecine ?

Euh oui... ben, j'ai déjà discuté avec des médecins. Quand on se décide à faire le choix, on discute un petit peu pour voir comment ça se passe, mais on m'a jamais rien dit de très très net et précis et je pense que c'est vrai c'est difficile à expliquer ce qui se passe ensuite ; même maintenant qu'on est en 2^{ème} année, on ne sait pas encore ce qui nous attend et je crois qu'on est obligé d'apprendre sur le tas parce qu'il y a des choses qui se disent pas... On m'a simplement dit que c'était difficile, qu'il fallait s'accrocher et que c'est un beau métier, en général les gens sont contents de faire ce métier, enfin je le comprends.

Q : Et ce qu'on vous a dit sur la médecine vous a encouragée pour la choisir ?

Quand j'étais au lycée oui, quand j'étais au lycée on nous pousse toujours vers les études, on débute de toute façon donc oui. Et puis, ensuite on nous a dit c'est peut-être pas aussi beau que vous le croyez, vous aurez pas toujours la sensation que c'est un métier exceptionnel, même si parfois vous sauvez des vies, ça peut paraître banal et... et je pense que maintenant on est passé de ce côté-là on nous dit qu'il y a aussi un mauvais côté, mais c'est comme pour tout, on peut pas être toujours parfait... » (26, P2, SA)

Mais dans d'autres cas, il a bien émission d'objections, même si le choix de la médecine n'est pas ouvertement mis en cause. Le prestige du métier et des études est tel qu'une vocation naissante, même hésitante, n'est pas combattue frontalement. Il s'agit plutôt de mises en doutes, de travail de sape : la médecine représente un parcours universitaire non pas « dur » mais « trop dur », et de plus « trop long ». Ces deux termes se combinent avec un argument qui ne serait jamais adressé à un garçon : celui d'un métier qui « n'est pas génial pour avoir des enfants ».

« ...Bon eux, ça leur fait plaisir que je sois médecin mais bon médecin ils trouvent ça trop dur trop long. Puis ils trouvent que pour une femme c'est pas un métier génial pour avoir des enfants. Eux, au début de ma première année..., je l'ai faite deux fois en fait et j'ai hésité à recommencer la deuxième fois, parce que c'est vrai que la première année de médecine, faut s'accrocher quand même et donc une deuxième fois j'ai vachement hésité à faire le STAPS en fait. Finalement c'était quand même médecine que je voulais faire... » (67, P2, N)

Il est vrai, notons-le au passage, que le même argument revient dans la bouche même des étudiantes, non pour refuser les études de médecine mais pour écarter certains choix de spécialité tels que la chirurgie :

« Q : Tu parlais de l'investissement fort de tes parents...

Oui beaucoup

Q : Vis-à-vis de tes études, de l'aide qu'ils pouvaient t'apporter pour que tu réussisses, investissement qui se traduisait par une adhésion complète pour tes choix ? Ils en ont pensé quoi quand tu leur as dit que tu voulais faire dentaire ?

Bah, ils étaient d'accord. Ils ne sont pas contre, ils n'ont pas été du tout contre puisqu'ils m'ont dirigé vers une prépa donc...

Q : Connais-tu des modèles de médecins dans la fiction que ce soit dans la littérature, le cinéma, la télé...

Ouais, Georges Clooney dans "Urgences" (rires), sinon pas spécialement. Je ne regarde pas trop la télé en ce moment donc...

Q : Sinon dans la littérature ou le cinéma.

[.... incompréhensible] Pas spécialement.

Q : Et pour revenir à Urgences tu en penses quoi ? Tu l'as regardé de temps en temps ?

Oui, oui. Je l'ai regardé quand j'étais en seconde et c'est vrai que sur le coup on veut faire ça quoi. Ça m'a aidé aussi à... Parce qu'un moment j'hésitais aussi à devenir chirurgienne mais c'est trop long.

Q : C'est ça qui te freine ?

Hmm ! Ouais c'est trop long. Pour une fem.(ne finit pas le mot)... C'est 14 ans d'études, je crois et c'est trop long.

Q : Pour une... ?

Pour une fille. Bah parce que moi j'ai envie de fonder une famille, de... Avoir des enfants.

Q : Pas dans 14 ans ?

Pas dans 14 ans (rires). » (4, P, N, se destinant à dentaire)

Certes, les garçons font également l'objet de mises en garde et ont reçu des arguments tendant à les dissuader de la médecine, mais un examen attentif fait ressortir un faisceau de différenciations dans ces arguments selon le sexe du destinataire.

Quelques exemples nous aideront à situer le propos : dans un premier temps, quelques cas typiques des remarques qui ont été faites aux hommes :

« Et pour en revenir à mon ami qui est aide-soignant, lui, il m'a... encore une fois, comme il vit assez difficilement apparemment son boulot, il me (rire), il m'a toujours déconseillé. Enfin déconseillé, il m'a mis en garde plutôt sur la dureté du milieu. » (P1, 37, SA)

« J'avais passé un test d'orientation en fin, en milieu de première, parce qu'il était possible que je ne repasse pas en terminale. J'avais une « orientatrice » qui m'avait pas du tout conseillé les études médicales. Elle m'avait dit que je n'étais pas fait du tout pour ça, que j'avais pas le niveau. Elle m'avait plutôt conseillé de faire du commerce ou des choses comme ça et de passer même en ES et comme c'est ce que je voulais faire, je n'avais pas du tout fait de ce qu'elle m'avait dit et malgré qu'elle m'avait dit que j'avais pas les capacités pour le faire et finalement j'ai réussi. J'étais bien content. » (40, P2, N)

« Q : Alors qu'elle est médecin ? [sa mère]

Oui, ma mère dit que je m'étais certainement pas assez documenté sur d'autres professions, que j'avais pas assez fait de travail de recherche sur les différentes hypothèses professionnelles. Mon père du moment que je réussis, dans n'importe quelle branche, il s'en fiche un peu !

Q : Que disait votre mère ?

Ben, elle disait que depuis qu'elle s'est installée, en dix ans, elle a fait la différence et que... elle pense que le jeu de dix ans d'études ne vaut pas... ne vaut pas... Ce qu'on a à l'arrivée au bout de dix ans d'études, c'est pas...

Q : La différence, c'est quoi ?

Ben, la différence... ben au niveau financier même elle trouve qu'au début de son installation elle a pu mettre de l'argent de côté et que maintenant, ben, c'est au jour le jour. Mais, ma mère elle ne fait pas un temps complet, elle fait un mi-temps. Enfin, un gros mi-temps parce que quand elle fait la matinée, elle termine à 2 heures ou 3 heures de l'après-midi. Mais, elle dit que... même, elle aussi sur ses choix professionnels, elle aurait... elle a des choses à... Elle a fait un CES justement et elle se dit que c'est peut-être une bêtise de ne pas avoir passé l'internat et de ne pas avoir une formation chirurgicale ou quelque chose comme ça, puisqu'elle est ophtalmo et elle fait de l'ophtalmo médicale. Mais j'ai l'impression que ses regrets sur sa formation médicale qu'elle n'a pas fait comme maintenant elle le voudrait, ben, ça retentit un peu sur le fait que, c'est pas très fondé ce qu'elle me dit en me disant que c'est pas bien de faire médecine, enfin, je veux dire c'est pas que c'est pas fondé mais... ses regrets... comment dire... enfin... J'ai l'impression que ses regrets ça influe sur le fait qu'elle veuille que je fasse médecine ou pas. Même si c'est pas très, très fondé parce que elle, c'est elle, et moi, c'est moi. Je vais peut-être pas faire la même formation, même pas la même fac. » (43, P2, N)

Et, à présent, un échantillon des remarques reçues par les femmes :

- Au lycée, on lui a dit que ce n'est peut-être pas aussi beau que les élèves le croient :

« Vous n'aurez pas toujours la sensation que c'est un métier exceptionnel ! » (26, P2, N)

- « J'avais pas envie de..., de faire de..., on me poussait un peu à faire Maths sup., j'étais en terminale C, en disant y a pas assez de femmes qui font des études d'ingénieur et puis j'avais pas spécialement envie, fallait monter des dossiers... » (56, IMI, N)

- Les autres membres de sa famille sont « décourageants », mais elle pense que ses parents sont quand même contents (ça leur fait plaisir) :

« pour une femme, ce n'est pas un métier génial pour avoir des enfants (...) Eux m'ont toujours dit que c'était dur et que maintenant avec toutes les réformes qu'il allait y avoir j'allais galérer, que c'était plus un métier à faire. Enfin... que ça allait être trop long pour moi, trop dur. (...) J'ai de la famille, oui, qui est médecin, j'ai des cousins, mais eux m'ont plutôt toujours découragée à faire médecine. (...) Même ma mère m'a toujours dit de ne pas le faire. (...) Mes parents m'ont pas du tout poussée à la médecine, bien au contraire. » (67, P2, N)

- Comme elle a échoué à l'entrée dans l'école de vétérinaire, elle se tourne vers le soin aux personnes, en donnant comme raison « naturelle » qu'il y a beaucoup de médecins dans sa famille, que « ça a dû avoir un rôle ». Mais elle ne l'affirme pas vraiment et elle ne présente pas ses proches comme l'ayant poussée à faire médecine. Par ses aînés, elle est familiarisée avec les métiers du soin, « on en parlait à la maison », mais ils ne l'ont pas encouragée. Sa sœur pédiatre, son père ingénieur, sa mère infirmière, semblent trouver les « études trop longues pour elle ». Ils ne croient pas en elle, non pas sur sa capacité à réussir le P1, mais sur sa capacité à tenir la distance dans les études. Sa sœur lui dresse une liste de « ce qui est bon et ce qui est mauvais » dans le métier, on ne peut pas parler véritablement d'encouragement. Les autres (oncles et grands-tantes médecins, son médecin traitant) lui parlent d'un métier intéressant, au contact avec les patients, mais qui prend du temps. (81, résidente, SA)

- « Ah oui, oui, oui, ça je crois que j'y ai pensé juste le jour de ma rédaction, voilà, non, non, je voulais être médecin et donc quand j'ai eu mon bac, il y a eu ce truc-là, ce test, ça m'a un petit peu fait peur, mais je me souviens... tous mes profs, d'histoire, géo, enfin, tous mes profs, je me souviens : « Mais non, faites lettres, faites ceci, faites prof d'arabe ! » parce qu'en fait j'avais des bagages aussi en arabe, j'ai dit non, non, non, je veux faire médecine ou rien, sinon, je reste à la maison et euh... et euh... mon prof de philo m'a dit : « Écoute, tu veux faire médecine, vas-y quand on aime quelque chose, on arrive même si c'est pas facile ! » (84, MG, SA)

Seules les filles sont confrontées à des arguments dissuasifs sexués, voire sexistes. Leur entourage se montre sceptique sur leur résistance et sur leur endurance. Des parents proches les jugent trop fragiles pour supporter le poids d'études aussi longues et difficiles. Cette fragilité semble être plus d'ordre psychologique que physique ; elles n'auraient pas la résistance nerveuse, la persévérance nécessaires. (Entretiens 1, 67, 81).

D'autres s'entendent dire que la profession de médecin ne convient pas aux femmes car elle ne leur laisse pas assez de temps pour élever des enfants (Entretiens 67, 81). Les femmes sont donc exposées au moment de leur choix d'orientation professionnelle à des attentes qui restreignent leur champ des possibles parce qu'elles ne sont pas seulement perçues comme de futures professionnelles, mais également comme de futures mères de famille.

Enfin, elles peuvent être confrontées à des formes de discriminations positives ou négatives. Dans certains cas, on leur recommande de préférer des études féminines, tel un cursus en Lettres, plutôt que des études de médecine (84) ; dans d'autres, elles se voient encouragées à s'inscrire en classe préparatoire, afin d'augmenter le taux de féminisation de ces filières fortement masculines (56).

Les hommes, quant à eux, ne font état d'aucune influence sexuée. Les arguments dissuasifs s'adressent à un élève dont le niveau est jugé insuffisant pour suivre des études de médecine (40), à un ami (37) ou encore à un fils (43) que l'on tente de prévenir des difficultés professionnelles propres au milieu médical, relevant de conditions de travail pénibles ou pas

assez rémunératrices. Ils n'ont pas été interpellés en fonction de leur appartenance à une catégorie sexuée, mais en tant que futurs confrères potentiels.

La décision d'entrer en médecine : démarches et raisons

L'examen des démarches et des réflexions que les interviewé(e)s disent avoir menées avant leur prise de décision d'entrer en médecine met au jour une opposition surprenante et difficile à expliquer entre filles et garçons.

Globalement, les interviewé(e)s ont mené peu de démarches et de réflexions avant de s'engager dans des études de médecine. Toutefois, les filles s'avèrent moins actives, du point de vue des démarches que les garçons : elles en ont mené moins souvent et celles-ci sont moins nombreuses. Les filles sont-elles effectivement moins actives que les garçons ? Les garçons tendent-ils à donner une image plus active d'eux-mêmes que les filles ? Ces deux questions demanderaient à être approfondies.

En revanche, les garçons évoquent moins les réflexions qu'ils ont menées avant de faire leur choix. Les filles abordent plus souvent ce sujet et citent un peu plus de contenus de réflexion que les garçons.

À propos des raisons données, on ne peut qu'être frappé par la similitude des réponses entre filles et garçons. Certes, dans une démarche qualitative, les chiffres n'ont pas grande valeur, mais on note que 35 filles sur 50 et 27 garçons sur 39 (soit respectivement 69 et 70 %) évoquent des motifs que nous rattacherons au modèle de la pourvoyance, qui vient loin devant les autres. Les autres motifs d'attraction restent également répartis de manière remarquablement semblable entre les filles et les garçons : 30 % des filles et 26 % des garçons évoquent le prestige de la médecine, 18 % des filles et 12 % des garçons ont été impressionnés par une maladie ou un accident les concernant eux-mêmes ou touchant leurs proches, 22 % des filles et 23 % des garçons font état au cours de l'entretien de motifs liés à des considérations que nous appellerons « prosaïques » (espérance de revenus élevés, pouvoir) par opposition à l'idéalisme qui colore souvent le désir de soigner les autres.

Dans cet ensemble, on relève toutefois deux points de divergence : les filles mettent en avant le goût pour les sciences ou l'intérêt pour la médecine en tant que discipline plus souvent que les garçons (62 % contre 49 %) et elles évoquent trois fois plus souvent que les garçons (22 % contre 8 %) une version particulière de la pourvoyance consistant à désirer s'occuper d'enfants.

Le rapport des filles aux sciences pourra surprendre quand on sait que nombre de travaux tentent d'expliquer la moindre propension des filles, à résultat égal, à s'orienter au lycée vers la filière scientifique, souvent interprété comme un processus d'auto-exclusion³⁶. Il dément l'idée d'un manque d'intérêt pour les formes de raisonnement scientifique qui font souvent assimiler masculin et sciences « dures », féminin et sciences « molles » et il converge avec les observations tendant à montrer que les filles évitent les filières à base de mathématiques et physique et les classes préparatoires aux écoles d'ingénieur, mais pas les sciences de la vie et les classes préparatoires menant vers l'enseignement des sciences. On peut rapprocher ce résultat des réflexions de C. Marry à propos de « l'insoumission discrète » des filles : « Les

³⁶ Duru-Bellat Marie, Jarousse Jean-Pierre, Lapobin Marie-Agnès, Perrier Véronique (1993), « Les processus d'auto-sélection des filles à l'entrée en première », *L'orientation scolaire et professionnelle*, 3, vol. 22.

filles seraient moins contraintes que les garçons à réussir selon le modèle canonique d'excellence fondé sur la compétition, le diktat des mathématiques, l'investissement exclusif sur la carrière. En affirmant mieux leurs goûts, elles feraient preuve d'une insoumission discrète »³⁷.

Il serait nécessaire, pour approfondir l'analyse, de prendre en compte une catégorie absente par définition de notre échantillon : les garçons qui ne viennent pas en médecine, malgré un bon niveau en sciences. On constate, en effet, que c'est surtout chez les garçons qu'apparaît l'explication du choix de la médecine par le refus des classes préparatoires aux écoles d'ingénieur³⁸. Il est donc possible de faire l'hypothèse que la médecine attire davantage de filles parce qu'une part des garçons qui pourraient se diriger vers elle s'en détournent à cause de leur désir de « réussir » de manière conforme au modèle canonique, à travers l'accès aux grandes écoles d'ingénieur ou de commerce, alors que ce modèle de réussite reste moins prisé des filles, plus enclines à concilier leur goût pour les sciences et leur sens de la pourvoyance.

En ce sens, le double constat des particularités féminines (attrait pour les sciences et désir de s'occuper d'enfants) n'est nullement contradictoire. Il est simplement révélateur de la situation particulière de la médecine : à la fois « en avance » par rapport à d'autres disciplines, du point de vue de la féminisation, et conforme dans le contenu des motivations aux assignations de genre relatives aux femmes.

On peut parler, pour reprendre à nouveau les termes de C. Marry, de « révolution respectueuse³⁹ » : la division sexuelle des disciplines et des professions évolue, mais sans bouleverser les grands référents définissant les domaines respectifs du masculin et du féminin. D'autre part, ce changement révèle le paradoxe sur lequel reposait la situation antérieure de prédominance statistique masculine : puisqu'il paraît si « naturel » aujourd'hui, c'est-à-dire si conforme aux assignations de genre incombant aux femmes de se diriger vers les études de médecine, il y a lieu de se demander pourquoi par le passé, celles-ci pouvaient paraître réservées aux hommes.

II.2 Pratiquer quelle médecine ?

Pourquoi s'intéresser au(x) projet(s) professionnel(s) des étudiants de médecine ? Si l'on suit des études de médecine, c'est pour devenir médecin. Certes, mais derrière cette réponse simpliste se cachent plus de doutes que de certitudes. Tout d'abord, les études de médecine sont longues, très longues. Et se projeter une dizaine d'années plus tard quand on sort du lycée, à peine majeur, représente un exercice mental quasi irréalisable. Beaucoup d'étudiants disent avoir déjà éprouvé beaucoup de difficultés à choisir leur orientation post-bac. La décision de s'inscrire en médecine a parfois été prise tardivement, voire au dernier moment en terminale.

Comment dans ce cas formuler un projet professionnel ? D'autant que ce n'est pas parce qu'un étudiant a choisi de « faire médecine », qu'il connaît ce milieu professionnel. Les enfants de médecin(s) ont, il est vrai, été imprégnés du discours de leurs parents. Des

³⁷ Marry Catherine (2004), *Les femmes ingénieurs. Une révolution respectueuse*. Paris, Belin, p. 61.

³⁸ Hardy-Dubernet Anne-Chantal, « femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? » *Revue Française des Affaires Sociales* n°1, janvier-mars 2005, pp. 35-58.

³⁹ Marry Catherine, *op. cit.*

informations, des perceptions, des jugements, bref une vision de la pratique médicale leur a ainsi été transmise au quotidien, mais pour autant leurs connaissances demeurent floues, diffuses et parcellaires.

L'élaboration d'un projet devient alors le résultat d'une socialisation particulière se déroulant durant les études, mais aussi des capacités de projection dans un avenir professionnel qu'autorise le système. De ce point de vue, nous avons choisi de nous arrêter sur deux spécificités marquant notre population. La première relève d'un double contexte marqué par l'incertitude d'une part et le conformisme d'autre part. La seconde montre à l'évidence le primat de la spécialisation dans les hiérarchies professionnelles et l'importance qu'elle prend dans les projets des étudiants.

II.2.1 Conformisme et incertitudes

La question du choix est problématique pour les étudiants en médecine, elle ne peut pas être posée comme un engagement personnel et responsable, puisqu'il est toujours prédéterminé par des mécanismes de sélection dont ils n'ont pas la maîtrise. Cette incertitude a un effet neutralisant sur la capacité des futurs médecins à s'investir dans une voie, comme pour se prémunir de déceptions trop amères.

Est-ce cette barrière qui réduit chez ces étudiants leur capacité à imaginer des modes d'exercice moins « classiques » ? On peut en effet se demander si cette pression des études autour d'une échéance discriminante ne les empêche pas de se projeter dans des espaces marginaux de l'exercice médical.

L'obstacle des concours

On comprend que les étudiants de première année se montrent indécis quant à leur devenir, puisque la perspective du concours réduit leur horizon temporel. Comme par superstition, certains n'osent pas envisager l'avenir au-delà de la fin de l'année. Ils disent « mettre en attente » leur choix pour se concentrer sur le présent et sa lourde charge de travail.

Si on les pousse malgré tout à imaginer leur futur, à s'exprimer sur leurs préférences, ils se disent bien souvent plus attirés par le milieu hospitalier que la pratique en libéral. Beaucoup s'appuient alors sur leur passé pour construire une image de leur avenir et évoquent leurs « rêves d'enfance ». Ils ouvrent alors leur récit par une formule à la fois stéréotypée et émerveillée : « Quand j'étais petit, je voulais... »

La conjugaison de ces facteurs explique en partie pourquoi les discours des étudiants de PCEM1 sont grandement empreints d'incertitude, comme le laissent transparaître les quelques extraits d'entretien suivants :

« Q : Est-ce que vous avez changé d'avis, depuis vos études de P1, sur ce que vous venez de me dire sur la différence entre privé public... »

Ben, en P1 on sait rien, en P1 on sait rien de la médecine !

Q : Mais vous avez des a priori quand vous arrivez en P1 ?

Non, non, parce qu'en P1, on fait pas de la médecine, on fait de la physique, de la chimie, de la biochimie...

Q : Oui mais on a une idée de ce qu'on va faire ?

Non, pas trop... »

Q : Vous ?

Moi, je savais qu'a priori... faire de la chirurgie, à peu près, mais le reste non, on se fait les idées pendant les stages. » (29, D4)

« Q : Et quel mode d'exercice vous envisagez ? Dans un hôpital, donc ce serait plutôt salarié ?

Ouais, parce que je ne me vois pas du tout dans une clinique, mais alors du tout ! Ça ne m'intéresse pas de voir des personnes entrer pour leur dire : "Dites 33 !" ou "Vous avez mal où ?" ou... ça ne m'intéresse pas, ça, c'est un truc que j'ai toujours dit, en clinique, enfin même en cabinet, je ne veux pas.

Q : En libéral ?

Oui... Pour moi, c'est l'hôpital parce que c'est vraiment, enfin je ne sais pas, c'est la médecine. À l'hôpital, on soigne, je ne sais pas, c'est un tout. Il y a un suivi plus ou moins du patient. C'est ça qui m'intéresse et puis, il y a un contexte, un vrai contexte, enfin plus ou moins, avec les patients, avec les personnes. Je ne sais pas...et puis, en plus, c'est le milieu hospitalier, je trouve que ça fait vraiment dans le milieu de la médecine. Cabinet, moi, je ne pourrais pas. Je sais que ça ne m'intéresse pas du tout.

Q : Et vous aspirez à être quoi ?

Je ne sais pas du tout !

Q : Vous ne savez pas ?

Si, quand j'étais petite, je voulais être pédiatre, mais maintenant je ne sais pas du tout. Sage-femme aussi, des fois, ça me tente. Non sinon, je ne sais pas. Je n'ai aucune idée. Mais pas généraliste. Je voudrais bien avoir une spécialisation. Chirurgien, ça risque d'être dur. Mais pourquoi pas ?

Q : Pourquoi ça risque d'être dur ?

Parce que c'est les meilleurs. Chirurgie, ce sont les premiers. Donc, on verra. Sinon oui, pédiatre ou sage-femme ou enfin, je ne sais pas encore. J'ai encore le temps de réfléchir.

Q : Est-ce que vous pensez que c'est en fonction des stages qu'on va vous proposer ?

Oui.

Q : Vous vous laissez le temps justement ?

Oui, exactement. Bah oui, parce que comme apparemment, bon, je ne suis pas trop au courant de comment ça se passe après la première année, mais je sais qu'ils font plusieurs stages dans plusieurs spécialités, donc ils peuvent comparer, voir ce qui les intéresse le plus. Donc moi, oui, j'attends de voir parce que là comme ça, je n'en ai aucune idée. Encore ça me paraît lointain quand je dis généraliste, c'est...ouh ! donc, je n'ai pas encore une idée fixe de ce que ça représente. Je ne sais pas ! » (19, femme, P1).

« Alors là encore une fois, je vois ça de ma lorgnette de P1, c'est-à-dire que je n'ai pas accès à toutes les connaissances qui vont peut-être me dire : « Ah ! oui, j'adore ça ! », alors que je vois, aujourd'hui, je ne connais pas tout. » (37, P1, homme).

Si elle tend à s'estomper, l'incertitude perdure cependant dans le discours des étudiants ayant réussi le concours de première année. Le moment de la décision devient plus significatif à partir de la deuxième année (33 % des PCEM1 ne se prononce pas contre 6 % des PCEM2). En d'autres termes, une fois franchi le cap du concours, l'étudiant peut commencer à s'intéresser à la situation professionnelle idéale, et à s'interroger sur sa préférence pour une spécialité ou la médecine générale.

Mais ce questionnement s'avère bien timide pour les deuxièmes années qui, en quelque sorte, ne s'autorisent pas encore à se prononcer précisément, par manque d'informations, mais aussi par manque d'assurance :

« Bien, pour le moment, je me voyais plutôt à l'hôpital, mais comme je ne connais pas très bien comment ça fonctionne, je peux pas dire que...je pense que quand on est en 2^e année, il y a encore beaucoup de choses, beaucoup de questions auxquelles on ne peut pas répondre parce qu'on n'a pas une idée précise, on ne sait pas non plus ce qu'on veut, donc... » (26, P2).

« Je pense qu'il faut être bien présomptueux pour pouvoir dire dès la P2 : "Moi, je serai ça et il n'y a que ça qui m'intéresse !" » (34, P2).

Les « aînés » des étudiants de deuxième année sont plus loquaces sur leurs projets, mais les formulent avec prudence. Rien n'est en effet définitivement acquis. D'autres barrières restent à franchir et notamment le concours d'internat. De plus, il semble bien difficile d'opter pour une voie plutôt qu'une autre, tant de manière générale les étudiants disent être intéressés, voire passionnés par leurs études. Les stages leur ouvrent les uns après les autres des horizons inconnus qui suscitent à chaque fois surprise, intérêt et envie d'en savoir plus, même si certaines expériences laissent de mauvais souvenirs souvent dus à la mauvaise ambiance d'un service ou à un « patron » jugé autoritaire, peu pédagogue ou indifférent.

« Q : Donc, finalement vous allez passer le concours. Mais vous n'avez pas d'idée de la spécialité que vous voulez faire ?

Ben, je sais que je vais faire une spécialité médicale. J'ai pas trop envie de faire généraliste parce que ça me semble un peu trop vaste, et puis, j'aimerais bien travailler à l'hôpital, finalement. Mais je veux pas faire de chirurgie. Donc, spécialité médicale, mais j'ai pas encore décidé laquelle parce que ça change un peu tous les trois mois. Je sais qu'il va être temps que je me décide, parce que tout le monde me le dit. Mais... (rires) en même temps, je me dis je verrai bien au classement. Si ça se trouve, j'aurai pas le choix, donc je ne serai pas déçue comme ça. C'est vrai que quasiment tout me plaît bien ! Le dernier stage que j'ai fait, c'était en stomato, et c'est vrai que ça m'a réconciliée avec la chirurgie. J'étais passée en orthopédie, et c'est vrai que c'est un monde d'hommes (avec la grosse voix), de grosses brutes ! Et c'était un petit peu dur...Ca m'avait dégoûtée de la chirurgie. J'avais hyper peur d'y retourner, et puis finalement dans d'autres services, je me suis rendue compte que ça pouvait se passer mieux. » (35, femme, D4.)

« Q : Quel mode d'exercice vous envisagez : privé, public ?

Je sais pas ! Si je restais dans le public, donc à l'hôpital, ce serait pour faire de l'enseignement, parce que c'est quelque chose qui me plairait beaucoup. Je crois qu'on choisit pas vraiment d'aller en public ou en privé, puisque c'est en fonction des possibilités qu'on a à la fin de son clinicat d'avoir un poste de PH ou pas. C'est pas donné à tout le monde. » (33, femme, D4).

Les « aventuriers » de la médecine

Tout se passe comme si les étudiants étaient impressionnés par toutes ces possibilités qui s'offrent à eux et, comme on l'a vu, bien hésitants face à ce large éventail de carrières. Toutefois, leurs choix se situent pour la plupart à l'intérieur de ce champ. Les projets éloignés de la pratique de la médecine « classique » s'avèrent assez rares. Ils n'apparaissent pas comme des « aventuriers » et font preuve de peu d'imagination.

Peu d'étudiants envisagent en effet d'exercer la médecine humanitaire. Ce choix semble lié à des caractéristiques atypiques personnelles. Ainsi, cette jeune femme, en deuxième année, dit-elle vouloir s'engager dans l'humanitaire. Ayant vécu au total 14 ans en Chine et beaucoup voyagé en Asie, elle a pu observer la misère dont souffrent certaines populations. Elle vit aujourd'hui à Paris, auprès de sa mère chinoise et de sa petite sœur. Son père, français, est resté en Chine où il travaille dans le milieu de la finance. Elle n'entend cependant

pas rester en France, et compte bien mettre ses futures compétences au service des gens dans le besoin :

« Q : Donc, c'est en quelque sorte pour rendre service aux autres et les aider que vous avez choisi médecine ?

Bien, quand on habite...enfin, moi j'habitais en Asie. On voyageait, c'est vrai qu'on voit beaucoup de gens qui sont malheureux, on voit beaucoup de gens qui souffrent et on a l'impression qu'on a besoin de médecins, qu'on a besoin qu'on les aide. Donc, c'est peut-être que ma vision de la médecine est différente de celle qui est en Europe, dans les pays développés, mais je pense encore celle que j'ai pour le moment est... de dire que des gens ont besoin, de façon vitale peut-être...

Q : Vous pensez que c'est votre séjour en Asie qui vous a poussée à faire médecine ?

Euh, il y a peut-être un peu de social aussi... parce que je vois, j'ai vu beaucoup de gens qui n'avaient pas d'éducation, pas de médicaments, pas de soins, et pas du tout pris en charge en fait par rien du tout et...Peut-être pour éviter que ça se reproduise ou pouvoir aider ces gens-là un jour... ça m'attire de partir à l'étranger plus tard et d'aider des gens qui sont vraiment malheureux. » (26, femme, P2).

Rares sont également les projets de se consacrer à la recherche. Qui dit médecine, dit contact avec des patients, quelle que soit d'ailleurs la manière dont est conçu ce contact. Cette représentation n'entre pas en adéquation avec l'image du chercheur, enfermé dans son laboratoire et entouré d'éprouvettes, de machines sophistiquées ou de cobayes. Une des rares étudiantes ayant exprimé son intention de « faire de la recherche », décrit avec précision son projet, qui évoluera peut-être puisqu'elle n'est qu'en première année :

« Euh, en fait, j'avais mis en premier choix, j'avais mis La Pitié-Salpêtrière, en deuxième choix, j'avais mis Saint-Antoine parce que c'était rattaché à Paris 6, à Jussieu, et que comme je veux faire de la recherche, euh...Enfin, si je veux pas faire médecine, je sais qu'il faut que je fasse un...une équivalence à la fac en même temps, passer un DEA. C'était avant, mais je sais plus si c'est exactement ça, et je pensais que comme c'était l'Université de Jussieu, que c'était une grosse...une grosse fac de sciences, je me disais que c'était mieux, c'était mieux pour moi, enfin pour mes études.

Q : Seriez-vous prête à accepter une mobilité géographique pour exercer ?

Je sais pas (rires), ça dépend, ça dépend, par exemple, si je dois faire de la recherche et que, comme en France, c'est peut-être pas très ouvert et moins de moyens...enfin...des personnes qui m'ont dit que c'était, c'était bien de partir à l'étranger pour faire de la recherche. Donc s'il faut le faire, oui, oui oui ! Mais si c'est pour être médecin, sans faire de la recherche, non je pense pas, je pense que je préférerais rester habiter en France.

Q : Vous avez parlé de la recherche, avez-vous une préférence pour un domaine de la recherche en médecine ?

Bien, j'aime bien la génétique, mais sinon non, enfin...tout ce qui touche à la médecine, enfin l'immunologie, la recherche en cancer, non c'est...il faut pas, ça va, il faut pas...j'ai pas un domaine où, oui j'aime bien la génétique ».

Elle s'engage donc dans des études de médecine parce qu'elles peuvent la conduire vers la recherche. Si elle rate son concours et ne peut continuer dans cette voie, elle se dit prête à changer d'orientation :

« ...Donc et comme je vous ai dit, je veux faire de la recherche et que je peux y arriver, je peux faire de la recherche par une fac, une fac de bio, je préfère aller à la fac que faire dentaire ou sage-femme ou kiné. » (71, P1).

Enfin, l'enseignement est parfois cité comme le projet d'une activité principale ou parallèle à celle de praticien. Deux hommes évoquent cette intention, le premier est atypique dans le sens où il a derrière lui une expérience d'infirmier qui lui a permis de découvrir le milieu

médical et de mieux définir ses projets ; le second est quant à lui fortement influencé par l'exemple de son père :

1/ « Non, il y a le privé et le public. Mais c'est vrai que le public m'intéresserait plus par rapport à l'enseignement. J'aimerais bien aussi enseigner, je pense que le public m'intéresserait plus. Mais parce qu'aussi j'ai une expérience du privé, le privé, c'est rentabilité, rentabilité ! Donc, ça ne m'intéresse pas. Même si on est mieux payé, c'est pas forcément... » (16, homme, ex-infirmier, P2).

2/ « Oui, pour moi, oui complètement alors que je me dis, l'avantage de la médecine générale par rapport à ce que je vous ai dit tout à l'heure, c'est que l'on a le temps, on peut faire, on peut se former, soi d'abord, ensuite on peut faire de l'enseignement et ensuite, on peut faire de la recherche dans des étapes différentes. On n'est pas obligé de faire comme c'est imposé chez les spécialistes, tout en même temps et donc ça permet selon moi de pouvoir avoir cette vie de famille à côté. Et donc moi, je n'ai rien contre la recherche même si ça ne m'attire pas parce que pour l'instant, ça n'est pas dans mes problématiques. Mais voilà, moi, je n'ai pas envie de faire ça. À la limite, l'enseignement ça me plaît, c'est-à-dire que j'ai adoré enseigner aux étudiants en dessous de moi. Quand j'étais D4, j'adorais enseigner aux D2. Quand j'étais interne, j'adorais enseigner à mes externes, mais parce que je pense que j'avais beaucoup reproché ça et je pense qu'on ne me l'avait pas suffisamment fait. Alors pour me faire plaisir personnellement, peut-être en saoulant d'ailleurs les externes qui auraient préféré avoir quelqu'un qui les laisse tranquille puisqu'ils avaient une autre vision » (82, homme, résident).

« Alors je voulais faire tout sauf médecine parce que, aucun de mes grands parents n'est médecin et mes deux parents sont médecins. Mes deux parents sont médecins. Tous leurs amis pour ainsi dire sont des couples où il y a au moins un médecin. Donc j'ai vraiment baigné, je suis né là-dedans, j'étais vraiment baigné, baigné depuis tout petit dans ce monde médical et puis en plus, si ma mère sait parler un petit peu d'autre chose, mon père, lui, vraiment, ne fait que ça, il n'y a que ça, ses autres loisirs sont rapidement disparus au profit d'enseignements, de recherche, tout tournant autour de la médecine. Donc j'avais vraiment pas envie de faire ça, d'abord pas faire comme mes parents et puis en plus parce que je ne voyais à l'époque que les côtés négatifs, c'est-à-dire le temps que prenait ce métier, c'est vraiment très, très chronophage et donc voilà, j'avais vraiment envie de tout sauf de ça. Et puis dans l'année ou dans les 6 mois où j'ai été en difficulté et j'ai commencé à me dire : est-ce que vraiment je voulais être prof de maths, comme c'était mon idée au départ. » (82, homme, résident).

Les choix sortant du chemin classique du soin, de la pratique de la médecine au chevet des malades et dans un système encadrant s'avèrent donc rares. Le chapitre suivant sera consacré à un examen des projets classiques des étudiants en médecine et aux grands types de choix qui se dégagent, toujours, rappelons-le, sur un fond d'incertitude.

II.2.2 Généraliste/spécialiste : la « grande » question

Les perspectives de pratique professionnelle sont marquées par un clivage avec lequel les étudiants fonctionnent très tôt dans leurs études et qui est concrétisé par l'épreuve du concours⁴⁰. Celui-ci en effet fait le « tri » entre les futurs généralistes et les futurs spécialistes. Même si l'exercice spécialisé recouvre une grande diversité de pratiques, la médecine générale reste le seul exercice auquel peut être contraint un étudiant, faute d'avoir réussi le concours de l'internat. Il est difficile de préjuger de l'effet que pourra avoir l'instauration de l'ECN, puisqu'il s'adresse à tous et qu'il ne s'agira pas alors de « l'avoir » ou pas, mais d'être classé suffisamment bien pour avoir le choix. Dans les représentations des étudiants que nous avons interrogés, cette distinction perdure toujours et les critères de réussite contribuent

⁴⁰ Dit « concours d'internat de spécialité » avant 2004 et « Examen national classant » (ECN) dorénavant.

grandement à classer les différentes options sur une échelle très hiérarchisée où la médecine générale apparaît la moins cotée.

Ainsi, une très grande majorité de nos interviewés se projettent spontanément dans un exercice spécialisé. Cela concerne trois étudiants sur quatre, toutes facultés et années confondues. Pourtant, même s'ils sont conscients de cette hiérarchie, les étudiants ne se laissent pas totalement prendre à ce classement et sont bien conscients d'être prisonniers d'un système qu'ils ont peu de moyens de contrer. C'est pourquoi des distinctions apparaissent entre les étudiants des différentes facultés et au fil des années, montrant à quel point les études conditionnent leurs représentations de la « valeur » d'un mode d'exercice. Mais d'autres facteurs interviennent aussi, qui sont fortement déterminés par le mode de sélection sociale dont sont issus les étudiants en médecine.

Le triomphe de la spécialité : un effet de formation ?

Dans les représentations idéales des étudiants, la spécialité triomphe, y compris chez ceux (résidents et médecins généralistes) qui pratiqueront la médecine générale. Mais il s'agit surtout du résultat d'un parcours qui favorise une certaine représentation de l'excellence et « formate » les étudiants à cette norme.

Une politique de faculté

La faculté de Saint-Antoine est réputée pour « mieux préparer » au concours de l'internat que la faculté de Nantes. Elle y a d'ailleurs des résultats élevés au regard de la moyenne nationale. Mais ce qui ressort des entretiens, c'est cette « obligation » du concours qui semble peser sur les étudiants, qui sont, plus qu'à Nantes, dans un contexte de dévalorisation des généralistes. Mais cette différence masque une variation beaucoup plus forte selon les années.

