

SORBONNE UNIVERSITÉ
FACULTÉ DE MEDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ

ANNÉE 2019

THÈSE

N°

PRESENTÉE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

SPÉCIALITÉ : Médecine Générale

Par

Mélissa THOLOMIER

Née le 3 octobre 1989 à Saint-Claude

Présentée et soutenue publiquement le 25 septembre 2019

**Les étudiants de médecine admis par passerelles d'accès direct
dans les études médicales : parcours et retours d'expérience.**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Jacques BODDAERT

Membres du jury :

Madame la Docteure Anne-Cécile BEGOT

Madame la Docteure Delphine CADWALLADER

Monsieur le Docteur André SOARES

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe CORNET

Mais chaque existence au départ, même la plus tranquille, contient un nombre infini de possibilités dont chaque instant ne cesse de redéployer les virtualités.

D. Le Breton *Disparaître de soi*

Remerciements

Au Professeur Jacques BODDAERT pour me faire l'honneur d'avoir accepté de présider le jury et évaluer ce travail.

Au Professeur Philippe CORNET pour avoir repris la direction de cette thèse en apportant son savoir, sa bienveillance et ses conseils avisés. Vous m'avez redonné goût à la recherche et aux lectures qui font vagabonder la pensée. Travailler avec vous durant ces années d'internat a été un réel privilège.

À Madame la Docteure Anne-Cécile BEGOT pour avoir accepté de faire partie du jury, en espérant que votre regard enrichisse ce travail de recherche.

À Madame la Docteure Delphine CADWALLADER pour avoir également accepté d'être membre du jury et pour toutes nos discussions à la fin des séminaires, à la croisée des mondes médicaux et littéraires.

À Monsieur le Docteur André SOARES pour faire partie de ce jury mais surtout pour tout ton accompagnement durant le SASPAS et au-delà. Je ne saurais dire la fierté et la reconnaissance que je ressens à pouvoir faire bientôt équipe avec toi à Arcueil.

À tous les médecins extraordinaires qui m'ont donné envie de tout recommencer : Dr « magie » Thierion, Hélène qui a toujours cru en moi et Yvan, Dr Chastang pour son accompagnement comme tutrice, Dr Ruiz avec qui la médecine générale a pris tout son sens, Dr Mauri et Dr Fournier pour avoir incroyablement enrichi ma formation, Dr Pariel pour me permettre de continuer la route à ses côtés.

À tous les participants de cette étude qui ont accepté de partager leur histoire et m'ont permis de terminer la mienne.

À tous mes amis qui ont participé à cette folle aventure durant plus d'une décennie.

Mes gonzs Fanny, Marie, Julie et Anaïs, parce que la vie sans vous je sais pas. Bertrand, Jo, Elie, Julien, Etienne, Cyril, tous les copains de l'ENS et d'ailleurs qui ont illuminé ma vie étudiante. Anaïs, Hélène, Laure, Yoann, Flo, Anna pour nos années d'externat lyonnais inoubliables et éternelles. Mes co-internes mais tellement plus Sarraouinia, Alice, Pauline, Alexis, Océane. Margaux, ma best buddy malgré les océans. Nicolas, Pierre pour le bout de route ensemble.

À ma famille, mes parents pour leur amour et leur soutien inconditionnels. Maman je ne te promets pas qu'il n'y aura plus de relectures après cette thèse... Ma sœur Mathilde, qui même de l'autre côté du monde a toujours été un roc dans la tempête et une douce oreille pour moi. Julie pour ses conseils et son œil si précis. Mes grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines qui seront là pour m'accompagner vers la dernière ligne droite.

À ma grand-mère Josefa, dont le soleil andalou rayonne au fond de mon cœur.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

Table des matières

Remerciements.....	3
Serment d’Hippocrate.....	5
Table des matières.....	6
1. Introduction.....	8
1.1 Justification de la question de recherche.....	8
1.2 Présentation du cadre général : le système d’accès direct par passerelle.....	10
1.2.1 Historique législatif.....	10
1.2.2 Évolution du nombre de places.....	10
1.2.3 Modalités pratiques.....	12
1.3 Construction de la question et des axes de recherche.....	12
2. Matériau et Méthodes.....	14
2.1 Approche méthodologique de la bibliographie.....	14
2.2 Justification des choix méthodologiques.....	14
2.2.1 Type d’étude.....	15
2.2.2 Déconstruction des a priori.....	17
2.2.3 Utilisation du journal de bord.....	17
2.3 Méthode de recueil des données.....	18
2.3.1 Choix de l’entretien semi-dirigé.....	18
2.3.2 Construction du guide d’entretien.....	19
2.3.3 Conditions de recueil et de retranscription.....	19
2.4 Population étudiée.....	20
2.4.1 Critères d’inclusion et exclusion.....	20
2.4.2 Échantillonnage.....	21
2.4.3 Taille de l’échantillon.....	21
2.5 Méthodes d’analyse des données.....	21
2.5.1 Codage ouvert.....	21
2.5.2 Codage thématique.....	22
3. Résultats.....	23
3.1 Présentation de l’échantillon.....	23
3.1.1 Présentation générale.....	23
3.1.2 Présentation individuelle.....	24
3.2 Présentation des entretiens.....	36
3.3 Résultats d’analyse.....	37
3.3.1 Construction identitaire.....	37
3.3.2 Réaménagement du soi.....	49
3.3.3 Trajectoires et stratégies.....	64
3.3.4 Être un « étudiant en médecine ».....	76
3.3.5 Regards sur l’atypie.....	89
4. Discussion.....	103
4.1 Validité interne.....	103
4.1.1 Forces de l’étude.....	103
4.1.2 Faiblesses de l’étude.....	104
4.2 Validité externe - Comparaison aux données de la littérature.....	105
4.3 Synthèse des résultats.....	107
4.3.1 De la vocation au projet. Désir et temporalités dans les identités des passereliens.....	107
4.3.2 Du candidat à la passerelle à l’étudiant en médecine. Légitimité et normativité dans les	

parcours de passereliens.....	<u>112</u>
4.3.3 Modélisation.....	<u>119</u>
4.4 Perspectives.....	<u>120</u>
5. Conclusion.....	<u>121</u>
6. Bibliographie.....	<u>123</u>
7. Annexes.....	<u>128</u>
Annexe 1 : Extrait du journal de bord.....	<u>128</u>
Annexe 2 : Guide d'entretien.....	<u>130</u>
Annexe 3 : Exemple d'entretien.....	<u>131</u>
Résumé.....	<u>142</u>

1. Introduction

1.1 Justification de la question de recherche

Les études de médecine sont une filière particulièrement attractive avec une augmentation constante du nombre d'inscrits, bien que le nombre de candidats excède fortement le nombre de places disponibles. Cet écart de ratio contribue à créer une forte pression sur la première année de PACES. Seuls 37 % des candidats ont intégré une deuxième année d'études médicales en un ou deux ans¹. L'augmentation du *numerus clausus* de près de 500 places en 2017 n'a permis ni de répondre au problème du besoin croissant de nouveaux médecins ni à celui de l'échec massif des étudiants en première année. Malgré la réforme de la PACES en 2009, la procédure de sélection reste très controversée. Son efficacité et sa pertinence pour sélectionner les « bons candidats » aux études de médecine sont toujours remises en cause. Cette question alimente le débat public² et guide depuis plusieurs années les projets de réforme des études de santé.

S'il est difficile de juger de l'efficacité et la pertinence à long terme du mode de sélection des étudiants de médecine, l'exemple des méthodes d'évaluation mises en place dans d'autres pays pose régulièrement la question de l'intérêt de l'adjonction d'épreuves orales dans le processus de sélection³. Cette réflexion est sous-tendue par l'idée qu'au-delà de leurs qualités académiques, les candidats doivent faire preuve de qualités humaines et personnelles leur permettant de devenir les « bons » médecins attendus⁴.

Par ailleurs, la modification des parcours au sein des études supérieures s'inscrit dans une réflexion plus globale de l'université française. L'intégration des études de médecine au sein du

¹ Fauvet L, Jakubovitch S, Mikol F. Profil et parcours des étudiants en première année commune de santé. Études Résultats DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) [Internet]. Juillet 2015, N° 927. Disponible sur : <<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er927.pdf>>

² Maradan I. Concours de médecine : un mode de sélection pertinent ? Le Monde.fr [Internet]. 8 Février 2018. Disponible sur : <http://www.lemonde.fr/campus/article/2018/02/08/concours-de-medecine-un-mode-de-selection-pertinent_5253505_4401467.html>

³ Fayolle AV, Passirani C, Letertre E, Ramond A, Perrotin D, Saint-André JP, et al. Sélection des étudiants en médecine : facteurs prédictifs de réussite ; une revue systématique de la littérature. La Presse Médicale. 2016 Mai 1;45(5):483-94.

Renaud J-S, Cantat A, Lakhil S, Bourget M, St-Onge C. Sélection des candidats en médecine : validité prédictive des mini entretiens multiples en contexte francophone. Pédagogie Médicale. 2016 Fév;17(1):7-21.

Detroz P, Loye N. Sélection des futurs médecins : sur quelles bases empiriques ? Pédagogie Médicale. 2018 Fév;19(1):37-50.

⁴ Jouquan J. La sélection des candidats aux études de médecine répond à une problématique de nature éthique avant d'être un problème méthodologique. Pédagogie Médicale. 2016 Fév;17(1):1-5.

système européen LMD a ainsi conduit à réfléchir aux équivalences possibles entre les différentes filières avec notamment l'attribution de crédits ECTS validant des acquis de formation.

En France, plusieurs projets pilotes ont été testés depuis 2014, d'une part pour permettre aux étudiants de première année de se réorienter plus facilement en cas d'échec et d'autre part pour permettre l'intégration de candidats non issus de la PACES⁵. Parmi ces filières « alternatives », l'entrée en médecine par des passerelles d'accès direct en deuxième ou troisième année constitue une voie d'accès avec un succès croissant.

La réflexion sur la refonte de la PACES et ses modes d'accès interroge ainsi directement l'évolution de ces passerelles avec pour objectif une ouverture vers des profils de plus en plus diversifiés. Véran, rapporteur en 2013 d'un avis à l'Assemblée Nationale concernant le projet de loi relatif à l'enseignement supérieur et la recherche, analyse l'impact de l'ouverture des passerelles permettant d'intégrer des études de santé sans passer par la PACES proposé par l'arrêté de 2010 :

Il faut en effet adapter la formation de nos futurs professionnels de santé aux besoins de la population, à la nécessité de bâtir une culture commune favorisant le travail en équipe et la prise en charge globale des patients, et de diversifier le profil des futurs professionnels de santé⁶.

Le projet d'ouverture des passerelles d'accès direct s'inscrit donc dans une réforme des études de santé menée notamment autour de deux axes :

1/ Comment diversifier les parcours au sein des filières de santé d'une part ; et comment valoriser les acquis pour permettre d'éviter le « gâchis humain » de la première année.

2/ Comment réintroduire les sciences humaines au sein de la formation médicale de deuxième et troisième cycle pour permettre un décloisonnement des disciplines et ouvrir à la pluralité des regards sur le soin⁷.

⁵ Arrêté du 20 février 2014 relatif à l'expérimentation de nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques | Legifrance [Internet]. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/2/20/ESRS1400114A/jo/texte>>

⁶ N° 983 - Avis de M. Olivier Véran sur le projet de loi, après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'enseignement supérieur et à la recherche (n° 835) [Internet]. Disponible sur : <<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r0983.asp>>

⁷ Lefève C. Du monde clos de la faculté de médecine à l'univers infini des patients, Pratiques. Les cahiers de la médecine utopiques. 2011;55:54-57.

Serres M. L'éducation médicale vue par un philosophe. Pédagogie Médicale. 2006 Août;7(3):135-41.

Segouin C, David S, Le Divenah A, Brechat PH, Hodges B, Lunel A, et al. Des médecins scientifiques ou littéraires ? Une perspective historique française. Pédagogie Médicale. 2007 Août;8(3):135-44.

1.2 Présentation du cadre général : le système d'accès direct par passerelle

1.2.1 Historique législatif⁸

L'accès aux études de médecine par les passerelles est possible depuis de nombreuses années. Le premier arrêté date du 26 mars 1993 et officialise la mise en place de ce système. Elle est alors réservée aux docteurs en médecine, pharmacie et odontologie ainsi qu'aux diplômés de l'École Normale Supérieure et de l'École des Chartes. Les conditions de candidature et la sélection par les commissions universitaires sont progressivement uniformisées en 1995, 2005 et 2006.

Le tournant de la mise en place de la PACES en juillet 2009 a ouvert l'extension de l'accès à la passerelle autorisé par l'arrêté de juillet 2010 (qui abroge celui de 1993) relatif à l'expérimentation de nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques. Elle permet un accès direct dès la deuxième année aux titulaires d'un master quelle que soit la spécialité et aux étudiants des autres filières de la PACES grâce au « droit au remords ».

L'arrêté du 24 mars 2017 constitue la dernière évolution législative sur le sujet. Ce nouveau dispositif vise à élargir les profils des candidats aux études de médecine en ouvrant la porte notamment aux paramédicaux. Les modalités pratiques de son application sont encadrées par la circulaire du 9 janvier 2018 et viennent remplacer celle de l'arrêté de 2010⁹.

1.2.2 Évolution du nombre de places

Les données ne sont pas disponibles avant 2011, date à laquelle le nombre de places disponibles est fixé par décret au BO chaque année. La procédure de sélection se fait par centres régionaux pour lesquels les places sont réparties pour chaque passerelle d'accès jusqu'en 2018 où leur nombre est attribué sans distinction entre la 2^e et la 3^e année. À partir de la circulaire de janvier 2018, les candidats peuvent indiquer s'ils souhaitent être admis en 2^e ou en 3^e année mais seul le jury est décisionnaire et affectera les candidats dans l'une des deux années.

⁸ L'ensemble des textes législatifs est disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr. La liste complète des références législatives utilisée est présentée en fin de bibliographie.

⁹ Pour les auxiliaires médicaux l'annexe 1 et 2 de la circulaire de janvier 2018 fixe la liste des diplômes admis et les documents permettant d'attester des années d'expérience requis.

Centre organisateur ¹⁰	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Bordeaux II	10	25	23	28	28	28	28	48	48
Lille II	14	29	11	13	13	13	13	34	34
Lyon I	10	27	36	38	38	38	38	60	60
Montpellier I	8	24	27	30	30	30	30	46	46
Nancy / Lorraine (2012)	13	32	40	42	42	42	42	70	70
Paris V / Paris XI (2014)	18	50	72	76	74	74	74	111	111
Rennes / Tours (2015) / Nantes (2018)	14	28	29	8	33	33	33	60	60
TOTAL	87	215	238	235	258	258	258	429	429

Évolution nombre de places disponibles en accès direct en médecine 2^e année (hors droit au remords)

Centre organisateur	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Bordeaux II	13	19	22	20	20	20	20	48	48
Lille II	18	26	24	22	21	21	21	34	34
Lyon I	14	20	24	22	22	22	22	60	60
Montpellier I	10	15	18	16	16	16	16	46	46
Nancy / Lorraine (2012)	18	25	31	29	28	28	28	70	70
Paris V / Paris XI (2014)	23	34	40	38	37	37	37	111	111
Rennes / Tours (2015) / Nantes (2018)	19	26	29	27	27	27	27	60	60
TOTAL	115	165	188	174	171	171	171	429	429
TOTAL 2^e + 3^e année	202	380	426	409	429	429	429	429	429

Évolution nombre de places disponibles en accès direct en médecine 3^e année (hors droit au remords)

L'évolution du nombre de places est globalement stable depuis 2013 et reste minoritaire pour l'accès aux études médicales puisqu'elles concernent moins de 450 étudiants par an. On peut ainsi estimer qu'en 2019, ils représentaient 5 % de la promotion de futurs médecins¹¹.

¹⁰ Les centres organisateurs ont pu varier en fonction des années. Les universités regroupées au sein de ces centres restent stables mais le centre référent change. L'année de changement pour le nouveau référent est indiquée entre parenthèses.

¹¹ Rapport fait entre le nombre de places disponibles par passerelle d'accès direct et le numerus clausus officiel de l'année 2019 de 8811 places. Chiffres disponibles : Arrêté du 16 avril 2019 fixant le nombre d'étudiants autorisés, selon les différentes modalités d'admission, à poursuivre en deuxième ou troisième année leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2019-2020.

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000038396743>

1.2.3 Modalités pratiques

Pour pouvoir postuler le candidat doit être titulaire de l'un des titres ou diplômes détaillés sur l'arrêté du 24 mars 2017 (article 2). Le droit à concourir sur une admission par passerelle est limité à deux tentatives, il est par ailleurs interdit de candidater la même année sur plusieurs établissements et/ou dans plusieurs filières.

Les centres examinateurs sont désignés par arrêté ministériel regroupant plusieurs villes universitaires. Une fois le dossier constitué et transmis au centre de candidature, la sélection se fait en deux temps : une première sélection sur dossier puis une audition des candidats admissibles. Chaque centre examinateur se dote d'une commission composée de 12 enseignants représentant les universités régionales concernées (3 médecins, 3 pharmaciens, 3 chirurgiens-dentistes et 3 sages-femmes).

Le jury établit la liste des admis en deuxième et troisième année dans chacune des filières selon le nombre de places offertes pour l'année universitaire et répartit les candidats admis dans les universités en répondant *dans la mesure du possible* au souhait d'affectation du candidat.

1.3 Construction de la question et des axes de recherche

Comme le souligne Veran dans le rapport parlementaire précédemment cité :

« Le profil des étudiants intégrant par cette voie les études de santé est peu documenté ».

Cette remarque a conduit à une réflexion sur la nécessité de s'intéresser au profil et au parcours de ces étudiants qui, depuis 1993 mais surtout depuis 2010, sont de plus en plus nombreux à intégrer les promotions de futurs médecins. Leur expérience peut ainsi enrichir le débat sur le sens à donner aux futures réformes des études de santé et notamment la question de la « plus-value » de parcours atypiques au sein des promotions de jeunes médecins.

Devant l'absence d'études disponibles sur cette catégorie précise d'étudiants en médecine et leur place minoritaire au sein des étudiants de médecine, il a semblé nécessaire de partir du vécu de leur expérience de « passerelien »¹².

¹² Ce néologisme a été créé pour désigner plus communément les étudiants ayant bénéficié de passerelles d'accès direct pour intégrer les filières de santé. Il est employé par les étudiants eux-mêmes et sera utilisé tout au long de notre étude pour plus de facilité.

Notre question de recherche a donc été formulée à partir de ce constat : **quels sont les parcours et les retours d'expérience d'étudiants admis en médecine par les passerelles d'accès direct ?**

Afin de répondre à cette interrogation plusieurs axes de recherche ont été envisagés pour structurer notre réflexion. Ils s'articulent autour de trois thématiques :

1/ La question du désir et des motivations : quelles sont les motivations qui les ont poussés à se réorienter ? Cette réflexion s'est faite en lien avec la notion d'identité(s) : comment comprendre la volonté « d'être médecin » et comment ce désir s'articule avec les parcours antérieurs.