Idéal professionnel des interviewés selon la faculté et l'année

	Fac		toutes années
idéal	N	SA	Total
généraliste	28 %	25 %	26 %
spécialiste	73 %	75 %	74 %
Total	100 %	100 %	100 %
	Fac		P2
idéal	N	SA	Total
généraliste	11 %	11 %	11 %
spécialiste	89 %	89 %	89 %
Total	100 %	100 %	100 %
	Fac		résidents
idéal	N	SA	Total
généraliste	40 %	50 %	45 %
spécialiste	60 %	50 %	55 %
Total	100 %	100 %	100 %

	Fac		P1
idéal	N	SA	Total
généraliste	14 %	13 %	13 %
spécialiste	86 %	88 %	87 %
Total	100 %	100 %	100 %
	Fac		D4
idéal	N	SA	Total
généraliste	30 %	13 %	22 %
spécialiste	70 %	88 %	78 %
Total	100 %	100 %	100 %
	Fac		MG
idéal	N	SA	Total
généraliste	50 %	44 %	47 %
spécialiste	50 %	56 %	53 %
Total	100 %	100 %	100 %

Cette En P1 et P2, une écrasante majorité d'individus veulent être spécialistes : près de 9 étudiants sur 10. En D4, à la veille du concours, les choses changent : si il y a autant d'étudiants voulant être spécialistes sur Saint-Antoine que dans les premières années, ce taux

diminue chez les Nantais, comme si ceux-ci intégraient déjà leurs moindres chances de réussite. Chez les résidents et les généralistes, on se trouve confronté à un discours ambigu : révéler qu'ils voulaient être spécialistes signifie être devenu généraliste « par l'échec », donc ils empruntent des voies détournées, même si la plupart cependant ont tenté l'internat.

Il est souvent fait mention, dans les entretiens, d'une sorte d'automatisme qui consiste à passer l'internat un peu « comme tout le monde ». De ce point de vue, il semble que cela soit plus fort sur Paris que sur Nantes, où la possibilité de décider de faire de la médecine générale est mieux acceptée. Derrière les façons dont ces étudiants ont choisi leur voie, on comprend que la spécialisation soit, dès le départ, considérée comme ce que l'on fait de mieux en médecine. Une forme d'obligation que l'on retrouve plus souvent chez les Parisiens que chez les Nantais, et qui est bien traduite par les rares étudiants de Saint-Antoine qui choisissent la médecine générale :

« Donc en l'occurrence dans ma promotion, je crois que je suis à peu près une des seules à pas avoir passé le concours. On devait peut-être être cinq, allez, on était peut-être cinq sur... on était une centaine dans notre promotion, et tout le monde passait le concours. Je me souviens d'un cours qu'on avait eu, où des généralistes essayaient de promouvoir un petit peu leur profession, et tout le monde la dénigrerait, quoi c'était... (...) Ah ! Ouais, ouais (rires). C'était ridicule d'être généraliste. Fallait se spécialiser. Ouais, c'est une ambiance particulière. Y'a pas que des gens très intelligents dans la promotion (rires). Et voilà, c'était pas conce... [arrêt sur cette syllabe]. Et en fait généraliste, ça a été souvent considéré comme un échec. C'était : "parce que j'ai pas eu l'internat, je suis généraliste" » (Généraliste, ancienne étudiante de SA, 69).

Du coup, ceux qui se retrouvent généralistes doivent ruser pour « masquer » cet échec, ainsi cette résidente parisienne fait « comme si » elle allait passer le concours de l'internat, puis « avoue » au dernier moment son désir d'être généraliste :

« Q : D'accord, alors je voulais savoir avant l'internat, donc vous pensiez ne pas le passer ? est-ce que vous vous êtes inscrite ?

Ah oui oui oui.

Q : Vous l'avez passé ?

Non non, non je ne l'ai pas passé, je l'ai pas passé mais j'ai fait une deuxième sixième année.

Q : Dans l'idée de le passer ?

Dans l'idée, dans l'idée hypothétique. Enfin je ne me sentais pas encore sûre de moi, j'étais du genre un peu anxieuse et je me disais, je connais pas encore assez bien tout et quand on fait l'internat après ça va très vite et puis pour quoi faire ? je ne sais pas quoi faire et comme je me posais encore plein de questions pour assumer. Et en fait c'est vraiment à ma deuxième enfin à la fin de ma première sixième année, le moment où je savais que de toute façon j'en faisais une autre où je me suis clairement avoué les choses : que je voulais être généraliste, point, quoi. Et finalement j'ai jamais passé l'internat » (résidente SA, 79).

Nous avons demandé à nos interviewés comment ils expliquaient les différences de revenu entre les généralistes et les spécialistes. Les réponses apportées sont assez significatives des zones de clivage propres à chaque faculté. Il faut pour cela distinguer les étudiants des deux premiers cycles et ceux qui sont déjà orientés vers la MG.

Arguments des interviewés à propos des écarts de revenus entre spécialistes et généralistes

Année	P1/P2/D4			résidents et MG		
	N	SA	Total	N	SA	Total
Les spécialistes font des études plus longues	30 %	32 %	31 %	7 %	27 %	17 %
Les spécialistes en savent plus	23%	25%	24%	13%	20%	17%
Les généralistes en savent plus	3 %	4 %	3 %	7 %	7 %	7 %
Les généralistes savent des choses sur tout, les spécialistes seulement sur des parties	37 %	14 %	26 %	40 %	40 %	40 %
Les spécialistes pratiquent des actes onéreux	13 %	7 %	10 %	20 %	7 %	13 %
L'image des spécialistes est meilleure	3 %	7 %	5 %	0 %	7 %	3 %
Les spécialistes ont des coûts de matériel	7 %	14 %	10 %	27 %	0 %	13 %
Les spécialistes prennent plus de risques	33 %	4 %	19 %	13 %	7 %	10 %
total	150 %	107 %	129 %	127 %	113 %	120 %

On peut tirer de ce tableau plusieurs hypothèses :

- La légitimité d'un revenu supérieur au regard d'études plus importantes est plus forte chez les étudiants des deux facultés qui ne sont pas encore déterminés. En revanche, elle perdure chez les généralistes de Saint-Antoine, alors qu'elle chute profondément chez les Nantais. La suprématie de la médecine spécialisée marquerait bien durablement les futurs généralistes, qui ont du mal à s'en départir.
- L'idée d'une globalisation du savoir spécifique des généralistes est nettement plus présente chez de nombreux étudiants des deux premiers cycles nantais que chez les parisiens. Chez les généralistes ensuite, elle constitue l'idée la plus forte des items retenus. Ceci irait dans le sens d'une moins grande dévalorisation des généralistes dès les premiers cycles des études. Car c'est cette vision du « spécialiste de tout » qui, dans les discours, redonne des lettres de noblesse au généraliste, tandis que le « spécialiste d'une partie » est décrit comme quelqu'un qui, finalement, ne sait pas grand-chose...

L'exemple ci-dessous montre comment une résidente de Saint-Antoine a du mal à se départir des hiérarchies de valeur qui lui viennent de sa formation :

« Globalement, non, je pense qu'on a reçu une bonne formation à Saint-Antoine, globalement, la formation est quand même très... ce n'est pas une bonne formation pour la médecine générale, ça, c'est clair.

Q : justement c'est ce que j'allais vous demander.

Non, je ne pense pas, pour la médecine générale, je pense que...c'est tellement particulier, c'est tellement...je pense que pour ça, les gens viennent sans être vraiment malades et on voudrait leur trouver des grandes maladies, des grandes belles maladies qu'on apprend dans les stages ou dans les bouquins et en fait, ils ne sont souvent pas très malades et à la longue, c'est embêtant parce que finalement, on finit par oublier les vraies maladies et puis quand elles se présentent, on se dit : « oh, bah non, ça doit être un truc banal ». Ca, c'est con, mais c'est un défaut à corriger de toute façon » (résidente SA, 87).

La moitié des P2 et D4 nantais font état de la spécificité de la MG, comme une médecine du « tout », alors que cela ne concerne que 2 étudiants sur 18 parisiens de ces mêmes années. On voit, dans l'extrait ci-dessous, que les premières rencontres étudiantes peuvent être déterminantes sur ce type d'*a priori* :

« Ben, faut savoir beaucoup de choses quand on est généraliste, faut savoir gérer plusieurs cas... ben disons qu'on va voir tout et n'importe quoi quand on est généraliste. Le stage que j'ai fait chez la généraliste, on passait, on est passé de la gastro à un monsieur alcoolique, entre deux consultations c'était vraiment, du tout ou...c'était ouais...et quand on a une personne qui arrive avec quelque chose de grave faut savoir tout de suite le, le sentir parce que généralement les gens ils se, quand on va vers le généraliste quand ils ont, donc il faut savoir s'il faut envoyer aux urgences, il faut...oui, faut quand même être sûr de soi pour être généraliste. Mais, on voit pas assez d'enfant (rires), quand on est généraliste, c'est pour ça que ça me, je préfère la pédiatrie ! mais si je suis généraliste, ça me dérangerait pas. Si j'arrive pas à faire pédiatrie, généraliste ça me plairait, ça me plairait aussi.

Q : Vous savez qu'il a de très gros écarts de revenus...de 1 à 7...comment vous justifiez cet écart ?

Ben je trouve que c'est pas très juste. Mais pouh ! c'est pas parce que le spécialiste a fait quelques années d'études en plus qu'il...qu'il mérite entre guillemets d'avoir un salaire beaucoup plus élevé que le généraliste. Parce que quand même le généraliste il doit gérer, il a quand même un travail qui n'est pas facile. Comparé au spécialiste qui, enfin s'il est cardiologue il sait qu'il va voir que des personnes qui ont des pathologies de cœur, il est très, il est très calé dans son domaine donc...en même temps il sait pas, c'est pas que c'est pas compliqué mais, comparé au généraliste qui doit savoir un petit peu tout sur la médecine...je trouve que, peut-être un petit écart mais pas, des fois il est vraiment c'est vraiment flagrant que...je comprends qu'ils soient pas contents les généralistes.

Q : Est-ce que vous avez le sentiment que les généralistes sont dépréciés par les spécialistes ?

Oui, des fois.

Q : Vous sentez ça à l'hôpital, à la fac ?

Hum...à l'hôpital je sais pas trop. Je sais que le cardiologue où j'ai été, le praticien hospitalier m'avait dit que, il fallait toujours remercier, enfin remercier, envoyer une lettre au généraliste pour lui montrer l'égard qu'on a pour lui, parce que généralement c'est le généraliste qui envoie voir le spécialiste, donc... lui il faisait très attention à remercier le généraliste pour leur montrer qu'il les prenait comme des collègues à part entière. Je pense pas, il m'avait expliqué que c'était pas le cas de tous les spécialistes, il y en a qui, boh qui ne faisaient pas attention aux généralistes, ils se prenaient, ouais, un peu de mépris oui sûrement, de leur part » (21).

Cette étudiante nantaise est en deuxième année et, en plus de son stage infirmier, a fait un stage de quelques jours chez un médecin généraliste et un médecin spécialiste. C'est ce que la faculté appelle les « stages découverte ». Si les étudiants en parlent comme des expériences plus ou moins intéressantes, en fonction de la disponibilité des médecins mais aussi de leur propre curiosité, il est évident que cette confrontation à la pratique, en particulier à la médecine générale, en début de cursus, contribue à casser la suprématie de la spécialisation hospitalière dans l'enseignement de la médecine. Si on les fait « passer » chez un généraliste dès le début de leurs études, c'est un signe, pour ces étudiants, que cette médecine vaut le coup d'être envisagée. L'extrait d'entretien ci-dessus montre bien qu'avant même de faire des choix professionnels pour elle, elle a une idée de cette diversité de l'omnipraticque, qui apparaît moins chez les parisiens qui n'entendent que les critiques des hospitaliers.

L'impact des stages

Comme le soulignent la plupart des étudiants, en première année « on ne sait rien de la médecine ». Tout reste donc à découvrir et cette découverte s'effectue à l'hôpital, dans le cadre des stages. Ces expériences recouvrent au moins deux particularités.

D'une part, elles se déroulent au sein de différents services spécialisés où l'étudiant se familiarise non pas avec la médecine, mais avec un découpage, une catégorisation socialement construits du traitement médical des pathologies et par là même des malades. Ne parle-t-on pas du « foie de la chambre x » ou du « rein du service voisin » ? Les étudiants

intériorisent ces catégorisations, rarement interrogées par les professionnels du milieu médical qui les conçoivent comme des évidences. Imprégnés des divisions logiques du domaine auquel ils aspirent appartenir, les étudiants se construisent une image de leur avenir en fonction des principes qui régissent le fonctionnement de l'univers médical, et selon les schèmes de pensée des professionnels. Sachant qu'ils sont, de plus, peu en contact avec des médecins généralistes, on peut émettre l'hypothèse que l'ensemble de ces éléments détermine leur préférence pour la spécialisation.

D'autre part, les stages constituent des périodes très marquantes dans le sens où l'étudiant est plongé dans des situations relevant tant de l'apprentissage que du rite d'initiation. Les stages ne sont en effet pas seulement des lieux de transmission de savoirs, mais de mises à l'épreuve d'un individu « en mutation », qui passe de l'état d'étudiant à celui de médecin. La progressive construction de l'identité professionnelle du stagiaire, à laquelle participent les différentes catégories de personnel hospitalier (de l'ASH au chef de service), se déroule parfois dans la douleur, notamment parce que ce parcours n'est pas guidé. Le stagiaire est en quelque sorte propulsé dans un environnement auquel il doit s'adapter, s'ajuster en réagissant aux signaux implicites des professionnels chevronnés. Les différents stages qu'il effectue sont autant de situations d'interactions où il apprend à occuper sa place, et à améliorer progressivement son jeu d'acteur.

On comprend alors que ces stages soient à la source d'un écart entre un « idéal » qui conduit l'étudiant à s'inscrire en faculté de médecine et une « réalité » qui l'oblige parfois à déjuger cet idéal et à s'orienter vers d'autres pratiques. Et c'est dans la gestion de cet écart que s'opèrent les choix.

L'apprentissage théorique également est organisé selon un découpage disciplinaire qui favorise une vision de la médecine segmentée par spécialité. S'opère alors une subtile combinaison entre l'attrait intellectuel pour une discipline et l'expérience d'un stage pour s'organiser un avenir professionnel. Comme nous l'avons vu lors de la première partie, la socialisation professionnelle des jeunes médecins résulte d'un ensemble de processus d'identifications et de rejets qui aboutissent à ce que des perspectives s'ouvrent et se ferment. Dans ce jeu progressif, les différentes spécialités se déroulent les unes après les autres, et viennent enrichir le panel des possibilités, tandis que la médecine générale reste aux portes de l'enseignement universitaire et hospitalier, constituant un « bloc » uniforme jusqu'au troisième cycle. Les étudiants relatent fréquemment l'influence des stages ou, plus rarement, des cours, dans leur attirance ou rejet de telle ou telle spécialité. Les plus intéressés avouent avoir été tentés par toutes les spécialités dans lesquelles ils sont passés en stage. Le décalage entre l'étendue des possibilités d'identification à un spécialiste et les chances objectives d'exercer une spécialité est donc particulièrement grand et ne favorise pas un choix positif et volontaire vers la médecine générale.

Spécialiste : un « modèle » médical ?

D'autres facteurs semblent avoir une influence sur les choix professionnels des étudiants, en particulier leur milieu social. On constate alors que, même si la spécialité semble retenir la préférence de la majorité des étudiants, celle-ci est d'autant plus forte que l'étudiant compte des médecins dans son entourage proche. Ainsi, 14 des 16 étudiants de P1, P2 et D4 enfants

de médecins que nous avons interrogés déclarent vouloir être spécialistes, les deux autres ne se prononcent pas.

Corrélation entre la présence de médecins dans l'entourage et le choix de devenir spécialiste

Idéal professionnel	généraliste	Spécialiste	NSPP	Total
Médecins proches	19 %	70 %	11 %	100 %
Pas de médecins proches	32 %	59 %	9 %	100 %
Total	24 %	66 %	10 %	100 %

Inversement, quand il n'y a aucun médecin dans l'entourage, les interviewés envisagent plus souvent de devenir médecin généraliste. Ceci s'explique par le fait que la seule image que ces étudiants ont du médecin est celle de leur médecin de famille. De plus, selon la proximité de cet entourage, la représentation de l'exercice l'idéal varie. Quand les parents sont eux-mêmes médecins spécialistes, les étudiants envisagent plus facilement de devenir spécialistes eux-mêmes.

Les quelques extraits d'entretiens qui suivent donnent un aperçu du poids des influences familiales et un éclairage sur la force de la reproduction sociale qui caractérise les familles où au moins un des deux parents est médecin :

« Q : Vous pensiez déjà à une orientation ?

Ben, en fait, je crois que j'ai parlé de la médecine en seconde, il me semble. Sans trop savoir en fait. C'est vrai que mon père est psychiatre, alors ça m'a peut-être influencée. J'avais pas trop envie de faire une prépa et du coup la médecine, c'était un peu la solution de facilité (...) Ben, je sais que je vais faire une spécialité médicale. J'ai pas trop envie de faire généraliste parce que ça me semble un peu trop vaste, et puis j'aimerais bien travailler à l'hôpital, finalement. Mais je veux pas faire de chirurgie. Donc, spécialité médicale, mais j'ai pas encore décidé laquelle » (35, D4, père psychiatre).

« Le seul modèle de médecin que j'ai, c'est peut-être plus mes parents. Mes deux parents avec les quantités de médecins qui traînent partout, à table qui parlent : "J'ai un patient là, je te l'enverrai parce que celui-là..." (...) J'envisage une spécialisation neurologie, psychiatrie » (53, P1, père généraliste, mère neurologue).

« Q : Est-ce que vous connaissiez des médecins avant d'entrer en médecine ?

Oui, beaucoup ! Dans mon entourage, beaucoup ! Avant de m'inscrire en médecine, je suis quand même allé en consultation avec un cardiologue, et je suis allé au bloc opératoire avec un chirurgien orthopédique. Pour voir si je pouvais supporter, quoi ! Voir si je tiendrai en situation, j'ai voulu faire de la médecine pour devenir neurochirurgien, parce que j'avais lu pas mal d'articles, j'avais vu des vidéos, j'avais lu des bouquins là-dessus. Non, je voulais pas être médecin, je voulais être chirurgien et neurochirurgien, en particulier » (14, D4, père psychiatre – mère pédiatre).

Dans le contexte d'incertitude dont nous avons parlé ci-dessus, les affirmations de ces étudiants sont éclairantes. La première étudiante n'est même pas dans le doute, alors qu'elle n'a pas passé l'internat, elle est une des seules à dire « je sais que je vais faire une spécialité médicale » et semble peu inquiète des risques du classement à venir. En outre, même tôt dans leur cursus, ces étudiants se meuvent avec aisance dans un milieu où leurs camarades non initiés se débattent afin d'en comprendre les règles.

Parmi les résidents et généralistes que nous avons interrogés, certains étaient enfants de médecins et se sont donc trouvés dans des orientations qui ne correspondent pas à ce « modèle » familial. L'étude des cinq profils (4 hommes et une femme) rencontrés montre des trajectoires souvent heurtées : les trois premiers semblent dans une impasse alors que les deux derniers sont engagés dans une voie qui paraît mieux leur convenir.

Le premier a un père généraliste, dont il va prendre la succession après avoir travaillé à ses côtés. Il dit n'avoir pas eu « la vocation » pour la médecine, puisqu'il souhaitait intégrer une école d'ingénieur à laquelle il a échoué. Il souhaitait être cardiologue et a passé l'internat dans cet objectif. Collé en médecine à l'internat de Paris il a préféré renoncer à la spécialité plutôt que d'aller en province où il aurait eu la possibilité d'avoir une spécialité.

Les deux parents du second sont médecins anesthésistes. Lui aussi a été vers la médecine après un échec à l'entrée d'une grande école. Il ne regrette pas ses études parce qu'elles étaient longues ce qui lui a « *laissé le temps de réfléchir* ». Son statut de médecin généraliste lui convient dans la mesure où, dit-il, il est sûr « d'avoir une situation correcte, d'être son propre chef en libéral ». Il a échoué à l'internat alors qu'il souhaitait exercer une spécialité hospitalière. Sa position est ambiguë puisqu'il critique l'internat tandis qu'il parle de façon négative des généralistes qu'il traite « *de gros nuls qui font du clientélisme* ». Actuellement en fin de résidanat, il ne sait pas où ni comment il va exercer.

Enfin le troisième a, comme les deux autres, commencé d'autres études puis est allé en médecine. Il dit que son père (cardiologue) « *ne concevait pas qu'il ne soit pas médecin* ». Il se décrit comme ayant une curiosité scientifique vis-à-vis du corps humain, souhaite jouer un rôle utile dans la société et apprécie que cette profession bénéficie d'une sécurité de l'emploi. Il a présenté l'internat mais dit l'avoir fait « sans conviction » et peu motivé, d'où il justifie son échec par une mauvaise préparation. Il affirme par ailleurs qu'aucune spécialité ne le tentait. En fin de résidanat, il ne sait pas non plus où s'orienter et envisage de partir à l'étranger.

Deux autres enfants de spécialistes (chirurgien et pédiatre) ont des trajectoires différentes. Le premier dit avoir eu une vocation précoce, puis n'avoir été tenté par aucune spécialité. S'il a présenté l'internat, c'était pour « faire plaisir à sa famille » mais sans conviction. Son but est « d'aider les autres » et de s'installer comme généraliste en zone rurale. La dernière est une femme qui n'affiche aucune vocation médicale puisqu'elle voulait faire de la recherche en biologie et poursuivre ses études par un DEA. Finalement, elle décide d'être médecin en PMI pour la sécurité et la tranquillité de l'emploi tandis que son mari est généraliste en cabinet.

Ces histoires montrent l'influence marquante du milieu familial pour ces « héritiers » qui, parfois, le sont sans vraiment le vouloir. On retrouve, chez ces étudiants, des difficultés à réaliser un projet qu'ils ne peuvent s'approprier, ce d'autant plus qu'ils se retrouvent dans la frange « dévalorisée » d'une profession qu'ils exercent parfois malgré eux.

II.3 Où exercer ?

Si le choix d'un mode d'exercice est difficile à faire pour les étudiants, le choix des conditions l'est au moins autant. L'incertitude est cependant moins forte, à l'exception des carrières hospitalières qui sont encore dépendantes des succès aux concours de praticiens

hospitaliers. En revanche, en l'absence de quotas d'installation pour les médecins libéraux, le choix du lieu de vie familial et professionnel reste libre et on a un peu le sentiment, en écoutant ces étudiants, qu'il s'agit de la « dernière » bulle d'air qui leur reste...

II.3.1 Le libéral et l'hospitalier

Nous avons beaucoup fait parler nos interviewés sur leurs représentations des activités libérales et hospitalières, y compris s'ils n'avaient pas, *a priori*, de préférences. Ces discours permettent de mettre en évidence des catégories de pensées qui sont parfois surprenantes mais qui renseignent sur les priorités, tant privées que professionnelles, de ces futurs médecins. Ainsi, hommes et femmes semblent préoccupés par les horaires et par les rythmes de vie. Tantôt ils dénoncent les gardes et astreintes infernales de l'hôpital, tantôt ils craignent les horaires sans limites d'une activité libérale. Mais ils peuvent tout autant rechercher la régularité des horaires hospitaliers ou la souplesse d'organisation des libéraux. Ce qui importe au final, c'est cette place que prennent les horaires dans les avantages et inconvénients accordés à ces deux formes d'exercice. Là encore, on voit apparaître des « marques de fabrique » de ces étudiants, formés au sein de l'institution hospitalière, alors que la majorité d'entre eux seront, selon toute probabilité, des médecins libéraux.

Le « pour » et le « contre »

De la récapitulation de l'ensemble des caractéristiques attribuées à l'exercice de la médecine en milieu hospitalier et en libéral, se dégage un système d'oppositions qui orientent les choix professionnels des étudiants.

Comparaison des modes d'exercice en milieu hospitalier et en libéral

Mode d'exercice	Avantages	Inconvénients
Hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - travail intéressant : * variété des pathologies * moyens techniques à la pointe du progrès * recherche - travail en équipe, interdisciplinarité - sécurité de l'emploi - patient « docile » - mission de service public : aider des personnes défavorisées 	<ul style="list-style-type: none"> - bas salaires - poids de la hiérarchie - contraintes liées aux horaires, gardes - univers déshumanisé
Libéral	<ul style="list-style-type: none"> - indépendance - revenus élevés - suivi des patients - horaires adaptables 	<ul style="list-style-type: none"> - isolement du praticien - lourdeurs administratives et gestionnaires - horaires et rythme de travail, rentabilité - patients exigeants

L'image du travail à l'hôpital est celle d'une activité présentant plus d'intérêt que la médecine libérale. Le médecin y traite des pathologies plus diversifiées et a accès à du matériel technique sophistiqué. Il a également l'opportunité de travailler en équipe et de faire appel aux compétences de ses collègues s'il souhaite vérifier son diagnostic. Il échappe ainsi à l'isolement du généraliste ou du spécialiste confiné dans son cabinet. L'hôpital offre également une sécurité de l'emploi que ne connaît pas le médecin installé en libéral qui doit, pour sa part, se battre contre les contraintes administratives et gestionnaires. La pratique hospitalière s'apparente de plus à une pratique noble, vouée au service de tous les patients, et

plus particulièrement les plus défavorisés d'entre eux. Dans une autre optique, sans doute moins avouable, certains soulignent que le fonctionnement de l'hôpital réduit le patient à l'état d'objet, sur lequel il est d'autant plus aisé d'intervenir, et ce notamment par rapport à la relation qui s'instaure dans un cabinet entre le médecin et ses patients, devenus très exigeants et beaucoup moins respectueux de l'autorité du praticien.

Par ces représentations, les étudiants montrent qu'ils ont bien intégré les « valeurs » du système d'enseignement dont ils sont issus et ils mettent en avant ce qu'ils considèrent comme les valeurs essentielles de la profession : l'intérêt « scientifique » des maladies, le travail en équipe, la protection du groupe, le service public.

A contrario, le médecin jouit d'une grande indépendance en libéral, alors que son collègue hospitalier est soumis au poids de la hiérarchie, au pouvoir de ses chefs et à des horaires et gardes imposés. Les revenus d'un médecin en libéral sont sans conteste beaucoup plus confortables qu'à l'hôpital. Enfin, l'installation en libéral offre la possibilité d'instaurer une relation de confiance avec des patients fidélisés, alors que l'hôpital s'apparente à un univers déshumanisé, où la technique prévaut sur le contact humain. Les deux extraits d'entretiens ci-dessous renferment une partie de ces oppositions :

« *Q : Sinon pourquoi libéral ?*

Parce que j'aime pas trop la hiérarchie, donc je n'ai pas envie de travailler à l'hôpital et je pense qu'il faut... Moi, je suis plutôt douce, j'ai pas peut-être un caractère assez fort pour m'imposer auprès de toute une équipe, parce que je vois bien que tout le monde se lance des piques et donc je ne sais pas si je supporterai... donc libéral ! » (45, D4).

« *Q : Quels sont les avantages et les inconvénients de l'exercice libéral/salarié/hospitalier ?*

Ben, l'exercice libéral, c'est la liberté d'installation. Déjà, d'aller où on veut, de créer sa structure, de créer quelque chose, d'avoir les horaires libres, c'est-à-dire que si on veut pas travailler un jour, ben, on peut. D'avoir un salaire qui est quand même plus conséquent que dans le public, et surtout, de ne pas être sous la structure hiérarchique de l'hôpital qui est quand même très, très hiérarchique, c'est une pyramide, l'hôpital. Les avantages de la structure hospitalière, c'est que c'est la pointe. C'est un service public déjà, c'est assez gratifiant, parce qu'on soigne des gens qui n'ont pas forcément un niveau intellectuel ou financier pour se prendre en charge. Qu'il y a une activité de recherche à l'hôpital, qu'il y a une certaine émulation parce qu'on est pas tout seul » (14, D4).

Tout semble de se passer comme si les étudiants privilégiaient dans un premier temps l'exercice de la médecine en milieu hospitalier, milieu qu'ils connaissent mieux et qui les rassure, pour progressivement envisager l'exercice de la médecine en libéral. Il est rare que celui-ci présente des atouts professionnels ou humains particuliers. Les oppositions entre ces deux modes d'exercice clivent donc bien la population des soignants comme celle des soignés : à l'hôpital tout ce qui relève du collectif et de l'excellence ; au libéral tout ce qui relève de l'indépendance et de la concurrence.

La « marque de fabrique » hospitalière

Les projets de mode d'exercice des étudiants des deux facultés diffèrent relativement peu lorsque l'on considère les populations d'ensemble. Le détail par année montre cependant des évolutions divergentes. Les étudiants nantais de P1 se voient en grande majorité libéraux, alors que la tendance est plus « hospitalière » chez les parisiens. Cependant, cette tendance évolue à Nantes au fil des années et les résidents nantais semblent avoir beaucoup de mal à se

penser dans une installation libérale, au contraire des parisiens. Les réponses concernant les généralistes doivent être lues avec précaution du fait de l'échantillonnage : la liste des Nantais a été fournie par le Conseil départemental de l'ordre qui nous a sélectionné des généralistes installés en libéral.

**Choix du mode d'exercice pour l'ensemble des étudiants,
selon la faculté d'appartenance**

lieu exercice	Nantes	S-A	Total
divers	8 %	13 %	10 %
hospitalier	38 %	44 %	41 %
libéral	50 %	44 %	47 %
salarié	5 %	0 %	3 %
Total	100 %	100 %	100 %

Ce que l'on voit agir ici, c'est surtout l'influence de l'expérience de formation. Au départ, les représentations des étudiants nantais sont celles d'un médecin libéral, « médecin de famille » pour ceux qui n'ont pas de relations dans le milieu, mais aussi leurs proches, puisque la plupart des enfants de médecins ont des parents libéraux. L'image hospitalière plus élitiste est plus fréquente chez les parisiens dès la première année. Mais c'est aussi pour eux, une expérience qu'ils vont vivre sur le mode des chances d'accès limitées : il y a plus de prétendants à une carrière hospitalière à Paris que de postes. Néanmoins, les clivages ne sont pas très importants entre ces deux populations dans la mesure où l'on repère quand même, dès les études commencées, une influence majeure de l'expérience hospitalière.

Si l'on enlève les deux premières années, qui ont des discours très proches et pour lesquelles l'influence des facultés est faible, on constate que la répartition des étudiants quant aux « pour » et « contre » l'activité hospitalière ou libérale, est assez proche d'une fac à l'autre. En revanche, on constate quelques distinctions à l'intérieur même de ces groupes :

**Avantages et inconvénients des exercices libéraux et hospitaliers selon les facultés,
pour les étudiants et médecins à partir du DCEM4**

Avantages	Fac			inconvénients	Fac		
	N	SA	Total		N	SA	Total
hôpital				hôpital			
équipe	19 %	32 %	25 %	bas salaire	8 %	14 %	11 %
intérêt	27 %	32 %	29 %	gardes	8 %	18 %	13 %
protection	19 %	9 %	15 %	hiérarchie	24 %	27 %	26 %
salaire	12 %	0 %	6 %	inhumain	12 %	0 %	6 %
sécurité empl	4 %	9 %	6 %	oui/NR	48 %	41 %	45 %
non/NR	19 %	18 %	19 %	Total	100 %	100 %	100 %
Total	100 %	100 %	100 %				
libéral	N	SA	Total	libéral	N	SA	Total
association	4 %	13 %	8 %	administr	23 %	17 %	20 %
clientèle	0 %	9 %	4 %	concurrence	4 %	4 %	4 %
horaires	12 %	9 %	10 %	monotone	8 %	9 %	8 %
indépendance	42 %	43 %	43 %	revenus	4 %	0 %	2 %
revenus	8 %	9 %	8 %	solitude	19 %	26 %	22 %
non/NR	35 %	17 %	27 %	oui/NR	42 %	43 %	43 %
Total	100 %	100 %	100 %	Total	100 %	100 %	100 %

- L'essentiel des avantages hospitaliers se concentre dans le travail en équipe et l'intérêt de l'activité chez les parisiens, alors que les Nantais répartissent plus leurs « arguments ».

- Seuls les Nantais invoquent le côté « inhumain » de l'hôpital alors que les parisiens insistent surtout sur les conditions de travail (salaires, gardes) ;

- Si les parisiens sont prêts à travailler en libéral, ils le font en association et redoutent le travail solitaire, ce qui se retrouve dans les deux réponses sur le libéral.

On voit alors se profiler une ligne distinctive entre parisiens et nantais qui porte sur quelques traits particuliers :

- Le premier est une haute idée du travail hospitalier en tant qu'activité intellectuelle et stimulante, et un attrait pour le libéral qui s'organise autour de meilleures conditions de revenus et dans l'éventualité de ne pas travailler seul ; un profil plutôt parisien ;

- Le second est une crainte plus forte des Nantais à s'installer en libéral, crainte qui est à associer à des zones plus rurales, une solitude plus grande, des risques plus importants, des contraintes exacerbées, voire un revenu plus aléatoire. De ce point de vue, l'hôpital apparaît autant comme un refuge que comme un lieu de haut intérêt scientifique.

Ce clivage se couple à d'autres lignes directrices : parmi les parisiens qui vantent l'intérêt de l'hôpital, on rencontre beaucoup de femmes qui craignent les gardes répétées, tandis que les hommes invoquent les salaires plus bas que dans le libéral.

« Q : est ce que vous avez déjà envisagé un mode d'exercice, et pouvez-vous les comparer les uns aux autres entre libéral salarié, hospitalier et privé.

Ben l'idéal c'est d'être à la fois libéral et de garder des vacances à l'hôpital, être attaché c'est l'idéal parce quand on est, à l'hôpital, c'est très intéressant, on apprend le plus de choses, il y a toutes les innovations, il y a les patients les plus intéressants, mais euh il y a tout le poids de l'administration derrière, et puis c'est assez difficile d'avoir un poste quand même. Alors que quand on est dans le privé on est quand même un peu plus libre de ses horaires, de son temps, on organise un petit peu plus son temps comme on veut vu qu'on a pas, qu'on n'est pas dépendant des autres.

Q : et entre généralistes et spécialistes ?

Moi je voudrais être spécialiste, de la chirurgie, être généraliste c'est celui qui a le travail le plus ingrat et en même temps c'est la pièce la plus importante de tout l'édifice parce que c'est lui qui doit tout dépister et éventuellement, justement pour qu'il y ait une bonne médecine faut que le généraliste soit très compétent, et orienter vers le bon spécialiste si il y a besoin, et en même temps c'est lui qui a les tâches ingrates de renouvellement d'ordonnances, les choses comme ça » (29 – SAD4).

S'opposent deux visions contradictoires des modes d'exercice de la médecine : une vision hospitalière où ce qui se passe à l'hôpital est associé à ce qui est le plus intéressant, le plus prestigieux, mais aussi le plus proche de la « vraie » médecine, et une vision ambulatoire où l'hôpital est le lieu des techniques inhumaines au contraire d'une médecine de ville plus globalisante et plus proche des patients.

Il n'y a pas forcément de raison pour que l'on retrouve un profil plus dans une faculté que dans une autre, si ce n'est par l'élitisme des recrutements où l'on constate en effet que Paris draine une population étudiante plus proche des niveaux supérieurs des hiérarchies médicales.

En revanche, les programmes connaissent quelques différences et, en particulier, l'instauration en deuxième année, à Nantes, d'un court passage chez un médecin généraliste. Même si cette expérience est rapide et souvent peu concluante à ce stade du parcours, il introduit dans la sphère des possibles un mode d'exercice qui est totalement occulté à Saint-Antoine. Du coup, les étudiants parisiens ont une approche très stéréotypée de la médecine générale, comme on peut le voir ci-dessus, se réduisant à celui qui fait des « renouvellements d'ordonnance » ou qui oriente vers le spécialiste, n'ayant qu'une représentation hospitalière de la médecine.

Ces variations montrent que, durant leurs études, les futurs médecins sont « éduqués » à une pratique plus noble et plus valorisante que l'autre. Ils y apprennent que la plus « belle » médecine est celle qui se pratique à l'hôpital. La plupart des étudiants adhèrent à cette hiérarchie des valeurs... et la plupart d'entre eux devra donc faire le deuil d'une pratique hospitalière. Qu'il s'agisse de la spécialité ou de l'exercice hospitalier, tout se passe donc comme s'il fallait inculquer aux étudiants une hiérarchie dans laquelle ils seront en majorité « mal classés ». Il faut alors une forte croyance dans la légitimité des systèmes de relégation (les concours...) pour que le système fonctionne sans remise en cause majeure et rencontre une étonnante « docilité » (selon les termes même de certains étudiants) de la part des futurs praticiens.

Le primat de l'hôpital semble en outre le signe d'une dépendance des étudiants à l'institution qui les a formés. Ainsi, les avantages de l'exercice hospitalier sont de l'ordre du travail en équipe et de l'intérêt (intérêt portant essentiellement sur les moyens techniques mis à la disposition du corps médical et sur l'acquisition de connaissances). D'ailleurs, de nombreux étudiants souhaitent commencer leur carrière à l'hôpital pour faire leurs armes et pour pouvoir, ensuite, s'installer en libéral.

En revanche, le rapport à la hiérarchie semble être un motif conséquent pour ne pas envisager d'exercer à l'hôpital. Ce sont principalement les résidents et les MG qui témoignent de ce motif. Ils manifestent ainsi leur volonté de prendre de la distance avec le système auquel ils ont été soumis durant leurs années d'études et leur volonté de prendre leur indépendance.

« Le travail libéral, parce qu'on est quand même libre de faire ce que l'on veut. Travailler comme on veut, d'organiser sa vie à peu près, même si il y a des contraintes, c'est vrai que là j'aurais du mal à me retrouver salariée. J'ai jamais été donc heu... mais avoir des horaires un peu plus stricts, avoir des vacances à peu près conditionnées et de... pas forcément organiser sa journée comme on veut. Là aussi, on a du mal à les organiser, c'est pas ça, mais dans l'ensemble, par exemple, aujourd'hui, j'avais besoin d'une heure et quart pour parler avec quelqu'un, j'ai fait en sorte d'avoir une heure et quart, peut-être un peu plus maintenant ! (rires) » (75, MG).

Par ailleurs, on constate que chez les résidents et les médecins généralistes, c'est le côté « administratif » qui est principalement présenté comme un inconvénient, tout comme la solitude ou l'isolement, aspect qui sera abordé plus loin dans le chapitre consacré au thème de l'installation des généralistes. Autant de caractéristiques de la pratique libérale à laquelle ils n'ont pas été préparés durant leur formation et qui vient rompre avec l'image qu'ils s'étaient forgés du médecin, avant tout, soignant.

« J'ai appris que s'installer, c'est devenir chef d'entreprise, gérer le temps, donc gérer l'argent » (65, MG).

« Au niveau administratif, je pense, d'après ce qui se passe, il va y avoir de plus en plus de papiers administratifs à remplir et ça, quand on remplit les papiers administratifs, on a moins de temps pour le reste, donc ça me paraît aussi un petit peu incompatible avec ce qu'on va devoir faire » (81, MG).

Certains étudiants ne se résolvent cependant pas à faire un choix. Ils ne parviennent pas à privilégier un mode d'exercice plutôt qu'un autre et envisagent de mener de front une double activité :

« Q : Alors pour vous maintenant quel mode d'exercice vous envisagez entre libéral, salarié ? Non, ce serait libéral, si possible ce serait de garder un pied à l'hôpital et puis une partie en libéral. Maintenant, ça dépendra de la spécialité, mais bon, je pense qu'à part vraiment les spécialités qui sont obligatoirement en fait à l'hôpital, je pense que le mieux, ouais, c'est de garder une partie à l'hôpital et une partie extérieure à l'hôpital. Je pense que c'est la pratique qui offre le plus de... c'est la vue la plus large et puis la diversité la plus grande dans l'exercice, pour essayer de ne pas rentrer dans un train-train » (49, D4.)

II.3.2 La ville et la campagne

Un des gros problèmes de démographie médicale est la couverture de l'ensemble des zones géographiques, en particulier rurales. Les réformes successives des études médicales tentent de remédier à ce problème tout en évitant l'instauration de quotas d'installation pour les médecins libéraux, à l'instar des pharmaciens d'officine. Cependant, les contraintes sont devenues fortes et cette liberté du lieu d'exercice apparaît comme une des dernières zones de choix réel qui reste aux jeunes médecins. Il est difficile de savoir quels sont les facteurs qui vont conduire un lauréat de l'ECN à privilégier le lieu de formation plutôt que la spécialité. Il est souvent affirmé que la ville prime mais cela reste à considérer au regard des modalités de choix de la première épreuve de l'Examen. Ce que l'on peut dire aujourd'hui, c'est que si les étudiants sont un peu bloqués dans leur capacité à se projeter dans l'avenir du fait de la

sanction du classement, ils peuvent en revanche se sentir plus à l'aise pour imaginer un lieu de vie et d'exercice professionnel qui leur convienne. C'est ce que nos entretiens tendent à montrer. Dans cette configuration d'incertitude, c'est, là encore, le « conformisme » qui prévaut et qui conduit les étudiants à s'imaginer d'abord travailler près de chez eux ou, tout au moins, dans un environnement comparable. Et comme la majorité des étudiants sont des citadins issus des catégories sociales supérieures, c'est en priorité dans les zones de résidence de leur milieu d'origine qu'ils s'imaginent exercer...

Citadins avant tout

*« Q : Vous arrivez à vous imaginer pour une spécialité ?
Pour l'instant, j'ai pas eu de gros coup de cœur pour une spécialité, je trouve que tout est intéressant, donc, moi ce serait plutôt le choix de la ville en premier » (22, femme, ND4).*

Cette citation a bien sa place en exergue de ce paragraphe, tant elle résume la position de la majorité des interviewés. Plus des deux tiers des individus de l'échantillon, toutes variables indépendantes confondues, déclarent en effet vouloir exercer en ville.

Par ailleurs, parmi les étudiants qui veulent être généralistes, presque 9/10^e d'entre eux souhaitent exercer en ville. La campagne est synonyme d'éloignement, or les étudiants ont quelques difficultés à envisager une coupure avec l'hôpital qui représente la sécurité, du fait des ressources humaines et techniques qu'il offre.

La lecture des entretiens donne une nette perception de la détermination des étudiants quant à leur intention de travailler en ville :

*« Q : La situation idéale ce serait la spécialité ?
Bah, ce serait de pouvoir être à Paris et de pouvoir choisir la spécialité que je veux.
Q : Et pour changer de sujet, quel mode d'exercice envisagez-vous entre le libéral, le salarié, privé/public, en milieu rural ou urbain, entre généraliste et spécialiste ?
Alors, libéral, urbain, rural j'aurais peut-être bien voulu, mais en fait de par mon origine [d'origine indienne] j'ai un peu peur du racisme, comme je suis toujours restée en Île de France, je ne sais pas trop comment c'est à la campagne. J'ai peur qu'un médecin d'une autre origine ait moins de patients que... Je ne sais pas du tout en fait, parce que j'en connais pas à la campagne » (45, SA D4).*

*« Q : Et vous envisagez de travailler dans un milieu rural ou urbain ? Qu'est-ce que vous préféreriez ?
Hum... plutôt urbain... je veux pas de l'isolement, je me dis qu'à la campagne, il n'y a pas beaucoup de gens, enfin, il y a des gens à soigner, mais qu'on est un peu loin de tout et peut-être l'image que je me fais de la ruralité, c'est un petit peu basique et...
Q : Et vous préféreriez être généraliste ou spécialiste ?
Euh, je pensais faire une spécialité...
Q : Dans quel domaine ?
Je sais pas encore » (26, SA P2).*

*« Q : D'accord et à l'instant tu me disais qu'il y a des villes dans lesquelles tu n'aimerais pas aller, c'est par rapport à quoi ?
Non, c'est, enfin par rapport peut-être à la taille de villes. Je pense que d'exercer dans des petites villes, ça m'intéresserait moins, peut-être parce que j'habite en ville depuis toujours, j'habite à Paris, donc j'ai toujours été dans la ville et je ne me vois pas médecin de campagne, par exemple, ou dans une petite ville.*

Q : Et pour quelle raison ?

Parce que j'ai toujours été habitué à la ville et d'avoir tous les avantages de la ville et tout à proximité, et plein de gens, mes amis même. Donc, c'est vrai que je préférerais rester à Paris, mais ça ne me dérangerait pas d'aller à Strasbourg, à Lille, à Marseille, à Bordeaux » (40, SA P2).

« Ben, moi, je veux pas, hein ! La campagne, alors là, non, jamais ! Enfin, ça dépend où c'est... Mais je veux dire, ça peut être la campagne périphérique de Nantes, si on peut faire le trajet tous les jours, ça va, mais hors de question d'aller m'installer en pleine campagne, ah non, jamais de la vie ! Les vaches c'est pas mon... » (67, NP2).

Des ruraux marginaux ?

L'idée d'exercer en milieu rural est très peu abordée par les interviewés. Au total, sur les 89 individus, seuls sept disent explicitement être prêts à exercer en campagne, dont cinq la médecine générale. On notera que parmi ces cinq, trois sont inscrits en première année. Ceci mérite une interrogation sur les conséquences de l'élitisme social de la sélection du concours : aurait-il comme conséquence secondaire d'éliminer des profils d'étudiants prêts à exercer une médecine générale en campagne ? Lorsque l'on regarde les caractéristiques de ces étudiants, on constate en effet qu'ils ne sont pas issus du « sérail » et que leurs chances objectives de réussite au concours sont relativement faibles.

Caractéristiques des 7 interviewés prêts à exercer à la campagne

N°	Année	Fac	Sexe	Profession père	Profession mère
1	P1	N	F	Boucher/charcutier/traiteur	Adjointe administrative
8	P1	N	H	Commercial	Sans profession
37	P1	SA	H	Représentant de commerce	Commerçante
56	résident	N	F	Programmeur informatique	Professeur
62	D4	N	H	Ingénieur	Sage-femme
63	MG	SA	F	VRP	Infirmière
75	MG	N	H	Journaliste	Infirmière

L'absence d'un entourage médical favorise la projection d'installation en campagne. Les individus souhaitant exercer à la campagne et n'ayant pas de médecins dans leur entourage sont tous en P1, là encore c'est l'image du médecin « de campagne » qui prévaut. Le choix de s'installer à la campagne est souvent réalisé par ceux ayant vécu à la campagne. On trouvera ci-dessous des extraits d'entretiens de quatre de ces étudiants atypiques :

« Q : Quel mode d'exercice envisages-tu : salarié, libéral, à la ville, à la campagne ?

Heu... Pour sage-femme, je pense que ce sera en libéral, peut-être en hospitalier ou sinon dans les cliniques. Mais je pense que je commencerai dans le milieu hospitalier parce que de toute façon, l'école est rattachée à l'hôpital. Mais, ouais, moi, j'aurais bien aimé exercer en libéral, en fait pour aller chez les gens, pour aller voir les femmes enceintes, ça m'aurait plu... enfin, si je peux le faire... Parce que je pense que c'est un autre contact... Parce que moi j'aime bien l'aspect intime, tout ça, alors que le cadre hospitalier, ce n'est pas toujours... ouais... (en soupirant) j'aurais bien aimé faire libéral, ouais.

Q : Même tu préférerais exercer en ville ou...

Heu... À la campagne, ouais... Je pense parce que... Bon déjà, moi, je vis à la campagne donc heu... La ville, je suis... Enfin, j'y viens pour aller à la fac, sinon... Mais... Et puis, quand je sors des fois, parce que ça m'arrive... Mais sinon, je pense que j'exercerai en campagne parce qu'il n'y en a pas

beaucoup qui le font, et je n'aime pas faire comme les autres ! (rires) Non...et puis, il n'y a pas assez de médecins de campagne, ça, c'est sûr » (1, P1, N).

« *Q : Libéral, salarié, etc. et pourquoi ?*

(...) Donc sinon, mes choix, c'est de l'humanitaire, c'est généraliste et c'est rural, je devais être en France parce que j'ai en tête l'image du médecin de campagne qui fait son petit tour et voilà sur un rayon, je ne sais pas, de 10, 20, 30 kilomètres et qui a ses soignants. Enfin, c'est une image que j'aime bien. Plus que celui du généraliste parisien, mais bon, pourquoi pas généraliste parisien. Mais je veux généraliste parce que ça me paraît être un métier où il est plus facile d'être au contact des gens et de la réalité et du quotidien, en fait. Alors que spécialiste en quoi que ce soit, forcément me couperait d'une majorité de la population par sélection de spécialisation, en fait. Mais encore une fois, voilà, peut-être qu'en étudiant, je vais devenir un passionné de chirurgie cardiaque ! » (37, P1, SA).

« *Q : Quel mode d'exercice vous envisagez de faire, libéral/salarié ?*

Ben, j'espère me spécialiser dans le privé ou dans le public.

Q : Comment ça ?

Soit en cabinet, soit à l'hôpital. Non, je pense m'installer plutôt en milieu rural ou en ville. Je pense pas dans une ville comme Nantes. Enfin rural, je pense dans une ville comme la Roche sur Yon.

Q : Une petite ville ?

Voilà, une petite ville avec la campagne proche parce que je suis attaché quand même à la campagne quoi. Je voudrais pas vivre en ville » (8, P1, N).

« *Q : En parlant de ces modes d'organisation, toi, est-ce qu'il y a un exercice que tu envisages plus qu'un autre ?*

Associé ! Ah ouais, obligé !

Q : C'est-à-dire... Associé dans un cabinet ?

Ouais, dans un cabinet. Moi-même, euh... moi j'aimerais bien euh...

Q : Ça serait plutôt rural ?

Ah ouais, ça serait plutôt rural, ça serait pas en médecine de ville euh... c'est trop grand pour moi (rires), je suis pas, pas fait pour la grande ville. Non, non, ouais, ouais, non. Ni rural profond parce que là c'est trop dur. TROP dur... » (62, D4, N)

Ce que l'on voit bien apparaître ici, c'est que le lieu d'exercice est profondément lié à un mode de vie qui s'inscrit dans une culture personnelle plutôt que par rapport à des critères plus professionnels (rentabilité, facilités d'installation etc.). Globalement, les étudiants sont très opposés à l'idée de quotas d'installation qui pourrait en conditionner leur lieu d'exercice, mais ils sont aussi conscients de la faible densité médicale de certaines zones. Le refus est le plus souvent argumenté par le surcroît de contraintes que cela représenterait. Ils entament leurs études sans savoir si, au bout de deux années souvent, ils pourront exercer le métier qu'ils désirent. Ensuite, pendant quatre ans ou plus, ils ne peuvent vraiment se projeter dans une pratique spécifique du fait de l'incertitude provoquée par les concours. Une bonne partie des généralistes se retrouve en outre dans un métier qu'ils vont exercer « par défaut » et, s'ils tentent de faire « contre mauvaise fortune bon cœur », ils ne sont pas prêts à sacrifier leur qualité de vie d'adulte en plus. En revanche, ce que notre enquête montre ici explicitement, c'est que l'élargissement du recrutement médical permettrait sans doute de résoudre une partie des tensions qui président aux désordres démographiques à l'intérieur du territoire

Points de vue sur la mobilité

Les étudiants nantais et parisiens n'ont pas les mêmes chances objectives d'être soumis à une mobilité. Jusqu'à l'ECN 2004, qui concerne donc la totalité de notre échantillon, les étudiants parisiens, qui avaient de fortes chances d'être bien classés au concours, avaient alors comme choix de s'expatrier pour faire une spécialité ou de rester sur Paris faire de la médecine générale (voire une « sous » spécialité comme la santé publique ou « pire », la médecine du travail). Les étudiants nantais ne sont pas dans la même disposition puisque d'abord leurs chances d'être classés en rang utile au concours sont plus faibles et, qu'alors, il peut leur rester des places sur la région des Pays de la Loire, celles-ci partant après les places d'Île-de-France. Tous les étudiants n'anticipent pas de la même façon ces contraintes mais tous doivent se poser, à un moment donné, la question de rester près de chez eux ou d'accepter une mobilité, pour leurs études ou pour leur travail. Cette mobilité peut être plus ou moins grande et s'envisager aussi dans un pays étranger. À ce sujet d'ailleurs, les deux facultés ne pratiquent pas les mêmes politiques : Nantes favorise les stages à l'étranger de ses étudiants, en se jumelant avec certains hôpitaux d'Asie du Sud-Est ou d'Afrique, alors que Saint-Antoine décourage clairement les étudiants de perdre ce temps précieux qui pourrait être consacré à l'internat. Cela aussi intervient dans la façon dont les étudiants anticipent leur avenir.

Il est souvent avancé que les choix des étudiants à l'issue du concours s'opèrent à la faveur d'une hiérarchie des motivations parmi lesquelles le lieu géographique tiendrait une place plus importante que la spécialité. Les choses ne nous paraissent pas si sûres, au regard des résultats de l'internat d'abord et ensuite en écoutant les étudiants. Certes, pour les trois-quarts d'entre eux, « l'idéal » serait de pouvoir apprendre puis exercer la spécialité de leur choix près de chez eux, qu'ils soient parisiens ou nantais, même si les Parisiens paraissent moins enclins à la mobilité que les Nantais. S'ils ne le peuvent pas, ils chercheront d'abord à se retrouver dans un lieu qui soit proche de leur vie d'aujourd'hui, urbain en priorité.

On peut repérer trois types de positions par rapport à la mobilité géographique

La première, très largement partagée par les étudiants, est de considérer que **l'obligation géographique est une charge supplémentaire** qui pèse sur leurs épaules, alors qu'ils ont déjà un grand nombre de contraintes à gérer durant toutes leurs études. La réaction la plus courante à l'évocation de quotas d'installation est de le considérer comme un sacrifice supplémentaire qui leur est imposé, alors qu'ils en ont déjà fait beaucoup. Mais surtout, sachant que les inégalités géographiques sont plutôt en faveur de l'Île-de-France, on trouve chez les parisiens les plus farouches contestations de ces mesures :

« Q : Et il est question d'instaurer des quotas d'installation... »

Oui, j'ai entendu parler de ça. C'est honteux. C'est abominable. On va les envoyer à Limoges s'ils ont envie d'être à Limoges... C'est ça ? Non. Il manque de médecins à Limoges, on les envoie à Limoges. C'est honteux. Déjà, je trouve honteux qu'à l'internat après 8 ans, moi je ne puisse pas exercer la spécialité que je veux et on va, on va utiliser les médecins maintenant pour combler la pénurie démographique dont je parlais parce qu'ils ont été incapables de prévoir à long terme, alors je suis désolée, on ne prend pas des solutions comme ça et on ne va pas implanter des gens. Il y en a qui ont des liens, qui ont des attaches familiales, sentimentales, amicales, on ne va pas forcer un mec de Paris à aller s'installer au fin fond de je ne sais pas. On met quelqu'un qui veut rester à Limoges, il n'y a

pas de raison qu'il aille exercer dans le sud de la France. Les gens, ils ont quand même le droit de choisir où ils vont vivre. Je pense que c'est la moindre des choses après 6 ans d'études.

Q : Et vous en parlez entre vous ?

Non, parce qu'on n'est pas concernés en fait. (...) Je ne crois pas non, on n'y sera pas. On en parlait ce matin avec les DI, mais je ne crois pas... Je ne sais pas si ça va passer, ce n'est pas possible (rire). Je sais qu'ils veulent le faire au ministère. Ça tombe bien parce que j'ai regardé Emmanuel Chain qui fait son truc sur Canal+, ils avaient invité, c'était assez marrant, ils avaient invité deux médecins généralistes dont Martin Vinckler, le mec qui fait beaucoup de bouquins, bon, bref. Deux médecins généralistes, une trentaine d'années, 30-35 ans, petites chemises à carreaux très sympas, très cool et en face de lui, un mec qui bossait justement, qui était député de je ne sais pas quoi et qui bossait justement sur ces fameux quotas et je voyais les deux, très cool, très jeunes et lui cravaté tout et ça se trouve, je me trompe sur cette personne, mais lui, je le voyais typiquement la caricature de l'élite parisienne chirurgienne qui s'occupait, qui lui, on ne l'aurait jamais fait bouger et qui voulait envoyer les médecins généralistes aux quatre coins de la France et moi, j'ai trouvé ça honteux. Voilà parce que ce n'est pas aux jeunes médecins de payer parce qu'ils ont fermé le numerus clausus, eux, ce n'est pas à nous de payer pour eux. Il y a d'autres solutions. Il faut donner les moyens à la médecine, il faut se donner les moyens pour la médecine qu'on espère. Donc là, hors de question. Non, on se fait assez chier comme ça. Déjà, je ne suis même pas sûre de faire ce que je veux, alors si en plus, on m'envoie à l'autre bout de la France où je connais personne... Non ! » (55, D4, SA).

Là où Nantais et Parisiens s'opposent, c'est surtout dans les représentations qui opposent Paris et la province. Les jeunes parisiens nourrissent une vision de la province qui est souvent archaïque et qui ne favorise pas leurs projets de mobilité. C'est la deuxième position face à la mobilité : **le refus de l'inconnu.**

« C'est pour ça Paris, c'est connu quand même, il y a les plus grands PU-PH. Tout se passe aussi à Paris un peu au niveau de la médecine et c'est aussi un des problèmes de la France, c'est que tout se passe au niveau de Paris et par contre, ils essaient de décentraliser en plaçant les instits et en plaçant les médecins, mais je veux dire, il faudrait tout décentraliser dans ce cas-là. Pas que les personnes, il faudrait décentraliser un peu l'activité, décentraliser pas mal de trucs, quoi... parce que le reportage aux infos là-dessus m'avait choqué, ils filmaient une espèce de vieille campagne avec... il y avait un café qui était fermé avec des stores fermés, j'avais l'impression que le truc n'avait pas été ouvert depuis six mois et aux infos, ils ont dit texto : "Région morte" quoi, qu'est-ce qu'on va aller faire dans une région morte ? D'accord, il y a peut-être cent pèlerins à gauche, cent pèlerins à droite à soigner, mais c'est vrai qu'ils ont personne. Mais enfin, je ne sais pas » (SAD4 - 58).

« Franchement, moi je serais généraliste en campagne pour rien au monde ! C'est horrible, tu es dans ta voiture toute la journée pour aller voir deux patients, tu gagnes quoi ? Tu gagnes 20 euros de la journée, et puis c'est fini. Tu n'as que des visites quasiment avec la voiture et tout. Eux, ils triment vraiment. Eux, je veux bien le comprendre qu'ils triment. À Paris ici, ça va. Mais je ne sais pas comment ils vont faire, ça parce qu'il paraît qu'il manque de médecins dans tout, partout il manque de médecins. Donc, tu pourras même t'installer au coin de la rue, même s'il y a ton collègue à côté. Mais ça ne va pas attirer les gens plus que ça. On sait qu'on pourra s'installer en rase campagne, ça, c'est sûr. De toute façon, on peut s'installer à Paris sans racheter une clientèle, en posant sa plaque et on va avoir des clients. Ouais, ouais, c'est la bonne période pour être médecin ! » (SAD4 - 44).

Chez les Parisiens, on retrouve souvent aussi une idée particulièrement élitiste de leur ville, comme dans le premier entretien ci-dessus, où Paris est là où sont « les plus grands PU-PH ». Chez l'interviewée qui dresse un portrait calamiteux de la médecine de campagne, son discours est plus subtil puisqu'elle dresse un raisonnement selon lequel tout le monde risque de vouloir venir à Paris, faisant des parisiens les « victimes » d'un système :

« C'est-à-dire que tu peux avoir une spécialité de merde à Paris ou une spécialité géniale très loin. (...) Donc ça, c'est vraiment un truc qui est chiant parce que ceux qui sont à la campagne ou ceux qui sont ailleurs, qui font leurs études ailleurs, eh bien, eux, ils n'ont pas à se poser ce problème. S'ils ont envie de rester, ils peuvent rester. Mais nous, on ne peut pas parce qu'en fait, par exemple, des gens qui sont à Clermont Ferrant, qui réussissent très bien leur internat, eh bien, ils vont vouloir passer leur internat à Paris parce que c'est le meilleur internat de France et après ils vont exercer à Clermont, et c'est ça qui est énervant parce qu'on habite là. Tu vois, c'est assez mal fait ! Mais c'est vrai que l'internat à Paris, c'est super pratique tous les hôpitaux sont à côté. Alors que si je passe mon internat à Orléans, je peux être à Tours, je peux être à machin, enfin tous les six mois déménager... On verra, mais c'est vrai que moi, je ne me sens pas de tout quitter. On verra. Par contre partir à l'étranger quelques années avec mon chéri pour exercer, ça, ça me branche complètement. Je pense que je le ferai » (44).

Pourtant, cette étudiante parisienne décrit exactement ce qui se passe pour les Parisiens qui vont faire leur internat en province et retournent à Paris pour exercer, creusant les déficits démographiques...

Du coup, ceux qui prennent une autre option se trouvent d'emblée dans une position marginale par rapport à leur promotion, comme cette étudiante de Saint-Antoine qui a toujours voulu être médecin généraliste et qui veut aujourd'hui s'installer à la campagne avec son mari :

« Donc, en l'occurrence dans ma promotion, je crois que je suis à peu près une des seules à pas avoir passé le concours. On devait peut-être être cinq, allez, on était peut-être cinq sur... on était une centaine dans notre promotion, et tout le monde passait le concours. Je me souviens d'un cours qu'on avait eu, où des généralistes essayaient de promouvoir un petit peu leur profession, et tout le monde la dénigrerait, quoi c'était... (...) Ah ! Ouais, ouais ! (rires). C'était ridicule d'être généraliste. Fallait se spécialiser. Ouais, c'est une ambiance particulière. Y a pas que des gens très intelligents dans la promotion ! (rires). Et voilà, c'était pas conce... [arrêt sur cette syllabe]. Et, en fait généraliste, ça a été souvent considéré comme un échec. C'était : "parce que j'ai pas eu l'internat, je suis généraliste" » (SAMG – 63).

Ce que l'on constate en revanche, c'est que l'équilibre démographique des médecins s'aligne en grande partie sur l'origine géographique de ces médecins. La plupart des étudiants qui se disent prêts à travailler en zone rurale sont d'origine nantaise et rurale. Il s'agit alors d'un projet qui s'inscrit dans un mode de vie qui est bien connu de l'étudiant et qu'il ne dramatise pas particulièrement. C'est la troisième posture : **bouger pour retrouver ses racines** et retourner sur son lieu de vie d'origine. On peut alors être une femme vendéenne et projeter d'être généraliste dans sa campagne :

« Je m'étais même dit au départ : je passerai le concours, pour me mettre à jour, mais je veux être généraliste. Parce que je veux faire le maximum de choses. Et puis je voulais travailler à la campagne parce que je venais de la campagne. Et puis, finalement, quand le concours de l'internat s'est présenté, ben, j'ai pas, j'avais même pas commencé à travailler à temps donc de toute façon je l'ai même pas passé. Ça évolue dans le sens où on travaille plus 24 heures sur 24 comme autrefois, les médecins de campagne qui étaient de garde toutes les nuits. Parce que maintenant les gens, ont de plus en plus accès à des, même si c'est pas des services de garde publics, des services de gardes privés avec SOS médecins. On peut se permettre quand on est une femme de travailler avec des horaires corrects, et c'est plus, c'est plus le boulot avant la famille quoi. Et je pense que de toute façon, on est tous dans cet état d'esprit là, on est, on n'est pas une génération qui veut travailler à tout prix, faire du fric, enfin, faire du fric peut-être pour certains ! mais euh... moi, ça me gênerait pas du

tout qu'on soit des médecins salariés avec un salaire fixe et puis des horaires, des horaires corrects, à 18 heures, on a fini ou 18 heures 30, et on sait qu'il y a quelqu'un qui prend notre relais quoi !

Q : Oui, le paiement à l'acte, j'ai compris que ce n'était pas quelque chose auquel vous tenez particulièrement...

Non, non, et puis surtout, enfin peut-être en campagne, on est un peu plus proches des patients. Mais je vois, moi, des médecins, personne n'a leurs coordonnées personnelles, la nuit, les gens qui sont en fin de vie vraiment, ils peuvent, auxquels on dit : "Ben, écoutez, vous pouvez m'appeler à n'importe quelle heure de la nuit, je serai chez vous.", Ça, c'est les plus anciens qui disent ça et puis, c'est vraiment des cas exceptionnels, mais c'est plus du tout comme avant où on était en dépendance...moi, j'ai envie de partir en vacances sans que mes patients soient perdus, quoi ! » (NR – 56).

II.4 Quelle profession ?

Il y a l'exercice d'un métier et il y a l'entrée dans une profession. Que représente la profession médicale pour ces étudiants, comment évolue-t-elle, quel est son avenir ? Nous aborderons ce champ très vaste à travers deux thématiques qui sont souvent revenues au cours des entretiens. La première concerne la féminisation de la profession. Dévalorisante pour les uns, heureuse pour d'autres (les plus nombreux), cette transformation sexuelle de la figure modale du médecin ne laisse pas indifférent. La seconde thématique relève de la place sociale du médecin en particulier et de la profession médicale en général. Pour la plupart de nos interviewés, le médecin « descend de son piédestal », mais est-ce, pour tous, une « bonne » chose ? Objet d'agressions, de sollicitations ou d'accusations, le corps médical peut-il être considéré comme une profession « unie » ?

II.4.1 Une profession de femme ?

Il y a trente ans, un peu plus du tiers des étudiants en premier cycle des études médicales étaient des femmes. Aujourd'hui, c'est le taux de féminisation du corps médical actif. Aujourd'hui, les femmes représentent plus des deux tiers des étudiants en premier cycle et ce sera sans doute le taux de féminisation de la profession dans une trentaine d'années. Nos interviewés parlent de façon contrastée de ce phénomène, ce qui démontre que coexistent actuellement, dans les facultés de médecine, des représentations du métier qui relèvent de catégorisations de genre très contrastées. Mais cette féminisation entraîne aussi des mutations dans les modalités d'installation et d'exercice de la profession. Ces évolutions ont été impulsées par l'arrivée des femmes, mais aussi parce que ces femmes reproduisaient le plus souvent un modèle où leur revient quasi exclusivement la charge du travail domestique. D'où un impact sur les choix d'exercice, qui deviennent en partie sexués.

Provinciaux et Parisiennes...

Il n'y a pas de différence probante dans la répartition sexuelle des étudiants des facultés de Nantes et Saint-Antoine. Si on regarde les populations de PCEM1 et PCEM2, on a un peu moins de femmes sur Saint-Antoine, mais cette différence est relativement faible.

% de femmes	Saint-Antoine	Nantes
PCEM1	65 %	67 %
PCEM2	63 %	69 %

On se trouve donc devant des populations proches. Cependant, si l'on regarde les modalités de sélection dans les deux universités, on constate que la sélection est plus forte pour les filles que pour les garçons, qu'il s'agisse de la sélection sociale ou scolaire.

Sur les deux facultés considérées, la tendance est la même, mais dans des proportions différentes : la sélection sociale est plus importante à Saint Antoine qu'à Nantes, elle est aussi plus élevée pour les femmes que pour les hommes. Elle est alors la plus faible pour les Nantais et la plus forte pour les Parisiennes : les hommes issus de familles populaires représentent 21,1 % des entrants et 18,9 % des PCEM2 de Saint-Antoine ; les filles de ces mêmes familles représentent 15,9 % des Nantaises en première année, mais seulement 8,5 % l'année suivante. Il en est de même pour la sélection scolaire : les plus pénalisées par l'absence de mention sont les Parisiennes et les plus favorisées par une mention *Bien* ou *Très Bien* sont les Nantaises.

Inscrits en PCEM1 et PCEM2 dans les facultés de Nantes et Saint-Antoine, 2003-2004

		Faculté de Nantes		PCEM1		PCEM2	
		Père cat sup.	Père cat pop	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
PCS du père	Père cat sup.	59 %	51 %	65 %	60 %		
	Père cat pop	15 %	16 %	7 %	8 %		
Mention au baccalauréat	Sans mention	53 %	47 %	21 %	13 %		
	Mention AB	31 %	31 %	37 %	25 %		
	Mention B et TB	16 %	22 %	42 %	62 %		
	Répartition H/F	33 %	67 %	31 %	69 %		

		Faculté de Saint-Antoine		PCEM1		PCEM2	
		Père cat sup.	Père cat pop	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
PCS du père	Père cat sup.	55 %	50 %	64 %	67 %		
	Père cat pop	22 %	24 %	19 %	14 %		
Mention au baccalauréat	Sans mention	62 %	58 %	41 %	18 %		
	Mention AB	24 %	25 %	40 %	48 %		
	Mention B et TB	14 %	16 %	19 %	34 %		
	Répartition H/F	35 %	65 %	37 %	63 %		

Nous avons posé une série de questions aux interviewés afin de les faire réagir sur cette féminisation de la profession. L'analyse du tableau des entretiens fait apparaître des variations parmi les réponses concernant les différences sexuelles face aux études entre les filles et les garçons. Le constat d'une discrimination contre les jeunes filles ainsi qu'un discours sur l'égalité de leur niveau est plus présent à Saint-Antoine. En revanche, c'est chez les Nantais que l'on trouve le plus d'idée pré-reçues pour dire que les femmes sont meilleures que les hommes.

Opinions concernant les femmes en médecine selon la faculté

	Nantes	Saint-Antoine	Total
Les femmes sont discriminées	3 %	9 %	6 %
Femmes et hommes sont à égalité	49 %	74 %	62 %
Les femmes sont meilleures que les hommes	32 %	3 %	17 %
Les études sont plus difficiles pour les femmes	16 %	14 %	15 %
Total	100 %	100 %	100 %

Comment interpréter ces différences ? on peut poser comme hypothèse qu'il y a une tendance plus moderniste et plus « féministe » à Saint-Antoine, alors que les représentations nantaises sont plus « traditionnelles ». C'est ce qui se confirme lorsque l'on compare les discours sur le temps partiel des femmes : c'est à Nantes que celui-ci est invoqué le plus souvent, par près de 7 interviewés sur 10 (1 sur 5 à Saint-Antoine).

On peut donc opposer deux types de discours : un discours plus masculin, plus traditionnel, que l'on retrouve plus volontiers à Nantes ; et un discours plus « féministe » et progressiste que l'on retrouve plus volontiers à Saint-Antoine.

Sur 4 Nantais qui tiennent un discours de ce type, on constate qu'il y en a trois qui veulent être chirurgiens et un qui veut faire une spécialité « forte » comme la cardiologie. Donc il s'agit d'hommes qui se placent sur des secteurs encore masculins et qui perçoivent sans doute l'arrivée des femmes comme une concurrence « déloyale » : elles auraient des facilités « naturelles » pour mieux réussir au concours, donc avoir les meilleures places, mais ensuite n'assureraient pas aussi bien qu'un homme.

Les deux extraits d'entretiens ci-dessous illustrent ces positions :

« Bah ça va être un problème parce que... Je ne dis pas qu'elles ne sont pas du tout compétentes au contraire elles sont très compétentes parce qu'elles sont très fortes, elles sont vachement bosseuses en principe plus bosseuses que les mecs dans la moyenne. Et d'ailleurs ça se voit au concours d'internat c'est une fille qui est première et il y a plus de filles qui sont dans les premières. Et euh... Mais par contre ça va créer un problème parce que déjà vis-à-vis des maternités et des... Déjà le fait d'être enceinte après ça va entraîner des problèmes de fonctionnement de service et la plupart du temps après les femmes, alors que peut-être ça ne va pas évoluer comme ça, ça dépend de la société, la plupart du temps, elles ont envie d'être tranquilles après... (...) Elles sont moins carriéristes, je dirais qu'il y en a qui le sont... c'est pas moins carriéristes mais moins acharnées quoi, moins présentes du coup pour les patients et avec un exercice moins intense qu'un homme. Mais bon ça ne se passera peut-être pas comme ça quoi. C'est quand même la plupart du temps comme ça d'après les échos qu'on a de ce qui se passe en ville et du coup, à moins exercer et à prendre de moins en moins de malades, et du coup vis-à-vis du manque de médecins qu'il va y avoir, c'est une répercussion un peu, un peu nase quoi » (18).

« Ben je pense que ça va aller en empirant. Parce que dans ma promo c'est 65 % de femmes pour 35 % d'hommes. La promo de 2^e et 3^e année sur 120 elles sont 90 filles. Et moi je suis un peu effrayé. Parce que... parce que... au niveau des spécialités médicales où il y a pas de gardes, il y a pas de soucis. Sans vouloir paraître traditionaliste ou quoi que ce soit, ce qui n'est pas mon cas, je pense que malgré tout, toutes les femmes ont envie de fonder une famille, les hommes aussi. Ça implique d'avoir une grossesse, des arrêts mal... enfin des congés maternité. Et puis quand on a un enfant qui a 1-2 ou 3 ans, on est beaucoup moins disponible pour son exercice et donc c'est vrai que c'est soit au détriment de la vie de famille pour la femme soit elles travaillent moins et si elles travaillent moins, il

y a besoin de plus de gens. Parce qu'une femme qui est à 60 % elle travaille comme un homme à 60 % il y a pas de souci, mais elle travaille pas comme un homme à 100 %. Et ça pose des gros problèmes dans les services parce que ce sont des femmes qui ont le même âge, des internes et donc elles sont deux ou trois à partir en congé maternité simultanément généralement. Et puis ben derrière les gens continuent à être malades donc il faut du personnel. Je pense que c'est inévitable. Dans la mesure où on est sélectionné sur nos compétences on peut pas aller contre hein. Moi je suis contre l'installation d'une parité parce que c'est au détriment des compétences de certaines femmes, euh, mais je sais pas exactement ce qu'on peut faire » (14).

À l'opposé, on peut repérer les discours des plus « progressistes », femmes de Saint-Antoine qui revendiquent une égalité professionnelle et ne font pas état d'une spécificité féminine sur le temps partiel. Ces femmes présentent une caractéristique surprenante : sur les 11 Parisiennes les plus revendicatrices d'égalité, 8 viennent de l'étranger ou d'outre-mer, soit qu'elles soient de nationalité étrangère, soit qu'elles aient vécu à l'étranger, le plus souvent un de leur parent étant étranger. En fait la quasi-totalité des étudiantes dans cette situation ont un discours très proche sur la féminisation de la profession.

Celui-ci s'articule autour de plusieurs éléments :

1. **Un idéal médical** qui ne s'embarrasse pas de distinction de genre : en général le médecin rêvé qui sert de modèle est quelqu'un d'entièrement dévoué à ce qu'il fait, et c'est ainsi qu'elles idéalisent la profession :

« Enfin moi mon modèle ça serait, enfin j'ai qu'une personne pour modèle en fait c'est en fait, une amie à mes parents qui elle a fait donc ses études à St-Antoine. Ensuite donc elle est allée en Tunisie, elle a travaillé dans un hôpital, l'hôpital Charles Nicolle. Donc elle a travaillé là-bas et puis c'est vraiment un modèle pour moi, parce qu'elle a fait des études de médecine et ensuite elle est partie à l'étranger, elle a pratiqué quelques années. Ensuite elle est revenue en France et elle était médecin, mais dans la recherche. Maintenant elle est chef de service, enfin chef dans le service neurologie de l'hôpital X et bah quand je vais chez elle, je vois des cerveaux dans le frigo. Elle fait des congrès. La dernière fois elle était à Moscou. Enfin vraiment pour moi c'est, enfin elle, elle a voué sa vie à la recherche et sa vie à la médecine. [...] et pas pour l'argent, vraiment pour la recherche [...] et elle travaille à fond et c'est bien. C'est vraiment un modèle pour moi » (32).

« Donc par exemple il y a le chirurgien P qui a une sacrée réputation ici, on l'appelle même « le dieu P », parce qu'à l'époque apparemment... Donc c'est un chirurgien digestif et bah c'est le genre de personne qui s'est donné corps et âme à la médecine, qui travaillait du jour au lendemain, la nuit qui était disponible pour ses patients, on se demandait quand est-ce qu'il se reposait. C'est ce genre de modèle que j'ai. Mais je ne sais pas si j'ai la trempe pour devenir comme ça. Mais en tout cas je les admire (...). Bah en fait quelqu'un qui se sacrifie pour la médecine qui n'a pas de vie à côté, qui est vraiment passionné » (45).

Pour ces étudiantes, le « modèle » est celui d'un sacerdoce, d'un dévouement total où il n'est pas question de temps partiel...