L'orientation peut être comprise selon René Baldy comme « *une interprétation représentative de la place actuelle anticipée dans le monde* », faite de projets « emboîtés »¹³. La dimension dynamique et interconnectée des projets individuels conduit ainsi à recomposer les identités.

2/ L'axe des temporalités et du vécu du parcours : comment s'est déroulé leur parcours au sein des études de santé, quelles ont été leurs difficultés ? Cette dimension intègre à la fois la construction de leur projet comme candidat mais permet également de s'intéresser à la perception du temps chez les passereliens. Comment l'âge et l'entrée tardive dans les études les obligent à recomposer leurs temporalités sociales, personnelles, professionnelles ?

3/ La problématique de la légitimité et des regards : comment sont-ils perçus au sein des études de médecine ? Le fait d'avoir eu un « double cursus » a-t-il influencé leur vision de l'exercice médical ?

L'idée d'« atypie » naît ainsi du décalage porté entre le regard attendu sur « l'étudiant en médecine » et celui porté par les passereliens. En ce sens leur place au sein des études est régulièrement interrogée : comment sont-ils amenés à se positionner comme des étudiants et des médecins « légitimes » ?

Ces axes de réflexions — désir, temporalités, légitimité — ont ainsi été mobilisés tout au long du travail pour structurer et nourrir l'analyse autour des parcours des passereliens.

¹³ Baldy R. Le rôle du projet dans les choix scolaires et professionnels des élèves. In: Etienne R. Le projet personnel de l'élève. Paris: Hachette; 1995. p. 34-91.

2. Matériau et Méthodes

2.1 Approche méthodologique de la bibliographie

Les recherches bibliographiques pour ce travail de thèse ont été principalement effectuées à partir des sources suivantes : Pubmed, Cochrane Library, Cairn, CisMef, EM-Premium, Google et Google Scholar, le Système Universitaire de Documentation (SUDOC) ainsi que le site de référencement thèses.fr.

Elles ont été menées en français et en anglais. Les mots clés français utilisés ont été en particulier « étudiant médecine », « études médicales », « parcours », « réorientation », « passerelle », et en anglais « medical school », « medical student », « personal choice », « student selection ».

Une première recherche a été menée avant le recueil de données pour permettre de faire un état des lieux sur la question et se familiariser avec les problématiques du thème choisi. Néanmoins, aucune étude n'a traité la question précise des étudiants de médecine issus de passerelle d'accès direct. Les recherches sur le sujet ont donc été étendues aux travaux sur les étudiants de médecine en France et à l'international ou encore l'analyse sociologique des études de médecine ainsi que des recherches plus générales en pédagogie. La recherche bibliographique s'est prolongée tout au long du travail de thèse afin d'ouvrir l'analyse au fur et à mesure de l'avancement.

2.2 Justification des choix méthodologiques

Nous avons choisi de réaliser une **étude observationnelle qualitative phénoménologique**. Le travail a été construit en suivant la grille de référence pour les études qualitatives COREQ-32 quand les items de la grille étaient applicables¹⁴.

¹⁴ Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. 2015 Jan;15(157):50-4.

2.2.1 Type d'étude

Choix de la méthode qualitative¹⁵

Les deux méthodologies quantitative et qualitative ne sont pas à opposer dans la mesure où elles répondent de manière différente mais complémentaire à des questions de recherche.

La méthode quantitative cherche à donner une explication causale à des phénomènes grâce à des données statistiquement significatives. Elle s'inscrit dans une *démarche hypothético-déductive* où les hypothèses de recherches vont être testées, en contexte expérimental, pour être validées ou infirmées par la mesure de variables et la quantification des phénomènes. Dans le cadre des recherches en santé, ce type d'étude est particulièrement adapté aux questions biomédicales.

La méthode qualitative permet, par une *démarche inductive (ou interprétative)*, d'étudier des phénomènes sociaux et psychosociaux. Elle apparaît plus appropriée quand les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement et lorsque les données relèvent de phénomènes complexes. Elle permet notamment de répondre à des questions centrées sur ce que les acteurs disent du phénomène étudié. En ce sens, l'objectif est donc une approche *compréhensive* qui permet d'analyser le vécu et les significations que l'individu donne à ses expériences, et *ancrée* dans le contexte individuel (familial, professionnel, relationnel...) et social. Dans le cadre des études médicales, le développement des recherches qualitatives, notamment en soins primaires, permet de répondre à des problématiques liées par exemple à la compréhension des déterminants de soins ou du vécu des relations de soins.

Dans le cadre de ce travail, le choix d'une méthode qualitative s'inscrit dans une démarche visant à comprendre la symbolique¹⁶ personnelle d'un phénomène complexe : le parcours d'un étudiant en médecine issu de passerelle d'accès direct. Par ailleurs, la description épidémiologique de cette

¹⁵ Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et le groupe de recherche universitaire, qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; (84):142-5.

Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. Pédagogie Médicale. 2009 Nov;10(4):293-304.

Pelaccia T, Paillé P. La recherche qualitative en pédagogie médicale : histoire, pratique et légitimité. Pédagogie Médicale. 2011 Avr;12(3):179-92.

Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé, Paris: A. Colin; 2016.

Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4^e éd. Paris: A. Colin; 2016.

Mucchielli A. (dir.) Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. 2^e éd. Paris: Armand Colin; 2004. Termes : Recherche qualitative, interactionnisme symbolique, compréhensive (approche), phénoménologie (méthode de l'analyse).

¹⁶ Le symbolique et le sens sont deux concepts similaires (NdL).

population est actuellement déjà en cours d'étude¹⁷. Aussi ce travail a pour objectif une compréhension holistique d'un phénomène singulier et complexe à travers l'analyse des mécanismes, des motivations, des représentations, et du vécu de cette expérience.

Choix de l'approche phénoménologique inductive¹⁸

L'approche qualitative regroupe des perspectives diverses, que ce soit en termes d'ancrage théorique, de techniques de recueil ou d'analyse des données. La visée commune est la description d'un phénomène, à partir d'entretiens, notes d'observation, récits de vie, enregistrements audiovisuels, etc. Le but est de dégager des thématiques puis, par un raisonnement inductif, d'obtenir des catégorisations mettant en lien les données et produisant un sens général aux phénomènes étudiés. Le choix d'une méthode d'analyse qualitative dépend des objectifs donnés : approche descriptive (analyse thématique), production d'une théorie ancrée à partir du terrain (*grounded theory*), analyse fonctionnelle des individus ou groupes sociaux (analyse phénoméno-structurale), analyse de récits (analyse narrative en récit de vie)...

Dans notre étude, le choix de la méthode de recherche de type phénoménologique inductive (IPA) prend son ancrage dans les recherches sur l'interactionnisme symbolique de l'école de Chicago et sur l'approche *phénoménologique* des travaux de Husserl. Cette démarche suppose l'absence d'hypothèses a priori qui ne se dégageront qu'à mesure de l'avancement de l'analyse des données.

Le travail du chercheur est donc de répondre à la question : comment les individus font-ils l'expérience et donnent-ils du sens au phénomène qui nous intéresse ? Il donne à comprendre un discours qui lui-même élabore du sens selon le principe de la *double herméneutique*.

Cette posture épistémologique considère le participant dans sa subjectivité et sa singularité. L'approche est donc *idiographique* puisqu'elle constitue une étude de cas particuliers détaillés avant d'envisager, dans un deuxième temps, de dégager des thématiques plus générales.

Cette méthodologie paraissait la plus adaptée à la question de recherche dans la mesure où le postulat de départ était la singularité de chaque parcours de passerelien. L'approche en IPA permet de mettre en lumière dans chacune des trajectoires les éléments de sens individuel constitutifs d'une

¹⁷ Une étude épidémiologique quantitative est en cours au sein de l'université Paris V concernant l'origine et le devenir des étudiants de médecine parisiens issus de passerelles d'accès direct (étude *Trajectoire*). Les données et les conclusions ne sont pour le moment pas disponibles.

¹⁸ Paillé P, Mucchielli A. op. cit.
Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer*. 2013;105:4-11.

expérience commune inscrite dans le réel mais également ontologique.

2.2.2 Déconstruction des a priori

Dans le cadre d'une analyse qualitative, il convient d'interroger la position du chercheur vis-à-vis de son objet de recherche car la compréhension des données demande un travail de mise à distance. L'approche en IPA postule que le chercheur doit « laisser parler de lui-même » le phénomène qu'il étudie, en mettant à distance ses présupposés et notions préexistantes. Aussi, il doit se situer par rapport à son propre sujet et déconstruire ses *a priori* face à son objet.

Dans le cadre de cette thèse, la question de notre position en tant qu'investigatrice était essentielle car elle constitue l'origine même du choix de la problématique de recherche. Il a fallu d'abord s'interroger sur notre parcours comme passereliennne pour pouvoir s'affranchir de nos propres réponses et ne pas imposer notre expérience et nos représentations aux participants. Leur mise à distance était d'autant plus indispensable que nous souhaitions nous interroger sur la singularité de chacun des parcours. La recherche a été fructueuse puisque, parmi nos *a priori*, nous espérions qu'ils arrivent à expliquer la construction de leur décision, et nous voulions comprendre comment cette décision influence leur carrière médicale, leur vision de la médecine. Nous nous attendions d'une part, à ce que les motifs de réorientation soient clairement identifiables et d'autre part, que l'expérience du parcours au sein des études de médecine soit globalement positive. Il apparaissait plus difficile de se positionner par rapport à des réponses qui expriment clairement une déception vis-à-vis de leur parcours ou leur décision, en somme des expériences « négatives » de participants.

2.2.3 Utilisation du journal de bord

L'utilisation d'un journal de bord a servi d'instrument réflexif au cours de l'avancement du travail de thèse. Il a été réalisé sous format Word et rédigé chronologiquement, au moment de la collecte, de l'analyse et de l'interprétation des données.

Il recense la progression de la réflexion, l'avancée des recherches bibliographiques, le vécu au cours des entretiens, les pistes de travail évoquées lors des différents rendez-vous avec le directeur de thèse. Il a ainsi servi d'auto-analyse sur les avancées de la recherche et permis de maintenir le questionnement concernant notre posture en tant qu'investigatrice vis-à-vis de l'objet d'étude.

Des extraits de ce matériel de travail sont présentés en Annexe 1 pour rendre compte de son contenu et de la progression du travail.

2.3 Méthode de recueil des données

2.3.1 Choix de l'entretien semi-dirigé¹⁹

L'entretien est une méthode privilégiée de collecte d'informations en recherche qualitative, permettant d'investiguer des phénomènes culturels et de représentations ou des pratiques sociales. Il est, selon la formule de Blanchet, un « instrument de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal ». Il s'impose lorsque l'on cherche à connaître le « point de vue » (rôle de consultant) ou « l'histoire » (récit biographique) du participant. Il permet d'explorer le sens que les individus donnent à leur vécu, leurs pratiques, leurs représentations, sans décider a priori des informations recherchées.

Le canevas de la discussion est plus ou moins contraignant selon le degré de liberté laissé et le niveau de profondeur des échanges :

- L'entretien non directif laisse un maximum de liberté d'expression au participant à partir d'une consigne. Il permet, en phase exploratoire, de se familiariser avec les thèmes, les codes verbaux et d'atteindre un niveau approfondi de compréhension d'un phénomène.
- L'entretien semi-dirigé (ou semi-structuré) s'articule autour de thématiques pensées à l'avance mais l'ordre et l'approfondissement de ces thèmes peuvent rester libres. Il permet de structurer sans diriger le discours.
- L'entretien directif (ou fermé) s'apparente plus au questionnaire, avec un protocole de questions préétablies et uniformisées. Ce cadre d'entretien implique de connaître à l'avance le monde de référence du participant et donc un choix des catégories discriminantes par le chercheur.

Dans le cadre de notre étude en IPA, le choix s'est porté sur un recueil des données par **entretiens semi-structurés individuels**, plus adaptés pour une discussion profonde et personnelle autour de thématiques préalablement identifiées.

¹⁹ Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. op cit.
Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2017.

2.3.2 Construction du guide d'entretien

Le guide a été pensé de manière souple afin d'inviter les participants à se raconter et ouvrir les champs de discussion. Il a été construit de façon chronologique afin de permettre aux participants de raconter les principaux temps de leur parcours (Annexe 2). Il s'est avéré d'autant plus pertinent que les personnes interrogées ont spontanément choisi cette logique chronologique pour se présenter au cours de l'entretien.

Il a été testé une première fois pour sa pertinence et a pu être amélioré à partir de l'entretien test et selon les réponses des participants. Le choix de la question finale (« *As-tu quelque chose à ajouter pour terminer l'entretien ?* ») s'est ainsi progressivement élargi et les participants suivants ont été invités à raconter une expérience marquante au cours de leur parcours au sein de la passerelle.

L'entretien se terminait par un recueil de données sociopersonnelles :

- sexe
- âge
- situation personnelle (marié(e), enfant(s)...)
- tentative de la PACES (oui/non/nombre de fois)
- année d'inscription en passerelle, nombre de tentatives
- faculté d'inscription externat/internat
- année d'étude en médecine
- spécialité choisie si interne / rang de classement ECN

2.3.3 Conditions de recueil et de retranscription

Les entretiens ont eu lieu en fonction des disponibilités des personnes interrogées, de préférence en entretien direct en face à face, avec pour objectif un temps d'entretien de 30 à 60 minutes. Si la rencontre n'était pas possible, il était proposé de réaliser l'entretien par téléphone. Le choix du lieu s'est fait à la convenance du participant afin de lui laisser la possibilité de se sentir plus à l'aise au cours de l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés selon le même cadre préétabli. Il était rappelé à tous les participants le sujet de l'entretien et le contexte du travail (thèse qualitative de médecine générale).

Chaque participant était informé des modalités de recueil, d'enregistrement et d'anonymisation des entretiens et un consentement a été demandé systématiquement. Tous les entretiens ont été enregistrés par dictaphone vocal sur téléphone, y compris la suite de la discussion hors entretien.

Aucun entretien n'a été répété mais, à l'issue du retour des retranscriptions aux participants, il leur a été proposé de transmettre la lettre de motivation soumise lors de leur candidature à la passerelle. Ces lettres de motivation ont été reproduites sous format Word (quand ce n'était pas déjà le cas) et anonymisées.

Concernant la retranscription des données d'entretien, tous ont été retranscrits intégralement et anonymisés grâce au logiciel Sonal©. Les propos de l'enquêteur et du participant ont été retranscrits mot à mot. Il a été inséré en italique les moments d'interruption, pauses, ou les rires au moment de l'entretien. La syntaxe des réponses n'a pas été modifiée afin de proposer une retranscription fidèle du verbatim des entretiens. En raison de leur longueur, tous les entretiens n'ont pas pu être présentés *in extenso* en annexe de ce travail (exemple d'entretien en Annexe 3). Les discussions hors entretien n'ont, par ailleurs, pas fait l'objet d'une retranscription systématique.

2.4 Population étudiée

2.4.1 Critères d'inclusion et exclusion

La population étudiée comprend des **étudiants de 2^e et 3^e cycle des études médicales** ayant intégré les études de médecine par une **passerelle d'accès direct** (en 2^e ou 3^e année de médecine) selon le dispositif de l'arrêté de 1993 et/ou arrêté de 2010 et/ou arrêté de 2017.

Les critères d'exclusion suivants ont été fixés :

1/ les étudiants ayant bénéficié d'une passerelle « droit au remords »

Dans ce cadre, l'entrée dans les études médicales se fait après une PACES réussie, avec un choix initial en odontologie, pharmacie, kinésithérapie, sage-femme mais la réorientation en médecine est secondaire. Elle a lieu selon un nombre d'années d'études minimum fixé par les décrets officiels.

Il faut noter que pour pouvoir postuler à cette passerelle, les étudiants doivent justifier d'un rang de classement suffisant pour intégrer médecine au moment où ils ont été reçus en PACES (ce qui implique théoriquement la réussite au concours pour la filière médecine).

2/ les étudiants paramédicaux ayant intégré médecine après une PACES sur le *numerus clausus* paramédical.

La justification de ces critères d'exclusion repose sur le motif que ces étudiants sont ceux ayant **réussi** le concours de PACES. La thèse cherche à se concentrer sur les parcours d'étudiants n'ayant

pas passé le concours ou ayant échoué et intégrant les études de médecine **après un autre cursus**.

2.4.2 Échantillonnage

L'échantillonnage s'est fait en recherche de variation maximale et en chaîne (*snowball sampling*) à partir des contacts du chercheur et par les groupes de discussion étudiants sur les réseaux sociaux (Facebook, Forums, Remède...). L'échantillon a été sélectionné intentionnellement pour sa diversité dans la perspective étudiée, en privilégiant, en priorité, l'équilibre entre les niveaux d'études au moment de l'entretien (externat/internat) et le sex-ratio.

2.4.3 Taille de l'échantillon

Si la taille de l'échantillon en IPA tend vers la saturation des données, l'objectif n'est pas absolu et nous pouvons nous assurer de la richesse du matériau en nous appuyant sur la suffisance théorique. Il convient toutefois de s'assurer que les données sont conformes à ce concept.

2.5 Méthodes d'analyse des données

Notre positionnement quant à la méthode d'analyse a été guidé par les principes suivants :

Une analyse de contenu doit pouvoir rendre compte de la quasi-totalité du corpus (principe d'extension), être fidèle (ce qui est vérifiable par le multicodage) et autosuffisante (sans retour nécessaire au corpus)²⁰.

2.5.1 Codage ouvert

Tous les entretiens ont d'abord été traités indépendamment de façon « verticale ». Le premier temps d'analyse s'est fait en lecture dite « flottante » permettant de s'imprégner des éléments principaux de l'entretien. L'objectif, à ce stade, est de résumer de façon descriptive les principales thématiques soulevées par le participant et de dégager les idées-forces de l'entretien. Pour Paillé et Muchelli, cette étape de réduction des informations doit se faire dans une démarche empathique qui implique de « se laisser toucher, lâcher prise par rapport à nos catégories interprétatives impératives, et voir, comprendre, penser autrement »²¹.

²⁰ Blanchet A, Gotman A. op. cit. p. 93.

²¹ Paillé P, Mucchielli A. op. cit.

Dans l'idéal, cette étape a lieu dans les jours suivant la rencontre, pour permettre de rattacher les éléments de sens dégagés à l'ambiance et à la dynamique propre de chaque entretien. En effet, en ce qu'ils participent tous à un même phénomène, chacun des discours contient des informations traitées comme ayant la même valeur et le même niveau d'importance. Comme nous l'avions dit précédemment, les cadres d'analyse ne sont pas prédéfinis mais créés au fur et à mesure de l'étude du matériau : ils permettent de faire une description du phénomène sous forme de synthèse au plus proche possible de l'expérience vécue.

À partir de cette phase d'analyse ont émergé des hypothèses descriptives ou « noyaux de sens repérable en fonction de la problématique et des hypothèses de la recherche »²². Ce premier codage ouvert par découpage en unités de sens a permis de dégager des thématiques « verticales » qui ont été soumises et comparées avec celles d'autres chercheurs (directeur de thèse, co-internes de médecine générale).