2. **Une comparaison avec ce qui se passe dans leur pays d'origine**, où la France paraît un pays d'égalité et de parité :

« Avant je rigolais avec mes oncles et mes tantes en Égypte et puis je leur disais : « Vous allez voir, moi je serai chirurgien. » pour rigoler et puis ils disaient : « Mais moi, si t'es chirurgien-femme je ne me ferai pas opérer par toi. ». Donc ça dépend vraiment des pays, des gens. Ici en France il y a pas de problèmes. Je pense qu'une femme chirurgien, un homme chirurgien, il n'y a pas de problèmes. En

fait, il faut toujours replacer ça dans un contexte précis. En France je pense qu'il n'y a plus de problèmes de parité et il y a plus de problèmes, de difficultés face à ce métier, qu'on soit femme ou homme, on est pareil. On est vu en tant que médecin. On est vu en tant que personne qualifiée, une personne qui a fait des études, qui a un niveau et qui est capable de nous soigner, de s'occuper de nous, voilà ! Il y a pas de problèmes, on ne va pas choisir non plus le sexe de son médecin, je veux dire c'est comme ça, c'est une personne qualifiée. Encore une fois, il y a une relation de confiance, donc vis-à-vis du médecin qualifié » (32).

« Il y avait un autre médecin aussi parce qu'on avait, qui était ami à mon père, c'était un homme, non, par contre là je vais vous raconter ça, c'était l'ami de mon père, donc qui était médecin généraliste et un jour j'ai été le voir, c'était pendant mes études de médecine, j'étais un peu surmenée, avec le travail comme maîtresse d'internat, les études, j'étais fatiguée, je suis allée le voir et j'ai dit : voilà je suis vraiment fatiguée, il faut me donner quelque chose pour me remonter. Je vous assure hein que ça m'a choquée, il m'a dit vous savez, il m'avait tutoyée, il m'a vraiment, mais pourquoi tu veux faire médecine tu te fatigues comme ça ! ça sert à rien ! Une fille c'est fait pour être mariée ! Faire des enfants ! Ouais et c'était un type, un médecin, algérien, Constantinois, vous savez de souche hennnn oh là ! Plus jamais je ne suis retournée le voir ! Ah non, j'ai dit : "écoutez non vraiment je viens vous voir c'est pas pour ça du tout ! Les filles doivent étudier tout comme les garçons, c'est pas ça le problème", là c'était choquant, heureusement que les parents n'étaient pas comme ça ! Ah oui ! » (84, MG).

3. La distinction hommes/femmes paraît donc totalement secondaire, et on a un peu l'impression que ce sont nos questions qui les surprennent : le chemin qu'elles ont dû parcourir pour arriver là où elles sont ne leur donne finalement pas les moyens de s'interroger sur des différences, qu'elles ont vaincues comme plein d'autres et qui leur paraissent même dérisoires, au vu de ce qu'elles ont à montrer. De même lorsqu'elles sont témoins de réflexions machistes ou sur le travail à temps partiel des femmes, elles ne se sentent pas concernées. Elles constatent (comme les autres étudiants) que les filles ont plus de mal à être reconnues comme des médecins par les patients à l'hôpital mais cela n'est pas une raison pour stigmatiser la profession comme particulièrement « machiste ».

« Je sais pas encore très bien parce qu'enfin moi je pense que les nouvelles générations n'ont pas la même opinion sur les rapports « hommes – femmes » que la génération d'avant, donc je sais pas encore très bien comment ça va se passer, mais j'ai pas l'impression non plus que ça se passe particulièrement mal aujourd'hui, et donc...

Q : La nouvelle génération, vous voulez dire la vôtre, celle qui se forme actuellement pour exercer la profession médicale ?

Oui oui.

Q : Mais est-ce à dire que le problème des rapports « hommes – femmes » dans l'exercice professionnel concerne plus l'ancienne génération ?

Disons qu'on avait des cours avec des médecins, des fois ils faisaient des blagues, mais en général, ça pouvait arriver qu'elles soient un peu machistes et que ça fait rire tous les garçons et que les filles restent là en se disant « de quoi ils parlent ? » et...

Q : Comme quoi par exemple ?

Qu'on allait rentrer chez nous garder nos enfants et qu'à cause de nous il y aurait des postes, que par exemple quand ils font le numerus clausus ils disent qu'il y a certain nombre de postes et qu'après quand on a des grossesses on rentre chez nous et que... et qu'on n'est pas là et qu'ils trouvent ça tout à fait raisonnable » (26).

4. Elles envisagent un exercice complet et ne font pas de distinction à ce sujet par rapport aux hommes. Elles envisagent une mobilité géographique et parlent de leur copain qui suivra (ou pas mais...).

« Bah l'année de l'internat c'est une année charnière où tout change de toute manière, donc oui j'accepterais, mais après non. Surtout que j'ai un copain, je pense qu'il va me suivre une fois, mais... Bon de toute manière il m'aime (en riant), donc il va me suivre tout le temps. Je ne veux pas non plus, enfin il y a aussi sa vie, il y a sa profession donc... Il est hors de question que je me sépare de lui pour ma profession » (45).

« C'est : il y a une urgence et bien tu travailles à 6 heures du mat' ou à 4 heures ou à n'importe quand (à propos de l'hôpital). Il faut être disponible 24 heures sur 24. Mais c'est ça qui m'intéresse justement. Savoir qu'on peut compter sur moi » (19).

Derrière ces deux cas extrêmes, les hommes « traditionalistes » et les femmes « progressistes », on voit apparaître deux profils qui ne se positionnent pas avec les mêmes chances dans la course médicale. Les premiers sont des « héritiers » qui ont un projet de carrière qu'ils craignent de ne pas réaliser, sans doute d'autant plus que, venant d'une faculté de province, leurs chances de bon classement à l'ECN sont plus faibles que pour les parisiens. Du coup, ils renchérisent dans un discours pseudo-égalitaire, mais en fait discriminatoire, où on voit qu'ils ne supportent pas d'être mis en concurrence avec des femmes, pour briguer des postes qui portent une forte connotation virile.

À l'opposé, les femmes venant d'autres pays, souvent plus pauvres, sont dans une perspective totalement différente : ce sont des rescapées d'un système de sélection sociale et scolaire qui pénalise souvent les filles. Souvent issues de milieux aisés, voire médicaux, elles ne sont pas pour autant des héritières à qui tout est acquis. Elles accordent visiblement peu d'importance à un discours qu'elles jugent secondaire au regard d'une réalité d'égalité des chances qu'elles perçoivent très forte en France.

La mise en contraste de ces deux groupes montre que la question des discours tenus sur la féminisation des études médicales doit être interrogée dans ses périphéries. Les distinctions de faculté ici renforcent des différences dans le sens où les villes considérées drainent des publics spécifiques. On ne peut pas dire que ce sont les facultés qui « produisent » des discours différenciés sur la place des hommes et des femmes dans la profession. Visiblement, dans les deux facultés, les étudiants entendent les mêmes réflexions, les patients des hôpitaux parisiens et nantais ont autant de difficultés à associer la jeune étudiante à leur image du médecin, les milieux chirurgicaux sont aussi machistes dans tous les hôpitaux de France et les femmes autant stigmatisées par leurs choix de temps partiel. C'est plutôt le contexte dans lequel ces affirmations sont récupérées ou non, servent d'argument ou de justification à des prises de position particulières, qui fait la différence. Et ce contexte dépend des différences de recrutement et de niveau de concurrence parmi les étudiants de ces deux facultés.

Mutation et féminisation des conditions d'exercice

Dans le « rapport Berland » de la mission « Démographie des professions de santé » paru en novembre 2002, il apparaît que « d'une manière générale, l'ensemble des professionnels de santé déclare ne plus souhaiter l'exercice isolé, que ce soit en milieu urbain ou rural. Les raisons sont multiples : rejet de l'isolement intellectuel, souhait de préserver une qualité de vie personnelle et familiale, partage de plateau administratif, souci de faciliter la continuité des soins et leur permanence ». De même, ce rapport montre que les généralistes s'installent de plus en plus tardivement. Ceci s'explique essentiellement par « la prolongation d'une activité de remplacement longtemps après l'obtention du diplôme ». Enfin, les résidents et les jeunes généralistes sont de plus en plus attirés par l'exercice salarié « qui minimise les

contraintes liées à la gestion d'un cabinet. Le salariat est d'autant plus attractif que les conditions de remplacement sont souvent jugées trop astreignantes dans la mesure où il est fait fréquemment obligation de reprendre *in extenso* l'activité du médecin remplacé sans ajustement ».

Les facteurs déterminant une installation sont donc autant dépendants des conditions d'exercice que des conditions de vie en général. Comme les médecins entrent tardivement dans leur vie professionnelle, leurs conjoints, s'ils ne sont pas médecins, sont déjà en activité et les choix d'exercice déterminés par un mode de vie sociale et familiale déjà installé.

« Q : Et vous n'aviez pas envie de partir de la région parisienne ?

Si, j'ai eu envie. En fait, j'ai fait trois mois de remplacement à la campagne, à côté de Châteauroux, c'est un médecin que j'ai remplacé un été une fois et, ça, ça m'a assez plu parce que j'aimais bien le contact avec les gens. Je faisais tout là-bas, c'était limite accouchement, si je ne faisais pas des accouchements. J'ai beaucoup aimé, mais ma femme, elle est dentiste et elle était déjà installée à l'époque, et puis j'aime bien aussi la vie culturelle dans la région parisienne, aller au théâtre, avoir des activités et là-bas, c'était assez limité. Donc finalement, non, je n'ai pas...mais j'aimais bien la médecine de campagne » (80, MG, SA).

Certes, intégrer un groupe est un moyen efficace de résister à l'isolement dans un but de pouvoir échanger sur les connaissances médicales. Mais de toute évidence, beaucoup d'étudiants et notamment de jeunes médecins installés en libéral mettent en avant comme critère de ce choix la vie privée :

« Je n'ai pas envie de travailler 70 heures dans une semaine. Je me ménagerai, je garderai beaucoup de temps pour ma famille.

Q : Qu'est-ce qui rentre en ligne de compte ?

La qualité de vie et j'ai envie d'avoir un métier passionnant et d'être toujours heureuse d'aller travailler dans 40 ans ! » (22, D4, femme).

L'installation se fait également dans un univers médical qui rassure (proximité des grandes structures, connaissance de la clientèle car ils y ont déjà effectué des remplacements, bonne entente avec l'associé, etc.). Rares sont ceux qui souhaitent s'installer, seuls :

« Alors, j'ai remplacé ici, j'ai remplacé ici pendant deux ans et demi et en fait ce qui m'a fait m'installer, c'est uniquement le fait que j'ai apprécié la relation que j'avais avec mes collègues, la possibilité de discuter avec eux, quand on avait un truc qu'on ne savait pas, on pouvait en parler. Quand on avait un truc difficile, on pouvait en discuter avec les secrétaires qui ont du métier, qui connaissent bien les problèmes qu'on peut rencontrer parce qu'elles ont vu plein de médecins défiler et qu'elles connaissent les problèmes, elles connaissent les patients. Moi qui pensais m'installer tout seul et bien finalement, j'ai trouvé que, quand ça se passe comme ça, c'est la formule idéale, vivre tout ce qu'on vit au quotidien tout seul sans pouvoir justement en parler, en discuter, c'est trop difficile » (66, MG, homme).

Un autre témoignage va dans ce sens : associer un idéal de vie à un idéal d'exercice. Ainsi, de par ses résultats à l'internat, Mme B. (75, MG) n'envisageait pas de faire autre chose que médecin généraliste en cabinet libéral :

« À la fin de mon résidanat, oui, je ne voyais pas une autre médecine que la médecine installée en libérale. Heu... parce que j'avais vu, mon médecin traitant chez qui j'ai fait mon stage en libéral pas celui que j'avais à la Roche, mais celui que j'ai eu sur Nantes après, parce que je l'ai fait sur Nantes après, donc heu... enfin moi, j'ai apprécié ce stage chez lui parce que justement son côté relationnel

j'y reviens, mais c'est plus que, enfin bon, c'est quand même très, très important et heu...non je ne voyais pas une autre médecine, j'en mesurais peut-être pas non plus toutes les difficultés, ça, c'est clair...toutes les conséquences, je ne me voyais pas faire autre chose, non ! » (75, femme, MG)

Aujourd'hui, elle est installée avec son mari médecin généraliste aussi. Il s'agit d'un regroupement et d'une création dans une commune où deux autres médecins sont implantés. Le choix du lieu n'est pas un hasard, elle connaissait la commune et les deux médecins pour les avoir remplacés. Le mari de Mme B s'est installé le premier en janvier. Mme B a fait des remplacements et a donné naissance à trois enfants. Après leur naissance, elle a remplacé son mari un jour dans la semaine puis, quand la clientèle s'est développée, elle s'est véritablement installée à ses côtés, en janvier 2002. Depuis, ils consultent tous les deux, sauf le jeudi qui est leur jour de congé, pendant lequel une remplaçante prend la relève. Pour les autres jours, ils s'organisent par rapport à leurs enfants, celui qui commence tôt récupère les enfants après l'école et, inversement, celui qui commence plus tard conduit les enfants à l'école et termine plus tard (20 h 30).

« Q : Ni vous, ni lui ne travaillez le jeudi ?

Sauf quand elle (la remplaçante) est en vacances et qu'on fait les jeudis à sa place, mais heu... on a choisi d'avoir dans notre emploi du temps une journée ensemble, les deux grands étant à l'école, il ne reste plus que la petite, ce qui fait une journée plus tranquille et puis comme l'année dernière on a fait construire une maison, ça nous a permis d'avoir un petit peu de temps pour s'occuper de ça. »

Q : Au niveau des enfants, vous vous organisez ?

« Bien, voilà, c'est organisé de telle façon qu'il y en ait toujours un de disponible. Exactement, celui qui commence à dix heures les a amenés à l'école et la troisième chez la nourrice. Et celui qui finit à 16 heures, les récupère à l'école et chez la nourrice. Cette organisation va encore. Je pense qu'à un moment, on va se faire déborder par le nombre de consultants, on ne pourra plus, c'est plus possible, il y a des soirs celui qui est tout seul, c'est un peu la course quoi ! » (75, femme, MG).

Le choix de s'installer en groupe présente certes un avantage relationnel, en évitant l'isolement, mais également des avantages matériels grâce au partage des charges :

« Q : Et vous la formule ici ?

SCI, SCM, donc on met en commun l'immobilier, la société de moyens, c'est-à-dire ce qui nous permet de travailler, donc le secrétariat, la femme de ménage, heu...

Q : Est-ce que le matériel ?

Chacun a son matériel propre, ceci dit ça évoluera certainement, on achètera en groupe nos tables d'examen, on peut très bien acheter tout puisqu'on a des prix, donc ça peut aussi se faire comme ça, mais le PC est à moi. Le téléphone, c'est la SCM. Le PC et l'imprimante, c'est à moi, on n'a que ça. On n'a pas besoin de grand-chose pour travailler. Donc, non, non, nous, on est en SCI et SCM, et en plus assez atypiquement avec des cardiologues, ce qui à ma connaissance...enfin, moi je ne connais pas de généralistes associés avec des spécialistes.

Q : Vous êtes combien au total ?

Donc là, on est six, on va être six dans quinze jours. Il y a deux cardiologues, quatre généralistes, qui sont associés en SCI, tous, tous les six et il y a deux SCM, une société de moyens pour les cardiologues et une société de moyens pour les généralistes. Parce que c'est vrai, les cardiologues ont des façons de fonctionner qui sont différentes des nôtres et je pense qu'elles ont des machines assez chères, qu'elles amortissent, donc, c'est pas à nous de faire ça. Mais à côté de ça l'immobilier est en commun, sinon la SCM, ici, c'est le téléphone, le chauffage, la clim., l'alarme, tout ça, ça fait partie des frais de la SCM » (76, MG).

Le mode d'exercice : un choix sexué ?

Si l'on s'en tient au discours des personnes interviewées dans le cadre de cette enquête, il semble que la féminisation de la médecine suscite des réactions et jugements contrastés, les uns se déclarant « pour », les autres « contre », mais toutes ces positions se rejoignent autour d'un consensus des plus conventionnels. La plupart des hommes et femmes, toutes origines sociales et années d'études confondues, s'accordent en effet à dire que les femmes ne consacreront pas autant de temps à leur travail que les hommes, temps dont elles réservent une part à l'éducation de leurs enfants. Le consensus se noue donc autour de la désormais classique thématique féminine de la conciliation entre la vie familiale et professionnelle. On remarquera qu'aucun modèle alternatif n'est envisagé. Il est admis que la sphère domestique appartient aux femmes. C'est à elles d'assumer, avec leur propre consentement, les arrangements et aménagements nécessaires pour gérer de front les obligations professionnelles et familiales.

Cette vision très traditionnelle, et non conflictuelle, de la division sexuée du travail domestique amène les femmes à opter pour des modalités d'exercice adaptées à leurs contraintes. Elles envisagent pour certaines le travail à temps partiel ou encore le salariat, et fuient l'hôpital où les gardes sont trop coûteuses en temps :

« Je ne veux pas travailler à l'hôpital. Non !

Q : Donc vous l'envisagez comment votre pratique ?

Alors euh...je voudrais quand je vais finir dans un an peut-être, un an et demi euh...faire des remplacements, et puis après ça va se compliquer parce que du coup mon mari travaille aussi enfin, il est médecin aussi, il fait des remplacements, donc, on ne sait pas encore trop. On ne sait pas où est-ce qu'on va s'installer, si on s'installe. J'ai fait un stage en PMI, là au cours de ce semestre, ce que j'ai bien aimé. Une pratique de la médecine dans un centre comme ça, m'a bien plu. C'est la première fois que j'y allais parce que je ne savais pas du tout ce que c'était la PMI jusqu'alors » (39, résidente).

L'installation en libéral séduit également les mères – ou futures mères – de famille qui trouvent dans ce mode d'exercice la possibilité d'aménager leurs horaires, et ce, en fonction de leurs charges familiales :

« Q : Comment se passe une journée type ?

Moi, je commence mes consultations à 9 heures du matin, je dépose mes enfants à l'école avant, donc, je commence mes consultations à 9 heures. Heu...donc moi, je fais très peu de visites à domicile, parce que c'est vrai que maintenant, c'est assez réglementé, c'est vrai que ça concerne plus les personnes âgées, or en tant que jeune médecin encore, j'ai peu de personnes âgées dans ma clientèle. Donc, en fait, je fais essentiellement de la consultation, donc de 9 h 00, jusqu'à, il y a des jours où je vais finir un petit peu plus tôt vers 11 heures, et puis je vais faire de la paperasse en fin de matinée, dans ces cas-là je reprends mes consultations à 14 h 00, et puis il y a des jours où je vais plutôt consulter jusqu'à midi, midi et demi et puis avoir un petit créneau de libre en début d'après midi qui me permet de faire une visite s'il y en a une, ou de faire de la paperasserie avant de reprendre les consultations, et dans ces cas-là je vais les reprendre vers 15 h 00 à peu près ou avant si il y a besoin » (74, femme, MG).

« Q : comment cela s'est passé votre installation ?

Euh... alors en fait, moi donc, j'habite B., donc c'est vrai que je commençais à en avoir marre des remplacements, j'avais envie de m'installer j'avais envie d'avoir ma clientèle afin de pouvoir suivre les gens, euh... en tant que remplaçant, on se trouve à travailler tout le temps pendant les vacances scolaires et puis les enfants grandissant, ça commençait à devenir difficile de ne pas être là pendant les vacances, et de ne pas pouvoir prendre de vacances tout simplement avec eux, donc j'avais envie

de m'installer et puis j'avais pas trop envie de quitter B., donc je voulais trouver quelque chose dans le secteur, et en fait c'est une personne d'un laboratoire de fabrication de médicaments, en fait, qui un jour à qui j'ai parlé de ça et qui m'a dit : "Moi je connais un cabinet sur M. où ils recherchent une associée, ils voudraient bien une femme." Euh... M., B., c'est juste à côté et puis voilà, elle nous a mis en relation et cela, s'est fait comme ça. Et je suis venue les remplacer un petit peu les jours où ils étaient pas là pour voir un peu ce que cela donnait et puis très vite on s'est engagés dans l'association » (74, femme, MG).

L'installation en groupe offre l'avantage de partager non seulement la gestion d'un cabinet, mais également celle d'un emploi du temps, en l'occurrence les plages horaires de consultation. De ce point de vue, ce mode d'organisation convient parfaitement aux femmes qui assument l'éducation de leurs enfants.

On émettra ici une autre hypothèse qui ne fait qu'ouvrir une piste d'investigation, sachant que nous ne disposons pas des éléments suffisants pour dépasser le stade du questionnement. Les choix féminins du mode d'exercice de la médecine permettent-ils seulement un aménagement du temps de travail ? Ne répondent-ils pas à d'autres attentes ?

Nous supposerons ici que certains modes d'exercice, comme l'installation en groupe, procurent également une certaine sécurité dans le cadre de la pratique quotidienne. Il apparaît en effet que les femmes de notre échantillon expriment plus que les hommes un manque de confiance en elles, des craintes par rapport à d'éventuelles erreurs. Il n'est pas possible de dire si elles sont moins sûres d'elles que les hommes ou si ces derniers expriment moins leurs craintes que leurs consœurs. Encore une fois, un travail approfondi devrait être mené pour mieux comprendre les causes de ces doutes et appréhensions, dont les extraits suivants donnent une illustration :

*« Q : Pour finir sur les modes d'exercice, généraliste ou spécialiste ?
Spécialiste.*

Q : Quelle spécialité ?

Une spécialité qui mettrait pas trop en danger le patient. Parce que je suis très maladroite !

Q : Donc pas de chirurgie, des choses comme ça ?

En fait, c'est surtout que j'ai pas encore confiance en moi, peut-être que plus tard j'aurai confiance en moi et donc... Pour l'instant, je sais que c'est dur à imaginer, mais en médecine, on n'a pas trop la vie des patients entre les mains. J'aurais trop l'impression de risquer la vie des patients tous les jours ! » (28, P1).

« Q : De quoi êtes-vous la plus impatiente maintenant dans votre cursus ?

J'ai envie d'avoir des responsabilités. Je trouve qu'on n'en a pas beaucoup et comme je manque un peu de confiance en moi, parce que c'est un peu normal, on fait pas beaucoup de choses en stage, on fait pas de gestes, des choses comme ça et on n'arrive pas à prendre sur soi pour faire des choses. Je m'exprime pas très bien. J'ai envie d'avoir des responsabilités et je suis sûre que je ferai bien le jour où j'aurai ces responsabilités. Là, j'hésite, j'ai peur, je veux pas mal faire, et je me freine beaucoup ! Il y a plein de choses que j'aimerais faire ! » (33, D4)

« Q : Vous vous sentez bien à l'hôpital ?

Ouais, parce que pour l'instant je sens que j'ai pas assez confiance en moi pour être toute seule face à mon patient et de me dire ce que j'ai fait c'est bien. Mais peut-être que... je vois mon père qui travaille à l'hôpital, il me dit que l'hôpital il y en a marre, alors bon. Et même dans les services, il y en a toujours qui se supportent pas les uns les autres, mais en même temps il faut tomber dans une équipe qui soit bien et ça aussi c'est les inconvénients je pense.

Q : Vous ne vous sentez pas assez formée ?

J'ai plutôt tendance à ne pas avoir beaucoup confiance en moi. Disons que, ouais, j'ai besoin d'un petit soutien encore » (35, D4).

« Q : Ton poste d'interne ?

Ouais, mon poste d'interne, j'aurai mon salaire, j'aurai donc mon appart., mon installation avec mon copain. Ça fait six ans qu'on est ensemble et toujours pas installés et que ça fait trois ans qu'on a envie de s'installer. Ça, ça me branche vachement, mais c'est vrai que le boulot d'interne, ça fait vachement peur ! Ça fait très, très peur parce que jusqu'à présent, je n'ai soigné les gens que sur papier et même si en stage, enfin un petit peu, on ne fait vraiment pas grand-chose, on fait les gestes, on fait la paperasse, en vrai, on ne fait pas... Ce n'est pas comme si on était mini interne. On ne prescrit pas du tout. Sauf aux urgences, en traumatologie, c'est vrai qu'on faisait les ordonnances et tout, mais bon, c'était toujours la même chose et... En fait, ça fait peur et franchement, la première garde, je vais être très, très flippée ! À mon avis, j'aurai une centaine de bouquins sous les bras pour vérifier. Première garde d'interne, ça va me faire peur ! Le boulot d'interne me fait peur, ça, c'est sûr ! Mais ça m'excite en même temps. Mais vraiment le truc qui me branche, c'est de me dire : "Ça y est, j'aurai mon boulot, mon vrai boulot." Je n'aurai plus besoin de faire n'importe quoi, de vendre des fringues... (rire) » (44, D4).

« J'aimerais bien avoir... j'ai hâte d'avoir suffisamment d'expérience pour avoir une certaine sécurité intellectuelle. Parce que là, j'ai l'impression de... le seul moment où je regrette de pas être spécialiste, c'est les moments où je me dis : "Si j'étais spécialiste, là je serais sûre de moi" » (56, résidente).

« Quand j'étais plus jeune, je me disais : "Bon ben, ça, je vais l'apprendre plus tard." Voilà et puis, quand je voyais, par exemple, dans les publicités à la télé : "Alors vous perdez vos cheveux ? Demandez conseil à votre médecin !" Alors, pouh ! (rires !) Ben non, c'est pas possible, quoi ! J'ai jamais appris ça en cours ! C'est pas possible ! Donc, ben ça, ça me faisait peur. Je me disais, mais c'est pas grave je vais l'apprendre plus tard, et puis ben...là, ça y est, je suis en face des patients, je suis toute seule dans le cabinet, je suis chez le praticien en ce moment ! Et puis, ben...parfois je me dis : "Bon ben, là, je sais pas exactement, mais bon, moi je, je ferais bien ça quoi." Alors, je prescris et puis après je me dis, bon ben, peut-être que...j'ai toujours l'impression que si j'avais adressé au spécialiste correspondant, euh...il aurait été mieux pris en charge que par moi, parce que je me dis, il y a toujours quelqu'un au-dessus de moi qui peut mieux savoir que moi ! » (56, résidente).

« Q : Informel ?

Informel, voilà ! Donc y a des fois où je prenais la place de...je faisais la consultation avec lui, à côté de moi, mais c'est vrai que jamais j'étais pas seule en cabinet sur ce truc-là. Donc voilà. Et à ce moment-là, j'ai été en PMI (rires). On va y venir. Euh...donc dans le 93, par hasard, encore j'ai choisi le médecin chef du PMI du 93 comme terrain de stage, en fait, c'était pareil, c'était à Pantin, Bagnolet avait été pris, Pantin, c'était le plus près (rires), c'est souvent comme ça que ça fonctionne finalement, donc hop ! Je vais là-bas. Et donc là-bas, j'ai rencontré B. qui est médecin chef PMI, qui est un personnage intéressant. Donc, le stage s'est bien passé. J'étais une demi-journée par semaine. Euh...je pense qu'il avait...donc moi... (silence) on a pas mal conversé et je pense que mon côté santé publique lui a beaucoup plu (intervention de l'enfant)...mon côté santé publique, je pense l'intéressait, euh...lui a beaucoup plu. Il m'a proposé de venir travailler avec lui dans le 93, je pense qu'ils ont besoin de beaucoup, beaucoup de médecins donc je pense qu'il propose à tous les étudiants qui viennent le voir (rires) et je lui avais dit : "Hof...Non, je crois pas !". Et puis, et puis, et puis, et puis, finalement j'ai réfléchi. Alors, pourquoi j'avais dit non ? Parce que ma mère, en fait, est pédiatre, elle travaille en PMI et j'avais surtout pas envie de faire la même chose qu'elle (rires) donc euh...donc voilà. Et puis, et puis bah...la fin de l'internat approchant, euh...au cours de mon dernier semestre, je me suis dit : "Qu'est-ce que je vais faire ? Qu'est-ce que je vais faire ? Mon Dieu qu'est-ce que je vais faire ?" Puis, je me voyais pas m'installer. Je suis quelqu'un quand même qui a... (elle réfléchit)... comme problème, je dirais en tant que médecin d'avoir assez peu confiance en soi, enfin, j'ai assez peu

confiance en moi, et donc...et donc, c'est pas évident pour la médecine libérale non plus ! Euh...donc je me disais...ça me faisait aussi peur, donc dans les raisons en plus à rajouter, celle-là quand même, même si avec la naissance de mon gamin, c'est aussi la naissance de Mathias qui m'a permis de revenir à la clinique et de revenir parce que...j'ai fait des raccourcis, je vous ai pas tout raconté parce que sinon...parce que le choix de la santé publique, c'était la recherche, mais c'était aussi, je suis quelqu'un qui... (silence) euh... je me remets beaucoup, beaucoup, beaucoup en cause, et j'ai tendance à toujours avoir peur de mal faire, on va dire les choses comme ça. Et avoir assez peu d'assurance, et donc voilà. Et ça, ça me...pour soigner les gens, j'estimais qu'il fallait que je sois sûre de moi et... alors, autant je pouvais être sûre de mes connaissances parce que j'en avais et je les savais solides, autant je sais pas je...c'est un paradoxe, c'est vrai, j'étais...j'avais assez peu confiance en moi, alors que j'étais consciente que, bon, il y a des gens qui connaissaient bien moins de trucs que moi et étaient sûrs d'eux et ils faisaient peut-être...ils se posaient même pas l'once d'une question. Moi, c'est vrai que c'était...c'était un problème. Et donc, c'est aussi pour ça que j'ai fait de la santé publique parce que je...j'avais peur de pas bien gérer mon stress, euh...ce stress-là, du manque de confiance en moi.

Q : (en même temps que l'interviewée) Par rapport aux patients ?

Pas tant...C'est pas face aux patients. C'est ensuite en rentrant chez moi, et ressassant les trucs, en y repensant et me dire : "Est-ce que j'aurais pas dû ? et tatati... Est-ce que...mais, en fait si... j'ai regardé mais peut-être j'ai mal vu ?". Enfin surtout, ça en fait. C'est plus dans l'examen, toujours remettre en cause et me dire : "Peut-être que j'ai pas bien fait et que j'ai pas bien vu ?". Donc, bon, ça pouvait des fois, ça prenait des proportions que je trouvais un peu trop importantes, et je me suis dit : "Ouh ! Là, là ! Peut-être essayer de temporiser aussi en faisant de la santé publique ?" Et puis, c'est vrai qu'en ayant un enfant ça me...ça m'a permis de me poser un peu aussi quoi, enfin je sais pas, ça m'a...ça m'a...ça m'a donné de la confiance en moi.

Q : Ah ! oui ?

Et professionnellement aussi.

Q : Comment vous expliquez ça ?

(pause) Je sais pas ?

Q : C'est compliqué ?

Bah...je pense que c'est lié à mon histoire quoi tout ça, le manque de confiance en moi, il est... il est... enfin... (silence) je pense que c'est vrai... (silence)... je pense que simplement le fait d'avoir un enfant et de voir que ça se passait bien, que j'étais capable de bien m'en occuper, ça m'a montré que j'étais capable d'un certain nombre de choses » (73, médecin généraliste).

Ce dernier témoignage montre à quel point la compréhension d'une situation personnelle est complexe puisqu'ici cette jeune femme renforce son assurance professionnelle grâce à son statut de mère, qui peut être *a priori* considéré comme une source de contraintes susceptibles d'entraver sa carrière.

II.4.2 Une profession dévalorisée ?

La vision de l'avenir de la profession est en général positive, car de toute façon le médecin sera toujours indispensable. Reste à savoir dans quelles conditions il pourra exercer sa profession.

On peut classer les interrogations en plusieurs thèmes. Le premier s'interroge sur la place du médecin dans notre société. Le second est lié à la place de la connaissance et de l'évolution des progrès de la recherche, la place de la technique dans un métier qui est d'abord basé sur la relation humaine avec le malade. Le troisième thème concerne l'évolution des conditions d'exercice de la médecine dans une société qui évolue avec d'une part, des problèmes économiques et d'autre part, une évolution du regard des malades sur les médecins et la médecine.

La place du médecin

Ce sont surtout les jeunes interviewés issus des catégories les moins favorisées qui sont assez rassurés sur l'avenir de la profession. Ce pourquoi ils se sont inscrits : soigner et aider les gens demeurera et la profession de médecin sera toujours indispensable :

« Hum je pense que ça, ça va évoluer mais pas tant que ça enfin le médecin restera toujours le médecin, enfin je sais pas si vous voyez ce que je veux dire, enfin ça reste quelque chose... on va chez lui parce qu'on a besoin d'aller le voir parce qu'on est malade et...on lui parle de beaucoup de choses mais sans pour autant que ce soit quelqu'un de super proche, je pense que son rôle il va rester le même, enfin soigner les gens, être là quand ils ont besoin surtout » (41 P1, fille d'ouvrier).

« Le statut du médecin aujourd'hui, ben je trouve que c'est un bon statut, enfin ce que je disais la dernière fois, il y a quand même moins le mythe de médecin qu'avant, et donc je pense que ça influe sur la relation avec les malades, ce que je disais tout à l'heure, mais mais bon voilà je pense qu'il n'y a pas quand même à se plaindre. C'est...non c'est un très bon statut, c'est une profession qui est respectée, qui est bien vue par les gens, qui en plus c'est bien rémunérée donc il y a un bon niveau social, non c'est un statut tout à fait... » (20 P2, fille d'ouvrier)

Les enfants de médecins aussi, bien qu'ils soient plus pessimistes, savent que cela reste et restera une profession agréable, même s'ils pensent qu'elle n'est plus ce qu'elle était au point de vue rentabilité financière :

« Mais quand même, le métier garde sa force, c'est quand même indispensable un médecin...qui joue un rôle, ben ça dépend quel médecin mais enfin...oui aussi quand même il joue un rôle important dans une famille puisqu'on parle de médecin de famille, c'est quelqu'un qui va écouter les personnes, qui va, enfin qui peut-être pas fait partie de la famille, mais qui connaît beaucoup de choses sur une famille » (71 P1).

« Je sais que si je suis médecin, j'aurais un bon niveau de vie. Je préfère faire quelque chose qui me plaît et gagner, avoir une vie correcte, que faire quelque chose qui me plaît pas et gagner plein d'argent » (33 D4).

Le rôle du médecin ne changera pas, mais il est sûr que le rapport médecin/malade sera différent, que la relation ne sera plus de même nature, le malade s'imposera de façon plus nette :

« Le problème que je verrais, c'est la relation avec le malade, le malade qui impose, qui veut imposer ça ça deviendra un problème. Il y a des médecins, c'est clair qui en ont marre et c'est un peu normal, quand on est médecin et qu'on peut pas faire un peu ce qu'on veut parce qu'on trouve que c'est vraiment le mieux pour le patient, c'est pas un avis complètement arbitraire quoi. Le médecin s'y connaît assez pour juger de ce qui est vraiment bon pour le patient et qu'il y a des milliards de justifications à donner au patient, là oui je trouve que c'est un problème. » (30 P2).

Le métier de médecin non plus ne disparaîtra pas, mais les étudiants s'interrogent sur les conditions dans lesquelles ils seront amenés à exercer :

« Donc en général, j'ai envie de dire que le médecin de toute façon, il restera toujours indispensable et qu'il sera soit très polyvalent, donc présent sur tous les terrains, soit il sera très spécialisé, mais dans les deux cas ça sera la même chose, c'est que le médecin sera de plus en plus présent » (27 P1).

Il faut noter que les enfants de médecins des premières années sont plus pessimistes que les autres, ils reflètent en cela le discours de leurs parents sur leur propre exercice :

« Il y a beaucoup de travail et en même temps les médecins sont toujours considérés comme... comment dire, les pauvres médecins ils en prennent plein la gueule... enfin... c'est-à-dire que les médecins, ils vont voir leurs revenus descendre au fil du temps. Ben c'est-à-dire qu'il y a toujours l'inflation et les médecins eux, ils restent comme ça. Donc forcément ça descend. Donc on est obligé de travailler plus pour un même rendement. Enfin c'est toujours le même problème. C'est l'avis des parents et on est d'accord avec. » (28 P1)

« Ben... qu'avant c'était quelque chose quand on disait médecin, c'est quelque chose qui était, qui était, c'était des gens qui étaient très très bien payés et qui étaient, oui qui avaient une place très importante, oui enfin je sais pas peut-être que ça a une place peut être pas moins importante mais peut-être qui se dévalorise, mais je sais pas, je peux pas vous dire. » (71 P1)

Par contre une fille d'ouvrier de P2 reste optimiste sur la sauvegarde du système de santé parce qu'il convient à tout le monde :

« Dans l'avenir, ben j'espère que ça changera pas beaucoup (rires). Je la vois comme je vous l'ai dit. Donc non enfin dans l'avenir ben si ça va évoluer forcément, mais je pense pas que ça évolue autant que ça, je pense pas. Ben je pense qu'il n'y a pas de raison pour que ça évolue vraiment, qu'il y ait de gros changement, sauf s'il y a une grosse réforme, mais bon je pense qu'il y ait une grosse réforme d'ici... je pense que les gens aiment bien le système, donc ça va pas changer si facilement que ça, donc je pense pas que ça changerait. » (20 P2)

La place de la technique et de la science

Pour beaucoup d'étudiants envisager l'avenir nécessite de réfléchir sur les progrès de la recherche et de la technique de plus en plus performante. Certains s'en réjouissent au point de penser que la médecine pourra tout guérir, d'autres se soucient de la place qu'il va falloir lui donner afin qu'elle ne détruise pas l'échange de parole entre le médecin et le malade, la parole étant considérée comme un début de thérapie. Certains même s'inquiètent de voir le médecin perdre ses capacités cliniques au profit des examens :

- La peur de la disparition des rapports humains entre le médecin et son malade du fait du développement de la technique :

« Euh moi je pense qu'enfin... ce sera sûrement... ouais comme j'ai dit, de moins en moins... de plus... préserver cette idée de parole qui est pour moi, je pense, important. Parce que même si on va voir [le médecin] pour vraiment autre chose, la parole qu'on va dire nous soulage quelque part de quelque chose, donc j'ai peur que ça disparaisse, vraiment. Et puis je pense que le médecin quand même, doit de plus en plus être au courant des nouvelles méthodes. Bon, [...] faut vraiment se tenir sans cesse au courant. » (5, P1)

- Un enfant d'ouvrier et un enfant de cadre supérieur se demandent la part qui va être faite à la machine :

« Peut-être qu'on fera plus de choses sans les mains. Il y aura peut-être moins besoin de médecins plus tard. Peut-être ils vont moderniser les machines ou quoique ce soit. La technique risque d'évoluer et de prendre notre place plutôt. » (7 P1, père ouvrier)

« Euh... le métier de médecin dans l'avenir ? Alors ça, je pense qu'il va y avoir de plus en plus de technique, mais... et je me dis, à la limite, peut-être que des machines pourraient remplacer certains actes des médecins. Par exemple, avant, il y avait besoin de plus de clinique, maintenant il y a des trucs à la clinique qu'on peut faire à la radio à la place. Et peut-être que ça va évoluer vers plus de

technique, peut être. Mais il y aura toujours besoin d'un médecin pour... au moins on ne pourra pas faire une machine pour tout ce qui est psychologie, ça, c'est sûr et une machine, ça se trompe en plus, donc il faudrait toujours quelqu'un pour vérifier, même si, ce qui m'étonnerait, il y avait des machines qui remplacent vraiment les médecins, il y aurait toujours besoin de quelqu'un, d'un médecin. » (17, P2, père ingénieur)

- La rapidité des progrès inquiète les étudiants. Ils réalisent qu'ils devront se tenir constamment au courant des nouveautés :

« Je pense que le médecin quand même doit de plus en plus être au courant des nouvelles méthodes, bon il est déjà quoi faut vraiment se tenir sans cesse au courant » (5, P1)

Ces progrès rapides vont nécessiter de la part des médecins une adaptation constante et l'obligation de suivre une formation continue :

« Je l'ai dit plus technique, plus d'exigences par rapport à nos connaissances. C'est plus... beaucoup plus de souplesse et euh... oui, par rapport aux connaissances, ça évolue d'une telle manière, enfin d'une telle manière qu'on sera obligé de faire beaucoup plus attention à la formation continue. C'est surtout ça. Parce que les patients, là maintenant ce qu'ils demandent c'est d'avoir moins mal, le moins mal possible, d'avoir plus de confort possible, d'avoir la plus petite cicatrice possible, d'avoir... Donc c'est vrai que par rapport aux nouvelles techniques, je pense notamment à la robotique, des trucs comme ça, ils seront obligés de s'adapter ». (P2, 16)

« Et puis sinon, il y a l'aspect technique qui va certainement évoluer de plus en plus. Et puis il y a la formation, on va arriver à de plus en plus de choses qui vont nous venir de partout, où tirer son information, où avoir les bons... j'ai peur un peu de ça aussi. Qu'on sache plus où donner de la tête. Il y a tellement de trucs qui nous arrivent de tous les côtés, dans tellement de journaux, qu'au final on risque d'être un peu perdus. » (30, P2)

Ce jeune étudiant pense que la somme de connaissances devenant tellement étendue, il y aura nécessairement des pans de savoirs que le médecin ignorera, cela implique une spécialisation de plus en plus, pointue, qui considère de moins en moins le malade dans son intégrité :

« Il ne faut pas tomber dans le tout technologie en essayant de faire des choses extraordinaires. (...) Enfin c'est un monde tellement énorme la médecine que les connaissances vont être forcément de plus en plus difficiles à acquérir et vont forcément demander de plus en plus de spécialisations. On ne peut pas demander à une personne de tout connaître. Donc, euh... on aura de plus en plus de gens qui seront spécialistes sur un domaine et donc ignorants sur l'autre. Je ne suis pas sûr, enfin il n'y a pas de choix. De toute façon, la connaissance est tellement énorme que ce sera une voie, on sera obligé de passer par-là. Donc le risque, c'est qu'on ne puisse plus, enfin on ne puisse plus, que le médecin néglige un peu le côté humain. » (37, P1)

- La majorité des étudiants se demande la place du rapport humain dans leurs relations avec les malades en face d'une technologie envahissante. Seul un D4 exprime le plaisir de devenir un technicien, il se sent libéré de l'image du médecin paternaliste et tout puissant. Le médecin ne peut faire que ce que la technique lui permet, il fait un métier comme un autre humble et normal. De plus la technique rend le médecin plus performant :

« Euh ! je ne sais pas. Je pense qu'on est vraiment de plus en plus... moi j'ai l'impression qu'on est de plus en plus performant en fait. On peut guérir de plus en plus de trucs, enfin on découvre de plus en plus de trucs en fait. Je ne suis pas sûre que ça change beaucoup. Je ne suis pas certaine que ça

change énormément, si ce n'est d'avoir plus d'humanité quand même, moins de paternalisme énervant avec les patients. Plus de participation du patient. Je suis très contente que ça évolue comme ça [...]. Avant c'était : « toi, tu fermes ta gueule et puis tu prends ton cachet », donc non, ça a évolué un peu comme ça. Ça serait pas mal. Moi, je pense que le métier de médecin va plus passer dans un métier, pas comme un autre, mais un petit peu, [...] Le fait aussi de la technique, elle nous aide énormément. Bah ! c'est moins le : « attendez, je réfléchis ». C'est moins le truc magique et c'est un métier où il faut qu'on comprenne, on a des connaissances sur des preuves. Je pense que ça va être ça encore plus, un technicien, quelqu'un qui connaît un peu la mécanique du corps. Un truc plus humble, plus normal quoi, un métier normal. Je ne sais pas, mais pas le truc un peu magique, un peu prestigieux pour rien. » (44, D4, SA, père avocat)

Le risque est que la demande des malades ne devienne disproportionnée par rapport aux réelles capacités de la médecine :

« Il y a de moins en moins de spécialistes parce que les élèves, on a un peu peur de... des procès, parce qu'on a l'impression d'être retourné à l'époque d'Auguste Comte, à la technique c'est parfait, le médecin, la médecine est à la pointe de la technologie, alors que c'est pas tout à fait vrai. Il y a beaucoup de domaines où la médecine reste vraiment [...] la base, base, base de la médecine. Par exemple le cancer, on n'a pas encore trouvé le super truc qui va éliminer tous les cancers. Non on est très, très loin. Bien que la chimiothérapie ait fait beaucoup de progrès en 20 ans mais on est loin de pouvoir éradiquer le cancer d'un coup et vous dire : “oui vous n'aurez plus de cancer demain, sûr”. Non, une erreur. On a l'impression que dans la société que les gens croient encore que la médecine c'est tellement au point qu'actuellement les procès sont très rapides quoi. On oublie souvent de dire aux personnes qui... aux patientes, même l'accouchement qui a l'air d'être banal, “oui j'ai mis trois enfants au monde”, c'est facile quand on le dit comme ça, mais un accouchement c'est quand même une opération à risque pour la mère, pour l'enfant quand même. Et la personne qui a accouché prend aussi ces risques. Donc c'est vrai qu'actuellement on a l'impression que tout le monde : “ah oui je me suis refait le nez, c'est parfait, machin”. Mais non c'est pas banal quoi. C'est un métier à risque. » (52, P1, SA, père écrivain)

Pour cet étudiant, cette technique mise en avant fausse la vision des gens qui croient qu'il s'agit de quelque chose de simple, que le médecin n'a qu'à exécuter des gestes qu'il ne peut rater :

« Et même dans l'avenir ça va être encore plus difficile parce que tout le monde pense que c'est parfait, la technologie c'est parfait, c'est facile. Il y a eu un raté c'est pas normal. Tout le monde... n'importe quel abruti s'y perd et tout. Non c'est vrai. Il faut arrêter de croire que la médecine est à un point tel que médecin ça doit être facile. Mais là ça va devenir de plus en plus dur parce que de plus en plus de personnes pensent ça de la médecine. Et ils oublient que derrière toutes ces technologies, même si vous opérez actuellement avec des robots, derrière se cache la main, et l'erreur humaine. (52, P1, SA)

- La technique et la recherche ont cependant bien des avantages. Elle permet notamment d'être efficace :

« Il va évoluer dans le sens où il sera plus compétent parce que par rapport aux recherches, on découvre des choses tous les jours. Oui, j'espère que ça va évoluer, mais dans le bon sens du terme en trouvant de nouveaux vaccins pour le sida, pour tout ça. Oui, ça va, j'espère parce qu'on est au XXI^e siècle, j'espère vraiment qu'ils vont trouver quelque chose. Ouais je pense que ça va s'améliorer parce qu'il y a toujours des choses, on ne sait pas comment ça marche, on ne sait pas pourquoi, donc, là, oui, j'espère qu'ils auront plus ou moins réponse à tout. Tous les petits malheurs qui ne savent pas

expliquer, bah, qu'ils trouveront une solution et puis des nouveaux médicaments, des trucs comme ça. Enfin, j'espère que ça va aller dans ce sens ». (19, P1)

Ce sont les enfants des catégories les moins favorisées qui sont les plus enthousiastes sur l'avenir et les progrès de la médecine :

« Bah oui ! surtout avec l'informatique et tout ça là, les opérations à distance qui se font, c'est assez impressionnant tout ça et puis ça change, il y a de plus en plus de choses, on est en perpétuel apprentissage en fait. À chaque fois qu'ils découvrent un truc ça peut, les médecins sont formés au fur et à mesure de leur carrière. » (15, P2, père employé dans un centre de tri postal)

« Donc en évolution par rapport aux progrès scientifiques ? Ben oui elle en évolution par rapport au progrès scientifique : la prise en charge de telle ou telle pathologie, la prise en charge des cancers, d'un point de vue thérapeutique ou d'un point de vue diagnostic. Elle est oui en évolution même si on n'a pas accès à tout, euh et que les patients ne veulent pas avoir toujours accès à tout. Donc là elle est en évolution. Euh, dans la formation elle en évolution, je ne pense pas qu'on forme les médecins comme on les formait, il y a 40 ans à mon sens. Même il y a 40 ans, je vois, je parlais avec une urgentiste qui est sortie, il y a dix, 15 ans, qui dès la première, non dès la sixième année de médecine, a fait des remplacements de médecine générale. » (39, R, père commerçant)

Enfin trois étudiants, issus des catégories sociales les moins favorisées, pensent aux questions d'éthique que posent les avancées techniques :

« Bah, maintenant avec les avancées technologiques, ils ont forcément plus de choix à faire... Enfin, ils sont plus confrontés à des problèmes de bioéthique. Enfin, on en parle beaucoup aux infos et tout ça mais... Dans ce sens-là oui, je pense que ça avance et puis les technologies même dans les soins. C'est vrai qu'il y a beaucoup plus de matériels donc il faut qu'ils s'adaptent à ça. » (2, P1, père artisan)

Les conditions d'exercice du médecin

Les étudiants sont plus inquiets en ce qui concerne l'exercice de profession. Les enfants de médecins insistent plus que les autres sur la disparition du statut social du médecin, sur la modification de la forme des rapports entre médecins et malades :

« Il est obligé d'avoir un résultat et je trouve que ça contredit un peu la vocation de médecin (...) maintenant il n'a plus le droit à l'erreur. Alors qu'à côté de ça je ne sais pas, j'ai pas d'exemple en tête, mais à côté il y a d'autres métiers qui ont tous les droits. » (28, P1, père radiologue)

« Euh... moi je pense qu'enfin, ce sera sûrement, ouais comme j'ai dit, de moins en moins humain. J'ai l'impression que les gens, je crois que ça va vraiment se perdre ce côté euh... je parle à mon médecin ce sera à la limite "bonjour", "j'ai ça", "au revoir". » (5, P1, père médecin généraliste)

Gérer la pénurie

La pénurie de médecins préoccupe aussi la plupart des étudiants toutes catégories sociales confondues. Une pénurie qui aura pour conséquence beaucoup de travail pour le médecin face à un nombre grandissant de malades âgés. Mais quelques-uns de ces jeunes médecins, en particulier les femmes, souhaitent garder une vie de famille et ne pas être corvéables à merci :

« Bah c'est sûr qu'il va y avoir des problèmes parce qu'en plus euh la population devient de plus en plus vieille, il y aura besoin de plus en plus de médecins, donc il y en aura de moins en moins donc ça va poser problème... Donc ça sera de plus en plus dur au niveau... bah pour permettre à la

fois vie familiale et vie professionnelle. C'est vraiment se consacrer à fond au métier quoi. À mon avis plus comme ça. Beaucoup plus de contrainte, beaucoup plus des problèmes d'horaires enfin je veux dire, je ne veux pas être non plus fonctionnaire à fond machin mais euh... Mais c'est vrai que ça va être un peu une vie infernale » (P2, 23, père vétérinaire, mère médecin généraliste)

De l'art de soigner à l'obligation de résultat

La plupart des étudiants expriment aussi une inquiétude face à l'évolution du métier en ce qui concerne le risque de procès intentés aux médecins. Trois raisons semblent alimenter cette crainte. Ils pensent que les malades ont changé et qu'ils deviennent de plus en plus exigeants voire menaçants ; l'avancée de la technique et la somme de connaissances à posséder les effraient ; la pénurie de médecins va les obliger à assurer trop de consultations au risque de faire des erreurs.

« Là on est arrivé, je pense depuis 2 ans a au summum de la saturation enfin, saturation initiale et après ça va être, donc je vois très noir, parce que je prépare mon avenir au cas où ça serait trop contraignant, vous pouvez pas voir 50 personnes dans la journée, pas possible, sauf que là ça va être obligatoire. » (89, MG, père ouvrier)

« J'ai l'impression que ça va être de plus en plus dur de l'exercer. On va de plus de plus nous reprocher à chaque fois pas mal de chose et je trouve que cela gâche un peu le métier. » (50, P2, père technicien supérieur)

« Je pense qu'il évolue dans le mauvais sens, par rapport au regard des patients sur les médecins. Je trouve que de plus en plus les patients n'ont plus confiance en leurs médecins, avec les procès toutes ces choses-là. (...) On vit dans une société de consommation, les gens achètent, donc quand ils vont chez le médecin c'est comme s'ils vont acheter un produit au supermarché. Il y a plus la relation de confiance » (33, D4, père gynécologue)

Ils ont tendance à penser que cette exigence est en partie due au fait que l'on demande aux médecins de « réparer » plus que de soigner, le malade veut retrouver son état antérieur à la maladie. Cette représentation du malade exigeant est entretenue très tôt par les cours qu'ils reçoivent et qui contribue à leur proposer une vision conflictuelle de la relation avec le malade. Les discours ont alors tendance à généraliser et à opposer « les gens » au médecin, lequel devient victime :

« C'est-à-dire que quand on paye pour avoir quelque chose on veut que la chose soit parfaite, quand on l'obtient, quand on l'achète et qu'on l'achète exactement et par exemple le fait de se dire « ah mais je me suis cassé le bras, mais mon bras ne marche plus comme avant, mon médecin il était mauvais », c'est pas forcément c'est pas forcément le médecin qui est mauvais, ça peut être tout simplement la nature qui fait qu'on ne peut pas récupérer tout à cent pour cent et que les gens ils veulent quelque chose de parfait aujourd'hui... et qu'ils en veulent pour leur argent aussi. » (26, P2, père cadre dans un service bancaire)

« Que c'est dommage c'est dommage que le médecin devient de moins en moins clinicien, c'est une évolution normale des choses, imaginez qu'on se base uniquement sur notre clinique, donc on passe à côté d'un petit pourcentage des pathologies, ces gens-là, quand ils porteront plainte au tribunal, ils vont dire : "pourquoi vous êtes passé à côté, alors que vous avez l'outil diagnostic qui est disponible", j'ai pas apporté les meilleurs soins possibles » (86, R, père commerçant)

« Il y a aussi l'évolution de tout ce qui est procédures de la médecine aussi. Là maintenant c'est clair, au cours de nos études on nous a bien sensibilisés au fait qu'on a carrément intérêt de se protéger quoi et ça, c'est un truc qui évolue aussi. Tout ce qui est médecine procédurière là. On nous a dit que c'était quand même une rupture de la relation quand même quand tu te fais attaquer par ton, une rupture dans la relation médecin/malade quoi » (42, D4, père professeur d'EPS)

La forme d'exercice

La majorité des étudiants et médecins généralistes sont d'accord pour estimer que de plus en plus les médecins de ville exerceront en cabinet de groupe polyvalent. C'est leur souhait. Ils veulent être entourés de confrères, soit de différents spécialistes, soit de médecins généralistes, mais qui ont chacun une prédilection dans un domaine particulier comme la gériatrie ou la pédiatrie, mais aussi d'infirmières ou de kinésithérapeutes :

« Je pense dans l'avenir se sera plus un fonctionnement de groupe, des associations de médecins, toujours pour les mêmes contraintes à la fois financières et d'horaires d'organisation de travail. Là moi je suis bien là actuellement parce que je travaille avec quelqu'un même si je passe des après midis toute seule quand lui, il n'est pas là ». (75, R)

Les plus âgés ont une vision plus pragmatique, mais ils sont inquiets sur le cadre social et juridique dans lequel ils exerceront, ils sont trois à craindre une médecine à l'anglaise ou à l'américaine, une médecine à deux vitesses :

« Une médecine qui va faire, une médecine qui va tirer vers une médecine anglaise ou américaine quoi. Hein donc euh on va dire un exercice euh à la fois très contrôlé par les, par les instances supérieures et euh, et euh les patients n'auront plus beaucoup le choix en fait, dans le choix de leur praticien dans leur... oui. » (65, MG)

« Oui l'avenir pour, moi je pense qu'il y aura une évolution à l'américaine quoi, c'est ça va être plus de procès, plus de responsabilité de médecins, les gens qui veulent des résultats à 100 % aujourd'hui on n'accepte plus la faillibilité de la médecine donc... alors que, on est tous faillibles quoi, et la médecine c'est humain, il y aura des erreurs tout le temps il y aura des problèmes et il y aura, on peut pas toujours tout réussir, donc ça, ça sera un problème et ça va beaucoup rentrer en compte dans la relation médecin malade, ça va, ça change beaucoup ça change déjà et ça continuera à changer, les médecins continueront à secourir ; après l'évolution de la pratique de la médecine médicale en France, de la médecine en France, vu le problème de la sécurité sociale et le gouvernement qu'on a actuellement, je pense qu'il y aura des choses qui vont beaucoup changer et qu'il y aura deux médecines à deux vitesses aussi à l'américaine toujours où les riches vont aller voir les spécialistes, se payer la médecine de qualité et ils payeront cher pour ça et c'est leurs mutuels qui payeront, et la sécurité sociale ne couvrira que les risques vitaux importants mais après, il y aura les pauvres enfin les gens sans revenus, ils auront bien du mal à avoir accès à toutes les médecines et à la meilleure médecine, ça, c'est sûr, ils auront accès à l'hôpital public et...

Q : Vous pensez que le public va se dégrader au niveau des services ?

Ah oui ça c'est sûr oui oui, et puis surtout la couverture, les gens ne vont plus avoir accès à pas mal de choses et il y a tout un tas de médicaments qui ne vont pas être remboursés, c'est les mutuelles qui vont les rembourser, donc les mutuelles vont augmenter leur prix et comme les mutuelles vont augmenter leur prix, les gens vont plus au public donc n'auront plus de mutuelle et n'auront accès qu'à certains thérapeutes, on continuera à soigner les maladies graves mais il y a tout un tas de gens qui seront moins bons en état de santé qu'aujourd'hui, la santé publique en France risque de se dégrader par les politiques, bon moi c'est mon avis politique, après il y en a qui me diront qu'on va pas s'en sortir comme ça » (90, MI)

Quelques généralistes ont l'impression que leur liberté de manœuvre va être restreinte en raison des consignes d'économie, mais la plupart sont rassurés sur le maintien de leur entière capacité de décision, les RMO sont vus comme des conseils très larges, à la limite de l'évidence ils ne peuvent pas avoir d'impact sur leur pratique.

« Les RMO c'est la logique médicale c'est, pour moi ça jamais été un frein, j'ai toujours vécu ça ben depuis que je suis installé, je vis avec ça. » (89, MG)

« Je pense notre marge de manœuvre pour appréhender la personnalité, pour appréhender certaines choses, je pense qu'on est de plus en plus... salarié oui, c'est de plus en plus restreint et je pense qu'on va avoir des directives telle pathologie, tant de directives face à ça il est licite de faire ça ou il est pas licite de faire ça c'est un peu des RMO hein, et des consignes à l'ANAES qui sort des conduites, des bonnes conduites par rapport à telle pathologie euh ben hypertrophie de la prostate, il est pas sensé, on est pas sensé de faire une échographie, on est pas censé doser les PSA, on est pas censé faire une débimétrie, on est pas sensé, bon ben effectivement on est pas sensé, on est pas sensé même si il y a un cancer à côté. » (61, MG)

Une résidente se montre particulièrement optimiste, elle exprime sans doute ce que beaucoup ressentent tout de même en fin de comptes :

« Moi je pense que les dix ans qui viennent, je crois que les généralistes vont être les rois du pétrole à mon avis, parce qu'il n'y en a plus, que les choses bougent pour que le statut de généraliste qui était quand même en mauvaise passe depuis quelques années est en train d'être vraiment revalorisé, je crois que les gens qui arrivent sur le marché, qui ont envie de faire de la médecine générale sont des gens qui ont envie de faire de la médecine de qualité, qu'on envie de travailler, qui sont pas des fainéants, qu'ont envie de travailler mais qu'ont pas envie de travailler 20 heures sur 24. » (60, R)

Un P2, heureux de commencer ses études de médecine refuse de suivre l'ambiance morose que les enseignants distillent, il se fait confiance pour s'adapter aux situations qui se présenteront en temps voulu :

« Non moi je pense que je suis assez heureux de me lancer là-dedans. J'ai quelques appréhensions quant à l'évolution du métier, mais bon il faudra bien s'y faire. Mais je suis assez optimiste dans l'ensemble. » (34, P2)

Cet autre P2 qui hésite à exercer ou à être chercheur sait qu'elle a tout le temps de ses études pour s'habituer à sa profession :

« Mais bon je pense que le métier de médecin si rien est fait pour améliorer les conditions dans les hôpitaux, pour plus d'hôpitaux, pour se débrouiller pour que ce soit pas autant la cohue et que pas autant de zoo dans les hôpitaux. Je pense que le métier de médecin il peut retrouver toutes ses... enfin il peut retrouver un cadre idéal, enfin idéal non, mais il peut retrouver un cadre tout à fait faisable et tout à fait vivable. Et là, en ce moment on entend trop de médecins qui disent que c'est pas possible de travailler dans ces conditions-là. Je pense que ça peut être amélioré quoi. C'est sûr que ça peut être amélioré, mais c'est vrai que pour le moment nous on fait nos études et on se dit : « Ouais, dans quoi on va arriver ? », parce qu'on a plein de chefs de service qui nous disent : « Tout le monde part à la retraite, vous allez vous retrouver... Vous allez voir, vous serez encore moins, parce qu'il y a tout le baby boom qui va partir à la retraite etc. », bon ! Mais bon c'est vrai que pour le moment on le voit un peu en flou notre métier parce qu'on se dit : « Oh là, là ! Je vais arriver dans quoi et tout. ». Mais c'est encore loin. Moi je suis en P2, c'est encore loin. Je me dis que j'ai encore le temps et que j'aurai le temps de m'adapter au fur et à mesure et au fond, je pense que quand je serai médecin, je serai déjà dans le rythme. Je n'aurai pas vu venir arriver, c'est pas comme si tout à coup paf j'étais médecin quoi ! Je pense que ça va se faire progressivement et ce sera pas brutal comme démarrage. » (36, P2)

Une profession unie ?

La « croyance » dans une profession médicale unie et soudée a tendance à se déliter avec le temps des études... Ce résultat est assez significatif, comme si les étudiants perdaient peu à peu leur idéal au profit d'une expérience qui leur donne une image relativement morcelée du « corps médical ». Là encore, les enfants de médecins ont un temps d'avance sur les autres, puisque ce sont eux, toutes années confondues, qui ont la vision la plus divisée de la profession. *A contrario*, les étudiants issus des milieux populaires ont tendance, surtout les premières années, à dresser des médecins le portrait de professionnels qui poursuivent un but commun, même s'ils ressentent, en faculté, les méfaits d'une concurrence farouche.

Les questions sur l'unité professionnelle sont difficiles à interpréter si l'on tente de les regarder, année après année, dans les deux facultés. Finalement, les plus idéalistes concernant l'unité de la profession médicale, semblent être les P1 nantais, mais cela est surtout dû à un nombre important de non-réponses sur cette question. Les seuls qui répondent semblent donc avoir un avis sur le sujet.

En revanche, en D4, les parisiens semblent croire fermement à une unité professionnelle, alors qu'il n'y en a plus parmi les médecins généralistes... La préparation du concours a-t-elle une influence sur ce type de comportement ?

Étudiants répondant positivement à la question concernant l'unité de la profession médicale

Les médecins sont unis	Nantes	Saint-Antoine	ensemble
P1	75 %	33 %	46 %
P2	22 %	38 %	29 %
D4	20 %	57 %	35 %
Résidents	20 %	25 %	22 %
MG	17 %	0 %	10 %
toutes années	26 %	34 %	30 %

Les exemples qui suivent sont issus de D4 de SA. On voit que ce qui est avancé, c'est assez rarement une solidarité de type professionnelle. Dans le premier entretien, il y a la notion d'équipe et de réseau qui se situe dans l'ordre d'un « intérêt » qui ne serait pas maintenu dans une situation de concurrence, « après »...

« Q : Et est-ce que vous pensez qu'il y a une unité forte de la profession ? Est-ce que vous voyez un groupe solidaire ou plutôt un monde assez désuni ?

Oh non ! non c'est plutôt une unité, enfin oui c'est une force qui... À l'hôpital c'est un travail d'équipe d'un côté. Bah de toute manière je pense que même en ville il y a des réseaux, qu'on doit de toute manière avoir une formation continue. Je ne sais pas comment ça se passe dans la pratique pour le médecin général, mais je pense qu'il doit voir d'autres médecins aussi, je pense que c'est vraiment nécessaire. Enfin il y a pas du tout de concurrence à mon avis je ne vois pas l'intérêt de la concurrence après, de toute manière, donc. Ah non, c'est une unité. » (45)

Cette idée est reprise dans ce second entretien, où il est bien signifié que la notion d'unité reste de l'ordre d'un « idéal » perçu comme possible une fois que les concours seront terminés.

« Q : Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a une unité forte dans la profession ? L'impression d'appartenir à un groupe solidaire ?

Peut-être pas encore, mais **après**

Q : Mais vous les voyez ?

Ouais, ouais, il y a quand même oui, quand même. » (29)

Dans le troisième extrait, la notion de solidarité s'exprime dans l'éventualité des problèmes. On est solidaire lorsqu'il s'agit de défendre un même intérêt s'il est menacé. C'est d'ailleurs une idée qui revient fréquemment dans les entretiens : les menaces pesant sur le corps médical semblent faire l'unité de la profession.

« Q : En ce qui concerne la profession en elle-même est-ce que vous pensez qu'il y a une unité forte de la profession ? Est-ce ça vous apparaît comme un groupe solidaire ?

Ouais je pense que dans l'ensemble c'est assez solidaire. Enfin est-ce que la plupart des gens ont conscience des problèmes ? enfin, d'abord, rencontrent à peu près les mêmes problèmes et puis même ceux qui sont mieux lotis bon je pense ils savent que c'est pas, ils sont pas à l'abri des problèmes que d'autres spécialités ou que d'autres modes de pratique peuvent avoir, je pense que l'ensemble c'est assez, je pense que c'est assez solidaire. » (49)

Enfin, on se trouve là devant une autre notion de solidarité, qui est celle du « milieu ». Les médecins forment un « milieu », une « famille », dans laquelle ils ont tendance à vivre en circuit fermé. Mais cette « solidarité » a ses limites dès qu'il s'agit d'être en concurrence sur un poste.

« Q : est-ce que les médecins forment selon vous un groupe solidaire ?

C'est un peu brut de pomme votre question. Ouais surtout que je suppose que comme je ne suis pas encore médecin, je ne peux pas trop répondre. Mais euh... C'est contre... je me rappelle quand j'ai eu mon concours, le jour où j'ai eu mon concours

Q : le concours de P1 ?

Oui, le concours de P1. J'avais... enfin mes potes m'ont appelé qui eux, en fait étaient primants, qui redoublaient, et j'ai eu la mère de l'un d'entre eux qui est dentiste, orthodontiste et qui me fait : « ah ! c'est bien ma fille, bravo ! bienvenue dans la famille » et moi j'ai fait : « hou là ! » parce que moi je ne voyais pas ça comme ça. C'est vrai que c'est ce qu'on dit la médecine, c'est une secte et parfois ils ont un peu raison, quoi, il y a un peu un côté ; mais je ne sais pas s'il y a une solidarité, oui, dans le sens où on connaît tous le même milieu, on connaît tous les difficultés de ce milieu, les contraintes de ce milieu. (...) Mais en même temps, je ne suis pas sûre que ce soit si solidaire que ça parce qu'à partir du moment où il y a un poste à se disputer, c'est le bon côté individualiste qui reprend le dessus et ça aussi, c'est typiquement français, il n'y a pas plus individualiste. » (58)

Peut-on en déduire que l'ambiance particulièrement élitiste d'une faculté tend à renforcer un « esprit de corps », comme Bourdieu l'a d'ailleurs montré dans ses travaux sur les Grandes Écoles ? Ceci serait confirmé par les réponses des généralistes et résidents de Saint-Antoine qui, du coup, ont une représentation extrêmement divisée de la profession, comme si le fait d'être exclus de l'élite les faisait basculer de « l'autre côté ».

On peut alors comparer les discours des parisiens qui ont une vision soudée de la profession avec les Nantais qui ont, eux, une représentation plus divisée.

« Non je ne trouve pas qu'il y ait une unité mais tout ça découle des études pour moi. Tout ça découle des études où il y a un esprit de compétition. Mais mon amie elle côtoie beaucoup des personnes qui ont fait des écoles d'ingénieur et elle me parle de leur espèce d'unité au sein des écoles d'ingénieur, c'est énorme l'unité qu'ils ont quoi. Ils sont vachement unis et... Ils se connaissent vachement. Et même des années après des fois ils font des réunions entre eux et nous, ça ne se fera jamais, ça ne se fera jamais c'est sûr. Et puis en plus après nous on est dispatché après, on est dispatché à cause du

concours de l'internat. Mais c'est sûr que ça ne se fera jamais. Il y a tellement de tension et d'animosité entre les gens qu'à cause des études, à cause du concours et voilà c'est tout. » (D4, 18)

« *Q : Avez-vous l'impression qu'il existe une unité forte de la profession ?*

Non je ne pense pas, (...) je pense que les médecins sont assez individualistes quand même, ils savent se retrouver vraiment sur les points importants mais sinon il n'y a pas de cohésion.

Q : Ca vous semble être un manque ?

Oui, je crois que ça vient de nos études aussi, on est assez individualiste et finalement ce trait-là persiste après » (D4, 22)

« *Q : Est-ce que tu as l'impression qu'il y a une unité entre médecin ?*

Bah je pense que quand même actuellement il y a les généralistes d'un côté et après chaque spécialiste euh...

Q : Dans son coin...

Un peu ouais je pense. Mais bon ça, c'est un peu une idée en fait. Parce que c'est vrai que nous bah comme on a une formation qui est à l'hôpital on ne se rend pas vraiment compte comment les choses se passent après finalement... on entend très bien les médecins à l'hôpital qui râlent toujours parce que le salaire d'un privé par exemple est euh... par exemple c'est vrai qu'un gastro qui est installé en ville et qui fait des examens à longueur de journée il aura un salaire plus important que quelqu'un qui est à l'hôpital... » (D4, 46)

On constate que les arguments avancés sont assez dépendants des expériences de formation : la concurrence dans les études universitaires, le dénigrement des hospitaliers face aux « privés » ou aux généralistes... Le sentiment d'appartenir à une élite, qui pouvait peut-être subsister en P2 par exemple, après la réussite au concours, a tendance à se défaire à la veille d'un concours classant où ils savent bien qu'ils ne sont pas « favoris ». Dans ces extraits, on retrouve aussi l'idée du « après » : contrairement aux parisiens, cet après est peu « optimiste ». D'une rivalité à l'intérieur d'une faculté, on passe à une rivalité nationale entre les facultés et donc à la constitution d'une supra-élite, qui sont les étudiants des facultés les mieux classées. De ce point de vue, les sortants de Saint-Antoine savent qu'ils font partie du peloton de tête, alors que ce n'est pas le cas des Nantais.

Enfin, il faut mentionner que les étudiants, et même les jeunes médecins que nous avons interrogés, ont une perception très floue des institutions qui les gèrent ou les défendent. Ils ne connaissent pas ou peu l'existence des syndicats, et encore moins leur rôle, et ce qu'ils savent du Conseil de l'Ordre est surtout lié à ce qu'ils en ont appris en cours. À ce sujet, il faut mentionner l'impact qu'ont sur eux les enseignements liés aux risques de la profession. Les premières années comme les résidents⁴¹ sont impressionnés par le tableau parfois très pessimiste qui leur est dressé et cela leur donne une vision de la profession plutôt négative. Ils ont alors tendance à penser que c'est face aux « attaques » que les médecins sont soudés et accèdent à une représentation très conflictuelle des rapports entre les praticiens et les patients, comme si c'était sur le terrain des procès qu'ils se déroulaient aujourd'hui. Face au médecin, se profile un collectif parfois dangereux qui est globalisé (« les gens », « ils ») :

« Ben, il change (le rôle du médecin), il y a plus de contraintes qu'avant, il y a plus de procès. Les gens sont plus exigeants par rapport au médecin qu'avant, mais sinon... C'est beaucoup plus

⁴¹ En particulier à Nantes, où il semble qu'ils aient des cours dès la première année sur ce sujet. Ils sont nombreux à s'étonner d'être ainsi interpellés sur la judiciarisation de la médecine, alors qu'ils ne savent pas encore de quoi il s'agit et que la grande majorité d'entre eux ne sera pas médecins.

contraignant, au niveau des assurances tout ça, ouais, il y a plus de contraintes qu'avant, c'est sûr... » (9, homme, P1)

« Ouais, c'est ça, c'est-à-dire qu'en fait, il n'y a plus la confiance qu'on peut avoir dans son médecin... on a un peu l'impression qu'ils ont un peu l'image de nous, enfin la caricature du médecin qui va au cours de tennis ou au golf et puis... et donc, si jamais il y a un problème, ils nous attaquent parce qu'ils imaginent qu'on gagne des millions et du coup, on a un peu l'impression qu'il y a une inadéquation entre ce qu'il en est et puis la caricature qui est peut-être vraie pour quelques-uns, mais ce n'est pas une majorité. Et c'est ça qui est un petit peu dommage, quoi ! Enfin au niveau de la mentalité, ouais c'est ça, c'est au niveau de la mentalité, c'est ça que je trouve un petit peu dommage actuellement dans les relations qu'on a avec les gens. » (72, homme, résident).

Il y aurait sûrement plus à dire sur cette question et sur la façon dont le conflit prend une place dans l'imaginaire du quotidien du médecin, sans être toujours étayé par les réalités. La prise de responsabilité devient alors « dangereuse » et, en cas de conflit, ils tendent à se placer dans une position de « victime » d'une persécution injuste. Avant même d'en faire l'expérience, on leur propose une vision de ces relations dès le P1 qui les accompagne ensuite et les conditionne devant toute situation potentiellement conflictuelle. Certains étudiants, non originaires du milieu médical, regrettent d'ailleurs de ne pas entendre les points de vue des patients pour faire le « contrepois » d'un discours qu'ils ressentent comme corporatiste avant tout. Car l'unité de la profession médicale apparaît d'abord comme une réponse à ce qui est présenté comme des attaques « corporelles » venant des tutelles ou des patients.

« Q : Vous sentez qu'il peut y avoir de la solidarité, entre médecins ?

Oui, quand même oui je pense. Parce que par exemple quand on entend nos profs qui parlent de, d'histoire de procès ou quoi, ouais je pense quand même.

Q : C'est devant les autres en fait qu'ils sont solidaires ? devant les non-médecins, ou devant leur responsabilité...

Ouais ! plutôt oui oui. Mais ça reste quand même solidaire dans leur milieu et, entre eux quoi ; entre ceux qui se connaissent mais après... ouais. Nous, on a surtout contact avec des médecins hospitaliers, parce qu'ils nous font des cours. Entre eux oui, mais après par rapport aux spécialistes de ville, je sais pas. Je pense pas qu'ils se connaissent et qu'ils se rencontrent, alors que les médecins hospitaliers sont tout le temps ensemble, ils font des staffs tout le temps, ils font des congrès ensemble tout le temps, ils se connaissent très très bien entre grands professeurs euh... oui là oui, mais après je pense que c'est plus chacun pour soi pour les gens qui ont un cabinet en ville.

Q : Vous sentez la question de la responsabilité peser beaucoup !

Ah ben nous ça nous fait peur oui ! avec tous les cours qu'on a par rapport à ce qu'on a le droit de faire !

Q : On vous en parle beaucoup !

Tout le temps ! ouais ouais, alors que nous en deuxième année on s'imagine absolument pas ce qui va nous arriver, comment va être notre travail plus tard euh, quand vraiment ce sera nous qui serons entièrement responsables quoi ; donc nous, on comprend pas même pourquoi ils nous expliquent toutes ces lois, on a l'impression qu'on aura tout oublié quand ce sera à nous de faire... pourquoi on nous en parle autant dès la deuxième année quoi !

Q : Et vous avez le sentiment que les médecins qui vous parlent, ils ressentent eux aussi cette peur cette...

Oui, ouais ouais. Ils nous racontent pas mal leur expérience leur, ouais ouais. Je pense ouais.

Q : Donc en fait ça vous fait baigner dans une ambiance...

En même temps nous, on se dit qu'on aimerait bien avoir l'avis aussi des associations de consommateurs et des usagers de l'hôpital, pour avoir aussi l'autre point de vue parce que, c'est vrai que les médecins pour eux, rien n'est justifié, les patients les embêtent et euh... on aimerait bien aussi avoir un l'autre point de vue quoi ! on a l'impression que c'est pas très juste comme enseignement, enfin... » (13, P2, N)

Épilogue : et s'ils étaient ministres de la santé ?

Lorsqu'on leur demande s'ils considèrent nécessaire qu'un ministre de la santé soit médecin, la majorité des interviewés estiment que cela est pour le moins souhaitable. Leurs réponses sont assez proches, même si quelques-unes estiment qu'un ministère est avant tout affaire de gestionnaire. *A contrario*, certains font remarquer que s'il s'agit d'un médecin qui a fait plus de politique que de médecine, cela n'a pas beaucoup d'utilité. On note cependant que ce sont parmi les étudiants issus des catégories moyennes et populaires que l'on trouve des réponses divergentes, en particulier en faisant remarquer que la santé, ce n'est pas que les médecins, c'est aussi les infirmières, les ASH et même... les patients.