2.5.2 Codage thématique

La deuxième étape est une phase d'analyse interprétative à partir de chaque étude des expériences subjectives, formulant un degré supérieur d'abstraction. Le passage de l'analyse « verticale » à une analyse « horizontale » permet de rechercher des invariants (ou « essences ») du phénomène. Ainsi, au-delà de la diversité des situations, elle vise à mettre en avant les éléments repérés comme essentiels pour interpréter le phénomène étudié.

Il s'agit d'une étape d'agencement des données permettant de faire des connexions entre les entretiens. Les données d'entretien sont condensées autour de grands axes de sens à partir d'une organisation raisonnée. La grille d'analyse est progressivement affinée et hiérarchisée pour former un outil explicatif visant la production de sens.

L'analyse thématique horizontale permet enfin une base d'élaboration d'une typologie comprise comme une « synthèse à la fois verticale et horizontale des thèmes et des dimensions. [...] Le type regroupera un maximum de thèmes [...] et les cas agrégés dans ce type présenteront un maximum de spécifications univoques »²³. La conception d'un modèle permet alors et au mieux de rendre compte de la compréhension acquise du phénomène.

²² Blanchet A, Gotman A. op. cit., p.99.

²³ Ibid.

3. Résultats

3.1 Présentation de l'échantillon

3.1.1 Présentation générale

La taille de l'échantillon a été limitée à 10 participants afin de favoriser une analyse idiographique (Fig.1). Le nombre de participants n'a pas été fixé à l'avance mais la notion de « suffisance théorique » a été utilisée pour arrêter le recrutement. La richesse du matériau issu des dix entretiens a été jugée suffisante pour permettre une analyse phénoménologique. L'échantillon a été construit dans une logique de variation maximale en veillant à équilibrer le genre, le moment d'accès en médecine (P2/D1), la faculté d'accueil, le niveau d'étude actuel et, dans le cadre de l'internat, les différentes spécialités choisies.

Sur les dix étudiants en médecine en deuxième ou troisième cycle qui ont été interrogés il y a eu cinq hommes et cinq femmes entre 28 et 48 ans, pour une moyenne de 35,7 ans. Quatre étaient en deuxième cycle (externat de la FGSMA 3 *ex-D1* à la DSFAM 3 *ex-D4*) et six en troisième cycle (internat).

Enquêteur et participants ne se connaissaient pas au moment de l'étude. Le statut de l'enquêteur était présenté au début de l'entretien (interne en médecine générale) mais seul un participant (R9) n'avait pas connaissance du parcours de « passerelle » de l'enquêteur. En revanche, même si chaque participant était interrogé individuellement, plusieurs participants se connaissaient entre eux, notamment ceux des mêmes facultés d'accueil.

Le recrutement s'est fait auprès d'étudiants de la région parisienne. Un participant n'a pas effectué son cursus dans une faculté parisienne mais était actuellement en inter-CHU sur Paris et avait postulé à la passerelle sur Paris V la première fois (R8). Un deuxième participant a choisi un internat à la Réunion où les stages sont partagés entre Paris et la Réunion. Il est actuellement en stage pour un an et demi sur Paris (R9).

	Sexe	Age (ans)	Situation personnelle	Situation antérieure principale	Tentative P1	Accès en passerelle	Faculté externat / internat	Niveau étude actuel	Année et groupe classement ECN*
R1	H	35	Marié, 2 enfants	Pharmacien	Oui 2 fois	2015 – D1	Paris XI Kremlin Bicêtre	DFASM 2 (D3)	X
R2	F	36	Mariée, 2 enfants	Attachée recherche clinique	Non	2011 échec 2012 – P2	Paris Ouest UVSQ	Médecine générale (T1 S1)	2018 Groupe 7
R3	F	40	Mariée, 3 enfants	Professeur SVT	Oui 1 fois	2013 – P2	Paris Ouest UVSQ	Médecine générale (T1 S1)	2018 Groupe 8
R4	F	39	Mariée, 3 enfants	Avocate	Non	2015 – P2	Paris Ouest UVSQ	FGSM 3 (D1)	X
R5	H	28	En couple, pas d'enfant	Normalien Chimie	Non	2014 – D1	Paris V Descartes	Médecine intensive Réanimation (T1 S1)	2018 Groupe 5
R6	H	31	En couple, futur papa	Officier de gendarmerie	Non	2016 – D1	Paris V Descartes	DFASM 1 (D2)	X
R7	F	48	Célibataire, 3 enfants	Professeur philosophie carrière dans le théâtre	Oui 1 fois	2013 échec 2014 – P2	Paris VI UPMC	DFASM 1 (D2)	X
R8	H	31	Célibataire, pas d'enfant	Agro ParisTech	Non	2010 échec 2011 – D1	Dijon / Lyon (InterCHU Paris)	Néphrologie (T4 S7)	2015 Groupe 1
R9	H	40	Marié, 2 enfants	Psychologue clinicien	Oui 2 fois	2013 – D1	Paris XIII / La Réunion (T2+ T3 à Paris)	Psychiatrie (T3 S5)	2017 Groupe 7
R10	F	29	Célibataire, pas d'enfant	Sage-femme	Oui 2 fois	2014 – D1	Paris V Descartes	Gynécologie-Obstétrique (T1 S2)	2018 Groupe 2

* Groupes ECN (Rang) : 1 (0-1000) / 2 (1000-2000) / 3 (2000-3000) / 4 (3000-4000) / 5 (4000-5000) / 6 (5000-6000) / 7 (6000-7000) / 8 (7000-8000)

Fig. 1 : Caractéristiques des étudiants de l'échantillon

3.1.2 Présentation individuelle

Les parcours ont été représentés individuellement par une frise chronologique mettant en évidence d'une part le parcours scolaire, et d'autre part le parcours professionnel et personnel. Le choix des bornes temporelles et des événements sur cette représentation est fondé sur les éléments rapportés par le participant au cours de l'entretien et présentés par eux-mêmes comme significatifs.

Légende :



Élément rapporté comme déterminant à la reprise des études de médecine



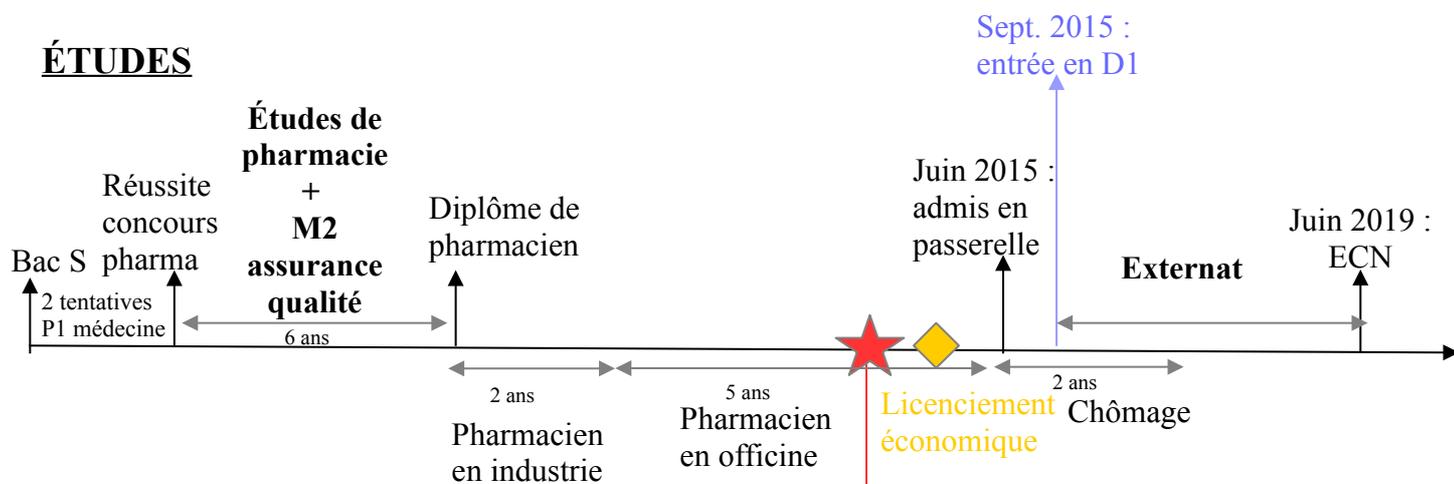
Événement professionnel marquant



Événement personnel marquant

Entretien 1

ÉTUDES



VIE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE

Homme de 35 ans, marié, 2 enfants.

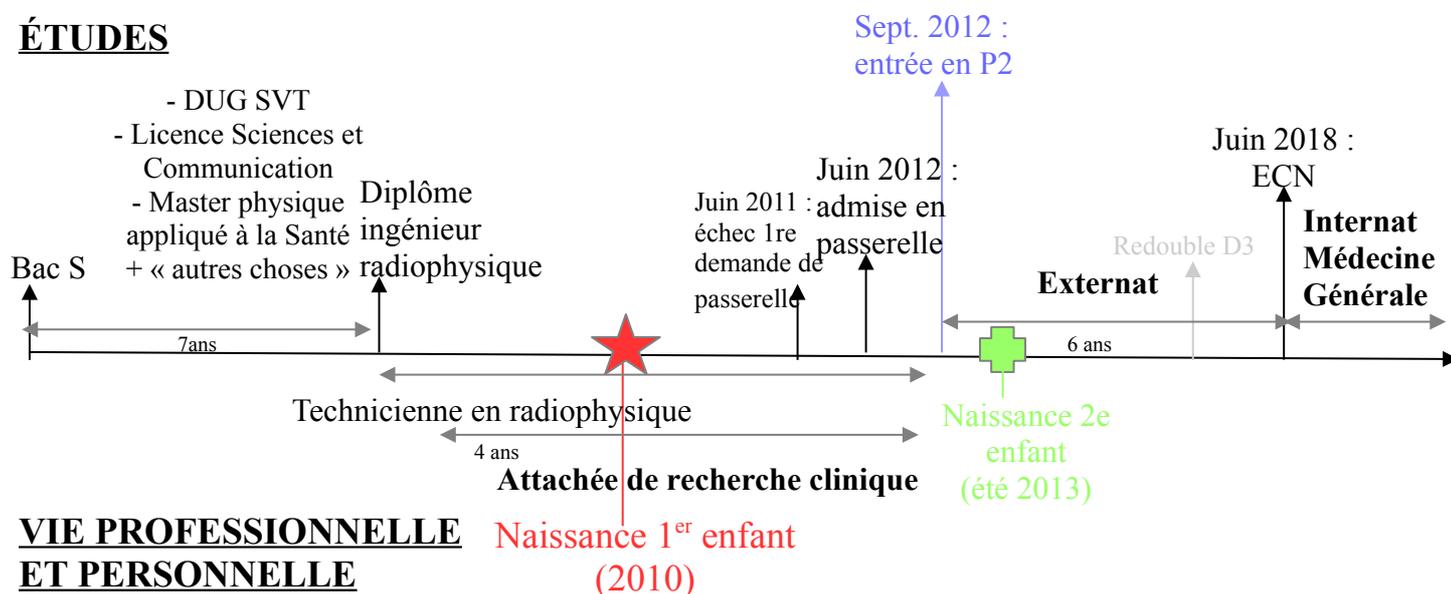
Après le baccalauréat il présente deux fois la P1 en vue d'intégrer médecine au Kremlin-Bicêtre. Il réussit finalement le concours en pharmacie et poursuit sa formation avec un M2 en assurance qualité.

Après son diplôme, il travaille d'abord dans l'industrie (fabriquant de dispositifs médicaux informatiques, notamment pour les radiologues), puis en officine. L'officine où il travaille est vendue à un nouveau propriétaire avec qui les relations sont plus conflictuelles. Il décide à cette époque de postuler pour la passerelle. Parallèlement il bénéficie d'un licenciement économique en raison des restructurations de l'officine.

Il intègre la passerelle en 2015 au Kremlin-Bicêtre. Au moment de l'entretien, il termine sa cinquième année.

Entretien 2

ÉTUDES



VIE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE

Femme de 36 ans, mariée, 2 enfants.

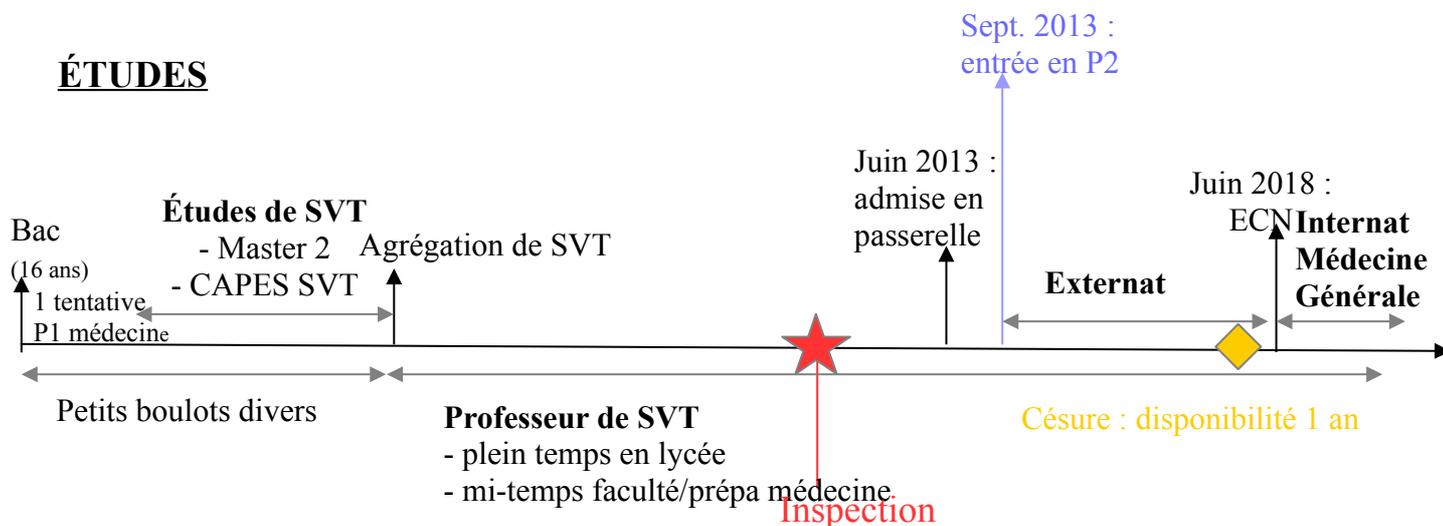
Après le baccalauréat elle s'inscrit en faculté de biologie où elle obtient un DUG de SVT, puis poursuit par une licence de sciences et communication à Paris XIII et un master de physique appliquée à la santé à Paris V.

Elle trouve un emploi d'abord comme ingénieure technicienne en radiophysique et, en parallèle, un poste à l'HEGP comme attachée de recherche clinique. À la suite de la naissance de son premier enfant elle décide de postuler une première fois en 2011 à la passerelle. Sa demande est refusée mais elle est autorisée à postuler à nouveau l'année suivante.

Elle intègre la passerelle en 2012 en deuxième année à l'UVSQ, elle redouble sa cinquième année et passe l'ECN en 2018. Elle choisit un internat de médecine générale à l'UVSQ. Au moment de l'entretien elle est en T1, premier semestre.

Entretien 3

ÉTUDES



VIE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE

Femme de 40 ans, mariée, 3 enfants.

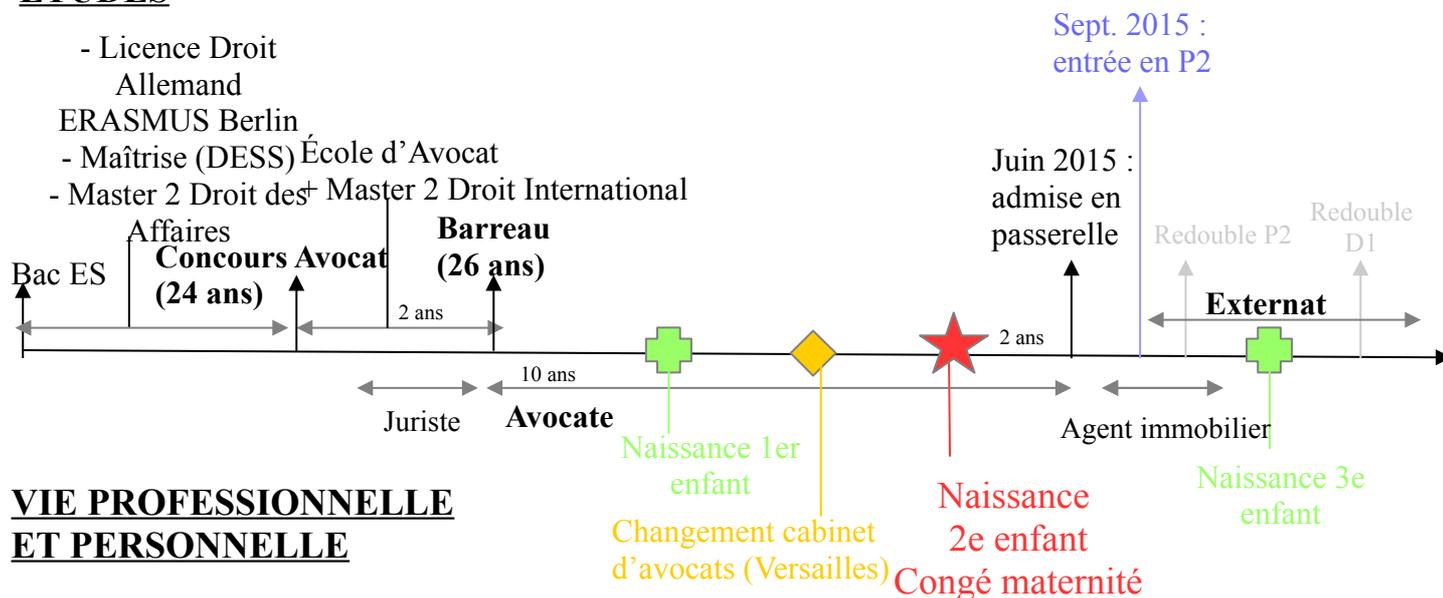
Après le baccalauréat elle présente une fois la P1 en vue d'intégrer médecine à Paris V. Elle échoue mais intègre une faculté de biologie et poursuit des études de SVT jusqu'au Master 2, puis passe les concours de l'enseignement. Elle réussit d'abord le CAPES puis l'agrégation de SVT.

Elle travaille comme professeur de SVT en cumulant un plein temps en lycée et un mi-temps en fac et prépa médecine. À la suite d'une inspection mal vécue en lycée elle décide de postuler à la passerelle en 2012.

Elle intègre la passerelle en 2013 en deuxième année à l'UVSQ et passe l'ECN en 2018. Elle choisit un internat de médecine générale à l'UVSQ. Au moment de l'entretien elle est en T1, premier semestre. Elle continue pendant ses études de médecine et son internat à travailler en parallèle comme professeur de SVT en lycée.

Entretien 4

ÉTUDES



Femme de 39 ans, mariée, 3 enfants.

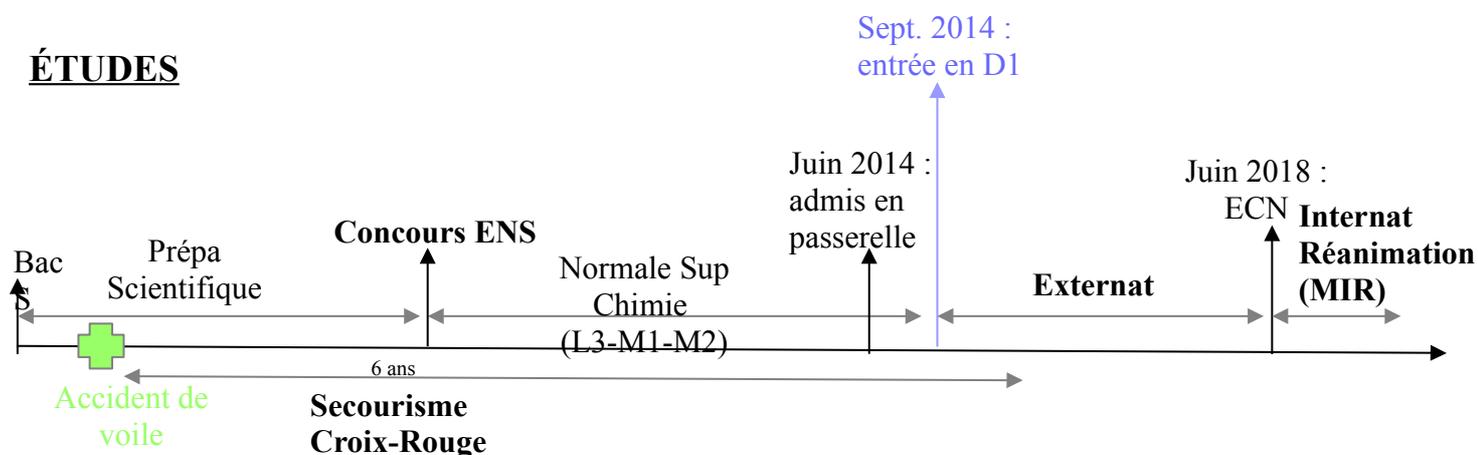
Après le baccalauréat dans un lycée franco-allemand, elle s'inscrit en licence de droit allemand à Cergy. Elle part un an en ERASMUS à Berlin dans le cadre de sa licence puis revient faire une maîtrise et un master en droit des affaires. Elle réussit le concours d'avocat et fait son école d'avocat et un master 2 en droit international à l'UVSQ.

Elle travaille d'abord comme juriste chez Michelin puis passe le concours du barreau et prête serment comme avocate. Elle travaille dans un premier temps dans un cabinet de droit des affaires sur Paris puis déménage sur Versailles où elle change de cabinet. Elle décide de postuler à la passerelle suite à la naissance de son deuxième enfant, alors qu'elle est en congé maternité

Elle intègre la passerelle en 2015 en deuxième année à l'UVSQ. Elle redouble sa deuxième année puis sa troisième année. Au moment de l'entretien elle refait sa troisième année.

Entretien 5

ÉTUDES



VIE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE

Homme de 28 ans, en couple, sans enfant.

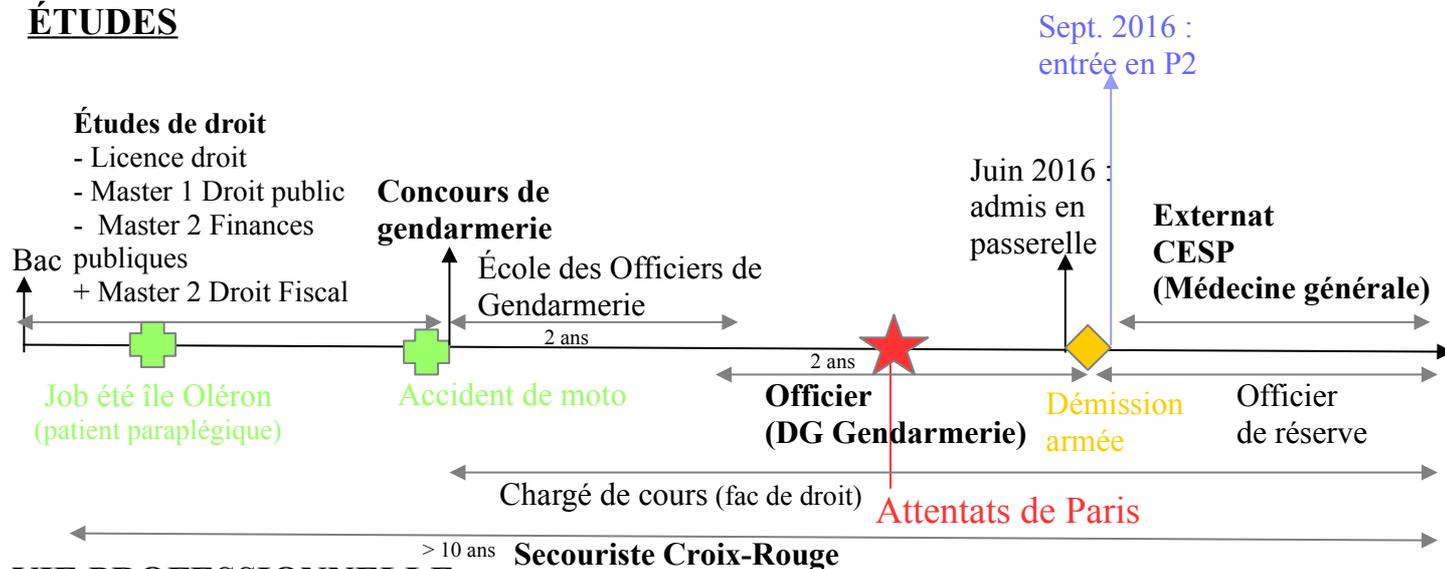
Après le baccalauréat il s'inscrit en classe préparatoire scientifique, redouble comme 5 ½, et réussit le concours de l'ENS Paris. Il effectue une licence puis un master à Normale Sup en chimie, il fait des stages en laboratoires pharmaceutiques en licence puis un stage aux États-Unis en M1 et à l'Institut Pasteur en M2. Il décide de postuler à la passerelle après son master 2.

Parallèlement, après avoir été témoin d'un accident de voile, il passe des diplômes de secouriste. Il est bénévole comme secouriste et formateur à la Croix-Rouge jusque dans les premiers mois de son entrée en médecine.

Il intègre la passerelle en 2014 en troisième année à Paris V et passe l'ECN en 2018. Il choisit un internat de médecine intensive et réanimation à Paris V. Au moment de l'entretien il est en T1, et termine son premier semestre.

Entretien 6

ÉTUDES



VIE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE

Homme de 31 ans, en couple, futur papa.

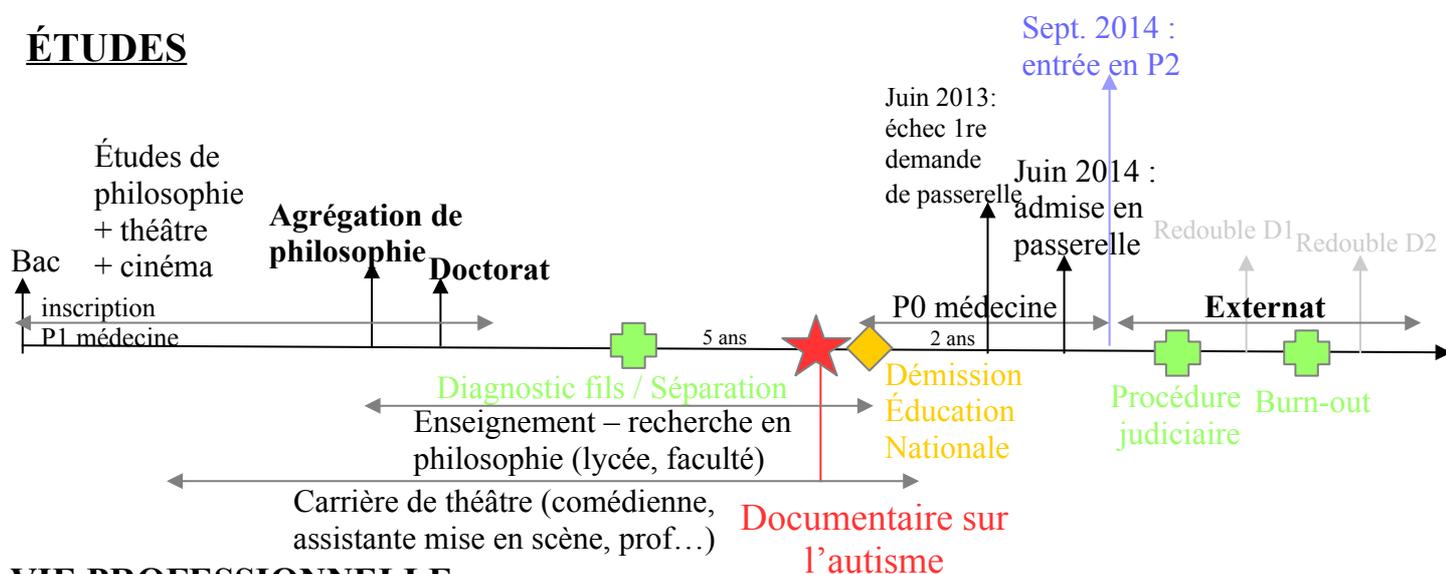
Après le baccalauréat il s'inscrit en licence de droit à Créteil puis fait un Master 1 en droit public des affaires à Paris 1 Panthéon Sorbonne puis un Master 2 en droit des finances publiques et un deuxième Master 2 en droit fiscal. Il décide de passer le concours d'officiers de gendarmerie et fait l'école des officiers de gendarmerie à Melun.

À l'issue de l'école il est affecté à la direction générale de la gendarmerie. Il continue à être chargé de cours à la faculté de droit de Créteil. Parallèlement, il est également secouriste et formateur à la Croix-Rouge. Alors qu'il est affecté comme secouriste bénévole avec la Croix-Rouge, il est confronté aux attentats de janvier 2015 à Paris. À la suite de ces événements traumatiques, il décide de postuler à la passerelle.

Il intègre la passerelle en 2016 en troisième année à Paris V. Au moment de l'entretien il est en quatrième année.

Entretien 7

ÉTUDES



VIE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE

Femme de 48 ans, célibataire, 3 enfants.

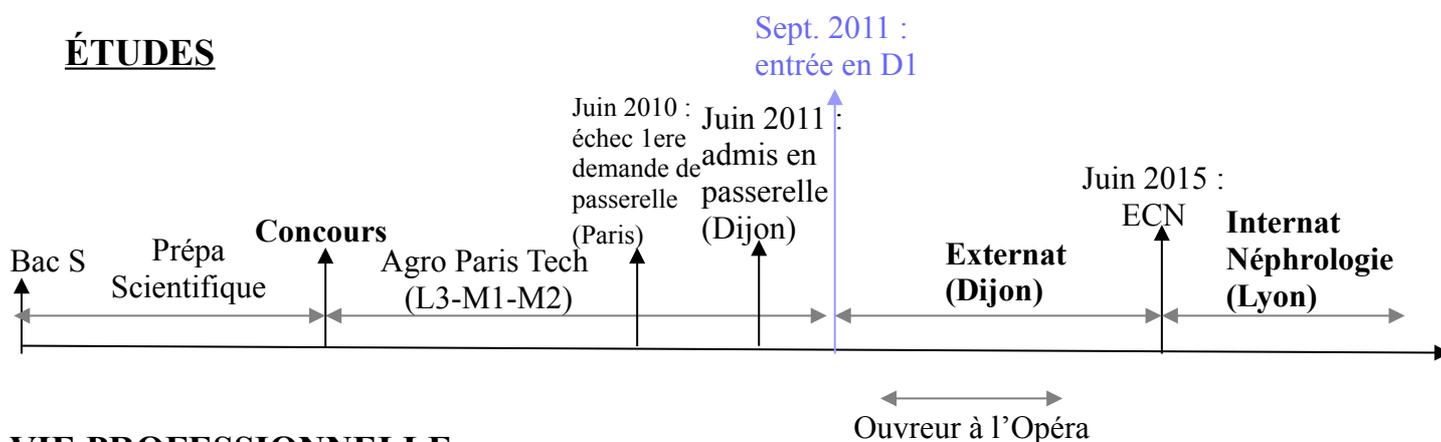
Après le baccalauréat elle s'inscrit en P1 mais arrête au bout de 10 jours et poursuit des études en philosophie, en théâtre et en cinéma. Elle réussit l'agrégation en philosophie et passe un doctorat en philosophie.

Elle travaille comme enseignante-chercheuse à la faculté et comme professeur de philosophie en lycée. Elle mène également une carrière dans le théâtre comme comédienne, professeur de pratique théâtrale, assistante de mise en scène. Elle démissionne de l'Éducation Nationale pour s'inscrire en P0 à Bobigny et postule une première fois à la passerelle. Sa demande est refusée mais elle postule à nouveau l'année suivante en s'inscrivant en parallèle en PACES à Bobigny.

Elle intègre la passerelle en 2014 en deuxième année à Paris VI, elle redouble sa troisième puis sa quatrième année. Au moment de l'entretien elle effectue sa quatrième année pour la deuxième fois.

Entretien 8

ÉTUDES



VIE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE

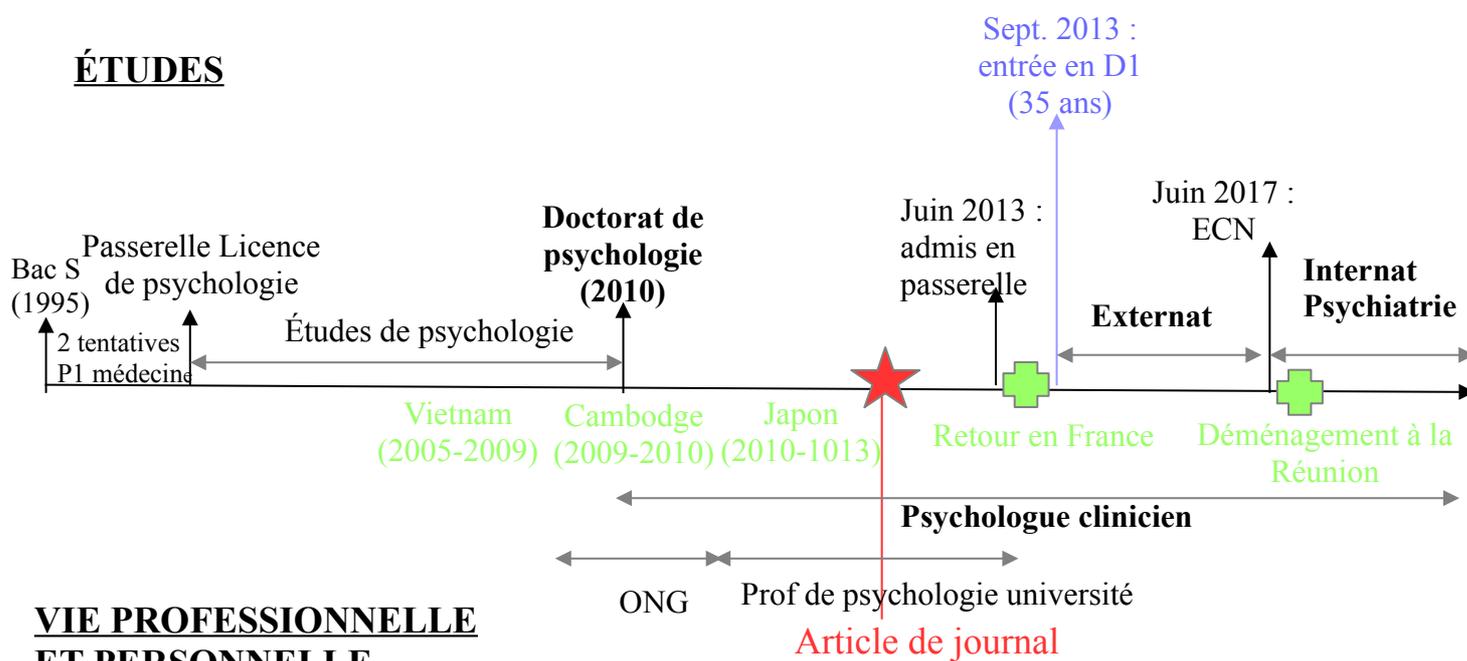
Homme de 31 ans, célibataire, sans enfant.

Après le baccalauréat il s'inscrit en classe préparatoire scientifique et passe les concours des grandes écoles scientifiques. Il intègre AgroParis et effectue une licence puis un master, fait des stages à l'hôpital en recherche clinique en Allemagne et en diabétologie à la Pitié-Salpêtrière. Il décide de postuler à la passerelle une première fois à Paris. Sa demande est refusée mais il postule à nouveau l'année suivante sur Dijon, après un master 2 en oncologie.

Il intègre la passerelle en 2011 en troisième année à Dijon et passe l'ECN en 2015. Il choisit un internat de néphrologie à Lyon. Au moment de l'entretien il est en T4, et termine son septième semestre en inter-CHU sur Paris.

Entretien 9

ÉTUDES



VIE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE

Homme de 40 ans, marié, un enfant.

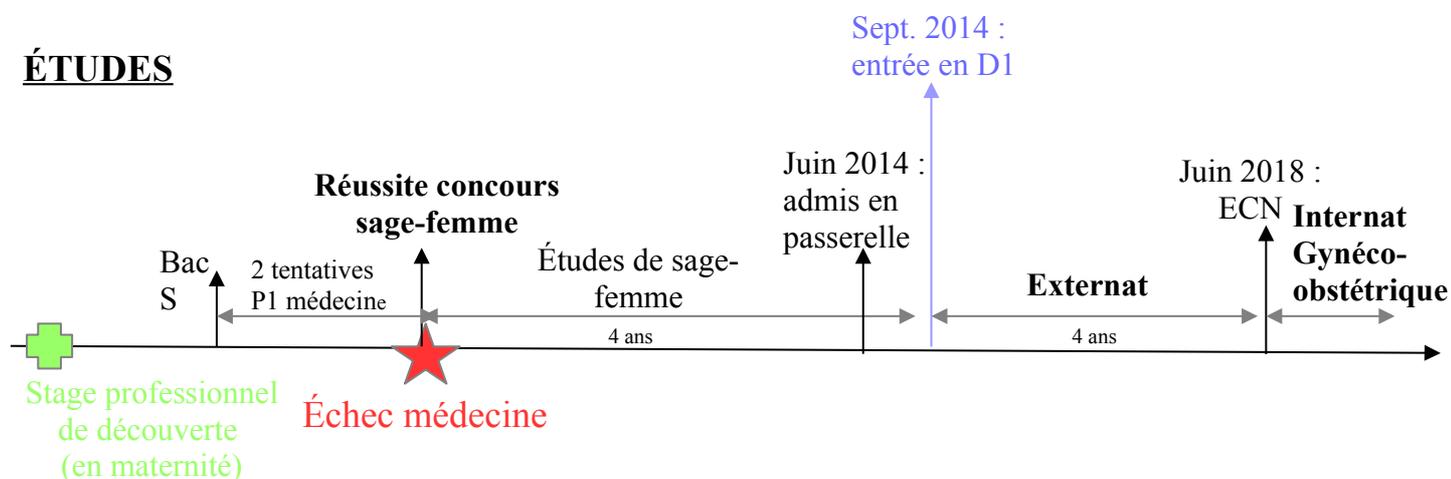
Après le baccalauréat il présente deux fois la P1 en vue d'intégrer médecine à Paris V. Il échoue mais obtient une équivalence pour poursuivre des études de psychologie à la faculté et soutient son doctorat de psychologie clinique après 5 ans au Vietnam.