Nous leur avons posé une autre question en leur proposant, cette fois-ci, de s'imaginer aux commandes du ministère dont ils dépendent⁴². Plus ils sont jeunes, plus ils sont désorientés devant cette question et quelques-unes ont même refusé de se prêter au jeu :

« Oh quelle horreur ! Je ne souhaiterais jamais être ministre de la santé, j'oublierais la médecine pour me consacrer à des choses beaucoup plus désagréables. » (65)

« Ah si j'étais ministre de la santé, je peux franchement pas vous dire parce que la politique et moi ça fait deux » (8, P1)

D'autres demandent un temps de réflexion à une question difficile et qu'ils ne se sont jamais posée :

« Oh non non ça demande énormément de réflexion là. Ministre de la santé c'est pas rien » (12, P1)

« Holà ! (Silence) Oh là, là... Je ne sais pas. Franchement je n'ai pas d'idée. » (10, P1)

« (rire) Bien sûr, bien sûr. Je n'ai aucune idée. Non, mais je réfléchirais sérieusement avant de répondre à cette question. C'est tout ce que je peux dire » (37 P1),

Enfin les attributions du ministre ne sont pas claires :

« Pff... c'est dur d'y répondre quand même (...) Je ne sais pas ce qu'ils font c'est pour ça qu'elle est dure cette question-là quoi. Le rôle du ministère de la Santé et du ministre de la Santé et tout ça c'est opaque quoi. Bah j'en sais rien, j'en sais rien, je ne sais pas du tout ce qu'ils font quoi... Donc c'est difficile de répondre » (42, D4)

La majorité accepte tout de même de jouer le jeu en précisant que leurs réponses, plus qu'une proposition politique, concernent ce qu'ils vivent au quotidien, du moins tant qu'ils sont étudiants. En effet, leurs réponses tiennent plus d'un cahier de doléances que d'une proposition politique et cela est d'ailleurs l'intérêt de cette question. Elles nous renseignent avant tout sur ce qu'ils considèrent comme le plus pesant dans ce qu'ils vivent au quotidien, même si certains ont une vision qui dépasse leur propre situation. Par ailleurs, alors que l'on a constaté l'importance de l'origine socioprofessionnelle des étudiants dans le déroulement de leurs études et de leurs choix professionnels, cette variable perd de sa pertinence quand ils « s'adressent » au ministre (plus qu'ils ne se mettent à sa place) à propos de leur pratique et de leurs problèmes.

⁴² Une question que nous avons également posée, en fin d'entretien, lors de notre enquête précédente sur les effets de la réforme de l'internat de médecine en 1982. Les réponses mériteraient de plus amples dépouillements et seraient susceptibles de faire l'objet d'analyses comparatives entre les générations de médecins.

Par contre, et selon la même logique, c'est leur position dans le cursus qui est la plus déterminante.

En toile de fond, on constate que :

- la quasi-totalité des répondants a en tête le problème du déficit de la Sécurité sociale. D'emblée, les réponses sont orientées vers la nécessité de faire des économies, ou la nécessité de dépenser autrement.
 - la plupart sont attachés au système de santé français jugé excellent mais souvent menacé,
 - la majorité continue de penser que, même si les choses évoluent, le métier de médecin reste encore un beau métier, reconnu socialement, même si la tendance est à considérer la médecine comme une activité de service. Sûrs d'avoir du travail dans un monde où le chômage menace, ils sont plus inquiets d'avoir trop de travail que pas assez.
- Les réponses s'organisent autour de séries de propositions qui s'adressent à des bénéficiaires bien connus : les étudiants, les malades, les médecins et les autres.

I. Pour les étudiants

En tête de toutes les réponses, mais plus souvent chez les plus jeunes que chez les généralistes installés, la première réforme à faire est d'augmenter le *numerus clausus*. Si certains ne savent pas bien qui a le pouvoir de le faire, ils considèrent tous que c'est une priorité. La raison invoquée est, évidemment, celle de la pénurie de médecins. On constate dans les discours, que cette forte sélection dont ils sont l'objet est d'autant plus difficile à comprendre qu'ils entendent dire que la France manque de médecins. Dans ce cas, comment justifier l'épreuve qu'ils subissent ou ont subi ?

« Je remonte le numerus clausus ! (rire) Parce que vraiment, déjà, j'en souffre personnellement. (...) Parce que déjà, c'est sûr ce qui est évident, dans les premières mesures, le plus urgent, c'est euh... c'est pallier à la pénurie de médecins, parce que quand on voit les prochaines années, visiblement, y en a plein qui vont partir à la retraite, et donc dans les prochaines années, euh... ceux qui vont partir à la retraite, c'est vraiment les plus gros effectifs et quand à peu près le numerus clausus, ceux qui arrivent, c'est les années du numerus clausus le plus serré. Donc, à mon avis dans les dix prochaines années, ça va être affreux !

Q : Ça commence déjà !

Oui, ça commence, mais à mon avis, là, les dix prochaines années vont être vraiment les pires ! S'ils prennent conscience tout de suite et qu'ils augmentent le numerus clausus, ça devrait aller mieux dans dix ans. Mais là, les prochaines années, ça va carrément être atroce ! En plus, va y avoir, oui, ils vont partir à la retraite, va y avoir... oui, il y a déjà un papy boom, mais ça va pas... ça va être de pire en pire, donc va y avoir de plus en plus de médecins à la retraite. Ils vont casquer ! Il va plus y avoir de fric nulle part ! (rire) Je sais même pas comment on va faire ! Oh, on va trouver, on trouve toujours ! » (53, P1, fils de médecin)

Parmi les plus jeunes, les plus virulents sur cette question sont les étudiants issus d'un milieu médical, qui semblent imprégnés de ce qu'ils entendent dire autour d'eux. La concurrence entre médecins semble bien un thème dépassé et les craintes d'une pléthore, d'un autre âge. En revanche, si certains imaginent avec délice la suppression du concours, ils se reprennent immédiatement, car la nécessité d'une sélection reste pour eux, une évidence.

Chez les plus éloignés du milieu, en particulier lors des premières années, les réponses sont plus centrées sur le contenu de la formation. Ces étudiants ont du mal à comprendre pourquoi celui-ci est aussi décalé par rapport aux représentations qu'ils s'en faisaient. La question n'est donc pas seulement celle du nombre d'élus, mais des conditions d'accès. « Rendre moins difficile le concours », c'est, pour cet étudiant de PCEM1 fils d'ouvrier, donner les clés d'un enseignement pour le moins opaque :

« Quelles mesures je prendrais en premier ? Euh... Bah déjà je rendrais moins difficile le concours de P1 (rires) pour avoir plus de futurs médecins parce que là ils ont vraiment du mal. Ou je... Ou alors il faudrait faire quelque chose pour que les profs, les médecins soient plus proches de leurs futurs patients et que ce ne soit pas du cours qu'on apprenne, mais qu'on commence par des choses qui sont vraiment utiles, qu'on suive... Pour apprendre ce qui est le plus facile c'est de regarder quelqu'un au travail que plutôt qu'on nous apprenne plein de livres, tout ça, de lire des livres, d'apprendre des feuilles et tout, c'est plus difficile que d'être directement sur le tas et de suivre un vrai médecin. » (7, P1)

En outre, on constate que les étudiants ont du mal à s'y retrouver entre les deux concours, l'un organisé par les facultés, l'autre au niveau national, et ils semblent craindre que cela leur porte préjudice ou introduise des inégalités qui les pénaliseraient. C'est sans doute parce qu'ils ont entendu dire que la faculté de Nantes était « moins bonne » que d'autres facultés que ce sont surtout des étudiants de cette ville qui réclament une uniformisation des programmes au niveau national. On voit dans l'extrait ci-dessous qu'il règne une certaine confusion entre les deux concours, et cet étudiant de P1, qui veut être chirurgien, est déjà dans l'inquiétude d'être moins bien préparé que les autres :

« Peut-être au niveau de la première année faire un programme national, enfin par rapport à toutes ces facs qui ont des programmes complètement différents les unes des autres, je trouve ça dommage. Alors un programme national. Parce que finalement toutes les facs ne sont pas préparées au même programme pour l'internat. Je ne sais pas du tout comment ça se passe, mais si la première année, c'est totalement différent d'une fac à l'autre... Avec un concours national plus, avec le numerus clausus sur la fac bien sûr. Je ferais ça en premier. Le reste, je ne sais pas je ne suis pas au courant de tout (rires) ». (4, P1, N)

Plus tard, c'est sur le contenu de la formation que portent les propositions. C'est, devenu résident ou généraliste, que les interviewés font part de ce qui leur manque, et cela porte en général sur les sciences humaines, sur le rapport au corps. Ce sont surtout des femmes qui expriment ces regrets :

« D'abord je changerais les études, je mettrais plus de psycho, de cours de communication, d'éthique, alors là j'inonderais de cours de communication, de psycho parce que ce n'est pas possible de ne pas être formé là-dessus, C'est une relation à l'homme et on ne peut pas faire sans... on ne fait pas de sociologie non plus, on ne fait pas de socio on ne sait pas à quel éventail de population on s'adresse c'est ridicule, donc je changerai ça pff... » (57, Résidente)

« Ca se passerait en fait au niveau de la formation, effectivement à la fac. Vous m'avez fait un peu réfléchir, sur psychologie et somatisation, alimentation. Tout ce qui manque à la médecine actuelle. Ce serait au niveau de la formation. Pour éduquer les gens. Chacun son domaine, c'est le médecin qui est censé informer. Si le médecin n'est pas au courant des choses de base... » (83, F, MG)

Sur le reste des études, il y a relativement peu de réponses, et celles-ci sont éclatées. Un étudiant fait part de la discrimination sociale liée au coût financier des études médicales et

pense que les étudiants en médecine devraient être rémunérés afin de favoriser l'égalité d'accès aux études. D'autres étudiants parlent de la promotion des études médicales (et paramédicales) en considérant qu'elles ne sont pas assez attractives. Là aussi, c'est sur la qualité du recrutement que porte la réponse, au-delà du seul nombre de médecins.

« Bah déjà j'aurais augmenté le numerus clausus en première année, parce que de toute manière le véritable problème c'est le manque de personnel et ça, ça se calcule dès la première année de médecine puisqu'après ce sont les mêmes progressions. Et puis pareil pour les infirmières, puisque les infirmières, elles ne sont pas très bien loties non plus. Enfin elles ont quand même certains avantages au niveau des logements, des choses comme ça, mais par contre elles ont pas, on en a entendu parler récemment, elles avaient manifesté pour la non-reconnaissance de leur 3^e année, elles se considèrent comme bac + 2, enfin des choses comme ça. Je trouve qu'en fait en matière de santé, alors que c'est un domaine où on a vraiment besoin de personnes on promet pas assez, enfin il n'y pas beaucoup de choses qui sont faites pour qu'on ait envie d'exercer ces professions et de se lancer dans ces études et il faudrait rendre ces professions-là plus attrayantes en faisant en sorte qu'il y ait davantage d'avantages. Par exemple peut-être un salaire plus élevé au niveau des études médicales, la reconnaissance de la 3^e année pour la profession d'infirmière, des choses comme ça. » (45, D4, fils d'ouvrier)

Souhaiter que les étudiants ne soient pas handicapés dans leurs études par des problèmes matériels est une chose, une autre est de réclamer que soit reconnu le travail des externes. Ceux-ci ont conscience que leur présence à l'hôpital ne consiste pas seulement à faire des études mais contribue aussi, en grande partie, au bon fonctionnement de l'hôpital. Ils considèrent qu'ils sont les « instruments » d'une gestion de la pénurie. Non seulement ils se sentent employés à bon compte, mais ils craignent que les réformes concernant leurs études répondent non pas à la nécessité de mieux les former mais à celle de les utiliser :

« Le nouvel internat, je trouve ça pas mal, c'est très long, il faut éviter de... euh... ils veulent aussi trouver des solutions d'élite pour gérer l'hôpital, c'est-à-dire augmenter le nombre de postes d'année d'internat, ça c'est une sélection à court terme pour boucher des trous et exploiter les médecins, enfin des étudiants, les internes ne sont pas très bien payés, enfin c'est pas qu'ils sont pas bien payés, donc là je trouve qu'au niveau des études médicales, ça va bien pour le moment, mais il y a des projets qui sont pas très bons, c'est-à-dire prolonger les études c'est trop long les études médicales déjà en France donc je pense qu'il faut pas les rallonger plus et c'est un problème qu'ils veulent, qu'ils veulent changer là ça va pas. » (90 D4)

Que ce soit pas les externes qui fassent le boulot parce qu'on veut pas embaucher, parce que nous quand même... en chirurgie, on est obligés de rester là l'après-midi, on rate nos cours parce qu'il y a pas d'aides opératoires, c'est quand même pas normal. C'est de la main-d'œuvre bon marché. On n'a pas à payer ce prix. » (69 D4)

II. Vers les malades

Il y a deux manières de considérer ce qu'il faudrait faire « du côté » des malades : il y a ceux qui feraient « pour » eux et ceux qui feraient « contre » eux.

« Pour » eux, on retrouve les propositions d'étudiants plus souvent que de médecins, en particulier lorsqu'ils sont sous le choc de leur première découverte de l'hôpital. C'est le cas de P2 qui sont particulièrement sensibles aux conditions d'hospitalisation des patients. Ce sont plus souvent des femmes ayant eu une vocation précoce à la suite d'une maladie, qui ont l'envie « d'aider les gens ». Ces étudiantes présentent en outre la caractéristique d'être

éloignées du milieu médical, ce qui les conduit à s'identifier aussi aux patients qu'elles rencontrent.

« D'améliorer les conditions de vie des patients à l'hôpital, parce que, on comprend complètement que des gens veulent aller dans une clinique quand on voit comment ils sont quand ils restent un mois à l'hôpital. Enfin, les chambres sont quand même pas du tout agréables avec, toujours ou quasiment toujours quelqu'un à côté... ouais je pense que ça c'est très important, et c'est pas du tout correct dans plein de services à l'hôpital euh... »

Q : Vous êtes choquée par ça ?

Ouais ! complètement !

Q : Vous ne vous attendiez pas à ça ?

Non, je pensais pas que c'était, dans certains services, à ce point glauque et, gris, froid euh... enfin moi je me verrai pas passer trois jours de ma vie dans ces conditions quoi, en étant malade en plus hein ! Il y a de quoi être vraiment très mal... » (13 P2)

« J'essaierais qu'il y ait une meilleure prise en charge des patients pas forcément une prise en charge médicale mais une prise en charge en général parce que je vois des patients à l'hôpital qui s'ennuient et tout ça c'est pas la faute du médecin non plus. Enfin il y en a pas mal qui me disaient que les journées étaient longues à l'hôpital, j'essaierais de mettre en place des choses dans ce domaine-là. (...) je trouverais ça intéressant qu'il y ait pas que le médical qui soit pris en charge à l'hôpital. Ce soit plus du relationnel c'est un peu le travail de l'aide-soignante, mais l'aide-soignante, elle, ne peut pas être tout le temps près du patient aussi. Et c'est vrai qu'il y a des services où ça serait bien qu'il y ait plus de relationnel avec le patient et qu'ils soient plus à l'écoute en fait. Qu'ils soient plus écoutés. » (77, P2)

Une série de réponses concernant les moyens hospitaliers va aussi dans ce sens, alors que d'autres vont surtout voir dans le manque de moyen de l'hôpital, des mesures pour les médecins et le personnel. Plus tard dans le cursus, comme s'ils s'étaient familiarisés avec les conditions d'hospitalisation, c'est surtout sur le manque de places et les conséquences pour les patients, qu'insistent les étudiants :

« Je donnerais de l'argent. Ah ! aux hôpitaux, aux urgences pour que ça soit pas comme ça, que les gens soient pas dans les couloirs à attendre des heures. » (69, D4)

« J'ai l'impression qu'il n'y a pas suffisamment de structures hospitalières pour accueillir tous les gens qui en ont besoin, qu'il n'y a pas suffisamment, d'appareils de haute performance de style, radiothérapie ou... enfin moi j'ai été extrêmement marquée pendant toutes mes études par les, par les personnes qui avaient un cancer quel qu'il soit, et il n'y avait pas de structure pour les recevoir en cours de traitement, et il n'y a pas de structure pour les recevoir en fin de vie » (56, résidente)

Le manque de place est très souvent évoqué et il choque les étudiants. Les plus imaginatifs proposent des solutions en dehors de l'hôpital, renforcer les structures de convalescence, faire de l'hospitalisation à domicile etc.

En revanche, ces patients pour qui il faut trouver de la place et des moyens pour mieux les soigner sont aussi abondamment destinataires de propositions. Celles-ci reflètent une posture conflictuelle, où l'on retrouve surtout des étudiants en fin d'études ou des médecins installés. On voit alors apparaître la figure du « bon » patient qui s'oppose à celle du « mauvais » patient. L'extrait ci-dessous est assez significatif de cette opposition :

« Et, et puis j'essaierais, je sais pas comment je ferais, mais j'essaierais de raisonner un peu la population, de faire un peu plus d'éducation à la santé peut-être, de façon grand public quoi. Pour essayer de limiter la course, la course à la consultation et aux soins pour, pour rien. Je pense que c'est ça. Et par contre, je laisserais quand même, je trouve qu'on a quand même un des meilleurs

systèmes de santé au niveau remboursement et qu'il faut pas supprimer cet accès aux soins pour tous quoi. C'est vraiment, c'est vraiment indispensable ; y'a plein de gens en France qui ne sont pas en bonne santé, et puis qui n'ont pas de boulot et qui ont peut-être pas de papiers et puis, moins on a de papiers moins on a de boulot et moins on est en bonne santé. Et si ces gens-là ne peuvent plus se faire soigner, c'est catastrophique. C'est eux vraiment qui ont besoin de soins et, qui sont vraiment malades et si on leur interdit l'accès aux soins... » (57, résidente)

On peut alors opposer ce discours à ceux d'un généraliste et d'un résident qui fustigent les « catégories défavorisées » qu'ils jugent responsables de dépenses de santé abusives :

« Je vais dire quelque chose de très politiquement incorrect mais vous m'avez dit que c'est anonyme donc je vous fais confiance. Je responsabiliserais plus les classes sociales défavorisées qui, on le sait, sont pour une grande partie source de la surconsommation de soins. C'est absolument impossible de dire ça à la télévision, c'est la réalité, donc je le ferais parce que je crois qu'il faut le faire, je crois qu'il faut dire à un moment non c'est pas parce que vous ne payez pas le docteur que vous le ferez venir trois fois dans un dimanche à 50 € » (76, généraliste)

« Il y a le déficit de la sécu bon je sais pas, moi je sais par exemple il y a la couverture mutuelle la CMU, couverture maladie universelle, je ne suis pas sûr que ce sera une très bonne idée parce que beaucoup de gens en abusent, je constate beaucoup beaucoup beaucoup d'abus en tant que médecin, c'est vrai que pour le médecin c'est une bonne chose puisque ça augmente le chiffre d'affaires, mais c'est une véritable catastrophe pour l'État parce que les gens viennent pour un oui, pour un non, car en tant que médecin est-ce qu'on facture ou on facture pas. C'est vrai que médicalement on n'a pas fait grand-chose mais ils nous ont pris de notre temps, le temps qu'on ne peut pas consacrer à d'autres patients, donc de ce point de vue là, on doit facturer, mais d'un autre côté, on dit : on n'a pas fait grande chose, on ne facturera pas, sachant que ces gens là ils reviennent, ils reviennent, ils reviennent très souvent et je trouve que la CMU c'est une véritable catastrophe pour ça, je sais qu'il y a des gens qui pensent que en fait ça permet aux catégories défavorisées de se soigner, c'est pas tant non plus de ce côté là, parce que c'est vrai que ça permet, il y a certaines pathologies comme la tuberculose qui revient etc., du fait de, du fait euh des gens qui sont en situations précaires qui sont pas soignés, il y a ce côté là qui est vrai mais d'un autre côté je vois surtout beaucoup beaucoup d'abus, énormément d'abus... parce que... je crois que c'est pour avoir la CMU, c'est 3 000 F à peu près par mois... les gens qui viennent me voir des fois quand je suis en cabinet en ville, quand je fais des remplacements, ils ont des voitures, ils ont des téléphones portables, je sais pas comment ils font avec 3 000 F par mois... ils viennent, ils posent sur la table les clés de la voiture et le portable. » (86, résident)

Ces extraits montrent que le désarroi de ces jeunes (futurs) médecins se porte sur l'attitude à adopter devant des patients qui adoptent un comportement qu'ils jugent inadapté à ce qu'ils attendraient d'une clientèle « éduquée ». La question des « abus » est complexe à comprendre, elle témoigne d'une idée de ce que doit être la demande des patients, sorte de morale médicale qui détermine dans quels cas une demande de consultation est valide ou non. De ce point de vue, avec des nuances, tous les jeunes médecins se heurtent à des comportements de patients qui ne correspondent pas à ce qu'ils se sentent autorisés à valider ou non comme « responsable » ou plutôt, « conforme » à ce qu'eux, médecins, en attendent.

Les discours sur les abus des malades mettent en scène ces représentations profanes et savantes de la maladie et ne concernent pas que les catégories défavorisées, mais c'est sans doute à leur sujet que se manifeste la plus grande incompréhension. Les cures abusives, les opérations esthétiques, les multiples consultations dans la journée, les demandes d'arrêts de travail ou d'antibiotiques non justifiées à leurs yeux, la liste est longue des actes médicaux qu'ils jugent inutiles. Sûrs de savoir ce que vaut une consultation et ce qui l'invalide, ils

considèrent que la faute est à imputer aux patients et que c'est à eux de payer. Un interviewé propose d'ailleurs une tarification à la pathologie : plus c'est grave, plus on est remboursé, et réciproquement. L'accès aux soins selon les situations professionnelles ou les revenus serait remplacé par un autre critère, dont ils détiendraient à nouveau le pouvoir. Et il semble bien que c'est de ce pouvoir-là qu'ils s'inquiètent, de cette distance entre les critères de leurs patients et les leurs. Les justifications avancées, qu'elles concernent le manque de place ou le manque d'argent, sont aussi toujours celles du maintien du système de sécurité sociale et de l'accès aux soins. Demander aux patients de payer (un peu ou beaucoup), c'est aussi chercher à retrouver les termes d'un acte libéral, sans avoir ce sentiment d'être fonctionnarisé et utilisé comme un service public.

« (Rires) C'est compliqué ! Quelles premières mesures ! Euh (il réfléchit) c'est vraiment difficile. Je ne sais pas, je pense que la première mesure c'est vraiment, c'est réformer, enfin c'est essayer de faire passer le... [j'ai] un petit peu l'impression qu'on peut avoir des patients de l'état providence et : « La sécurité sociale est là, tout est gratuit, tout va bien ! ». Donc je ne sais pas, je pense que je mettrais les gens un peu face à la réalité en supprimant en grosse partie le soutien que la sécurité sociale peut donner. Bon, il y a certaines pathologies qu'on est obligé de prendre à 100 % et c'est normal de les prendre à 100 %. Il y a d'autres pathologies ou d'autres façons d'aborder les consultations avec les médecins où prendre dix avis auprès de dix médecins différents pour la même chose c'est pas normal, bon. La personne a le droit, mais bon. La Sécurité sociale par exemple ne devrait pas avoir à rembourser dix consultations pour le même problème chez dix médecins différents. Enfin tout un ensemble de choses comme ça, enfin... En tout cas essayer au maximum de limiter la poly-consultation et puis... » (49-SAD4)

Le malade « doit se prendre en charge », disent de nombreux interviewés, mais il est difficile de bien cerner ce qu'ils entendent par là. Pour certains, il est clair que la prise en charge en question est financière, ils doivent contribuer au paiement de l'acte médical. Pour d'autres, il doit faire attention à sa santé, sorte de bien public que l'on ne doit pas gaspiller. Les médecins ne sont pas à la recherche de patients, ils savent tous qu'ils ont et auront du travail mais c'est chez eux aussi que se manifeste le dilemme : s'ils ont trop de travail, ils doivent avoir des priorités et si les patients les avaient en amont, ils pourraient plus facilement se consacrer aux malades qui en ont besoin. Ainsi, les jeunes médecins sont conscients du rôle qu'ils doivent jouer pour « éduquer » les malades, leur apprendre à ne pas consulter pour un rhume ou limiter la consommation d'antibiotique. Mais il faut pour cela accepter d'être maltraité par certains malades mécontents et jugé « mauvais médecin » :

« Maintenant les gens n'acceptent plus d'être malades ! ils n'acceptent pas ! on est tellement capables de tout, on a l'impression qu'on a tellement maintenant d'exams, de possibilité de tout, que c'est inacceptable qu'un enfant ait de la fièvre 48 heures quoi ! 48 heures mais vous ne vous rendez pas compte, faites quelque chose vous êtes mauvais quoi c'est pas possible, mon enfant a encore 40, ça fait 48 heures qu'il a de la fièvre ! oui mais dans, à partir de 72 heures il n'en aura plus parce que c'est viral, on a beau leur expliquer mais non ! si vous donnez pas l'antibiotique, si vous donnez pas ça, c'est que vous êtes un mauvais médecin ! et ben c'est ! mais c'est à nous de former les patients mais moi je le fais je le fais ! c'est pour ça que je passe du temps avec les patients ! » (47, MG)

Seule une interviewée propose, elle, de « mieux rembourser » ceux qui n'ont pas de moyens, parce que « quand [elle se] promène dans le bus ou [elle] voit beaucoup de gens qui sont édentés, qui sont pas très âgés, c'est pas juste » (84).

Qu'est-ce qu'être malade ? Au cœur de ces interrogations, on retrouve cette question essentielle qui hante ces médecins et pour laquelle ils n'ont sans doute pas reçu, au cours de leur formation, de réponse satisfaisante...

III. Pour les médecins

Les étudiants en médecine et les médecins ne s'oublient pas, si on leur propose de prendre les commandes de leur ministère de tutelle. Facilement, un certain nombre d'entre eux va invoquer une revalorisation des rémunérations médicales. En fonction de leur milieu, de leur cursus, de leur pratique, il faut revaloriser l'acte du généraliste ou celui du spécialiste, ou encore les salaires des médecins hospitaliers. Les enfants de médecins sont très preneurs de ce type de mesure...

« *Q : Si vous étiez ministre de la santé qu'est-ce que vous prendriez comme première mesure ? (Très fort et très affirmative) Augmenter les prix des médecins ! (rires) » (28, P1, fille de radiologue)*
« *J'arrêteraï d'assassiner les médecins au niveau des impôts voilà. (très véhémence). C'est pas justifié. Avec les 35 heures dont on a beaucoup parlé. Quand on voit que les médecins travaillent 70 heures par semaine, qu'ils ont plein de charges à payer, je trouve que c'est les assassiner. Pour moi c'est vraiment... c'est vraiment un métier où on gagne certes bien sa vie parce que, faut pas cacher les choses non plus, on est quand même pas désavantagés, mais je trouve que pour le service rendu, pour le travail fourni on est un peu étranglé. » (33, D4, fille d'obstétricien)*

On ne saurait mieux illustrer à quel point, avant même d'être médecins, certains étudiants se pensent déjà dans la profession, comme cette interviewée qui emploie le « on » pour dénoncer les impôts qu'elle ne paye pas encore, sans doute.

Chez les médecins, la question de l'acte est aussi liée à une représentation de la valeur, celle qui leur est reconnue au regard de ce qu'ils pratiquent :

« *Je sais pas si c'est la première, mais la mesure qui me paraît essentielle et révolutionnaire, (long silence)..., je vais pas dire revaloriser l'acte... silence... moi en fait ce qui me gêne, c'est cette distorsion entre généralistes et spécialistes. Et justement les dernières réformes qui justement voulaient aplanir, et en fait je m'aperçois que c'est pas le cas. Et ça me gêne toujours quand je vois un patient qui a été voir un spécialiste, qui a payé 80 euros, qui a fait une consultation de dix minutes, et puis moi avec mes consultations qui peuvent durer dix minutes mais qui peuvent aussi durer 3/4, ça dérange aussi les patients, d'abord c'est une telle distorsion. » (88, MG)*

« *J'orienteraï une politique vers la rémunération de l'acte clinique plus que celle de l'acte technique puisqu'actuellement... je trouve pas normal que le cardiologue qui fait une échographie gagne plus de 100 €, dans le même temps, le généraliste ou le médecin interniste qui va passer une demi-heure avec un patient compliqué à examiner, lui demander ce qui va pas, on gagne 20, entre 20 et 100, et encore le radiologue ça va pas être 100 mais 300 €. Donc y'a une trop grande différence entre l'acte technique et l'acte clinique qui est pourtant le plus difficile puisqu'il y a tout l'investissement personnel, de devoir écouter le malade, de rester gentil, de se contrôler, de rester attentif, c'est beaucoup plus difficile que de passer une sonde sur un ventre, donc j'augmenteraï grandement l'acte clinique, la consultation simple avec un patient. » (90, interne de médecine interne)*

Certains seraient preneurs d'une sorte de salariat, ou d'un revenu minimum, au moins un système qui reconnaîtrait leur fonction au-delà de leurs actes :

« J'essayerais de... enfin j'essayerais d'orienter plus les médecins généralistes vers une forme de salariat en fait. C'est ce dont il avait été question, pour maîtriser en fait... parce qu'en fait c'est pas vraiment une profession libérale puisque c'est la Sécu qui finance, pour maîtriser un peu les dépenses... Il y avait des propositions c'était, c'était en fait les gens viennent s'inscrire chez un généraliste chez lequel ils acceptent d'être suivi et en fait le généraliste est rémunéré pour le suivi. » (59, résident)

« Il aurait un salaire minimum c'est pas si difficile hein comment faire une médecine de qualité sans prendre 40 patients dans la journée parce que 40 patients ça veut dire 5 minutes par patient enfin pour moi c'est pas... C'est vrai qu'il y a des choses qu'on peut faire rapidement mais c'est, je pense au détriment aussi d'une médecine de qualité, en même temps je ne vois comment, effectivement, les médecins peuvent faire, comme le font les spécialistes, un patient toutes les demies ou toutes les heures, je vois pas... » (64, MG)

Très peu de médecins imaginent des mesures allant à l'encontre des médecins eux-mêmes, sauf pour la question des gardes, à laquelle les résidents sont particulièrement sensibles. C'est en effet eux qui les assurent, à l'hôpital ou en remplacement, et certains voient dans le refus de nombreux médecins de ville d'assurer les gardes une des causes du déficit de la Sécurité sociale :

« Le prix de l'acte on s'en fiche un peu. C'était surtout le coup des gardes. Je trouve choquant que les gens veuillent plus faire des gardes, même si c'est chiant. Si on fait pas des gardes tout le monde va à l'hôpital et là, la Sécu elle est plombée je vous assure. Et puis les heures d'attentes, ça va être l'horreur. C'est pas du tout pensé pour ça l'hôpital. » (48, résident)

« J'ouvrirais ben des postes euh aux urgences, j'obligerai les médecins de ville à effectivement respecter leur statut à savoir la continuité des soins donc des gardes, les gens ne le font pas, moi je sais parce que j'en fais un petit peu dans le 91 près de chez mes parents le week-end, les médecins balancent tout sur SOS, si tous les médecins qui sont médecins prenaient des gardes nous on a fait le calcul sur notre petit secteur dans le 91 ça ferait deux gardes par an, c'est complètement ridicule ! Comme ça ne se passe pas comme ça, en fait ceux qui font des gardes s'en tapent dix, quinze, ça c'est pas normal donc moi je mettrais les médecins face à leurs responsabilités vis-à-vis de ça (?) si tout le monde le faisait ben, ça serait tout à fait supportable, de toute façon il n'y a pas de raisons que ce soit à la charge de quelques pauvres types qui ont un peu de bonne volonté. » (60, résidente)

Au-delà de la valeur financière du travail du médecin, c'est sa valeur sociale, les moyens de sa reconnaissance qui préoccupent les médecins et les étudiants. Sur ce registre, sont invoqués les procès contre les praticiens, les dénigrements médiatiques, les contrôles des tutelles, le pouvoir administratif de l'hôpital.

« Enfin je pense qu'il faut laisser un peu plus de liberté au médecin pour... Enfin ils sont quand même capables de gérer leurs trucs, leurs patients et tout ça donc je pense que voilà quoi : plus de liberté ! » (23, P2)

« Éviter d'attaquer les médecins. Attaquer un médecin pour gagner de l'argent alors qu'il n'a pas vraiment mal fait son travail, je pense qu'il faut le protéger et diminuer le temps que passent certains médecins à l'hôpital c'est-à-dire quand ils doivent cumuler 24 heures d'affilée et essayer de faciliter la vie du médecin. » (50, P2)

« Je sais pas, je sais pas, qu'on nous laisse un petit peu un peu plus d'oxygène, c'est pas forcément une question que financière hein, c'est vrai effectivement que...

Q : Vous vous sentez un peu oppressé par la Sécu, tout ça, est-ce que c'est très présent ?

Oui ça doit l'être effectivement parce qu'il ne faut pas faire n'importe quoi, mais je trouve qu'effectivement qu'il y a des fois, il y a une réalité économique qui ne va pas forcément avec la sécurité du patient, euh quand on donne certains médicaments, on sait pertinemment que si on l'associe avec un autre le patient sera plus protégé, et ben il est pas dans les recommandations

d'associer les deux, alors qu'est-ce qu'on fait on donne quand même ? On se dit est-ce qu'on va pas se faire aligner par le médecin-conseil, euh en disant c'est comme ça ? » (61, MG)

« De changer, de redonner le pouvoir aux médecins, notamment au niveau hospitalier, donc en réprimant plutôt le pouvoir qu'ont pris les administratifs au sein des hôpitaux, peut être en nommant un peu plus de gens issus de métier médical au sein des administrations hospitalières et puis en donnant plus de place aux chefs de service. » (90, interne MI)

Mais tous ces discours ne sont pas très virulents et, surtout, ils prennent une place moindre dans le récit des pressions que lorsqu'il s'agit de dénoncer les comportements des patients. Ce sont eux qui semblent les plus contraignants pour les médecins, et qu'ils semblent le plus craindre.

Il faut noter quelques discours, plus marginaux, qui portent sur la concurrence entre médecins mais qui, ici porte sur les étrangers. Ce sont des D4 qui, à la veille du concours et au risque de ne pas trouver de place en spécialité, dénoncent les postes ouverts pour les étrangers alors qu'ils craignent de ne pas en avoir pour eux :

« Donc, je ferais un peu le ménage et en ce qui concerne les études, je dirais, augmenter le nombre de postes, oui, j'augmenterais le nombre de postes. Et surtout, je ne ferais pas appel aux médecins étrangers comme ils font. C'est honteux, honteux pour moi parce que je vois, il y a des médecins étrangers qui des fois, ils ont le niveau, des fois, ils n'ont pas le niveau, des fois ils ne savent même pas parler français ; très bien, moi, je veux bien leur apprendre, ça ne me dérange pas. Mais savoir que, ça va faire très lepéniste alors que pas du tout, mais, moi, je vois que je n'ai pas de place alors qu'on prend un médecin vietnamien qui ne sait pas parler français. Moi, je dis : « attendez, pourquoi est-ce que moi, je n'ai pas le droit non plus à ma chance d'exercer ? ». Je ne trouve pas ça normal pour moi et pour eux, c'est honteux parce qu'ils arrivent, on les traite comme des chiens, ils n'ont aucune perspective de carrière, ils ne sont pas payés. Ils sont là pour boucher les trous parce que justement à cause du fait qu'il manque des internes. » (55, D4, SA)

IV. Et les autres...

Les autres, c'est d'une part le reste du personnel hospitalier et, d'autre part, « la société », ce qui recouvre des propositions d'ordre général qui relèvent surtout d'orientations de politique de santé.

Les autres personnels hospitaliers ne sont pas tellement pris en compte par les médecins, sauf pour demander leur augmentation, en nombre (souvent) et en salaire (parfois). Ce sont surtout les infirmières qui sont prises en considération à ce niveau, et ce n'est pas un hasard si ce sont surtout les P2, au lendemain de leur stage infirmier, qui en parlent :

« Oh, là ! (silence) quelles seraient les premières mesures ? (silence) Enfin, je ne sais pas, mais peut-être ajuster les salaires des infirmières, enfin les infirmières, elles ne gagnent pas beaucoup, certains médecins aussi peut-être. Enfin je ne sais pas comment c'est possible, je n'y connais rien en politique, mais peut-être ajuster un peu. » (40, P2)

« De fournir les moyens qui vont avec les exigences, enfin qui vont avec ce qu'on exige de l'hôpital actuellement. Ce qui n'est pas le cas. Le manque de moyens ça ça... (...) Oui. Le manque de moyens ainsi que le manque de personnel paramédical. Et le manque de médecins qui arrive en troisième position. (24, P2)

En revanche, on trouve aussi des discours accusateurs contre le personnel de l'APHP qui est, à son tour, dénoncé pour ses abus et surtout pour sa moindre productivité. La même étudiante qui voulait imposer des gardes aux médecins de ville serait prête à virer du personnel de l'hôpital.

« Je virerais les gens qui travaillent pas parce que, c'est pas correct de dire ça, mais les gens sont invirables à l'assistance publique. Il y a des tas de gens qui travaillent ici qui pourraient jamais travailler parce que, c'est ce qu'on disait tout à l'heure il n'y a aucun contrôle, aucun audit enfin euh, les gens sont embauchés et puis ils peuvent être la moitié de l'année en arrêt maladie, personne ne vérifie, que le brancardier s'arrête à la cafet entre chaque trajet enfin ça c'est fou ! » (60, résidente)

Les discours des étudiants et des médecins sur la santé sont donc très majoritairement tournés vers eux et ce qu'ils vivent. Pourtant, certains tentent d'ouvrir leurs propos, de placer la question sur une échelle plus large d'enjeux, d'y introduire des questions de prévention, de législation, de débat sur l'éthique ou sur l'euthanasie.