Il travaille au Cambodge dans une ONG s'occupant des personnes victimes de trafic humain puis au Japon comme professeur de psychologie à l'université. Il est en parallèle psychologue clinicien. Il décide de postuler à la passerelle alors qu'il vit encore au Japon.

Il intègre la passerelle en 2013 en troisième année à Paris XIII et passe l'ECN en 2017. Il choisit un internat de psychiatrie à la Réunion. Au moment de l'entretien il est en T3, et termine son cinquième semestre. L'internat étant partagé entre la Réunion et Paris, il est actuellement en stage pour un an et demi sur Paris.

Entretien 10

ÉTUDES



VIE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE

Femme de 29 ans, en couple, sans enfant.

Après le baccalauréat elle présente deux fois la P1 en vue d'intégrer médecine à Paris V. Elle réussit finalement le concours en sage-femme mais décide dès le début de ses études de postuler à la passerelle dès l'obtention du DE de sage-femme.

Elle décide de ne pas prendre de poste comme sage-femme.

Elle intègre la passerelle en 2014 en troisième année à Paris V et passe l'ECN en 2018. Elle choisit un internat de gynéco-obstétrique à Paris. Au moment de l'entretien elle est en T1, et commence son deuxième semestre.

3.2 Présentation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 16 juillet 2018 et le 15 juin 2019.

Ils ont duré entre 34 et 82 minutes pour une durée moyenne de 50 minutes. La durée de l'entretien est calculée entre la première question posée et le recueil des données sociopersonnelles. La suite de la discussion a été enregistrée dans 9 entretiens (tous sauf le premier) mais n'a pas fait l'objet d'une retranscription systématique.

Les entretiens ont eu lieu à différents moments de la journée. Trois entretiens ont dû être réalisés par téléphone, le participant ne pouvant pas se déplacer de son domicile. Les autres entretiens ont eu lieu au choix du participant dans un lieu public, sur son lieu de travail, ou au domicile de l'investigateur.

Entretien	Durée	Lieu de l'entretien
1	52 minutes	Lieu public
2	34 minutes	Téléphone
3	48 minutes	Téléphone
4	45 minutes	Téléphone
5	38 minutes	Lieu public
6	35 minutes	Lieu public
7	82 minutes	Lieu public
8	58 minutes	Domicile de l'investigateur
9	66 minutes	Lieu de travail
10	43 minutes	Lieu public

Fig. 2 : Caractéristiques des entretiens

3.3 Résultats d'analyse

L'analyse en codage ouvert a fait émerger cinq thèmes principaux, organisés en vingt sous-thèmes (Fig. 3).

Thèmes	Sous-thèmes
Construction identitaire	<ul style="list-style-type: none">- Se donner du sens- Modèles et filiation- Motiver son départ- La part donnée à la chance- Une identité composite
Réaménagement du soi	<ul style="list-style-type: none">- Fantômes et illusions- La confrontation au réel- Rêver d'autre chose
Trajectoires et stratégies	<ul style="list-style-type: none">- Construire son projet- Accéder aux informations- Être un candidat crédible- Passer l'oral
Être un « étudiant en médecine »	<ul style="list-style-type: none">- Le rapport à la première année- Le goût des études- Intégrer le monde hospitalier- Se confronter aux stéréotypes de « l'étudiant en médecine »
Regards sur l'atypie	<ul style="list-style-type: none">- Le regard sur soi- Le regard des étudiants- Le regard des chefs- Le regard des passereliens

Fig. 3. Thèmes et sous-thèmes

3.3.1 Construction identitaire

R7 « *Comment je suis arrivée... Après on peut raconter l'histoire de bien des manières c'est ça qui est un peu délicat quand même* »

Le thème de la construction identitaire propose de s'intéresser à la façon dont les participants racontent leur désir de « devenir médecin ».

3.3.1.1 Se donner du sens

a) Une certaine idée de la vocation

Le terme de vocation fait étymologiquement référence à l'*appel* ressenti à l'origine par les chrétiens pour s'engager dans une vie religieuse²⁴. Aujourd'hui il est largement utilisé dans un sens plus général pour désigner le désir ou l'inclination à un type de vie, de profession, de mission...

Pour les passereliens, la notion de vocation peut par certains aspects être rattachée à ce sens « laïcisé » de l'appel religieux, provenant du « soi profond » intérieur et subjectif :

R1 « *Et puis je voulais rester dans le domaine médical. Donc ça, vraiment, c'était quelque chose, c'était ma vocation, ça, je le savais* », « *c'était la vocation que je ressentais au plus profond de moi.* »

R7 « *Ça me passionnait vraiment, enfin, il y avait quelque chose là-dedans, dans la vocation humaniste en particulier qui m'attirait beaucoup, le côté scientifique aussi, bien sûr.* »

La vocation pour la médecine est essentiellement présentée comme un désir ancien, profond, souvent présent dès l'enfance :

R2 « *J'ai toujours voulu faire médecine, depuis toujours, toujours, depuis toute petite, aussi loin que je me souviens.* »

R3 « *depuis que je suis petite, je vois ça mais sans vraiment avoir une réalité derrière, c'est presque, pas un fantasme, mais un rêve auquel on n'accédera jamais.* »

R7 « *j'ai envisagé de faire la médecine quand j'étais adolescente* »

R9 « *Depuis que je suis tout petit je voulais faire médecine* », « *c'était un truc dont je rêvais au fond de moi* »

Si l'évidence de l'« appel » vers la médecine n'est pas toujours ressentie, la notion de vocation reste, sinon problématique, au moins questionnée pour comprendre d'où vient ce désir de « faire médecine »

R8 « *la question m'a été posée tellement, c'est pas un truc auquel je crois. Moi je n'ai pas de vocation je pense. [...] Mais après, de là à... je trouve que l'idée de la vocation elle est assez sexy mais j'y crois pas trop moi (rires)* »

²⁴ Du latin *vocare*, Rey A. (dir) Dictionnaire historique de la langue française. Paris :Le Robert, 2012. Sur la question, voir la thèse de philosophie de Le Taillandier de Gabory T. La vocation médicale. Un appel à guérir ? [Thèse de Doctorat, Philosophie], Paris Est, soutenue le 1^{er} juin 2015.

b) Une démarche herméneutique

Le parcours des passereliens procède d'une recherche de sens : accéder aux études de médecine et plus loin « devenir médecin » permet de répondre à un besoin, celui de donner un sens à son existence.

R6 « *Et donc dans cette recherche de sens, j'étais pas... voilà il y avait la médecine. »*

R7 « *toute ma vie en général ça me semblait complètement se vider de son sens quoi. J'ai vraiment éprouvé le besoin de savoir pourquoi je me levais le matin. »*

R8 « *Ça me paraissait beaucoup plus éthique ou noble ou en tout cas, moi, d'un point de vue moral, pour moi, dans ma conception de l'existence, de dédier mon temps à faire quelque chose qui, moi, me paraissait plus en accord avec mes valeurs ».*

Par ailleurs, il s'agit de faire le lien avec soi, être en accord avec celui qu'on pense être « au fond » et trouver un métier qui réponde à ses valeurs morales, humaines, éthiques.

R8 « *pouvoir me regarder dans la glace et me dire “Voilà, je fais pas un métier de gros pourri” (rires). Je pense que c'est ça, je cherchais un métier où je peux un peu me regarder dans la glace »*

R6 « *chercher un travail qui me remplit pleinement, tant sur le plan professionnel, que personnel et psychologique. »*

R9 « *ils savaient que médecine, voilà, c'était quelque chose qui me ressemblait. »*

3.3.1.2 Modèles et filiations

a) Enfants de médecin et figures médicales

La construction du parcours se fait également par rapport aux modèles offerts. Les parcours de passereliens, comme de nombreux étudiants en médecine, sont ainsi marqués par les figures parentales :

R9 « *j'y pensais un peu parce que tu vois, moi, mon grand-père est médecin, mon arrière-grand-père était médecin, moi j'avais toujours voulu faire médecine. »*

Mais cette filiation peut être problématique : une des participantes explique par exemple clairement qu'elle avait pour projet, initialement, de s'inscrire en médecine, à l'image de son père gynéco-obstétricien, mais qu'elle a finalement renoncé par opposition au « déterminisme familial »

et choisi de s'orienter vers des études de théâtre et de philosophie.

R7 « *j'étais complètement investie de la continuité familiale de ce point de vue là. Chose que j'ai finalement hésité à adopter et que j'ai finalement plutôt fini par rejeter parce que c'était imposé de façon trop surdéterminée.* » ; « *je voulais faire autre chose que ce que souhaitait mon père.* »

La question de la filiation n'est pas toujours assumée et certains passereliens préfèrent répondre qu'ils ne sont pas issus de familles de médecins. Néanmoins, quand on leur pose la question des « modèles », ils mentionnent de nombreuses figures médicales dans leur entourage proche :

R5 signale une tante pneumologue, fait référence aux amis de ses parents cardiologues

R6 « *j'avais mon grand-père qui était stomato, qui était médecin et ma grand-mère qui était anesthésiste-réanimatrice. Mais à part eux avec qui je ne vivais pas au quotidien, j'avais pas vraiment...* » ; « *j'en ai parlé avec des parents d'amis qui sont médecins. Notamment un qui s'appelle le Dr R., qui est médecin généraliste* »

b) Le « bagage médical »

Au-delà du référent familial ou amical direct, la notion de « bagage médical » est souvent mise en avant, notamment chez les passereliens qui ont eu un parcours au sein des métiers de la santé (R1 pharmacien, R10 sage-femme).

R1 « *Après c'est aussi une culture médicale qui fait que j'ai l'esprit déjà formaté pour ça...* »

De même, certains ont pu avoir une « culture médicale » à travers le secourisme (R5, R6). C'est cette confrontation qui leur a permis de basculer vers le métier de médecin.

R5 « *Ça m'a permis de voir que ce que j'aimais bien faire en dehors c'était un truc où il y avait un métier aussi qui existait.* »

c) Les premiers contacts avec l'univers médical

Le contact avec l'univers de la santé constitue un élément central dans la construction du parcours des passereliens. L'hôpital est principalement cité comme le lieu de la rencontre avec le monde médical :

- à partir d'une expérience professionnelle :

R10 à propos de son stage de 3^e : « *mon premier accouchement je l'ai vu à ce moment-là.*

Donc je sais plus quel âge on avait, 15-16 ans je pense ? Et j'ai adoré. J'ai vu ma première césarienne, mon premier accouchement voie basse, et ils m'avaient montré un peu tout ce qui était PMA aussi. »

R2 « C'était à l'hôpital, ça me plaisait vachement d'être à l'hôpital. Je connaissais rien à la recherche clinique et j'ai tout appris sur le tas. En fait, c'est comme ça que ça s'est goupillé. Mais je voulais tellement travailler à l'hôpital que j'ai pris ce poste pour lequel je n'étais pas qualifiée et puis j'ai appris sur place. »

- au cours d'une expérience personnelle :

La maternité :

R2 « Et j'ai adoré le suivi de grossesse, la période, l'accouchement, la maternité etc. J'ai trouvé le milieu dans lequel j'ai évolué, le suivi extra. Sur le moment c'était aussi le métier de sage-femme qui m'avait pas mal attirée parce que je connaissais absolument pas et j'ai été vachement séduite par ce métier-là. Et de manière générale le monde de la maternité, pédiatrie etc. »

R4 « déjà à la première [grossesse] tout est revenu, tout le monde médical, tout ça a ressurgi et je me suis dit "c'est génial, c'est là que je veux être". »

La maladie :

R7 à la suite du diagnostic d'autisme de son fils cadet : « Mais disons que ça a fait que j'ai complètement replongé dans l'univers médical »

3.3.1.3 Motiver son départ : choisir c'est renoncer ?

a) Les raisons qui poussent à partir (« effet *push* »)

Chacun fait, à un moment donné, un « état des lieux » en identifiant plus ou moins objectivement les éléments qui le poussent au départ.

Sur le plan professionnel plusieurs arguments sont mis en avant :

- Une insatisfaction professionnelle

R2 « on sait ce qu'on veut et ce qu'on veut PLUS en fait dans notre travail. »

R4 « je ne me voyais pas du tout faire ça toute ma vie » ; « j'ai pas envie d'avoir juste une vie sympa. »

R6 « j'avais une volonté qui était très forte parce que je voulais quitter quelque chose que je n'aimais pas. »

R10 « je trouvais ça un peu léger »

– Un travail peu épanouissant

R4 « au final j'avais des clients moins intéressants. Je faisais du travail à la chaîne on va dire, je ne faisais vraiment plus du qualitatif »

R6 « j'étais dans un travail donc... de bureau, que j'appréciais pas beaucoup. Je me sentais pas bien. »

R7 « c'était pas du tout ma tasse de thé, et qu'en plus on me demandait de me sur-spécialiser dans un domaine qui moi ne m'intéressait pas »

– L'absence de perspectives professionnelles stimulantes

R1 « Et donc je me suis dit que je ne me voyais pas en fait passer l'étape et passer titulaire d'une officine. Donc je me suis dit que c'était pas pour moi et je me voyais pas non plus employé d'une officine »

R2 « j'avais fait le tour du job. Et ce qu'on me proposait par la suite c'était de devenir chef de projet, c'était la suite logique du poste. [...] C'était un métier devant mon ordinateur et mon téléphone et j'avais pas envie. »

R5 « j'ai vu venir mon M2 arriver et je me suis dit "qu'est-ce que je vais f*** après, qu'est-ce que je vais aller me faire c*** à faire une thèse ?" »

R6 « Mais en rentrant en gendarmerie j'avais pour envie, on va dire, d'être dans le secours en montagne, de faire ce qu'on appelle les pelotons de gendarmerie de haute montagne. Ce qui n'est pas du tout possible au vu de mon cursus mais on me l'avait pas trop dit »

R8 « l'essentiel du boulot d'ingénieur c'est de bosser pour des entreprises pour vendre un produit et générer du profit et je n'avais pas envie de faire ça. Enfin ça me paraissait pas... je me voyais pas faire ça quoi. »

R9 « quand tu es psychologue, que tu as un doctorat, tu trouves facilement du travail à l'étranger. [...] Et en France à l'inverse c'était un peu bouché, c'était moins porteur. »

– Un rejet du projet professionnel initial

R4 « Voilà, parce que c'est juste c'est pas ce qui me plaisait, c'est pas ce que je voulais faire à la base. [...] j'ai l'impression d'avoir joué à l'avocat pendant 10 ans quand même ! »

R7 « je savais très bien que je n'avais aucune vocation enseignante »

R8 « quand j'étais à l'Agro je me suis rendu compte que ça ne me plaisait pas » ; « j'étais

pas sûr de vouloir faire de la recherche, j'étais sûr de vouloir pas faire de l'enseignement. »

R10 « *je me laissais le bénéfice du doute parce que c'était de l'obstétrique quand même donc j'étais quand même dans le milieu qui me plaisait donc je me suis dit "on verra, ça se trouve tu seras trop contente et ça correspondra à tes attentes et voilà tu feras ça". Mais ouais, j'avais repéré la petite porte de sortie assez tôt. »*

Sur le plan personnel, les raisons sont moins souvent mises en avant mais peuvent parfois intervenir comme élément motivant le départ. C'est notamment le cas pour R9 qui inscrit sa démarche par rapport à un projet familial :

R9 « *J'étais au Japon, ça faisait 10 ans que j'étais à l'étranger et c'est vrai que j'avais un peu envie de revenir en France. Mes parents vieillissaient, je voyais pas trop les enfants de mon frère, je voyais pas trop souvent ma sœur, donc en fait revenir en France c'était aussi intéressant pour moi. »*

b) Les éléments qui nuancent la décision : vers un *statut quo* ?

Le bilan de l'expérience professionnelle antérieure n'est pas nécessairement négatif, ce qui, pour certains passereliens, rend la décision d'autant plus complexe.

R5 « *Après je suis passé en médecine pour d'autres raisons mais j'ai pas un mauvais souvenir que ce soit mes années de prépa ou mes années à Normale, j'en garde un souvenir assez agréable quand même. »*

R3 « *Voilà, et c'est un métier qui est source d'épanouissement, comme beaucoup de métiers. »*

R9 « *Mais en fait j'étais quand même bien, tu vois j'étais pas... avoir fait un autre métier, avoir complètement oublié ça, j'étais bien en psycho. »*

Il ne s'agit donc pas de renoncer à ce qui apparaît pour beaucoup comme un élément constitutif de leur histoire, leur personnalité :

R3 « *C'est les années où tu te construis en tant qu'adulte, et moi je me suis construite avec ce métier-là. »*

R7 « *C'est-à-dire que tout ce que j'entreprenais quand même j'avançais quand même bien dans ce domaine-là »*

R1 « *J'avais fini mes études, j'avais envie de travailler, de gagner ma vie, et ce que j'avais fait me plaisait, donc je voyais pas pourquoi j'irais reprendre des études de médecine. »*

Il se dessine une forme de *statut quo* autour de l'envie d'aller reprendre des études de médecine : les éléments qui poussent à partir sont identifiés mais pour beaucoup, la position dans laquelle ils sont continue à les satisfaire. L'enjeu est donc de trouver le point de bascule qui rompt cet équilibre et l'incertitude qui persiste sur la réalité du désir de « se lancer ».

c) Créer une rupture

Le moment de bascule de la décision est régulièrement décrit comme un « dé clic ». Certains identifient un élément marquant qui crée la rupture du *statut quo* et pousse vers la décision d'inscription à la passerelle.

R1 *« je me suis rendu compte que j'avais 32 ans... 31 ans. Il fallait que je prenne une décision et que, voilà, c'est là où j'ai commencé à réfléchir à postuler pour la passerelle et à me relancer dans des études. »*

R2 *« Et en fait le dé clic, ça a été... je travaillais justement, ça faisait peut-être 2 ans que j'étais en poste, ça se passait très bien au travail, mais j'ai eu un petit garçon. Mon premier. »*

R6 *« je me suis dit "allez c'est peut-être le moment de changer de cap" ».*

À travers ce moment de bascule, il s'agit d'assumer une certaine radicalité dans la décision.

R3 *« ça été un électrochoc en fait pour moi, je me suis dit "c'est pas possible, je peux pas continuer, je vais faire autre chose". Donc, du coup, cet électrochoc fait que j'ai déposé mon dossier pour la passerelle. »*

R7 *« je me suis réveillée et voilà, j'étais comme tombée sur la tête mais j'étais complètement déterminée. »*

Cette radicalité peut alors impliquer de ne pas pouvoir revenir en arrière, d'accepter le caractère irrémédiable de la décision.

R8 *« j'ai aucune expérience en autre chose, je pense que j'aurais un peu galéré à trouver du taf. Tu vois, si j'avais pas eu la passerelle, je sais pas ce que j'aurais fait ! (rires) »*

R7 *« je leur donnais bien à comprendre qu'en réalité j'avais déjà démissionné de l'Éducation Nationale, qu'il n'y avait pas de retour en arrière possible »*

d) Les effets de continuité

Néanmoins, la rupture n'est pas forcément évidente pour de nombreux passereliens. En effet, malgré le « choc » de la décision, les effets de continuité entre les parcours se dessinent :

- soit parce qu'ils assument une unicité dans leur désir d'accéder aux études de médecine :

R10 « *je le savais quasiment dès le début que j'allais le faire.* »

R2 « *les gens qui me connaissent bien savaient que je voulais faire ça depuis toujours donc personne n'était vraiment étonné. C'était presque un "bon ben enfin tu le fais, c'est pas trop tôt. Depuis le temps que tu nous gaves avec ça, voilà quoi !"* ».

Dans ce cas, ils ont le sentiment de « suivre leur route » :

R6 « *Déjà ça aurait pu être une rupture mais c'est un continuum* »

R8 « *les gens s'imaginent que c'est une reprise d'études alors que je n'ai pas arrêté de faire des études, j'ai juste continué* »

- soit parce qu'ils considèrent les changements de parcours comme constitutifs de leur identité :

R2 « *j'ai vraiment testé plein de choses dans mes études. Avant j'ai fait 7 ans d'études pour arriver à mon master...* »

R7 « *J'avais des activités comme ça, assez multiples et suivies en même temps.* »

R6 « *je fais plein de choses différentes, je pense que mes parents et mes frères et sœurs ont plutôt vu ça comme une énième lubie ou projet.* »

3.3.1.4 La part de chance : destin, hasards et *kairos*

Dans le cadre du parcours des passereliens, la part accordée à la chance apparaît significative. S'il existe un sentiment d'équilibre entre rationalité (« je souhaite partir ») et désir (« je rêve d'être médecin »), le facteur chance est évoqué comme élément déterminant dans le basculement de la décision. Le concept de *kairos*, celui du bon moment, joue comme déterminant de la décision.

a) Faire confiance au destin, à l'*heimarméné*²⁵ ou à l'*ananké*²⁶

La continuité évoquée plus haut se retrouve également dans l'idée d'un « destin », l'*heimarméné*

²⁵ L'*heimarméné* est un concept de la philosophie grecque, c'est le *fatum* des romains, ce qui relève du destin. C'est ce qui doit ou devait advenir.

²⁶ L'*ananké* (Ανάγκη) est la destinée personnelle, ce qui relève de la nécessité impérieuse.

grec, qui apparaît comme une force, l'*ananké*, contre laquelle on ne peut pas lutter :

R2 « *J'avais dit à mon mari quand on s'est rencontré "tu verras, un jour je ferai médecine, même à 80 ans", j'en étais vraiment convaincue. Bon, c'était plus un rêve, voilà.* »

R9 « *Après, si tu veux que je sois très honnête avec toi, je pense que j'ai toujours su au fond de moi que je le récupérerais. Sans le chercher volontairement et consciemment, au fond de moi je me suis toujours dit "c'est pas impossible qu'un jour je me remette à faire médecine."* »

Accepter son destin permet alors de trouver la confiance nécessaire pour concrétiser son désir :

R7 « *Il y a eu quelque chose d'évident, là, qui a fait que je me suis dit "je vais tenter le tout pour le tout, je ne sais pas si ça va marcher, mais je vais vraiment essayer."* »

b) Accepter les hasards

Les concours de circonstances et les hasards de la vie sont interprétés comme des éléments positifs et moteurs qui permettent d'expliquer la réussite de la décision :

R2 « *je me suis dit, allez, je tente la passerelle médecine parce que là c'est... pour moi c'était un coup de pot énorme d'être tombée là-dessus* »

R1 « *j'ai bénéficié d'un concours de circonstances incroyable, mais véridique !* »

Ce dernier raconte ainsi l'histoire de son licenciement comme un « coup de bol », une « bénédiction ». Si cet effet du hasard n'a pas directement influencé sa décision d'inscription (le licenciement arrive quelques mois après le dépôt de sa candidature), il est perçu comme une validation de son projet : « *C'est ça donc, peut-être, la destinée je sais pas... !* »

Au-delà de l'interprétation positive des hasards, un des participants raconte même avoir « cherché des signes ». Le hasard et la chance se matérialisent pour lui directement dans le quotidien :

R9 « *je suis pas du tout superstitieux... bon c'est des moments où, voilà, tu attends ça. Et un jour, au Japon, j'accompagnais mon fils à la crèche et je vois un mec devant moi, qui avait un tee-shirt avec marqué derrière "One day I will be a doctor". Tu vois, alors je suis sûr que c'est du hasard.* »

c) Trouver le bon moment

Trouver le bon moment pour « se lancer » c'est d'abord trouver la force : d'une part assumer sa

décision, et d'autre part trouver le temps pour l'accomplir.

R1 « *le plus dur ça été entre l'envie... de passer de l'envie à l'action. Ça a été vraiment le plus dur entre j'aimerais bien le faire et je me lance et je dépose le dossier.* »

R7 « *Malgré tout, quand moi je me suis lancée, je me suis dit "c'est tard, c'est très tard mais c'est peut-être pas trop tard"* ».

R9 « *Je me suis dit "j'ai qu'un coup". À chaque fois que je le faisais je me disais "si je l'ai pas, c'est pas grave, c'est du bonus". Mais par contre je mets tout dedans. Donc j'ai vraiment beaucoup mis d'énergie dedans* »

Cette notion de conjonction entre l'opportunité et l'action rejoint le concept de *kairos*²⁷ qui vient éclairer ce qui se joue dans la construction du parcours des passereliens. Ce concept issu de la philosophie grecque peut se définir comme l'opportunité, le moment favorable, le temps d'inflexion dans lequel le temps prend une profondeur dans l'instant. C'est ce dieu grec qu'on « saisit aux cheveux » (καιρὸν ἀρπάζειν) quand il passe : on saisit alors l'opportunité.

R9 « *C'est arrivé d'un coup, mais quand c'est arrivé, en fait ça a aligné toutes les choses. C'est que j'avais ça en moi, peut-être plus fort que je l'imaginai.* »

R7 « *il y a des bascules comme ça dans la vie qu'on explique pas complètement.* »

R10 « *je m'étais dit "si je le fais pas maintenant, je le ferai pas du tout", ça j'en étais assez sûre* »

3.3.1.5 Une identité composite

La question de l'identité des passereliens est donc plurielle. Selon l'idée de Le Breton il faut la considérer comme « un diamant aux multiples facettes »²⁸, évolutive dans le temps et protéiforme.

a) L'idée d'une « maturité »

La dimension temporelle de l'identité est particulièrement visible grâce à l'idée d'une « maturité » évoquée par plusieurs participants.

Elle leur permet par exemple d'expliquer pourquoi l'échec d'une P1 ne conditionne pas la réussite à la passerelle plusieurs années après :

²⁷ Guillaud P. L'essence du kairos. Revue des Études Anciennes. 1988;90(3):359-71.

²⁸ Le Breton D. Disparaître de soi : une tentation contemporaine. Paris: Métailié; 2015. p. 184.

R3 « *Donc j'ai expliqué que les circonstances étaient différentes et que peut-être je n'étais pas la même personne, parce qu'on évolue au cours de sa vie.* »

R10 « *j'aurais mis en avant mon grand manque de maturité à l'époque de ma P1.* »

Un des participants décrit plus précisément cette évolution au cours du temps en termes de « maturation », intégrant ainsi un effet de processus intime :

R1 « *je pense que par rapport à ma maturation professionnelle — je parle pas de maturité mais vraiment de maturation — je pense que je l'ai fait au bon moment aussi. [...] C'est arrivé à un moment où j'étais prêt dans ma tête à reprendre des études, à me relancer et à faire ce qu'il faut pour que ça fonctionne.* »

b) Prendre « le meilleur des mondes »

L'absence de renoncement implique alors de se servir de son expérience antérieure pour l'intégrer dans sa conception de la pratique médicale. Ainsi, certains participants décrivent un effet de synthèse des identités :

R5 « *c'est un peu la conjoncture des deux [le secourisme et les études à Normale] qui m'a fait rentrer en médecine en fait.* »

R8 « *Je trouve que la médecine c'était un excellent moyen de faire une synthèse de ce que j'aime faire et je pense de ce à quoi je suis plutôt, je sais pas, on va pas dire doué, mais c'est les trucs que je comprends, que j'aime bien et je comprends ce genre de problèmes.* »

La synthèse passe aussi par l'idée de garder « le meilleur » de chaque monde traversé par les participants :

R10 [à propos de la relation de soins] « *Mais oui là-dessus je pense que les sages-femmes sont assez imbattables. Je suis contente d'avoir finalement eu ces 4 ans-là pour ça. [...] c'est juste pas la même approche et je trouve que c'est quelque chose que je vais garder en tout cas.* »

c) L'addition des identités

Le parcours ne peut être envisagé comme une simple métamorphose. Il est en effet décrit par certains participants comme un phénomène d'addition des identités qui se superposent sans s'annuler, allant jusqu'à en créer une troisième :

R9 « *la psychiatrie c'est vraiment parallèle en fait, ça ne remplace pas du tout mon travail de psychologue. »*

« Je pense que tu gardes complètement celle que tu avais avant, tu reprends celle de médecin... C'est 1+1, tu gardes les deux et tu en fais une troisième. Qui n'est pas un mélange des deux mais qui, voilà, est quelque chose encore en plus. Mais t'es vraiment... moi je me sens complètement psychologue, je me sens complètement médecin mais je me sens aussi un peu une autre chose. C'est-à-dire ouais une approche... mais que je retrouve... une approche qui est un peu hybride entre les deux. »

R3 « *Enfin moi je me suis construite en tant que prof, de mon stade de jeune adulte, jusqu'à un stade — j'allais dire de vieille adulte — adulte mature. De 20 ans à 30 ans en gros je me suis construite en étant prof. D'un seul coup on me dit : "non, tu vas changer maintenant, tu vas être médecin", pour l'instant, moi, j'y suis pas encore. Je me considère plus comme une médecin qui est devenue prof, non comme une prof qui est devenue médecin que comme une médecin qui a été prof. Bon bref. »*

La construction identitaire des passereliens se fait sur le récit d'un projet comme « entité intellectuelle constituée de représentations de soi, de représentations des professions et de représentations des soi possibles »²⁹. La confrontation des fantasmes et illusions à la réalité amène à un réaménagement de ce projet et du soi.

3.3.2 Réaménagement du soi

3.3.2.1 Fantasmes et illusions : devenir le « médecin idéal »

a) Être médecin ou faire médecine ?

En lien avec la question de la vocation évoquée plus haut, les motivations des passereliens s'articulent autour des représentations de la profession. Entre illusions et fantasmes, il convient de distinguer deux réalités liées mais envisagées différemment dans le processus d'orientation : le désir d'être médecin d'une part et la volonté de faire des études de médecine d'autre part.

Dans les motivations évoquées par les participants pour reprendre des études de médecine, le désir de soigner apparaît comme un élément qui « fait rêver » :

²⁹ Avenel C. Transitions identitaires chez les entrants en études de médecine. Questions Vives Recherches en éducation [Internet]. 15 Déc 2015;24:1. Disponible sur : <<http://journals.openedition.org/questionsvives/1761>>

R3 « *depuis que je suis petite, je vois ça mais sans vraiment avoir une réalité derrière, c'est presque, pas un fantasme, mais un rêve auquel on n'accédera jamais.* »

R4 « *T'es jamais apaisée en fait en droit, alors qu'en médecine tu cherches pas à avoir raison, tu cherches juste à soigner ton malade. C'est quand même un état d'esprit assez différent.* »

R9 [à propos de la santé mentale] « *Moi j'ai toujours été intéressé par ça.* »

R10 « *la relation de soins je savais que j'aimais beaucoup parce que je l'avais déjà avant et ça c'était un point fort ; ça c'est un truc, oui, évidemment.* »

Cet attrait pour le soin s'inscrit le plus souvent dans une volonté d'acquérir une connaissance holistique de l'humain :

R6 « *j'aime beaucoup la sémiologie au sens large donc de travailler sur tous les organes, comprendre le corps humain dans sa globalité et puis il n'y a que comme ça, pour moi, qu'on peut soigner les patients.* »

R10 « *j'avais besoin d'avoir la possibilité d'avoir une connaissance un peu globale, comprendre de manière globale ce qui arrivait à la patiente.* »

Ce qui fait rêver est alors moins le fait d'« être médecin » que de « faire médecine ». Les études en elles-mêmes possèdent un attrait certain : celui de concilier connaissances théoriques scientifiques pointues et aspects pratiques.

R3 « *Et en fait, je pensais pas du tout aller jusqu'au bout. À ce moment-là j'étais plus objectif "culture générale", c'est génial, j'apprends des trucs que j'ai toujours rêvé d'apprendre, tout m'éclatait, tous les cours j'étais à fond.* »

R5 « *J'aimais bien les trucs pratico-pratiques où très vite tu te rends compte que ça sert à quelque chose.* »

R2 « *ça me correspondait dans le sens où pour moi c'était un très, très, beau mélange de connaissances scientifiques — réflexion et grandes qualités humaines. Voilà c'était l'image que j'avais du médecin et c'est exactement le médecin que j'aimerais devenir.* »

b) L'imaginaire du médecin

L'« image du médecin » décrite par les participants s'articule autour de différents axes assez communs qui, pour eux, caractérisent le « bon médecin »³⁰ :

³⁰ Ces axes sont ceux définis à partir d'une revue de la littérature sur le « bon médecin » : Ibanez G, Cornet P, Minguet

– Compétences relationnelles

La relation médecin-patient est un élément central de l’imaginaire des passereliens.

Au premier plan apparaît la recherche du « contact humain » :

R6 « *Et en fait les trois, enfin les deux métiers qui m’avaient vraiment attiré c’était ceux où il y avait un grand contact humain : soit l’enseignement, soit la médecine. »*

R5 « *Parce que je trouve que la médecine c’est un métier où il faut aimer voir les gens »*

R7 « *j’aspirais beaucoup à être au contact des patients, à m’occuper des gens, enfin c’était quand même ça la motivation principale »*

Ils valorisent l’importance de la communication avec le patient : le « bon médecin » est avant tout celui qui sait parler à ses patient, est à l’écoute.

R1 « *Un médecin qui parle à ses patients ! [...] Moi je sais que j’aime bien ça et j’aime bien le contact avec les gens. J’aimais beaucoup ça en officine et je l’ai expérimenté donc je peux dire que j’aime bien ça et c’est pas quelque chose où je me fais un idéal de ce que ça peut être. [...] Et donc là aussi, je sais pas, un médecin qui voit des patients... »*

R2 « *pour l’instant je sais que je veux être un médecin à l’écoute, faire de la prévention éventuellement, prévention-suivi. Après je sais pas plus que ça, c’est pas vraiment détaillé. Je ne sais ni où ni comment je veux faire de la médecine. Mais en tout cas être à l’écoute des gens c’est déjà pour moi mon projet maximum (rires). »*

Cette relation avec le malade est aussi perçue à double sens, comme facteur d’épanouissement pour le médecin. La capacité d’accompagnement du malade fait ainsi partie des compétences relationnelles importantes :

R6 « *avoir des retours de patients après leur sortie d’hôpital avec qui on a noué des liens. Ça fait du bien. Voilà c’est profond quand on prend du temps pour les gens, ils nous le rendent bien et ça fait plaisir. »*

– Compétences morales/éthiques

L’exigence morale associée à la profession rejoint souvent l’idée d’un métier « utile ». Il s’agit de faire un travail concret, qui a du sens :

R5 « *c’est vachement intéressant parce que t’as une éthique incroyable dans le métier. Tu te poses des questions existentielles sur “est-ce qu’il faut faire ça / pas ça / pas le faire / comment le faire / mieux le faire” »*

C. Qu’est-ce qu’un bon médecin ? Pédagogie Médicale. 2010 Août;11(3):151-65.

R6 « *chercher un sens au travers, au-delà des médicaments et du simple raisonnement clinique.* »

R10 « *ouais, la dimension humaine, j'avais besoin d'un truc concret où tu te sens utile, vraiment quotidiennement* »

R8 « *Et il se trouve que, voilà, tu peux quand même faire ce métier et soigner et c'est quand même pour ça que je l'ai choisi je pense, parce que ça permettait de faire un truc où je me sentais utile.* »

La noblesse du soin s'accorde par ailleurs au prestige social associé à la profession médicale.

R8 « *il y a quand même ce truc de faire un truc utile et noble au sens bizarre du terme. C'est quand même assez cool de soigner.* »

R7 « *Non mais aussi le côté utile, c'est une représentation claire de la fonction qu'on peut avoir dans la société. Ça je pense que c'est pas mal déjà.* »

– Compétences techniques

La compétence médicale est soulignée comme étant à la fois une compétence technique, théorique...

R1 « *Alors j'espère être le plus... le meilleur technicien entre guillemets possible* » ;
« *soigner mes patients et pas me retrouver à dire des bêtises, ou à dire que je ne sais rien alors que je devrais savoir.* »

R7 « *pour après avoir un métier, justement, qu'on souhaite plus que tout, réussir à exercer au mieux avec quand même les responsabilités que ça implique donc, c'est forcément pas... on ne peut pas négliger quoi que ce soit dans l'apprentissage.* »

... mais également une compétence clinique, centrée notamment sur la capacité à s'investir dans la formation continue :

R2 [à propos d'un de ses tuteurs en médecine générale] « *un qui, justement, que j'ai trouvé génial parce que très polyvalent, très au taquet de toutes les reco etc.* »

Cependant ce rapport à la « technicité » du métier peut être perçu comme un frein à la compétence relationnelle fondamentale :

R1 « *Je serai pas derrière mon ordi, ça c'est sûr, derrière mon ordi à regarder des résultats de bio et à pas voir les gens.* »

R5 « *sauf après il faut être radiologue. Mais après c'est un autre... je veux pas être désagréable avec les radiologues... Moi je partais pour faire médecine parce que je voulais*

voir des gens. »

c) Se projeter dans l'exercice professionnel

La construction d'un idéal professionnel se nourrit également des représentations autour de l'exercice du métier de médecin.

R1 « C'est comme la reprise d'études, j'ai repris en sachant exactement ce que c'était que faire médecine et j'étais pas... j'avais pas dans la tête Dr House ou Urgences ! Je savais vraiment ce que c'était le quotidien et le vécu d'un médecin et ce que j'allais vivre, je me faisais pas de fantasmes là-dessus. »

– la spécialité

Le premier enjeu des passereliens, comme pour la plupart des étudiants de médecine, est de se positionner sur le choix d'une spécialité.