On y trouve des questions qui animent des jeunes étudiantes, sans doute au regard de leur propre vécu, touchant les délais de l'avortement, ou la prévention dans les lycées pour éviter des grossesses précoces, comme cette Guadeloupéenne le constate trop souvent chez elle :

« Cela tient plus de la prévention dans les lycées pour les jeunes filles. Elles tombent enceintes un peu trop facilement et qui par peur gardent leur enfant. Je trouve ça dommage qu'une fille de seize ans se retrouve avec un enfant sachant que les études sont de plus en plus difficiles. C'est gâcher sa vie et gâcher la vie de son enfant. En fait moi je connais une fille qui est tombée enceinte au collège. Elle a dû redoubler sa seconde. Elle a gardé l'enfant. Elle poursuit maintenant ses études en France et l'enfant est à la Guadeloupe avec sa mère. (...) Moi cela m'horripile. On devrait changer les mentalités. Pourquoi ne pas donner des cours de relations sexuelles très tôt peut-être ? » (50, P2)

Des étudiants, issus du milieu médical, élargissent leur propos aux questions d'éthique, de la recherche, de l'euthanasie. Mais ces questions sont surtout abordées par les plus jeunes. Les plus âgés sont plus pragmatiques, ils cherchent à trouver des solutions intermédiaires pour pallier l'engorgement de l'hôpital ou de leur clientèle :

« J'essaierais de trouver les crédits justement pour monter plus de maisons d'accueil des patients après une hospitalisation pour la convalescence ou pour. Moi au niveau de mes stages d'externe je vois vraiment les difficultés et c'est ce qui bloque des lits et finalement on perd des journées d'hospitalisation en hébergeant des patients alors qu'ils n'ont plus besoin de soins. » (22, D4)
« Je crois que sur le plan économie je tiendrais plus compte du vieillissement de la population et de, et de, et de l'augmentation des, des, des capacités technologiques qui permettent aux gens de vieillir longtemps et en meilleure santé. Donc euh, donc forcément notre nombre à nous de médecins ne suffira pas quoi, ne suffira pas pour gérer toute la, tous les problèmes médicaux. Euh peut-être qu'on sera amenés à déléguer beaucoup, que notre travail va plutôt s'orienter vers de la médecine préventive mais véritablement préventive. Et que la médecine de soins sera laissée à des structures adaptées où ça ne sera pas forcément des médecins mais comme un peu aux États-Unis des assistantes médicales capables de prendre en charge les petites, les petites pathologies on va dire. » (65, MG)

En règle générale, les étudiants et les médecins ne font pas preuve de beaucoup d'imagination dès lors qu'il s'agit de sortir de leur expérience personnelle, voire quotidienne. À travers les réponses à cette question, on voit qu'ils circonscrivent les problèmes de santé à leur profession et aux obstacles qu'ils rencontrent. Ils savent que leur profession est souvent

prise à parti dès lors qu'il s'agit de régler les problèmes de dépenses de santé et c'est surtout autour de ces questions qu'ils nous ont répondu. Là, ils ont tendance à déplacer la responsabilité et à désigner les patients comme principaux coupables des déficits. Ils élaborent un discours paradoxal où ils demandent à ces derniers de faire preuve de discernement lorsqu'ils font appel à eux, mais réclament en même temps d'occuper une place plus importante dans la décision de soin, voire dans celle du remboursement. Ils cherchent à renverser la tendance : ils proposent d'être les pivots d'un système de contrôle de la « bonne pratique » des malades, mais ne veulent pas être soumis à leur contrôle en retour. Nous laisserons à une résidente le soin de résumer cette ambivalence qui se traduit ici par la difficulté à déclinier les « droits et les devoirs » des uns et des autres :

« Là je vais être méchante mais le médecin c'est pas un self-service quoi. On ne vient pas chez le médecin comme on vient au marché pour demander sa petite ordonnance d'aspirine. Donc là dessus je peux être très « bah non ! » [en tapant du poing sur la table] enfin voilà (rires) c'est pas parce que... déjà si les gens ils ne se permettaient pas de faire ça enfin, on a l'impression qu'ils ont le droit à tout mais ça ne marche pas comme ça quoi ! Nous, on a des devoirs envers eux mais eux ont aussi des devoirs envers nous. C'est la santé quoi, ils n'ont pas à faire n'importe quoi. Ils ont des droits et des devoirs. Nous, c'est sûr, on a le devoir de porter assistance mais eux, ils ont des droits, ils ont des droits sur la santé mais ils ont aussi des devoirs. Je ne sais pas ça me paraît tellement évident. Je pense qu'il y a une éducation à faire énorme. Il faut arrêter quoi, ils ne peuvent pas consommer ça, comme des bonbons quoi enfin. Je suis un peu dure parce que toute personne qui vient voir le médecin ne le fait pas par hasard non plus, il y a une demande derrière mais euh... » (57, résidente)

Conclusion

Comment se forme une profession ? Les études de médecine nous fournissent, sur ce point, un matériau exemplaire. On mesure ici à quel point les interrogations soulevées par Eliot Friedson à propos de « la profession médicale »⁴³ prennent ici toute leur pertinence. Il s'agit bien d'une combinaison de processus qui visent à constituer un corps d'expert susceptible d'opposer un savoir spécifique aux représentations profanes de la maladie, afin d'assurer leur autonomie et un pouvoir de décision interne et externe sur l'organisation du système de santé. Il vaut mieux parler d'autonomie que d'indépendance. Celle-ci est mise à mal en France comme de nombreuses analyses l'ont déjà montré, qu'il s'agisse du contrôle des tutelles sur l'établissement des honoraires et des pratiques ou de la régulation étatique de la démographie médicale. Les médecins n'ont plus le pouvoir de décider des conditions matérielles de leur exercice, mais ils conservent celui de dire la maladie. Les étudiants savent bien qu'ils sont, au sein de la « chaîne de soins », destinés à occuper la position dominante. Ce sont ces « responsabilités » qu'ils attendent comme la consécration de leur fonction : faire un diagnostic, élaborer un traitement et surtout fonction suprême, prescrire. Lors des stages, ils mesurent leur avancée dans ce rôle, à chaque mission qui leur est confiée, à chaque malade qui leur est attribué, et surtout lorsque, devenus internes, ils ont à prendre, seuls, des décisions qui font autorité sur tout le reste du personnel hospitalier. Mais s'ils occupent une position hiérarchique qui leur assure d'être suivis au sein de l'institution, ce n'est pas sur le malade lui-même qu'ils ont autorité. Comme les étudiants le remarquent très tôt, celui-ci paraît « passif », « infantilisé » et soumis à la machine hospitalière. Ce n'est pas aux patients que les médecins « donnent des ordres » mais aux autres membres de l'équipe soignante. Un pouvoir qu'ils n'ont plus en cabinet libéral : les malades ne sont plus leurs subordonnés et ils doivent asseoir cette autorité dont ils jouissaient au sein de l'hôpital sur des bases nouvelles, dans un face à face privé. Ils rencontrent alors des refus, des oppositions, voire des menaces, et même lorsque les situations ne sont pas ouvertement conflictuelles, ils se sentent précarisés dans leur fonction d'expert. Le *hiatus* entre la formation et l'exercice de la médecine paraît grand et complexe à comprendre. Pour cela, nous pouvons tracer quelques pistes qui reprennent les principaux matériaux de cette étude, qui retrace le long processus de la socialisation médicale.

Dans un premier temps, nous tenterons de saisir la logique selon laquelle les étudiants acquièrent des connaissances. Une logique qui fait état de continuités et de ruptures et qui explique aussi la forte sélectivité sociale des études de médecine. Ceci nous conduira à interroger le rôle des facultés de médecine dans ce processus, un rôle souvent minimisé et réduit à ses aspects fonctionnels, mais qui représente un vecteur puissant des valeurs de la profession. Enfin, nous terminerons par des interrogations sur l'impact du processus d'apprentissage de la médecine sur les pratiques médicales, en particulier sur l'écart qui semble se creuser entre la maladie « des médecins » et celle « des patients ».

Apprendre la médecine ou apprendre à être médecin ?

Les étudiants ne partent pas tous avec les mêmes atouts au concours de première année, même si celui-ci revêt tous les attributs d'une épreuve anonyme et apparemment égalitaire. On pourrait même dire que certains ont « quelques longueurs d'avance » sur les autres, et cet avantage ne se mesure pas en savoir scolaire mais en connaissance du milieu et des

⁴³ Friedson Eliot (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot.

« bonnes » stratégies pour réussir. À entendre les étudiants raconter comment ils se situent durant cette année, on pourrait presque prendre des « paris » sur leur classement final : certains sont « dans le bain » à peine entrés en faculté, ils savent ce qu'il convient de faire ou non, ils sont avertis des pièges à éviter et, surtout, ils ne posent pas la question du sens de ce qu'ils apprennent. La seule fonction qu'ils attribuent à cet apprentissage est celle de sélectionner, et c'est aussi la seule manière de rendre acceptable cette opération de « bachotage ». Encore faut-il le savoir. Les étudiants les plus étrangers au milieu entrent en médecine pour apprendre la médecine avant tout. Ils espèrent apprendre les bases de leur futur métier et celles-ci ne semblent pas correspondre à l'idée qu'ils s'en faisaient. Ce temps perdu à comprendre qu'il n'y a rien à comprendre, ils le payent souvent d'un échec. Au mieux, la première année est consacrée à cette « découverte » et celle du redoublement au « bachotage ». S'ils réussissent, c'est qu'ils sont arrivés à opérer cette « conversion » assez rapidement pour rattraper les trains des autres, ceux qui savaient déjà et qui, cours privés aidant, ont « pris de l'avance ».

Il est difficile, pourtant, de considérer que cette épreuve est sans lien avec le processus « d'entrée en médecine », ou qu'il n'a aucun sens. En fait, il donne le coup d'envoi à de nombreuses années durant lesquelles les étudiants vont apprendre ce que signifie « devenir médecin ». La comparaison des discours des étudiants selon leur proximité avec le milieu médical permet de prendre la mesure de cette rupture initiatique que constitue la première année : rompre avec une approche profane du métier et de son apprentissage, pour adhérer à une conception professionnelle du savoir médical. En effet, l'approche profane consiste à appréhender la maladie à partir d'une représentation du médecin en exercice, face à un malade. Selon cette représentation, le médecin, est celui qui guérit, et donc qui répond à une souffrance. Les étudiants étrangers au milieu médical véhiculent surtout ce modèle en entrant en faculté. Celui-ci est encore plus présent lorsque la « vocation » est déclenchée par une expérience de maladie, personnelle ou touchant un proche. En revanche, les enfants de médecin s'identifient à une figure familiale et non professionnelle, certains disent même n'avoir jamais « vu de médecins ». On ne peut mieux dire que cette fréquentation quotidienne de l'homme/père ou de la femme/mère occulte l'image du professionnel telle qu'un malade l'appréhende lors d'une consultation. L'héritage médical se passe dans l'intimité familiale, ce que ces étudiants connaissent du médecin et ce que leurs proches leur en disent, lorsqu'ils parlent des malades et des maladies ou de leurs confrères. C'est ce que des médecins disent de leur pratique et non pas ce qu'ils font en pratique.

Cette distinction place les « héritiers » et les autres dans des places quasiment opposées. Les premiers se nourrissent de discours sur une pratique élaborée dans une sphère non professionnelle, ou du moins non agissante ; les seconds d'une pratique au sein de laquelle le discours même est agissant, voire performant. Le médecin est pourvu de cette image souvent idéalisée et quelque peu magique, il est doté d'un savoir reconnu et légitime qui lui accorde le pouvoir d'agir.

Un médecin n'est médecin que parce qu'il est devant un malade, ou supposé tel. Cela pourrait résumer la base de l'exercice médical vue par les profanes. Mais ce n'est pas la base de l'enseignement de la médecine. Il n'est pas question de malades lors de la première année de médecine, ni même de maladie : ce sont des matières abstraites, la chimie, les mathématiques, la physique, qui constituent le « noyau dur » du programme. Si les étudiants apprennent quelques matières plus « humaines » (comme l'anatomie, la physiologie ou la

biochimie), celles-ci sont enseignées comme un savoir brut et non dans une perspective de soin. Ceci n'est pas sans perturber les étudiants qui sont venus là pour soigner. Ils découvrent que, non seulement cette dimension n'a aucune place dans les critères sélectionnant les futurs médecins, mais qu'ils ont intérêt rapidement à mettre cette ambition de côté, à prendre de la distance avec ce qu'ils attendaient des études de médecine, s'ils veulent avoir quelques chances de réussir.

Ils accordent en général une vertu sélective à ce programme de PCEM1, ce qui leur permet d'en accepter l'apparente inutilité. Ils sont alors étonnés de découvrir que le PCEM2 est organisé sous une forme similaire. Un étonnement qui ne frappe pas tous les étudiants de la même façon, mais qui, pour les moins initiés, marque aussi le début d'une grande désillusion. Cette distance au soin que les étudiants doivent acquérir en première année est maintenue ensuite, car il ne s'agit pas d'un « accident de parcours » mais bien des bases de l'enseignement de la médecine. Celui-ci commence par éloigner l'étudiant du malade en le plongeant dans le plus invisible à l'œil nu. Du plus abstrait il passe à la maladie et, parfois, il arrive au malade. On lui a donné au départ les bases pour comprendre, par exemple, comment agit une bactérie et comment un antibiotique vient contrer son action, on lui apprendra ensuite ce qu'est une infection et comment la soigner. Il sait tout cela avant de savoir comment se conduire devant un malade.

L'apprentissage des connaissances médicales suit donc un bien curieux chemin, que l'on considère d'ailleurs la formation théorique ou la formation pratique. Le « stage infirmier » en est un bon exemple. Les étudiants entrant en PCEM2 se voient propulsés dans un univers qu'ils ne connaissent pas – qui est celui des soins de base – après une année de formation totalement théorique et sans aucune référence avec le travail hospitalier. Ils y vont sans savoir pourquoi on les y envoie et sans aucune initiation : on ne leur a pas présenté le fonctionnement de l'hôpital ; on ne leur a pas donné les règles minima d'hygiène ; on ne leur a pas parlé du lien entre ce qu'ils verront et ce qu'ils feront. Rien de tout cela lorsqu'ils arrivent à l'hôpital, au contraire des élèves infirmiers ou aides-soignants lorsqu'ils font leurs premiers pas dans les services. Cette confrontation a un effet différent selon les étudiants, mais elle a toujours pour résultat de leur signifier que s'ils font ce stage, ils ne font pas, pour autant, partie de cette catégorie-là de personnel hospitalier. Autrement dit, ce stage leur enseigne les frontières entre deux mondes : le monde des médecins et les autres.

En tant qu'étudiant en médecine, quelques mois ou quelques semaines après, ils occupent radicalement une autre position. Là, ils n'ont plus rien à faire, ils « bouchonnent » dans les couloirs, ils ne savent même pas s'ils sont autorisés à regarder... et regarder quoi ? La différence est édifiante : « avec les infirmières, vous agissez ; en tant que futur médecin, remettez vos mains dans vos poches et regardez-nous, les médecins, circuler ». C'est là tout l'enseignement de cette deuxième rupture, qui suit de près la rupture théorique dans le processus d'acquisition des savoirs. Il s'agit là de savoir se placer, mais en retrait de l'acte de soin, le plus loin possible, pour ensuite, au fil des années, l'approcher à nouveau mais dans une fonction nouvelle.

Le médecin n'est donc pas quelqu'un qui sait ce que sait une infirmière, avec des connaissances supplémentaires. C'est d'abord quelqu'un qui sait autre chose et le pratique autrement. Il n'appartient pas au « même corps » que le reste du personnel hospitalier, son savoir est acquis « ailleurs » et son autorité est justement basée sur cette division. Lorsque les

étudiants issus du milieu médical parlent de ces premières expériences de stage, ils y trouvent plus ou moins d'intérêt, mais surtout, ils ne sont pas perdus : ils savent déjà où se situer, ils savent où ils vont et ils sont déjà ce qu'ils deviendront : des médecins. Les autres font part de leur désarroi et de leur difficulté à se situer dans ces espaces inconnus où, en un temps très court, ils se trouvent projetés. Être médecin, est-ce apprendre les gestes infirmiers ou, « pire », faire une toilette ? Est-ce ensuite errer dans des couloirs sans comprendre ce qui se passe ? Quelle relation établir entre ces disciplines abstraites et l'activité hospitalière ? Cette mise à distance du soin, dans un premier temps, du corps souffrant et du geste soignant, semble bien constituer une première initiation à la posture médicale.

Par la suite, tout au long du cursus, va s'opérer un long cheminement pour retrouver enfin le contact avec le corps malade, le geste soignant, l'acte médical. Celui-ci s'apprend progressivement, autant en regardant faire qu'en faisant, par identification à des maîtres mais sans preuve. Aucune épreuve pratique ne vient confirmer cette acquisition, qui reste totalement déclarative. L'approche des malades, la capacité à les interroger, à les manipuler, à réaliser des gestes intrusifs n'a pas de valeur traduite en points validant une acquisition de connaissances. Qu'à cette occasion, la seule appréciation des encadrants, souvent peu pédagogues à entendre les étudiants, soit clairement nominative, ne semble pas faire craindre la note de gueule, puisqu'elle ne compte pas. La pratique n'est même pas dévaluée, elle n'est pas évaluée, ce qui signifie aussi que les maîtres ne le sont pas non plus⁴⁴.

En fin de parcours, mais souvent seulement au cours de leur troisième cycle, les « pièces du puzzle » se rejoignent et les futurs médecins comprennent enfin le sens de ces longues années d'études. Certains, confrontés à une pratique professionnelle, ont pourtant le sentiment qu'il leur faut repasser par la « case départ », refaire le chemin en sens inverse, voire désapprendre ce qu'ils ont appris. Et pourtant, ils ont alors six à huit années d'études derrière eux, durant lesquelles ils donnent l'impression de n'avoir pas saisi l'essentiel, ce qui leur permettra de « ne pas tuer un patient », comme certains le disent.

Lors du troisième cycle de médecine générale, on tente alors de leur apprendre à soigner un patient : écouter une plainte, dérouler un arbre décisionnel, instaurer une relation de confiance, etc., À cette période du cursus seulement, la pédagogie semble devenir une préoccupation pour ceux qui doivent préparer les futurs généralistes à pratiquer leur métier dans l'intimité d'un cabinet. Le travail pédagogique, réalisé par l'équipe enseignante du troisième cycle de médecine générale à Nantes, abouti à des méthodes nouvelles d'enseignement dont l'objectif est de « favoriser la compréhension entre le patient et son médecin ; développer l'empathie ; favoriser la construction du raisonnement »⁴⁵. Il faut donc attendre plus de six années d'enseignement pour qu'émerge cette phase première du travail du médecin : le contact avec le patient. Ces innovations pédagogiques sont portées par des généralistes aujourd'hui rattachés aux universités, mais ne constituent pas un module enseigné à tous les étudiants. De quoi parle-t-on ici, si ce n'est de l'introduction à l'exercice de la médecine, le commencement d'une pratique ? Or, cette introduction est enseignée en guise de

⁴⁴ D'ailleurs, les facultés sont évaluées (et classées) au regard de leurs résultats à l'internat uniquement, et cela semble devenir l'enjeu premier des responsables pédagogiques, et les étudiants ont bien conscience d'être les enjeux de ces classements.

⁴⁵ Le Mauff P., Farhouat N., Goronlot L., Urion J., Senand R., « 3^{ème} cycle de médecine générale : Récit de situation complexe et authentique, le modèle nantais », *La revue du praticien – médecine générale*, Tome 18, N°654/655, p. 724.

conclusion, et de façon quasi facultative et non déterminante pour la validation. Ce que certains attendaient en premier ne leur arrive qu'en dernier, d'où ce sentiment d'avoir à refaire le chemin en sens inverse, c'est-à-dire partir du patient « en chair et en os ».

De la même manière, les étudiants s'étonnent de l'importance prise par des maladies « rares » et du peu de cas qui est fait des pathologies les plus courantes, quand ils les apprennent d'ailleurs. On voit chez eux une hiérarchie se profiler entre le « beau » (qui est rare) et la « bobologie », activité propre aux généralistes. La petite pathologie devient l'objet des petits médecins face à des petits malades, infantilisant les deux et les réduisant à un jeu d'enfant. Un « grand » médecin est toujours, pour eux un spécialiste hospitalier, professeur, doué MAIS humain aussi. Car c'est toujours sur cette dernière qualité que les étudiants font la différence entre les médecins qu'ils côtoient, comme si l'humanité devenait une qualité supplémentaire, acquise de surcroît par des spécialistes à qui, finalement, on ne le demande pas.

Les bases du savoir médical ne correspondent donc pas à ce que les profanes pourraient imaginer comme telles. Les étudiants en médecine étrangers à ce monde se conduisent comme des profanes en entrant en faculté. Il leur faut changer de posture, abandonner cette vision de la médecine et de l'acte médical qui avait déclenché leur « vocation », pour adopter celle de la profession à laquelle ils aspirent et à laquelle il leur faut bien se conformer. Ceci ne signifie pas que l'opération soit facile pour les enfants de médecins. Ces derniers ont un autre chemin à parcourir, celui d'abandonner une représentation privée et familiale de la profession pour y prendre une place en tant que praticien. C'est plus tard dans le cursus que les difficultés apparaissent pour eux, au moment d'abandonner les modèles parentaux et de s'approprier un destin professionnel. À cet exercice, certains semblent peiner et retardent au maximum cette ultime rupture, le temps de trouver une « échappatoire » acceptable.

Ce processus est rendu particulièrement lourd avec l'existence de l'internat, voire de l'ECN pour tous. L'opposition entre le théorique et la pratique, qui reste pour la plupart des étudiants au centre d'un paradoxe qu'ils vivent quotidiennement, est exacerbée lorsque l'échéance du DCEM4 approche. À ce moment, ils doivent souvent « choisir » entre profiter des stages ou réviser leur programme, mais surtout, ils doivent trouver le moyen d'adopter une double position : « bachoter à fond » pour leur examen sans trop se poser de questions ou, au contraire, mettre à profit ces années d'études pour s'en poser un peu plus. Ils jouent leur destin professionnel sur cette alternative, qu'ils vivent parfois de façon plus douloureuse que lors du concours de première année.

Enfin, le troisième cycle apparaît comme celui de la « découverte » de ce qui prend sens, devient important, voire essentiel : les étudiants semblent soudainement comprendre ce qui s'est passé pour eux, mais aussi ce à côté de quoi ils sont passés. Comme si ces années d'études, souvent épuisantes et perturbantes, n'avaient pas été mises suffisamment à profit pour se préparer à cette fonction qui leur est soudainement attribuée. Ils donnent l'impression que, sommés de jouer leur rôle de médecin, ils s'apercevaient alors qu'on ne leur en a pas vraiment donné les moyens.

À quoi sert la faculté de médecine ?

On serait tenté de penser que la faculté de médecine ne trouve sa place que dans une procédure sélective : elle est assidûment fréquentée en première année et devrait être à nouveau utilisée dès lors qu'elle aura pour mission de préparer tous les étudiants à l'ECN. Autrement dit, elle n'apparaît que s'il s'agit de classer, trier, exclure et diviser les étudiants. Dans ses fonctions fédératrices : dispenser un savoir commun ; créer une communauté professionnelle ; accompagner les étudiants, elle semble totalement inexistante. Et pourtant, c'est le corps médical qui l'organise, du moins son élite, et les valeurs qu'elle véhicule sont loin d'être secondaires.

Nous prenons ici le parti de considérer que la faculté de médecine joue un rôle essentiel dans la socialisation médicale, parce qu'elle occupe justement cette fonction de sélection et que sa fonction est renforcée à toute approche d'un concours. En effet, elle édicte les règles constitutives du corps professionnel, et celles-ci reposent depuis longtemps, non sur une unité mais sur une hiérarchie organisée. Autrement dit, elle structure le corps médical en légitimant l'existence de catégories qui à la fois le divise et le fait exister. L'échelle des valeurs internes à la profession est, avant tout, justifiée par une échelle des savoirs qui est supportée par les classements universitaires. Les étudiants en sont les principaux porte-parole. Lorsqu'on leur demande ce qui, à leurs yeux, justifie les écarts de revenus entre les spécialistes et les généralistes, une des premières réponses est la différence des savoirs. En particulier, celle-ci est légitime dès lors que les premiers ont subi une épreuve et ont acquis des connaissances dont (se) sont dispensés les seconds. Dès lors que l'ECN s'adresse à tous, cette raison n'apparaît plus justifiée pour les étudiants et ils considèrent que les généralistes doivent alors être considérés à égalité avec les spécialistes. Ceci ne les empêche pas, en majorité, de considérer que l'exercice d'une spécialité est plus souhaitable que l'omnipraticque. Cette position de principe sera-t-elle suivie des faits, lorsque les classements viendront déterminer les positions professionnelles ? Il faudra sans doute attendre quelques années de fonctionnement de l'ECN pour avoir la réponse, mais on peut penser que de nouvelles justifications viendront supporter l'inévitable hiérarchie médicale.

On retrouve, dans les facultés de médecine, un discours très argumenté sur le risque d'inégalité entre les étudiants dès lors que l'anonymat est levé. Ceci justifie pour une grande part la faible action des facultés au profit de concours standardisés et corrigés d'une manière dite objective. Il semble évident à presque tous qu'une levée de l'anonymat, comme elle serait inévitablement faite lors d'épreuves pratiques ou orales (voire une entrée sur dossiers, par exemple), favoriserait les « enfants de médecins »⁴⁶. Or, nos travaux montrent que ces derniers, quelle que soit la forme de l'épreuve ou de la sélection, sont toujours très nettement favorisés par rapport aux autres, mais que cet avantage n'est pas lié à un « piston » direct. Il est culturel, puisque justement, ceux-là ont acquis très jeune l'habitus médical quand les autres l'apprennent parfois dans la douleur.

C'est là que la faculté de médecine joue (ou ne joue pas) son rôle. Celle-ci fonctionne comme si l'apprentissage des connaissances théoriques pouvait se faire exclusivement sur des ouvrages ou des photocopies, mais qu'elle ne nécessitait pas un enseignement propre, en face-

⁴⁶ On notera qu'en revanche, pour les épreuves de rattrapage validant le passage d'une année à l'autre, des oraux peuvent être institués par les facultés, qui ne semblent pas entraîner de crainte de favoritisme. Ceci montre aussi la faible importance accordée à ces épreuves qui ne semblent pas déterminantes pour la carrière elle-même.

à-face. De même, cet apprentissage paraît ne pouvoir être validé qu'à l'occasion d'épreuves de grande ampleur et anonymes. En négligeant son rôle pédagogique, la faculté contribue à renforcer cette sélection sociale. Les enseignants de médecine semblent oublier qu'apprendre, ce n'est pas seulement remplir sa tête, c'est aussi « la former » et que l'opération de d'apprentissage collectif est instituante. Ils font comme si la méthode même d'acquisition des savoirs « allait de soi » et avait une cohérence évidente pour tous les étudiants. En ne remplissant que très partiellement leur rôle formateur, les facultés de médecine procèdent à une discrimination qui s'exerce sur les étudiants sous la forme d'une violence symbolique. S'ils perçoivent confusément qu'ils sont destinataires de cette violence, ils n'arrivent pourtant pas à en déterminer clairement l'objet et semblent, *in fine*, l'accepter comme quelque chose sur lequel personne ne peut rien. Lorsqu'ils parlent des enseignants et de la faculté, ils évoquent une puissance qui s'impose à eux et qui n'est jamais là pour les accompagner et répondre à leurs interrogations. Pourtant, c'est ce que bon nombre d'entre eux attendraient d'une formation universitaire. En témoignent ces étudiants irréductibles qui continuent, malgré les polys et les ronéos de la corpo, à assister en cours afin de donner un peu plus de sens à ce qu'ils apprennent. L'impact des quelques enseignants qui font preuve de pédagogie est alors d'autant plus fort qu'ils sont rares et font figure d'exception. On voit bien, dans les entretiens, à quel point une telle rencontre, que ce soit à l'hôpital ou en faculté, est importante pour, qu'enfin, les étudiants disposent d'une image médicale à laquelle ils peuvent s'identifier ou, du moins, puiser des repères constructifs. Pour ceux qui n'ont pas rencontré un tel « maître », c'est souvent la déception, voire l'amertume, qui domine en fin de parcours.

Des médecins « pour » ou « contre » leurs patients ?

La population des médecins étudiée par C. Herzlich et son équipe était marquée par une explosion démographique de cette profession, dans un contexte socioéconomique qui leur était largement favorable⁴⁷. La plupart étaient généralistes, travaillaient en cabinets qu'ils créaient, étaient imprégnés d'une culture clinique apprise au lit du malade. Même les grands spécialistes parisiens pouvaient, à la demande d'un généraliste, se déplacer chez les patients pour une « grande consultation ». Les épouses étaient mises à contribution dans la création et le fonctionnement des cabinets qui avaient une allure d'entreprise familiale. La population des (futurs) médecins que nous avons saisie se trouve dans un contexte très différent : la réduction du *numerus clausus* durant les vingt dernières années, les difficultés de renouvellement démographique de la profession, sa féminisation massive, l'évolution des techniques, constituent des facteurs déterminants pour comprendre les évolutions en cours. La diminution du nombre d'élus tend aussi à restreindre qualitativement, la diversité des candidats potentiels, puisque l'on va vers une réduction du nombre de praticiens. Les étudiants que nous avons rencontrés sont conscients de ces évolutions, et s'ils ne sont pas inquiets sur leur capacité à drainer une clientèle suffisante, ils le sont beaucoup plus sur la nature des relations qu'ils doivent nouer avec cette clientèle et sur leur charge de travail.

Très tôt dans leur cursus, le modèle qui semble s'imposer aux étudiants est celui du spécialiste exerçant dans une grande ville. Devenir généraliste à la campagne ou dans des zones péri-urbaines ne peut être envisagé que par quelques étudiants originaires de ces régions et en capacité de résister aux pressions institutionnelles et corporatives qu'ils rencontrent de la part des enseignants et des autres étudiants. Conserver un tel projet relève de la lutte et

⁴⁷ Herzlich Claudine, Bungener Martine, Paicheler Geneviève, Roussin Philippe, Zuber M. C (1993), *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France*, éd. INSERM, DOIN, Paris.

nécessite un refus d'adhésion aux valeurs internes à la profession, donc un risque d'exclusion. Dans ce contexte, les étudiants qui se sont, année après année, moulés dans cette hiérarchie des valeurs, qui ont démontré leur « docilité », qui ont accepté les contraintes des systèmes discriminants, arrivent à leur exercice avec une soif de « reconnaissance » susceptible de traduire une « récompense ». Les résidents et les généralistes, de ce point de vue, sont mal « lotis » : ils ont le sentiment de ne pas être reconnus, certains sont réellement perdus au moment de faire un choix d'installation ou de salariat et, comble de leur déception, ils se sentent décalés par rapport à la demande de soin dont ils font l'objet. Il leur faut souvent, pour donner de la valeur à leur exercice, renier l'hôpital et son organisation, dénigrer « les hiérarchies », dénoncer le manque d'humanité, voire remettre en cause l'ensemble de leur formation. Cette nouvelle rupture semble nécessaire pour les jeunes généralistes, qui doivent chercher ailleurs que dans l'institution qui les a formés la reconnaissance de leur compétence. Ils sont nombreux à témoigner d'un sentiment de dévalorisation de leur fonction, qu'ils ressentent chez certains de leurs patients et qu'ils ont tendance à généraliser à « la société ».

Tout comme les générations précédentes de médecins que nous avons interrogées lors de notre enquête sur la réforme de l'internat de 1982⁴⁸, les jeunes généralistes nous ont fait part de leur difficulté à comprendre le comportement de certains de leurs patients, en particulier les plus défavorisés. Il semble même que ce décalage soit encore plus grand chez les jeunes praticiens. La façon dont ils se sont préparés à exercer leur métier et les ruptures qui leur ont fallu opérer pour endosser leur rôle de médecin semblent les avoir éloignés des réalités sociales auxquelles ils sont confrontés au quotidien. Cela peut prendre des allures diverses : certains font part de leur obsession du procès ; d'autres de la pression que représente « l'exigence » des patients ; d'autres encore de leur incapacité à se saisir d'un savoir médical vulgarisé et opposé au leur par les malades ; ou encore les priorités de soin dont certaines populations (souvent précarisées) font état, au mépris des règles élémentaires de la médecine qu'ils ont apprises. L'exercice de la médecine ressemble parfois, à les entendre, à un conflit perpétuel. Ils sont pourtant rarement en prise avec des conflits réels, et encore moins avec des procès déclarés, mais ils témoignent d'un sentiment d'insécurité. Si tous (étudiants et médecins) font état de la baisse du prestige du médecin et souvent la considèrent comme une « bonne chose », ils ne savent pas, une fois « descendus de leur piédestal », où se mettre. De quelle reconnaissance sociale peuvent-ils se prévaloir ? Ce savoir chèrement acquis et durement payé, n'aurait-il donc que peu de valeur pour ceux à qui ils destinent ?

Ces plaintes sont connues et elles peuvent être analysées par des facteurs multiples, tenant à des évolutions sociales générales, au comportement des patients, mais aussi à la formation médicale. Le portrait du « bon » patient est, en général, celui du « médecin idéal », mais le « mauvais patient » est décrit très rapidement par les étudiants, dès qu'ils le rencontrent. Devant, ils se sentent démunis, incapables de trouver une réponse. Et ceci n'est pas une caractéristique des seuls étudiants issus des catégories sociales supérieures qui témoigneraient d'un « mépris » pour les « CMU ». Une étudiante de PCEM2, fille d'ouvrier et ayant travaillé comme agent de service hospitalier durant plusieurs étés, se dit impuissante devant des réactions agressives des malades qu'elle rencontre durant son stage hospitalier. Un membre de SOS médecins se dit démuné lorsqu'il se voit opposer des refus de soin de la part de

⁴⁸ Hardy-Dubernet Anne-Chantal, Arliaud Michel, Horellou-Lafarge Fabienne, Le Roy Fabienne, Blanc Marie-Anne (2001), *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, recherche pour le programme INSERM/CNRS/MIRE : Processus de décision et changements des systèmes de santé, novembre.

patients en situation précaire, qui lui demandent de régler un problème urgent mais bénin, et refusent de traiter une pathologie chronique plus grave à ses yeux. Enfin, le savoir médical médiatisé, que les patients opposent souvent à leurs médecins lors des consultations, est une des sources de leur « désarmement » comme s'ils ne savaient qu'en faire et qu'ils vivaient ces informations comme des remises en cause de leur propre compétence.

Eliot Friedson a montré que l'autonomie d'une profession reposait en partie sur la reconnaissance de son expertise et la spécificité de son savoir, par les clients eux-mêmes. À entendre les médecins, cette expertise serait remise en cause par leurs patients tous les jours et cela menace leur position et affaiblit leur action. Par ailleurs, ils se plaignent souvent du « manque d'éducation des patients » et reconnaissent qu'ils ont une responsabilité importante à ce niveau. Ce qui semble pourtant manquer, c'est le lien entre leur savoir et celui de ceux qui sont en face d'eux. Comme si l'apprentissage de la médecine les « parquait » dans un modèle cognitif incompatible avec celui de leur clientèle : la pathologie vue du côté du médecin a du mal à s'articuler avec la « maladie » des patients. Ces derniers, lorsqu'ils en ont les moyens, s'approprient leurs signes, cherchent à les comprendre, se renseignent, acquièrent un savoir sur leur pathologie qui peut être aussi riche que celui de leur médecin. D'autres patients opposent à leur médecin un droit, qui est celui de décider ce qu'ils veulent traiter et ce qu'ils ne veulent pas soigner, ils refusent de se soumettre en totalité au médecin, tout en leur faisant une demande précise qu'ils veulent voir satisfaite. Les médecins ont appris à prescrire à un personnel qui leur était subordonné, dont ils pouvaient contrôler la bonne exécution de leurs ordres. Face à leurs patients, non seulement ils perdent ce pouvoir, mais ils ont parfois le sentiment que c'est eux qui sont contrôlés et qui doivent exécuter ce que le patient leur demande.

D'où ce sentiment, largement partagé par nos interviewés, et surtout présent chez les généralistes ou associé à cette pratique, qui est de comparer le médecin à un « prestataire de service ». La demande des patients (des clients ?) et leur « exigence » les rabaissent à un rang contradictoire avec leur idéal : soit que celui-ci ait porté la marque du prestige, soit qu'il soit guidé par une volonté de type humanitaire de venir en aide « aux plus faibles ». À ces positions, qui sont toujours dominantes, puisqu'il s'agit de se considérer comme quelqu'un qui a « à donner », les patients leur proposent une relation d'échange à laquelle ils ne sont pas préparés. On ne saurait aussi bien illustrer ce que de nombreux anthropologues ont montré maintes fois, à savoir qu'il « n'y a pas de don gratuit⁴⁹ » et que la dette reste un signe d'humiliation, pour les débiteurs. L'échange proposé par les patients, cette information qu'ils apportent à leur médecin, pourraient être considérés comme une chance de redéfinition de la relation médicale. La relation de service que dénoncent les médecins n'est pas nécessairement péjorative et n'implique une dévalorisation du rôle médical qu'à partir du moment où les prestataires y voient une perte d'identité professionnelle. On peut alors se demander si cette perte d'identité n'est pas en partie corrélée avec la socialisation dont ils ont été l'objet durant leurs études. Certains étudiants préfèrent d'ailleurs rester à l'hôpital, comme si la position hiérarchique que les médecins y occupent les protégeait. En effet, les médecins hospitaliers y restent garants d'un savoir scientifique et technique pointu et ils sont intégrés dans une organisation qui leur assure la plus haute position.

⁴⁹ Douglas Mary (1999), « Il n'y a pas de don gratuit », dans *Comment pensent les institutions*, Ed. La découverte, bibliothèque du MAUSS, Paris.

En écoutant ces jeunes médecins, on perçoit l'écart qui existe entre le processus de formation et le processus de prise en charge des patients en médecine libérale. Dans le premier, il s'agit de s'éloigner de l'autre, pour se placer dans ce « monde à part » d'un savoir inaccessible au profane et qui fonde la profession en tant que groupe autonome. Dans le second, il s'agit d'agir, d'exercer une pratique qui n'a pas grand-chose à voir avec le savoir. En formation, les étudiants répondent à une demande bien particulière qui est aussi une injonction : celle des institutions hospitalières, universitaires, sociales. Ils doivent obéir à des règles formelles et informelles auxquelles ils s'efforcent de se conformer et d'adhérer, parfois en abandonnant la posture qui avait fait naître leur « vocation ». Après avoir satisfait ces exigences, ils se trouvent confrontés à des demandes d'un ordre totalement différent et auxquelles ils peinent à donner du sens. On pourrait croire que l'écart entre la formation médicale et l'omnipratique libérale se creuse. Pourtant, les réformes successives ont tenté de pallier ce hiatus constamment dénoncé. La réforme de 1982 avait institué une réelle formation du généraliste qui n'existait pas, les stages auprès du praticien viennent introduire une nouvelle dimension dans la formation médicale. Cependant, tout cela s'accompagne d'une sélection accrue, d'une surenchère dans les connaissances scientifiques et techniques, d'une concurrence qui s'étend aux facultés de médecine, d'un contrôle des pratiques plus étroit. De l'autre côté, les clients sont plus informés et veulent participer à leur traitement, les moins informés ont un accès aux soins ambulatoires qu'ils utilisent à leur manière, peu habitués à s'adresser à la médecine libérale. Alors que les patients rejoignent les médecins en s'appropriant des connaissances médicales, les médecins poussent plus loin leur formation, vers la technicité, la spécialisation et la complexité. On peut alors se demander si l'autonomie professionnelle, menacée, ne se conserve pas à ce prix-là, un prix que les jeunes médecins (surtout généralistes) et les patients payent de concert.