Certains ont pu y réfléchir en amont de leur décision de postuler à la passerelle. C'est par exemple le cas de R6 qui arrive en médecine en ayant signé un contrat de CESP en médecine générale :

« Mais je m'étais dit que ce qui me plaisait de base c'était de voir des patients, et surtout de pas m'enfermer dans une spécialité. » ; « je m'étais dit que la médecine générale ça permettra finalement de faire de la médecine du sport, de la gynéco si j'ai envie etc. Donc c'est vraiment pour moi le plus beau des choix que je puisse faire »

Si le choix de la spécialité est perçu comme conditionné par la réussite à l'ECN, les passereliens semblent néanmoins orienter leur choix en intégrant les spécificités de leur parcours.

La candidature peut apparaître directement en lien avec leurs parcours antérieurs, avec une certaine évidence dans le choix de la spécialité.

R9 Psychologue → Psychiatre « C'était aussi pour moi un moyen d'arriver à d'autres connaissances, une autre pratique, arriver à la psychiatrie. »

R10 Sage-femme → Gynécologue-Obstétricienne « ce que je voulais c'est être gynéco et ça j'en étais quand même assez certaine. »

Le choix peut être également influencé par une certaine image de ce que leur parcours peut « apporter » à la spécialité :

R7 « il [un ami passerelien] me disait qu'avec nos âges on était plus utiles en fait en psychiatrie que dans d'autres spécialités parce qu'on pouvait apporter, avec le vécu aussi,

peut-être davantage à ce niveau-là. Ouais, c'est peut-être complètement faux, j'en sais rien »

Le choix de la médecine générale semble enfin être facilement envisagé par les participants. La spécialité apparaît moins comme un « choix par défaut » que comme un projet compatible avec leur idéal professionnel :

R1 « *quand j'ai repris les études je m'étais dit qu'on verrait. Med gé ça me plaisait bien »*

R2 « *Donc c'est pour ça que j'ai choisi médecine gé : ne sachant pas exactement ce que je voulais faire je me suis dit que j'aurais plein de portes ouvertes. »*

R3 « *Donc je me suis dit non je veux une qualité et médecin généraliste c'est 3 ans d'internat, un internat beaucoup plus cool. »*

R5 « *Et en plus, si jamais le concours se passe mal ben j'ai suffisamment la fibre avec les malades pour être médecin généraliste dans la Creuse et ce sera très bien »*

R9 « *je parlais de la médecine générale aussi, et de la santé publique. C'était les trois grands trucs qui me plaisaient. [avec la psychiatrie] » ; « il a été grave question de prendre médecine générale. C'était l'autre option »*

– le mode d'exercice

La réflexion sur le mode d'exercice s'articule classiquement autour de la dichotomie ville-hôpital. Comme pour le choix de la spécialité, les passereliens intègrent les spécificités de leurs parcours dans les représentations de leur mode d'exercice :

R7 « *Mais en tout cas du fait de mon âge je suis aussi obligée de penser à ne pas avoir toute mon activité en hôpital. Puisqu'à un moment donné ça va devoir s'arrêter mais moi je vais devoir continuer à travailler, donc je pense que je vais essayer d'avoir une activité diversifiée »*

R10 « *Je suis pas fixée sur un mode d'exercice mais j'espère que je serai un bon médecin en vrai, que j'arriverai à être à l'écoute. »*

Concernant la pratique en ville :

R1 « *j'avais ce retour de ma copine qui est med gé et qui est très heureuse dans ce qu'elle fait. Je m'étais dit que c'était un mode de vie et un mode de pratique qui me correspondraient pas mal »*

R3 « *Et après c'est une qualité de pratique en ville, avec une souplesse d'organisation »*

R6 « *médecin généraliste en ayant mon cabinet ou en centre de soins ça m'irait très bien ! »*

Concernant la pratique à l'hôpital :

R8 « *je trouvais que je préférais faire de l'hospitalier en gros. »*

R7 « *Par rapport à l'hôpital peut-être que j'ai moins envie d'y être qu'avant, parce que j'ai quand même plus envie de pouvoir diversifier les modalités d'activités et malgré tout, à l'hôpital, on est quand même très contraint. »*

– la vision de la profession

À travers les entretiens, l'imaginaire de la profession se dessine autour de valeurs ou qualités fantasmées par les participants :

autonomie	<p>R6 « <i>Et plus j'écoute les patients et plus je vois que c'est presque déjà tout fait quand on les écoute. Eh bien ça me force à me dire que l'autonomie c'est génial »</i></p> <p>R5 à propos de la réanimation : « <i>T'as un rôle de chef d'orchestre qui est assez sympa quand même je trouve. »</i></p>
liberté	<p>R1 à propos de son amie médecin généraliste : « <i>Elle est est med gé donc... elle a sa plaque quoi, son cabinet ! Elle m'a dit qu'elle organisait comme elle voulait sa semaine, qu'elle était très heureuse comme ça »</i></p>
polyvalence	<p>R6 « <i>je trouve que c'est très exigeant sur le plan de la performance de se dire qu'on doit tout connaître sur sa spécialité. Ça c'est le premier point. Et puis le deuxième point c'était que ça m'empêchait de voir plein de choses qui m'intéressaient et qu'en médecine je suis intéressé par tout. »</i></p> <p>R8 « <i>La néphro c'était plus polyvalent en fait. » ; « Je veux être PH dans un service de périph généraliste, faire un peu de tout : faire un peu de dialyse, un peu de néphro, un peu de greffe. Ça me plaît. »</i></p>
éthique	<p>R5 « <i>t'as une éthique incroyable dans le métier. Tu te poses des questions existentielles sur "est-ce qu'il faut faire ça / pas ça / pas le faire / comment le faire / mieux le faire". Et je trouve que c'est vachement intéressant parce que tu vas te retrouver dans des dossiers... dans des dossiers lourds en soins, et lourds en éthique. Mais où tu vas très loin dans ta réflexion. »</i></p>
diversité de pratique	<p>R7 « <i>en médecine il y a beaucoup de travail partout et qu'il y a plein de manières de travailler. Qu'il y a plein de métiers même différents et plein de manières d'exercer donc plein de gens différents. »</i></p> <p>R8 « <i>la néphro ça avait cette... enfin ça a, je ne sais pas si ça va rester encore, mais ça a cette possibilité que tu peux bosser soit à l'hôpital, soit dans le privé, soit en associatif. Du coup, sur ta carrière, tu peux un peu choisir où tu veux aller et changer. »</i></p>

Le sentiment de vocation et le désir initial, fortement associés à des images rêvées de l'exercice médical vont être confrontés au réel tout au long des études et du parcours. Il s'en suit une recomposition et une réélaboration des représentations initiales à l'épreuve du quotidien.

3.3.2.2 La confrontation au réel

Même s'ils rapportent un vécu globalement positif, l'analyse des « désillusions » vécues par les passereliens permet de comprendre comment ils réajustent le projet rêvé au moment de la candidature à la passerelle :

R2 « *Mais c'est juste que je pense, que je me dis, que je ne m'étais pas assez blindée avant de commencer les études et je pense que je parlais avec trop d'a priori positifs* »

a) Désillusions sur le parcours :

- un parcours « plus dur que prévu »

Le premier élément souligné par les participants est le sentiment d'un parcours jugé « plus difficile » que ce à quoi ils s'étaient préparés. Ils constatent un décalage important entre le fantasme initial et la confrontation à la réalité des études et du parcours.

R7 « *on a beau savoir que ça va être difficile on ne peut pas se représenter exactement ce que ça va être* »

R2 « *je parlais confiante et très motivée. Et finalement, et puis avec surtout, comment dire, j'ai rencontré des difficultés là où je ne m'y attendais pas.* » ; « *je parlais super confiante, en me disant que ça allait être génial, j'allais être tellement épanouie, que ça allait être positif sur ma famille. Finalement ça été beaucoup plus compliqué que ce à quoi on s'attendait.* »

R3 « *Quand on commence les études de médecine on se rend pas forcément compte de tout ce qu'il y a derrière.* »

R4 « *Alors... c'est plus compliqué que ce que je pensais mais bon c'est toujours comme ça dans la vie... (rires)* »

- la théorie du grain de sable

Les événements de la vie sont perçus comme autant d'éléments pouvant perturber le parcours. Les passereliens évoquent ainsi l'idée que chaque incident peut être un « grain de sable » qui perturbe la

machine voire remet en cause la faisabilité du projet. En ce sens ils apparaissent plus vulnérables au quotidien.

R9 « *Parce que c'est tellement dur, c'est tellement risqué entre guillemets parce que si tu as le moindre problème, un pépin de santé, un truc, un accident, t'as un de tes parents qui décède, l'équilibre est très fragile quand tu reprends médecine. T'as beaucoup de travail, t'as plein de trucs à gérer à côté, tes enfants, ta famille, tes trucs, si tu as le moindre petit problème qui arrive tu décroches médecine assez vite.* » ; « *Moi pendant toutes mes études j'ai eu très peur qu'il y ait un gros événement qui arrive et qui me casse ce rythme-là, qui est un rythme soutenu mais qui était bien huilé et qui fonctionnait quand même très bien* »

R7 « *en fait les événements de la vie ont été très difficiles dans les deux dernières années, enfin dans les trois dernières années et m'ont presque empêché de faire normalement mes études.* »

– tout mener de front

Ce sentiment de vulnérabilité transparaît de façon d'autant plus prégnante que les interviewés racontent la nécessité de devoir tout mener de front : concilier vie familiale, temps dédié aux études, responsabilités financières, etc. La question du genre mérite d'être soulevée puisque ce sentiment domine essentiellement chez les mères qui, si elles disposent du soutien de leur conjoint, témoignent d'un sentiment de charge permanente au cours de leur parcours :

R2 « *Bon, déjà, reprendre ses études c'est compliqué quand on a déjà une famille, avoir un enfant pendant les études c'est sûr que c'est assez bouleversant. J'ai essayé de tout mener de front. Il y a eu des moments très très durs.* »

R3 « *Bon, du coup, je prenais chaque année après chaque année parce que j'avais la conscience aiguë que ça pouvait s'arrêter d'un moment à l'autre parce que je pouvais pas dire à mon entourage qu'il n'y avait plus de salaire pendant cinq ans ou six ans. Ça non, c'était pas possible. Donc j'étais prête à arrêter si ce n'était plus compatible* »

R4 « *Je suis crevée, j'en peux plus j'ai toujours un enfant qui est malade, tu vois trois jours avant les partiels. TOUJOURS, toujours, j'ai toujours un truc qui merde avant. Et là quand tu es tout seul pfffff...* »

– tenir à tout prix

Pour pouvoir tenir la longueur des études, les imprévus du parcours, les difficultés du quotidien, il faut, d'une certaine façon, renoncer à ses idéaux et « tenir » :

R3 « *Je pense que je ne me rendais pas compte donc, après, on tient au jour le jour, on tient,*

voilà, on est dans un engrenage. Tant que la corde ne lâche pas et tant qu'on tient, on fait les jours les uns après les autres quoi. »

R9 « je l'ai fait comme ça en avançant, en donnant des coups de rames, pas de problème. Là, je regarde derrière moi, franchement il y a des moments où ça ressemblait à rien. »

b) Désillusions sur la profession / l'exercice médical

Au-delà des difficultés ressenties au cours du parcours, l'entrée dans la profession, que ce soit par l'intermédiaire des stages de deuxième cycle ou de la période d'apprentissage d'un métier « réel » pendant le troisième cycle, est source de désillusions.

– À l'égard de la profession

Les déceptions vis-à-vis du corps médical sont décrites à plusieurs niveaux. Elles peuvent être notées dans les relations interprofessionnelles :

R2 « là où finalement j'ai rencontré le plus de difficultés ça été dans mes relations humaines avec les gens que j'ai rencontrés pendant les stages, les médecins, les co-externes. Ça a plus été dans le relationnel que ça été dur plutôt que dans le technique, l'apprentissage. »

R6 « il y avait quand même ces petits bémols qui me disaient “fait gaffe ça va pas être facile” »

La rencontre de contre-modèles au cours du parcours confronte les participants à leurs propres idéaux dans la pratique médicale :

R2 « je m'attendais à rencontrer plein de gens comme ça, des gens brillants mais en même temps qui donnent leur vie pour les autres. [...] je me suis rendu compte que bon, il y en avait, ça existe, il y en a quand même, mais j'ai été très déçue parce que je me suis retrouvée avec des médecins auxquels je n'arrivais pas à m'identifier. [...] Donc en fait, voilà, plus de la déception sur des modèles que j'avais et que je n'ai pas retrouvés. »

Enfin, la confrontation avec d'autres membres du corps médical qui les alertent ou tentent de les décourager de faire médecine constitue une expérience marquante. Elle oblige les participants à mettre de la distance vis-à-vis de leurs propres attentes :

R4 « j'ai vraiment essayé d'approcher des gens qui étaient dedans mais j'étais intérieurement déjà convaincue en fait, donc on pouvait tout me dire — parce que j'ai rencontré des médecins dépressifs aussi. Mais bon, ça, à l'époque, je voulais pas le voir, je voulais pas l'entendre. »

R5 « Même plus loin que ça quand tu as des gens qui font ce métier et qui te disent qu'il faut

pas le faire ! Ça fait cogiter, c'est le genre de trucs... »

R6 *« ce qui était intéressant c'est de voir que tous les médecins que je connaissais me déconseillaient plutôt de faire des études de médecine en me disant "mais tu te rends pas compte, c'est long." Surtout les jeunes me disaient "mais il ne faut pas faire ça, t'es malade" etc. »*

– À l'égard de l'exercice médical

L'idéal de la pratique est également soumis à l'épreuve de la réalité et les qualités soulignées plus haut peuvent apparaître insuffisantes au moment de l'entrée dans la vie professionnelle.

R2 *« Et tout ça parce que, parce que le système fait que ça bouffe. Voilà, les médecins sont bouffés par le temps, le manque de temps etc. »*

« on pouvait aussi être un médecin médiocre qui se repose sur ses connaissances sans vraiment chercher à s'améliorer. Et personne ne viendra te dire que c'est nul ce que tu fais. »

R6 par rapport au fonctionnement de l'hôpital : *« Je me suis dit que ça pouvait potentiellement quand même être dur. À telle enseigne que j'avais acheté un bouquin en P2 qui s'appelle Omerta à l'hôpital, qui est écrit par le Dr Valérie Auslender je crois. Et ce bouquin m'avait fait vraiment flipper. Je m'étais dit "wouahou est-ce que ça ne va pas être ultra chaud l'internat ?" »*

Mais au-delà des désillusions ressenties vis-à-vis d'un idéal de pratique, c'est la confrontation à ses propres limites qui interroge principalement les passereliens.

R2 par rapport à la liberté attendue en médecine générale : *« Cette trop grande liberté pouvait amener à tout et son contraire : à être brillant comme complètement nul et à faire de la merde. »*

R6 *« Et dans le choix de médecine d'ailleurs il y a toujours un peu une part, un petit peu comme ça, qui m'a fait peur dans la mesure où j'ai vu un petit peu parfois les limites. De me dire "est-ce que je serai capable d'affronter des situations comme ça, en tant que soignant ?" »*

R7 *« j'ai l'angoisse toujours de devenir un mauvais médecin »*

R9 *« Parce que je vais aller dans tous les services hyper durs, je me voyais pas du tout reprendre les trucs de néphro, les trucs casse-couilles, repartir à zéro, sortir les rames et tout. »*

c) la conscience du temps

La prise de conscience de ses propres limites interpelle notamment les passereliens quand ils se sentent confrontés à la question du temps, avec l'impression qu'il est « plus précieux » au regard des contraintes auxquelles ils font face :

R4 « *Sauf que j'ai toujours cette impression d'avoir moins de temps que les autres et ça, ça m'ennuie un peu.* »

La longueur des études cristallise des inquiétudes habituelles chez tous les étudiants en médecine mais semble se présenter de façon plus aiguë dans le vécu des passereliens.

R7 « *de toute façon des études aussi longues, on peut pas imaginer qu'il ne va rien se passer non plus.* »

R3 « *Et le fait que ça dure aussi longtemps les études de médecine quand on est plus âgé ça c'est dur aussi, parce qu'on en voit pas le bout.* »

Car, à la durée des études de médecine se surajoute la question de l'âge, qui est parfois ressenti sinon comme un facteur limitant, au moins comme un obstacle supplémentaire auquel les passereliens sont confrontés :

R1 « *être enfin diplômé à plus de 40 ans ouais c'est un peu... Après je le vivrai bien mais c'est vrai que ça me limite dans mon parcours professionnel après en tant que médecin.*

R7 « *La différence, on peut dire, c'est que moi je commence à prendre plus conscience du fait que j'ai pas toute la vie devant moi. Donc les renoncements peuvent être provisoirement plus difficiles* »

Ils témoignent ainsi d'une inquiétude sur l'avenir et sur la capacité à relever tous les défis d'une entrée tardive dans les études de médecine et dans la vie professionnelle :

R7 « *je me demande comment ça va se passer parce que maintenant j'ai un peu un fond d'angoisse, je me demande si je vais arriver à faire la suite normalement. C'est-à-dire que je sais que les années à venir sont quand même très chargées et j'ai quand même un petit peu peur.* »

La conscience du temps et la confrontation du désir à la réalité de la pratique conduit inévitablement à se poser la question : « et si c'était à refaire ? ». La réponse est le plus souvent positive mais très globalement nuancée par le vécu du parcours :

R1 « *Mais au final, vraiment, si c'était à refaire je referais à 100 %.* »

R2 « *Si c'était à refaire, est-ce que je le referais ? Probablement, peut-être pas comme ça.* » mais plus loin elle ajoute « *Aucun regret par rapport à mes années d'avant, je reviendrai pas en arrière. C'est d'ailleurs la question que je m'étais posée pendant les études, si vraiment ça va pas financièrement ou que je ne suis pas bien, je peux revenir à mon ancien poste. [...] Au contraire, en me la posant je me suis dit "ah non, j'ai pas envie d'y retourner, surtout pas !" (rires)* »

R3 « *Mais j'aurais su dès le départ, on m'aurait montré en film tout ce qui m'attendait, je ne sais pas si, en pleine connaissance de cause je me serais lancée là-dedans parce que c'est trop long, c'est trop dur.* »

R7 « *De toute façon je ne vais pas revenir en arrière.* »

d) Prendre soin de soi

Le travail permanent de renoncement et de réévaluation des attentes lorsqu'ils sont confrontés à des déceptions, des échecs, ou au sentiment de « ras-le-bol » obligent les participants à s'interroger sur le « prix à payer » pour permettre la réussite de leur projet. La valeur accordée à l'expérience du parcours de passereliens est décrite comme l'idée « qu'on a pas fait tout ça pour ça » :

R1 « *j'ai pas repris mes études pour au final prendre un truc par défaut tu vois.* »

R4 « *j'ai toujours une petite voix qui me dit "si c'est trop dur, j'arrête". Mais en même temps je me dis que j'ai pas fait tout ces efforts pour arrêter, ça n'a aucun sens quoi. Et puis qu'est-ce que je vais faire d'autre donc je crois que je ne vais pas arrêter mais je ne sais pas... C'est pas évident... C'est très ambivalent quoi.* »

La réponse à cette question les amène à considérer le choix de la qualité de vie comme un élément prioritaire.