Annexes

Liste des entretiens

N°	Année	Faculté	Sexe	Profession du père	Profession de la mère
1	P1	N	F	Boucher/charcutier/traiter	Adjointe administrative
2	P1	N	F	Artisan menuisier	Aumônier
3	P1	N	F	Psychiatre	Sage-femme
4	P1	N	F	Directeur d'une société de 10 salariés	Infirmière
5	P1	SA	M	Médecin généraliste	?
6	P1	SA	M	Chauffeur routier	?
7	P1	N	M	Tôlier peintre dans l'automobile	Mère au foyer
8	P1	N	M	Commercial	Sans profession
9	P1	N	M	Expert comptable	Gérante de tutelle
10	P1	N	F	Comptable	Pharmacienne
11	D4	N	M	Ingénieur	Comptable de formation (sans activité)
12	P1	N	M	Dentiste, professeur	Mère au foyer formation assistante médicale
13	P2	N	F	Météorologiste	Météorologiste
14	D4	N	M	Psychiatre	Pédiatre
15	P2	SA	F	Employé dans centre de tri postal	Caissière PTT
16	P2	SA	M	Sans profession	Femme de ménage
17	P2	SA	M	Ingénieur	Infirmière
18	D4	N	M	Artisan	Secrétaire
19	P1	SA	F	?	Journaliste
20	P2	SA	F	Ouvrier	Ouvrière
21	P2	N	F	Ouvrier	Aide-soignante
22	D4	N	F	Médecin généraliste	?
23	P2	N	F	Vétérinaire	Médecin généraliste
24	P2	N	M	Employé de mairie	Infirmière
25	D4	SA	M	Directeur d'agence (assurance)	Sans profession
26	P2	SA	F	Cadre dans le secteur bancaire	Mère au foyer
27	P1	SA	M	Cadre dans la communication	Secrétaire
28	P1	N	F	Radiologue	Mère au foyer, radiologue de formation,
29	D4	SA	M	Commerçant	Commerçante
30	P2	N	M	Cadre dans le secteur bancaire	Cadre dans le secteur immobilier
31	P2	SA	M	Médecin militaire	Secrétaire de formation (sans activité)
32	P1	SA	F	Chef d'entreprise agro-alimentaire	Sans activité
33	D4	N	F	Gynéco obstétricien	Cadre supérieur
34	P2	N	M	Médecin	Secrétaire médicale
35	D4	N	F	Psychiatre	Sans profession
36	P2	SA	F	Professeur d'anglais	Professeur d'anglais
37	P1	SA	M	Représentant de commerce	Commerçante
38	P2	N	F	Ingénieur	Sans profession
39	R	N	F	Commerçant	?
40	P2	SA	M	Expert comptable	Juriste de formation
41	P1	SA	F	Soudeur	Assistante maternelle
42	D4	N	M	Professeur d'EPS	Professeur d'EPS
43	P2	N	M	Directeur de laboratoire pharmaceutique	Ophtalmologiste
44	D4	SA	F	Avocat	Sans profession
45	D4	SA	F	Technicien de sécurité	Sans activité
46	D4	N	F	Ingénieur	Employée
47	MG	N	F	Ingénieur	Institutrice
48	R	N	M	Anesthésiste	Anesthésiste
49	D4	SA	M	Ingénieur	?
50	P2	SA	F	Technicien supérieur	Agent de maîtrise
51	P2	SA	F	Cardiologue	Directrice d'école

52	P1	SA	F	Écrivain	Agent social dans une maison de retraite
53	P1	SA	F	Médecin	Médecin neurologue
54	I	N	F	Ingénieur	Professeur
55	D4	SA	F	Pharmacien	Assistante marketing
56	R	N	F	Programmeur informatique	Professeur
57	R	N	F	Artisan	Éducatrice
58	D4	SA	F	Directeur de marketing	Sans profession
59	R	N	M	Chef d'entreprise familiale (+ 10 salariés)	?
60	R	SA	F	Chef d'entreprise	Orthophoniste
61	MG	SA	M	Technicien supérieur	Fonctionnaire
62	D4	N	M	Ingénieur	Sage-femme
63	MG	SA	F	VRP	Infirmière
64	MG	SA	F	Chef d'entreprise	Sans profession
65	MG	N	F	Diplomate	Sans profession
66	MG	SA	M	Psychiatre	Psychiatre
67	P2	N	F	Directeur d'agence immobilière	Assistante sociale
68	R	N	M	Commerçant	?
69	D4	N	F	Infirmier (en psychiatrie)	Assistante dentaire
70	MG	N	M	Commerçant	Sans profession
71	P1	SA	F	Médecin spécialiste	Médecin généraliste
72	R	SA	M	Cadre commercial	Sans profession
73	MG	SA	F	?	Médecin
74	MG	N	F	Artisan	Institutrice
75	MG	N	F	Journaliste	Infirmière
76	MG	N	F	Cadre	Institutrice
77	P2	N	F	Ouvrier	Aide-soignante
78	MG	N	F	Stomatologue	Infirmière
79	R	SA	F	Architecte	Secrétaire
80	MG	SA	M	Chef d'entreprise	Sans profession
81	MG	SA	F	Ingénieur polytechnique	Secrétaire médicale
82	R	SA	M	Professeur de médecine	Médecin
83	MG	N	F	Gérant de syndic	Direction commerciale
84	MG	SA	F	Fonctionnaire	Sans profession
85	D4	SA	F	Restaurateur	Restaurateur
86	R	SA	M	Commerçant	?
87	R	SA	M	Cardiologue	Cadre
88	MG	N	M	Chef d'équipe	Sans profession
89	MG	SA	M	Ouvrier	?
90	I	SA	M	Médecin en médecine interne	Médecin en médecine interne
91	MG	SA	F	Ingénieur	Réceptionniste

La constitution de l'échantillon : l'exemple des PCEM2

Nous avons constitué les échantillons d'étudiants à partir des fichiers anonymes qui nous ont été fournis par les scolarités des deux facultés. Nous n'avions pas exactement les mêmes renseignements, mais cela permettait quand même d'opérer certains rapprochements. Nous faisons alors une analyse de la population et constituons des catégories permettant de couvrir un éventail le plus large possible de situations diverses. Nous donnons ci-dessous un exemple de la méthode employée pour constituer les échantillons de PCEM2. L'objectif est de retenir 10 profils différents, mais au moins 3 individus pour chacun de ces profils, de manière à pouvoir pallier d'éventuels refus.

Nantes

Les P2 sont 137, tous de nationalité française. On ne compte que 3 redoublants parmi eux, dont un seul n'avait pas redoublé le P1. Seuls 33 d'entre eux ont obtenu le P1 la première fois, pour les 104 autres, il a fallu redoubler (101) ou tripler (3).

Parmi ces 137 étudiants, il y a 43 hommes et 94 femmes, soit une féminisation de 68,6 %. (à comparer avec les P1, qui comptent 67 % de femmes et les D4 58 %). Sur ce point, il semble que le taux de D4 soit perturbé par le nombre plus important de redoublants hommes. Car sur les primants, on a 61,5 % de femmes.

On choisira donc 6 femmes et 4 hommes. On peut faire plusieurs groupes selon le parcours antérieur et le bac.

1. Un groupe d'étudiants ayant eu le P1 dès la première fois. Il correspond environ à 1/5^{ème} de la population, on pourra donc en retenir 2 (ou 3 pour diversifier les profils). On compte 26 femmes (sur 33) dans ce groupe, ce qui montre un taux de réussite féminine la première fois, très élevé. On choisira un homme et 2 femmes dans ce groupe.

Les reçus primants (3)

PCS du père	hommes	femmes	Total
Agriculteurs exploitants		2	2
artisans, commerçants		1	1
Chefs d'entreprise + de 10 salariés		1	1
cadres	2	10	12
Prof. Professions scientifiques	2	2	4
Professions libérales	2	6	8
prof interm., techn., maîtr	1	4	5
Total	7	26	33

Cette réussite des femmes est corrélée avec les mentions au bac. Les jeunes filles sont en effet plus souvent titulaires d'une mention que les garçons et cela est déterminant sur la possibilité d'obtenir le P1 en un an. (42 % des garçons ont une mention B ou TB, contre 62 % des filles). Aucun de ceux qui n'ont pas eu de mention au bac n'ont eu le P1 en une fois, alors que c'est le cas de 9 mentions TB sur 12.

Parmi ceux qui ont redoublé le P1, on peut donc distinguer :

2. Un groupe titulaire de la mention B ou TB au bac (48 individus) (1H et 2F)
3. Un groupe titulaire de la mention AB ou sans mention (57 individus : 21 sans mention et 36 avec mention AB) (2H et 2F)

On a une écrasante majorité d'enfants de cadres et professions libérales, mais on trouve aussi des filles de professions intermédiaires et d'indépendants. On peut faire une première sélection en partant de la mention au bac, en cherchant un profil homme qui soit le plus « brillant » possible.

Les redoublants de P1 titulaires d'une mention B ou TB (3)

PCS du père	hommes	femmes	Total
artisans, commerçants	1	2	3
cadres	5	8	13
Prof. Professions scientifiques		4	4
Professions libérales	4	8	12
prof interm., techn., maîtr	2	4	6
Prof. Interm. santé travail social		5	5
employés		3	3
Ouvriers qualifiés		1	1
Non renseigné		1	1
Total	12	36	48

On trouve, chez les hommes, un profil très « classes sup. ». On peut l'orienter vers les professions libérales en priorité. Quant aux femmes, on peut refaire une division par l'origine sociale : d'un côté des filles de cadres et de l'autre des filles de professions intermédiaires santé et travail social, bien représentées ici.

Les redoublants de P1 titulaires d'une mention AB ou passable (4)

PCS du père	hommes	femmes	Total
Agriculteurs exploitants	2	2	4
artisans, commerçants		2	2
cadres	6	11	17
Prof. Professions scientifiques		1	1
Professions libérales	7	5	12
prof interm., techn., maîtr	3	2	5
Prof. Interm. santé travail social	2	6	8
employés	3	1	4
Ouvriers qualifiés		3	3
Non renseigné	1		1
Total	24	33	57

Pour les hommes, on peut constituer un groupe de « professions intermédiaires » et un groupe de « professions libérales ». Pour les femmes, un groupe de cadres mais aussi un groupe de filles d'ouvriers qualifiés (+ employé en Joker...) Des étudiantes

Constitution de l'échantillon PCEM2, sur Nantes

3 reçus primants P1, dont :

- 1 homme reçu primant P1, mention TB ou B*
- 2 femmes reçues primantes en P1, dont :*
 - 1 femme mention TB ou B, profil « professions libérales »
 - 1 femme mention TB ou B, profil « classes moyennes »

3 redoublants P1, mention TB et B au bac, dont :

- 1 homme redoublant P1, mention TB ou B, fils de cadres*
- 2 femmes redoublantes P1, mention TB ou B au bac, dont :*
 - 1 femme redoublante P1, mention TB ou B au bac, fille de cadre
 - 1 femme redoublante P1, mention TB ou B au bac, fille de PI santé travail social

4 redoublants P1, mention AB ou passable au bac dont :

- 1 Homme fils de profession intermédiaire*
- 1 Homme fils de profession libérale*
- 1 femme fille de cadre*
- 1 femme fille d'ouvrier ou d'employé*

Saint Antoine

On a une population de 128 individus, tous primants, dont 43 hommes et 85 femmes.

On distingue un groupe de 37 individus qui n'ont pas redoublé leur P1 (1^{ère} inscription en 2002), 82 individus qui ont redoublé leur P1 et 8 individus inscrits encore plus tôt (6 en 2000, 1 en 97 et 1 en 95, les deux derniers ayant eu leur bac en 96 et 94, on peut penser qu'il s'agit de « promotions sociales » qui s'étaient inscrites en fac après leur bac).

On peut interroger un individu parmi les promotions sociales, qui semblent être 7 : un bac en 79, un bac en 94, un en 95 et un en 96. Comme il s'agit de 6 hommes et une femme, on choisira un homme.

Il reste 9 individus à sélectionner, soit 6 femmes et 3 hommes.

Contrairement à la population nantaise, il y a proportionnellement plus d'hommes que de femmes qui ont réussi le P1 en un an, puisque sur les 37 individus, on compte 15 hommes et 22 femmes (soit 59,5 % de femmes). On pourra prendre dans ce groupe un homme et une femme.

L'impact de la mention au bac est important, mais pas de manière aussi marquée qu'à Nantes, puisque les titulaires de mention TB ont majoritairement redoublé leur P1. Il y a aussi moins de mentions qu'à Nantes.

En revanche, c'est la PCS qui semble le plus clivant. Les enfants de cadres (plus encore que de professions libérales) ont leur P1 en un an beaucoup plus souvent que les autres. C'est le cas de 6 enfants de professeurs et professions scientifiques sur 8, du tiers des enfants de cadres ou chefs d'entreprise de plus de 10 salariés.

On voit ainsi s'opposer un groupe, masculin, bon élève de filières scientifiques, originaire de catégories supérieures salariées (le style « maths sup. » en moins bon), avec un groupe de catégories moyennes ou populaires, plus féminine, qui a eu plus de mal à passer la barrière du P1.

Les reçus primants (3 : 2F, 1H)

CSP PERE2	hommes	femmes	Total
artisans commerçants	1		1
chef entr+10		1	1
cadres	7	9	16
prof prof scient	2	4	6
prof libérales	3	4	7
PI santé social		2	2
employés	1	2	3
Total	14	22	36

On peut alors forcer le trait de l'étudiant « brillant » à partir de cette population, en cumulant les catégories les plus élevées et les mentions les plus fortes au bac. Hommes et femmes confondues. Or, chez les hommes, on n'a pas de mention TB parmi ces primants de P1, on prendra donc les 6 titulaires de mention B, tous enfants de cadres et professions libérales. Pour les femmes, on choisira le cumul des filles de cadres et des plus fortes mentions.

On choisira la deuxième femme parmi les moins « bonnes » du groupe, en privilégiant les filles de catégories intermédiaires ou employés.

Les reçus redoublants (7 : 2H et 5F)

CSP PERE2	hommes	femmes	Total
artisans commerçants		4	4
chef entr+10	1	1	2
cadres	5	27	32
prof prof scient	2		2
prof libérales	9	12	21
PI, techn., am		5	5
PI santé social	1	2	3
employés	4	5	9
ouvriers		4	4
autres, non renseigné	1	2	3
Total	23	62	85

On peut tenter de faire des groupes qui cumulent certaines caractéristiques, puisque l'on a de la marge chez les femmes.

1. Un groupe avec les « improbables », qui sont les filles originaires des catégories sociales les plus basses : filles d'ouvriers ou d'employés, où l'on peut sélectionner celles qui ont les mentions les plus faibles (AB, car aucune n'a passable) et sans avance au bac. (6 individus)
2. Un groupe avec les « assurées », filles de cadres ou professions libérales parisiens ayant une mention au bac B ou TB. (5 individus)
3. Un groupe avec les « promues », filles de professions intermédiaires, titulaires d'une mention AB ou B (6 individus)
4. Un groupe avec les héritières, filles de professions libérales, « moyennes » par ailleurs (soit mention AB au bac à 18 ans) (6 individus).

Chez les hommes, il y a très peu de mentions B ou TB, et une seule sur les 17 fils de catégories supérieures. On peut tenter deux groupes contrastés : un groupe « d'héritiers moyens » et un groupe de « promus brillants ». Le premier groupe est composé des enfants de cadres et professions libérales sans mention au bac, le second des enfants de professions intermédiaires et employés avec mention.

Constitution de l'échantillon PCEM2, sur Saint Antoine

1 promotion sociale : *1 homme*

3 primants P1 dont :

1 homme titulaire d'une mention B au bac, enfant de cadre

1 femme titulaire d'une mention TB ou B, enfant de cadre

1 fille de profession intermédiaire ou employé

6 reçus redoublants dont :

1 femme « improbable »

1 femme « assurée »

1 femme « promue »

1 femme « héritière »

1 homme « héritier moyen »

1 homme « promu brillant »

La grille d'entretien

Nous avons élaboré des matrices d'entretien qui ont été adaptées à chaque année, et que les enquêteurs avaient loisir de préparer selon la méthode qui leur convenait le mieux. Certaines questions étaient posées telles quelles et de façon systématique, mais au moment jugé le plus opportun. D'autres questions, plus souples, dépendaient des relances nécessaires au cours de l'entretien. Nous reproduisons ci-dessous les grandes lignes constituant la matrice des grilles d'entretien pour les étudiants de PCEM2. Les questions en gras sont systématiquement posées, les autres sont à moduler en fonction des réponses spontanées.

Le cursus

Question
introductive.

• **Racontez-moi votre parcours jusqu'à votre inscription en médecine.**
Laisser se dérouler le « récit de vie » naturellement. Si nécessaire faire des relances sur les points suivants : difficultés, type d'établissement, bac, circonstances de l'orientation

• **Avez-vous pensé à d'autres orientations**

Auriez-vous préféré une autre filière scientifique (laquelle pourquoi etc...) (éventuellement commencé d'autres études)

Pourquoi la Faculté de médecine de Nantes/Saint Antoine. Vous a-t-on parlé d'autres facultés en France. Auriez-vous préféré une autre faculté ?

Motivation

Qu'est-ce qui vous a **poussé(e)** à choisir des études de médecine (si possible avec ce verbe-là. Insister beaucoup sur cette question faire, de nombreuses relances, demander des précisions etc.)

Que pensent vos proches de ce choix ? Avez-vous changé d'objectif suite au classement de P1 (redoublement, médecine) et qu'en ont pensé vos proches (soit suite au redoublement, soit suite au passage vers médecine) ?

Avant d'entrer en médecine, connaissiez-vous personnellement d'autres étudiants en médecine ?

Avant d'entrer en médecine, connaissiez-vous personnellement un ou plusieurs médecins ?

Représentations

Connaissez-vous des modèles de médecins

Dans la fiction : littérature cinéma télé

Dans la réalité : monde politique, médical

Pensez-vous que le métier de médecin est en évolution ? Dans quel sens ?

En 1985 les femmes représentaient 20 % des médecins actifs, en 2001 elles représentent plus de 36 %. Cette féminisation va se poursuivre : il y a 56 % de femmes chez les médecins de moins de 35 ans. **Que pensez-vous de cette évolution ?**

Pensez-vous qu’être une femme est un avantage ou un handicap en médecine ?

Pendant les études
Pour l’exercice du métier

Quel mode d’exercice envisagez-vous ?

Libéral/salarié ; Privé/public ; Milieu rural/urbain ; Généraliste/spécialiste
Avez-vous changé d’avis (suite à vos premiers stages) ?

Seriez-vous prêt à accepter une mobilité géographique pour exercer ? À quelles conditions seriez-vous prêt pour exercer n’importe où en France, en Europe ou dans un pays émergent ?

Les études

Pensez-vous que le concours de P1 soit une bonne façon de sélectionner les futurs médecins ? Si oui pourquoi, si non, comment faire ?

Que pensez-vous de cette année de P2 ? Comment la vivez-vous ?
Est-elle conforme à ce que vous en attendiez (à ce que l’on vous en avait dit)

Stages

Comment s’est passé votre stage infirmier ? Est-ce la première fois que vous avez travaillé au sein d’une structure hospitalière (relance sur ce qu’il connaît du monde hospitalier) ?

Est-ce que c’est ce à quoi vous vous attendiez (relation avec le personnel, le travail en lui-même) ? Faire éventuellement décrire une journée sachant que le stage se découpe en deux moments, un suivi avec Aide-soignant puis Infirmier.

Quels stages avez-vous fait jusqu’à présent ? Qu’en pensez-vous ? Auriez-vous souhaité en faire d’autres ? Pourquoi ? Que pensent vos amis de promo ?

Cours et fac (mode de sociabilité)

Que pensez-vous du programme (contenu des cours, est-il nécessaire d’assister aux cours, vous semble-t-il que certaines matières manquent ou sont négligées, avez-vous une méthode de travail, et surtout différence par rapport au P1 si ce n’est pas abordé.

Si nécessaire faire des relances sur les points suivants :
la charge de travail,

l’organisation des études (permet de bien se préparer au concours ou non)

l’aide complémentaire (cours parallèles ou autres, disponibilité des enseignants, entraide entre étudiants (biais pour aborder la concurrence sans la nommer), conseils donnés par les membres de la famille, les amis.

L'ambiance à la fac

Les cours, le RU, la corpo, la cafétéria, les tonus

De quoi êtes-vous le plus impatient par rapport à vos études ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui vous inquiète le plus ?

Modes de vie

Perso

Mode d'hébergement, vie maritale, célibataire

Source de revenus

Loisirs (plus une question sur les lectures, l'abonnement à des revues spécialisées)

Quels sont vos trois amis que vous fréquentez le plus ?

Que font-ils ?

Avez-vous gardé des contacts avec des étudiants de P1 ?

Collectif

Est-ce que vous participez à des associations, organisations syndicales, politiques etc.

Activités bénévoles, encadrement éducatif, autres

Avez-vous travaillé-vous l'été dans des secteurs paramédicaux (ASH, aide opératoire, brancardier etc...), l'avez-vous déjà fait

Les choix

Quel niveau de classement avez-vous obtenu ? Avez-vous redoublé ?

(Si redoublement ou autre projet initial) comment s'est passé votre choix ?

Connaissances et positionnements

Éthiques

Avez-vous lu le serment d'Hippocrate ? Qu'en avez-vous retenu ?

Quels sont pour vous les problèmes que pose l'évolution de la technique (par rapport à l'acharnement thérapeutique, le clonage, la relation médecin/malade, la recherche

D'après vous, 1 médecin est-il en droit de refuser de pratiquer **la contraception, l'avortement, l'euthanasie, la stérilisation ?**

Est-ce que des questions d'éthiques sont abordées en cours ? comment

Seriez-vous disposé(e) à partir en mission humanitaire ? À quel comment ou sous quelles conditions ?

Professionnelles

Trouvez-vous important qu'un ministre de la santé soit médecin ?

Savez-vous qu'entre un médecin généraliste et un spécialiste, l'écart de revenu peut varier de 1 à 7. Qu'est-ce qui selon vous justifie ces écarts ?

Il est question d'instaurer des quotas d'installation pour les médecins. Qu'en pensez-vous ?

Avez-vous l'impression qu'il existe une unité forte de la profession ? ou : les médecins forment-ils selon vous un groupe solidaire ?

Avez-vous suivi les mouvements de grèves récents (les généralistes, les urgentistes) qu'en pensez-vous ?

Savez-vous quel est le rôle du conseil de l'ordre ? Des syndicats ?

Que pensez-vous du statut du médecin aujourd'hui, sa place dans la société, son rôle, sa relation avec les institutions, comme la Sécurité sociale par ex, ou le Ministère de la santé. Par ex que s'est-il passé cet été autour de la canicule ? Qui est responsable ?

Quels sont les avantages et les inconvénients de l'exercice : libéral/salarié/hospitalier ?

Questions test à poser en fin d'entretien

Comment voyez-vous le métier dans l'avenir ?

Si vous étiez ministre de la santé, quelles sont les premières mesures que vous prendriez ?

Qu'est-ce qu'un bon médecin selon vous ? Selon quels critères peut-on l'évaluer ?

Vérifications sur le talon sociologique

Origine sociale de la famille, famille des conjoints quand il y en a

Habitat des parents

Fratrie, que font les frères et sœurs s'ils sont plus âgés

Les études de médecine à Nantes et à Saint-Antoine

Les études médicales sont complexes et difficiles à comprendre. En outre, si des principes communs sont édictés, chaque faculté organise l'enseignement à sa manière, ce qui rend souvent compliqué, voire impossible, les mobilités des étudiants durant les deux premiers cycles. Afin d'illustrer ces distinctions, nous reproduisons les contenus et modes de validation

des études médicales sur Nantes et Saint-Antoine. La comparaison n'est pas toujours facile car chaque faculté présente son enseignement selon ses propres critères. Évidemment, il ne s'agit ici que des procédures formelles, des aménagements peuvent être apportés, au cas par cas, sur tel ou tel point.

Principes communs aux deux facultés :

- Du PCEM2 au DCEM4 les examens sont organisés en deux sessions.
- L'invalidation de stage est la même d'une année sur l'autre.
- Sur Nantes un stage est invalidé quand il y a plus de 15 jours d'absences non justifiées qui entraînent l'obligation de refaire un stage avant la fin de l'année universitaire.
- Sur Saint-Antoine plus de trois absences injustifiées entraînent un mois de stage obligatoire en septembre avant l'année suivante.
- L'enseignement pratique de secourisme : au cours des deux années des PCEM2 et DCEM1 chaque étudiant doit obligatoirement participer à l'enseignement pratique de secourisme et le valider.
- Pour passer en troisième cycle, il faut avoir validé 36 gardes. À Saint-Antoine, ces gardes sont effectuées en D2 et D3 ; à Nantes, elles sont réparties sur les trois années (D2, D3 et D4)

PCEM1

	Nantes	coef	Saint-Antoine	coef
Matières	- Physique biophysique - Chimie- Biochimie – biologie moléculaire - Histologie - Biologie cellulaire / cytologie - Bio statistiques - Anatomie et physiologie - Sciences humaines - Biologie de la reproduction biologie du développement total	40 50 25 40 20 80 70 15 340	- Biophysique - Physique - Chimie- organique - Chimie générale - Biochimie-Biologie cellulaire - Histologie - biologie cellulaire / cytologie - Bio statistiques - Anatomie et physiologie - Sciences humaines - Biologie de la reproduction biologie du développement Total	20 20 10 10 20 10 20 10 20 40 20 200
<i>Validation</i>	Note globale Figurer en rang utile sur le classement		<i>Idem</i>	
Stages	<i>Stage « d'initiation aux soins »</i> Avant le début du PCEM2 en juillet stage d'une durée de 4 semaines à temps complet, de manière continue, dans un même établissement hospitalier		<i>Stage « d'initiation aux soins »</i> Idem Nantes, réalisation en septembre	

PCEM2

	<i>Nantes</i>	<i>Saint-Antoine</i>
enseignements	<p><i>Enseignements théoriques obligatoires par modules (8)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - abdomen, - mère-enfant/endocrinologie, - thorax - anglais - sciences humaines - biophysique - TP histologie - TP anatomie <p><i>Enseignements complémentaires</i> si note inférieure à 10/20 = oral en 2^e session</p> <p>anatomie, histologie biologie (biochimie et physiologie) biophysique <i>multimédia.</i></p>	<p><i>Enseignements intégrés par appareil (4)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - pneumologie - cardiologie - neurologie - locomoteur <p><i>Enseignement tronc commun</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - anatomie - biochimie et biologie cellulaire - biophysique - embryologie - épidémiologie - sciences sociales - histologie - sémiologie chirurgicale - anglais
Validation des enseignements	<ul style="list-style-type: none"> • avoir validé (obtenir une note globale supérieure ou égale à la moyenne) la totalité des modules obligatoires • avoir validé la totalité des stages hospitaliers chaque épreuve est strictement indépendante des autres épreuves • Valider 4 enseignements optionnels entre le P2 et le D1 en obtenant une moyenne égale ou supérieure à 10/20 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir la moyenne générale et valider chaque matière c'est-à-dire obtenir une note égale ou supérieure à 6/20 • Si un étudiant obtient une note inférieure à 6/20 à la 2^e session, un oral de contrôle est organisé dans les trois jours suivant l'affichage
Stages	<p>dans 4 groupes de 8 semaines dans les groupes suivants, 4 demi-journées par semaine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - abdomen, - mère-enfant, - thorax, - stage externe (centré sur la relation médecin-malade) + laboratoire 	<p>Stage d'initiation à la sémiologie Tous les mercredis matins dans un service de médecine</p>

DCEM 1

	<i>Nantes</i>	<i>Saint-Antoine</i>
Enseignements	<p>Enseignements théoriques obligatoires organisés par modules (12)</p> <ul style="list-style-type: none"> - sémiologie, - physiologie, - pharmacologie, - biochimie, - immunologie, - anatomie pathologique, - santé publique et pratique médicale et analyse critique d'article, - anglais, - microbiologie appliquée, - hématologie, - génétique, - sciences humaines. <p><i>Épreuve pratique orale de sémiologie</i> <i>Enseignements complémentaires</i></p>	<p>Enseignements séparés en deux groupes :</p> <p>Matières biomédicales</p> <ul style="list-style-type: none"> - neuroanatomie - physiologie - pharmacologie - immunologie - anatomie pathologique - anglais - bactériologie - hémato-oncologie (bases fondamentales) - génétique - parasitologie - virologie - optionnels <p><i>Sciences cliniques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sémiologie chirurgicale - sémiologie médicale

	<ul style="list-style-type: none"> - Anatomie - Histologie (cytophysiologie structurale et ultra structurale) - Biologie (biochimie et physiologie) - Biophysique - Physiopathologie A/B' - Multimédia - Sport - Médecine et société 	- médecine d'urgence
Stages	<i>Stages cliniques</i> dans les groupes suivants <ul style="list-style-type: none"> - Médecine - Neurologie - Spécialités médicales - Laboratoires, imagerie, tête et cou - 1 stage de deux demi-journées, chez un médecin généraliste 	<i>Stages cliniques</i> Tous les matins durant 20 semaines dans des services de médecine et de pédiatrie
Validation	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir une note globale supérieure ou égale à la moyenne. Cette note globale est la moyenne entre la note de l'épreuve écrite et celle de l'épreuve pratique. • Valider tous les stages hospitaliers et le stage chez le médecin généraliste • Valider la totalité des modules théoriques obligatoires • Valider quatre enseignements complémentaires • Valider l'examen pratique de sémiologie • Valider l'enseignement pratique de secourisme. <p>- pour les modules où l'on a obtenu une note globale inférieure à la moyenne. Se déroule en juin à l'oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir la moyenne générale à chaque groupe de matières sans note inférieure à 6/20. <p>- quand la moyenne générale n'a pas été obtenue, quand une matière n'est pas validée, c'est-à-dire en cas de note inférieure à 6/20</p>
2 ^e session		
Redoublement	l'étudiant ne garde pas le bénéfice des modules obligatoires, uniquement le bénéfice des enseignements complémentaires validés.	Prononcé par groupe de matières. En cas d'échec à un groupe, l'étudiant redouble mais conserve le bénéfice des autres groupes.

DCEM2

	Nantes	Saint-Antoine
Enseignements	<p><i>Enseignements organisés par modules</i></p> <p>1- <u>enseignements théoriques obligatoires</u> épreuves : écrites (dossiers), orales (lecture critique d'articles, orale sur dossier multidisciplinaire)</p> <p>2- <u>enseignements optionnels</u></p> <p>3- <u>enseignements pratiques</u></p> <p>1- <u>épreuves écrites sur dossiers (7)</u> dossier 1 : pathologie abdominale dossier 2 : pathologie thoracique dossier 3 : neurologie dossier 4 : psychiatrie dossier 5 : santé environnement –maladies transmissibles dossier 6 : athérosclérose hypertension thrombose dossier 7 : transversal. - <i>Enseignements optionnels</i></p>	<p><i>Enseignements organisés sous la forme de 21 certificats et enseignements optionnels.</i></p> <p>1- <u>certificats couplés à la pratique clinique (CCPC)</u> : au nombre de 4, ils sont enseignés durant le stage hospitalier</p> <p>2- <u>Certificats classiques</u> : 3 enseignés à la faculté</p> <p>3- <u>Enseignements optionnels</u> : 2</p> <p><u>CCPC</u> : pathologie digestive Appareil locomoteur, Cardiologie Pneumologie</p> <p><u>Certificats classiques</u> : Pathologie infectieuse Endocrinologie,</p>

	5 sont mis en place. En choisir obligatoirement un parmi les trois suivants : - Modèle animaux : mécanismes et physiopathologie - Santé de la mère et de l'enfant ▪ Stratégie des examens de laboratoire Et deux autres : - Médecine d'urgence - Initiation au raisonnement médical	Nutrition, Santé publique <i>Enseignements optionnels :</i> Douleurs et soins palliatifs Handicap
Stages	Stage du 1 ^{er} septembre au 30 avril, es dans les groupes suivants - abdomen, - neurologie - thorax - psychiatrie durant l'été un 5 ^e stage de 3 mois dans le service de son choix	1 ^{er} stage de 3.5 mois, d'octobre à mi janvier - digestif (hepato-gastrologie entérologie ou chirurgie viscérale) 2 ^e stage 3.5 mois, mi-janvier à fin avril) - locomoteur (rhumatologie ou orthopédie) 3 ^e stage : 5 mois début mai à fin septembre - cardiologie ou pneumologie Obligation d'effectuer un stage de 3.5 mois en chirurgie viscérale ou chirurgie orthopédique
Validation session 1	• Avoir une note égale ou supérieure à 60/120 à l'ensemble des épreuves : - épreuves sur dossier, (note générale /80) 7 épreuves sur dossier (les 6 premiers dossiers note éliminatoire à 4/10) le 7 ^e dossier (transversal) note éliminatoire de 8/20 - épreuves écrites de lecture critique d'articles /20 (éliminatoire à 8/20) - épreuve orale multidisciplinaire /20 note éliminatoire à 8/20	CCPC • Avoir la moyenne. L'examen comprend un écrit (80 %) et l'évaluation pratique (20 %) de la note finale. Certificat classique et enseignement optionnel • Avoir la moyenne. L'examen comprend un écrit (80 %) et un oral (20 %) de la note totale.
Passage en 3^e cycle	• Avoir validé tous ses stages • Avoir obtenu au moins 60/120 à la note générale de la 1 ^{ère} session voire de la 2 ^e session et n'avoir eu aucune note éliminatoire après la 2 ^e session	• Avoir acquis au moins 8 certificats et enseignements optionnels (sur 9) • Obtenir la moyenne générale a chaque groupe de matières sans note inférieure à 6/20

Note : à partir du DCEM2, les étudiants peuvent passer par anticipation certaines épreuves des années suivantes.

DCEM3

	Nantes	Saint Antoine
Enseignements	<i>Enseignements organisés par modules</i> - enseignements théoriques obligatoires épreuves : écrites (dossiers), orales (lecture critique d'articles, orale sur dossier multidisciplinaire 2- enseignements optionnels 3- enseignements pratiques <i>1- épreuves écrites sur dossiers (8)</i> dossier 1 : gynécologie - obstétrique dossier 2 : pédiatrie dossier 3 : ostéo - articulaire –endocrinologie – dermatologie dossier 4 : tête et cou, chirurgie plastique dossier 5 : module 10 : cancérologie –oncologie-	<i>Enseignements organisés sous la forme de 21 certificats et enseignements optionnels.</i> 1- certificats couplés à la pratique clinique (CCPC) : au nombre de 4, ils sont enseignés durant le stage hospitalier 2- certificats classiques : 3 enseignés à la faculté 3- enseignements optionnels : 2 <u>CCPC :</u> Gynécologie - Obstétrique Pédiatrie Néphrologie-urologie <i>Certificats classiques :</i> Hématologie Cancérologie

	<p>hématologie dossier 6 : module 6 : douleur, soins palliatifs, accompagnement dossier 7 : module 8 : immunopathologie – réaction inflammatoire dossier 8 : transversal.</p> <p><i>2-Enseignements optionnels</i> 5 sont mis en place. En choisir un parmi les trois suivants : - Modèle animaux : mécanismes et physiopathologie - Santé de la mère et de l'enfant - Stratégie des examens de laboratoire Et deux autres : - Médecine d'urgence - Initiation au raisonnement médical</p>	<p>Dermatologie Psychiatrie Neurologie Ophtalmologie ORL stomatologie</p> <p><i>Enseignements optionnels</i> Médecine interne / gériatrie Stratégie des examens complémentaires</p>
Stages	<p>Durée totale 10 mois 1^{er} septembre au 30 avril 4 stages de 8 semaines - Gynécologie, - pédiatrie, - spécialités médicales, - oncologie un 5^e stage de 3 mois à lieu en mai juin juillet à valider pour l'année suivante dans un service de son choix</p>	<p>Durée totale 12 mois 1^{er} stage 3.5 mois, d'octobre à mi-janvier - pédiatrie 2^e stage 3.5 mois, mi-janvier à fin avril - gynécologie-obstétrique 3^e stage : 5 mois début mai à fin septembre - néphrologie/urologie</p>
<i>Passage en D4</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir validé tous ses stages • Avoir obtenu au moins 65/130 à la note générale de la 1^{ère} session voire de la 2^e session • N'avoir eu aucune note éliminatoire après la 2^e session 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir acquis au moins 17 certificats (sur 18) pour s'inscrire en DCEM4.

DCEM4

	Nantes	Saint-Antoine
Enseignements	<p><i>Enseignements organisés par modules</i></p> <p>1- Enseignements théoriques obligatoires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Synthèse diagnostique, médecine du travail, gériatrie, santé publique, pharmacologie <p>2- Module 11 (CSCT)</p>	<p><i>Enseignements organisés par certificats</i></p> <p>1- <u>Certificats de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT)</u></p> <p>Enseignement sur dossiers cliniques et stage hospitalier d'octobre à fin janvier</p> <p>2- <u>Enseignements optionnels</u></p> <p>latrogénie</p> <p>Urgences et réanimations</p> <p>3- <u>Enseignement de la médecine générale</u> durant le 1^{er} et 2^e trimestre (validé sur la présence)</p>
Stages	<p>Durée totale 10 mois</p> <p>1^{er} septembre au 30 avril</p> <p>4 stages de 7 semaines dans 4 groupes</p> <ul style="list-style-type: none"> - médecine interne - tête et cou - médecine polyvalente gériatrie - urgences <p>5^e stage (mai, juin juillet août) dans un service de son choix</p>	<p>Durée totale 12 mois</p> <p>1^{er} stage 4 mois (octobre à fin janvier)</p> <p>médecine interne ou spécialité</p> <p>2^e stage 4 mois (début février à fin mai)</p> <p>médecine interne ou spécialité</p> <p>3^e stage : 4 mois début juin à fin septembre</p> <p>médecine interne ou spécialité (CSCT intégré) + stage d'urgence</p>
Validation	<ul style="list-style-type: none"> • Validation des épreuves théoriques obligatoires • Validation du module 11 : épreuve écrite et épreuve orale (/40) • Épreuve orale multidisciplinaire (/20) • avoir validé tous les stages • avoir obtenu au moins 75/150 à la note générale session 1 ou session 2 au moins 20/40 au module 11 • aucune note éliminatoire après la 2^e session • avoir validé trois optionnels avant l'entrée en 3^e cycle. (2 si MSBM en D1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Une épreuve pratique clinique (20 % note globale) <p>Validation de cette épreuve par la réalisation d'un travail effectué en groupe, et la présentation de ce travail et la participation individuelle lors du forum d'enseignement. En cas d'absence injustifiée, un examen oral sera organisé par le responsable de l'enseignement</p> <ul style="list-style-type: none"> • une épreuve écrite, cas cliniques (80 % note globale)