R8 [à propos du travail le samedi matin] « *Je me suis toujours dit que je reprenais des études de médecine mais que je n'allais pas me pourrir la vie, j'ai essayé de m'y tenir quand même un peu (rires)* »

R1 « *je sacrifierai pas non plus la spécialité à la qualité de vie et à profiter de ma femme et de mes enfants* »

R3 « *non je veux de la qualité de vie, je ne veux pas cinq ans d'internat à l'hôpital, à crever avec des gardes à n'en plus pouvoir.* »

La confrontation du rêve à la réalité trouve ainsi un aboutissement plus ou moins rationnel dans

l'idée de devoir avant tout « prendre soin de soi » et « se préserver ».

R6 « *Quand on est face à un emploi humain avec tout ce que ça importe, eh bien il faut prendre soin de soi avant tout. D'où la méditation, la lecture et puis une vie personnelle pour se mettre des limites.* »

R7 « *j'éprouve le besoin de faire circuler autrement, de pouvoir connecter mes neurones autrement aussi et d'avoir des soupapes de sécurité de temps en temps.* »

« *je pense qu'il y a des choses sur lesquelles ça protège. On relativise mieux certaines choses malgré tout. Peut-être comme on se l'était dit avec d'autres passereliennes, malgré tout, le fait d'avoir une vie à côté, ça fait que, ouais, je sais pas... il y a des choses qui nous atteignent moins. Bon, on sait pourquoi on est là mais je pense que les autres aussi ils savent pourquoi ils sont là. Mais on se laisse moins atteindre.* »

3.3.2.3 Rêver d'autres choses

a) La multiplicité des désirs

La confrontation du rêve à la réalité peut être, certes, source de désillusions, mais les passereliens reconnaissent qu'il s'agit parfois d'une envie « parmi d'autres ». Le fait d'assumer une grande curiosité, de continuer à avoir des sources d'intérêts multiples permet aussi de faire évoluer le fantasme initial.

R6 « *vu que depuis petit j'aime bien, en tout cas je m'intéresse à beaucoup de choses différentes, je fais plein de choses différentes* »

R7 « *Ça faisait partie des choses qui me passionnaient. Après, malheureusement pour moi, trop de choses me passionnaient...* »

La diversité des désirs et des envies leur permet d'intégrer voire de justifier l'idée de parcours multiples. Ils soulignent ainsi que peut-être ça ne « s'arrête pas là » et que les études de médecine ne sont qu'un des différents chemins qu'ils ont voulu suivre.

R2 « *j'ai eu un parcours aussi un petit peu... chaotique avant... j'ai fait pas mal de choses dans mes études je t'ai pas mal résumé mais j'ai fait beaucoup plus que ça finalement. [...] j'ai vraiment testé plein de choses dans mes études.* »

R6 « *j'imaginai tout à fait pouvoir devenir prof en lycée ou en collège, ça m'aurait beaucoup plu.* »

R7 « *Mais pour moi c'est très difficile ça, de devoir ne faire qu'une seule chose. Même si la*

médecine, d'accord, c'est multiple. »

R10 *« je trouve que c'est bien d'avoir plusieurs casquettes » ; « J'aimerais bien faire autre chose après, j'arrêtera pas la gynéco, mais un truc en plus, pour le fun. Un master de biologie sous-marine, ou d'archéo, qui sert à rien et juste à te faire plaisir. »*

b) Faire évoluer ses projets

Si pour la majorité des étudiants de médecine les choix sortant de la pratique classique du soin sont assez rares³¹, de nombreux passereliens se projettent sur des activités annexes à la médecine. Les participants témoignent de leur désir de faire évoluer leur vision de la médecine en s'investissant dans d'autres domaines plus ou moins connexes :

– l'enseignement

Plusieurs d'entre eux avaient déjà eu une activité d'enseignement auparavant (R3, R4, R6, R7, R9). Ils reconnaissent vouloir prolonger ou développer cette expérience en lien avec la médecine.

R3 *« j'ai même hâte, j'y pense très souvent. J'ai même hâte de transmettre un savoir médical, d'être sur une autre thématique. »*

R10 *« j'aime bien l'enseignement donc ça me rapproche un peu de l'hôpital. »*

R9 *« j'aimerais bien faire mon mémoire, ma thèse, sur l'enseignement de la psychothérapie. Comment on l'enseigne, parce que c'est très compliqué à enseigner. Déjà qu'est-ce que t'enseignes et surtout comment tu l'enseignes ? »*

– la recherche

De même la recherche constitue une activité souvent citée comme parallèle à la pratique médicale pour beaucoup de passereliens.

R5 *« c'était pas qu'une façon de parler, j'aimerais bien faire ma thèse de sciences et faire de la recherche et de l'enseignement. C'était le truc que je faisais avant, ça me plaisait, ça va me plaire en médecine aussi je pense. [...] Quand tu as donné des cours et que tu sais que tu aimes ça tu continues, et quand tu as fais de la recherche et que tu aimes ça tu continues toujours. Y a des gens qui aiment ça, y a des gens qui aiment pas ça ! »*

R6 *« Et en gendarmerie là, j'espère intégrer bientôt la réserve opérationnelle soit de gendarmerie soit du service de Santé des Armées pour faire des recherches, notamment sur le*

³¹ Hardy-Dubernet AC, Gadéa C (dir.), De « faire médecine » à « faire de la médecine » DREES, Série Études, Document de travail n° 53, octobre 2005, p.122.

choc post-traumatique. J'envisage de faire ma thèse de médecine générale sur le mal-être dans les forces de police »

R7 « *je pense que de toute façon moi je continuerai toujours à écrire, à faire toutes sortes de recherches mais je vais pas forcément m'inscrire dans un parcours académique. »*

Un des participants souligne également son désir d'organiser son temps de travail médical pour pouvoir s'impliquer dans la vie publique :

R6 « *Et voilà, c'est peut-être ça que... en tout cas moi ça me plairait de m'investir aussi, de pas travailler pleinement dans la semaine. Et donc travailler trois jours et pendant deux jours faire autre chose. [...] Ça me plairait de commencer à écrire des articles sur la vie politique, ce qui se passe en France, en tant que médecin.*

Les passereliens recomposent ainsi leurs envies et les illusions associées à leur désir d'être médecin à l'épreuve de la réalité. Se saisir de ces ambivalences permet finalement d'accéder à une certaine sérénité :

R7 « *à chaque fois j'idéalisais toujours la chose dans laquelle j'étais. Et à chaque fois j'avais une déception énorme de constater que ce n'était pas comme je l'avais idéalisé, et donc je considérais qu'il fallait que j'aille voir ailleurs. Au bout d'un moment j'ai fini par comprendre que c'était partout pareil, que rien n'était parfait nulle part, que, après, c'était aussi ce qu'on en faisait qui faisait la différence quand même. Et donc maintenant je suis plus tranquille aussi par rapport à ça. »*

3.3.3 Trajectoires et stratégies

Le parcours des passereliens se construit sur plusieurs étapes qui font l'objet de stratégies particulières et personnelles : réfléchir à la faisabilité de son projet, écrire la lettre de motivation, passer l'oral. Ces étapes clés du parcours sont investies émotionnellement par chaque candidat :

R9 « *Sauf que ces trucs-là c'est comme le mariage, c'est que à partir du moment où tu commences à en parler, ça y est tu es dedans. »*

3.3.3.1 La construction du projet

a) Les personnes ressources

L'**entourage familial** constitue le premier cercle mobilisé pour construire son projet. Ils sont

perçus comme les premiers concernés par le changement.

- les conjoints (R1,R2, R4, R9).

Ils sont à la fois ceux qui poussent à la décision...

R1 « *elle était même plutôt moteur parce que moi j'avais l'envie mais j'avais besoin qu'on me dise qu'il fallait que j'y aille !* »

R4 « *il m'a dit "si c'est ce que tu veux faire, OK vas-y go mais vas-y à fond quoi"* »

R9 « *J'en parle à ma femme, elle me dit "ouais écoute, vas-y tente".* »

... et ceux qui permettent au projet de prendre corps : il s'agit de réfléchir ensemble à la possibilité du projet par rapport à la cellule familiale.

R1 « *c'était un projet qui avait été discuté à deux* »

R2 « *Donc il l'a accepté et il m'a dit tout de suite qu'il me soutiendrait* »

R4 « *Mon mari m'a vraiment soutenue, quand on est en couple c'est un projet qui se construit à deux. Parce que ce n'est pas anodin de reprendre médecine quand on a des enfants, même sans enfant.* »

- les parents

Ils constituent un soutien moral, financier, organisationnel majeur pour les passereliens :

R1 « *nos familles nous aident aussi bien matériellement, que... ils vont chercher les enfants, ils les prennent en vacances.* »

R2 « *J'avais un tout petit peu plus peur, pas de ma mère parce que je savais que ma mère quoi que je fasse elle me soutiendrait, mais plus de mon père. [...] Et étonnamment, il m'a tout de suite, tout de suite soutenu dans ma démarche.* »

R4 « *ma mère m'a soutenue, parce que c'est beaucoup elle qui s'occupe des enfants.* »

R9 « *Très soutenu par mes parents, d'ailleurs ça c'est un conseil que je donne à ceux qui me demandent, c'est que le soutien familial est indispensable.* »

R10 « *j'avais de la chance d'avoir des parents derrière moi.* »

Le **cercle amical et universitaire** qui permet de mettre en relation les candidats avec des étudiants en médecine ou d'anciens passereliens :

R6 « *j'ai le frère d'un ami qui est en médecine et qui m'a dit "ah bah tiens, il y a un mec qui a fait Saint Cyr qui est avec moi".* »

R8 « *il y avait une nana en prépa qui avait arrêté dès la première année pour aller en médecine* » ; « *il y avait un mec de l'école qui avait déjà fait cette passerelle, que je ne connaissais pas* »

R10 « *j'avais contacté d'autres filles, il y a pas mal de sages-femmes en fait qui présentent la passerelle en fait.* »

Pour deux des participants (R5, R6), le **milieu du secourisme**, dans lequel ils évoluaient depuis plusieurs années, a été également une ressource importante dans la décision d'inscription à la passerelle.

R5 « *Déjà à la Croix-Rouge moi j'avais croisé des gens qui avaient fait ça en fait. Des gens qui ont eu un peu le même genre de parcours, ils sont rentrés à la Croix-Rouge ou à la Protection Civile pour d'autres raisons et ils se sont reconvertis comme infirmiers, comme médecins, comme aides-soignants, tu vois là-dedans quoi. Et inversement aussi à la Croix-Rouge moi j'ai croisé beaucoup de gens qui étaient, dans leur métier, en dehors de leur bénévolat, infirmiers, médecins etc. Du coup tu interagis avec ces gens-là.* »

b) Les obstacles identifiés

L'aspect financier constitue le principal obstacle identifié par les passereliens pour réaliser leur projet :

R1 « *Au niveau financier aussi, parce que forcément, marié avec deux enfants, j'avais un certain train de vie* »

R3 « *il y a une famille à charge, parce que toutes les charges continuent à courir. Enfin je sais pas tu vois, quand tu as une maison, quand tu as tes trois enfants dans des écoles privées, tu vas pas d'un seul coup dire on vend la maison ou changer d'école et puis on va habiter dans un petit appartement. [...] je ne voulais pas l'imposer, imposer les contraintes à mon entourage* »

R7 « *La pression financière est super importante.* »

Pour certains la reprise d'études implique de devoir stopper leur activité professionnelle, le financement des années d'études est donc envisagé en amont :

R1 « *ma femme elle est pharmacien donc elle gagne pas trop mal sa vie et puis on avait un petit peu d'argent de côté.* » ; « *j'avais cadré ce truc-là et je ne me serais pas lancé avec le risque d'arrêter en plein milieu.* »

R6 « *j'avais un emploi où je gagnais 3000 € nets par mois donc j'ai pu mettre des sous de côté. »*

R7 « *Je n'ai pas imaginé une seule seconde que je pourrais travailler à côté »*

Mais la poursuite de l'activité professionnelle est parfois indispensable :

R3 « *moi c'était très clair dans ma tête que je continuais à travailler » ; « Donc j'avais décidé que je continuerais à travailler, ce que j'ai fait encore jusqu'à maintenant, en étant prof. »*

Parmi les autres solutions envisagées, les candidats évoquent le soutien financier parental direct (R5, R6, R8, R10), ou par l'intermédiaire d'un héritage (R7). Un des candidats (R6) a également signé un CESP pour financer ses études de médecine.

La famille peut être perçue par certains sinon comme un obstacle au projet, au moins comme un « point faible » :

R4 « *Parce que ce n'est pas anodin de reprendre médecine quand on a des enfants, même sans enfant. »*

R7 « *Parce qu'on a beaucoup de charges avec les enfants » ; « Et c'est toujours délicat de se dire que c'est des années importantes, peut-être qu'on est pas assez présent. »*

R9 « *le fait que j'ai une famille ça pouvait être un point faible je me disais. »*

c) La mise en situation

La mise en situation a un double objectif pour les candidats, en particulier ceux qui ne sont pas issus des milieux de la santé. D'abord, elle permet de se projeter et tester son appétence pour le monde médical. L'hôpital est là encore une fois le lieu de référence pour les passereliens :

R4 « *Je suis allée aussi chez une copine en gériatrie à l'hôpital (enfin un hôpital parisien) »*

R6 « *c'était un stage que j'ai fait d'une semaine aux urgences pédiatriques de Fontainebleau. Où je me suis dit que ça avait l'air chaud les urgences mais que ça me plairait bien. »*

R8 « *j'ai fait mes deux mois de stage en Allemagne dans un hôpital où je suis allé faire de la recherche clinique. C'était un truc sur les Oméga 3 et les femmes enceintes je me souviens, c'était marrant. Du coup c'était dans un hôpital dans une thématique un peu nutrition-santé, c'était sympa. Et en dernière année j'ai fait six mois de stage dans le service de diabète et nutrition à la Pitié, je faisais de la recherche clinique aussi. »*

Une des participantes est également allée en stage d'observation en cabinet de médecine générale :

R4 « *Donc j'ai contacté des médecins généralistes, chez qui j'ai pu faire des stages d'observation. [...] Voilà donc j'ai fait ça pendant 6-7 mois. J'allais une fois par semaine chez un médecin généraliste, j'allais à l'hôpital, bon j'étais vraiment dans le projet quoi.* »

L'autre objectif de ces immersions dans le quotidien de la pratique médicale est de préparer son dossier de candidature comme le souligne un des participants :

R8 « *Pour donner — et parce que ça m'intéressait — et parce que c'était pour donner une thématique un peu "médicale" à mon dossier en vue de la passerelle.* »

Les différentes étapes du projet ne sont pas toujours chronologiquement successives et cet « état des lieux » par le candidat coïncide le plus souvent avec le moment de la découverte de l'existence de la passerelle.

3.3.3.2 Accéder aux informations

a) Arriver à connaître l'existence de la passerelle

Certains participants ont eu connaissance assez tôt dans leur projet de l'existence de la passerelle. La décision d'accéder aux études de médecine était alors directement liée à la candidature à la passerelle :

R4 « *J'ai appris qu'on pouvait s'inscrire, qu'on pouvait faire une passerelle donc c'est resté dans ma tête.* »

R5 « *Franchement sans la passerelle j'aurais jamais fait médecine* »

R6 « *j'avais été au courant de cette passerelle quand j'ai fait le concours de la gendarmerie, je savais que ça existait* »

R10 « *j'avais rencontré quelqu'un qui m'avait déjà dit que la passerelle allait s'ouvrir aux sages-femmes donc ça me laissait un petit truc, enfin une petite porte de sortie si jamais.* »

Néanmoins, pour d'autres participants, la découverte de cette possibilité arrive à la fois par hasard et parce qu'ils ont déjà envisagé de s'inscrire en médecine. La passerelle devient alors un moyen jugé « plus adapté » pour eux mais qui n'était pas initialement envisagé comme une condition pour accéder à la formation.

R2 « *j'ai commencé à fouiller un peu. Et j'ai trouvé cette fameuse information sur le site de Paris 5, mais complètement par hasard, qui expliquait que, voilà, venait de sortir au Journal*

Officiel le 21 juillet 2010, le décret de loi qui permettait au master 2 d'aller en P2, avec le nombre de places etc... [...] C'était ça aussi le deal, j'hésitais aussi à recommencer dès la P1 mais avec un bébé... Déjà j'avais pas eu le courage à 18 ans donc voilà... ça m'a bien arrangé en fait de tomber sur ce décret de loi ! »

R4 « Je tapais régulièrement des mots sur Google : “reconversion”, “droit”, “médecine”, “kiné”, régulièrement je cherchais des choses comme ça. Je regardais “psychomotricien” des trucs comme ça. Et un jour bim, c'est apparu. »

R9 « Je tombe sur un journal en ligne, [...] je lis un paragraphe : le ministère met en place des mesures pour lutter contre les déserts médicaux, faire venir des médecins étrangers, former des infirmiers tout ça et des passerelles, en deuxième ou en troisième année. Chose dont je n'avais jamais entendu parler ! » ; « Donc là, quand je l'ai vu je me suis dit “bon ben j'y vais”. »

b) Le vécu des réseaux sociaux

Les réseaux sociaux prennent une place centrale dans la démarche de candidature. Les forums de discussion comme Remede.org ou les groupes Facebook dédiés aux passereliens sont cités comme les principales sources d'informations pour les futurs candidats.

R1 « Cette fille qui avait passé la passerelle et avec qui j'avais discuté m'avait parlé du site Remède, que je connaissais pas du tout avant. Du coup j'ai pas mal trainé sur les forums »

R2 « après j'ai dû passer, je sais pas, deux mois non stop sur Remède, je pense que c'est à peu près... tout le monde a vécu ça j'imagine ; où là on nous explique tout plein de trucs etc. »

R9 « C'est-à-dire que je suis allé sur les forums, un forum Remède et un autre forum. Je les ai tous épluchés, tous lus. Je me suis fait des tableaux, avec toutes les infos qui y étaient, les questions posées, comment ça se passait. Après les mecs qui avaient fait la passerelle, qu'est-ce qu'ils avaient ressenti, les difficultés, les atouts. »

Sur les réseaux sociaux les impétrants se mélangent à ceux qui ont réussi et qui viennent pour témoigner de leur parcours, raconter leur histoire. Il se crée dans ces espaces de discussions une certaine « mise en scène » du parcours. Cette démarche est particulièrement visible au moment des résultats d'admissibilité où les candidats se cherchent et espèrent « repérer » leurs futurs adversaires :

R9 « Sur les forums ils te disaient “ouais salut, je suis Agro, je me présente”, “hey salut ! je suis admissible, j'ai rendez-vous machin”. Donc tu savais qu'il allait être avec toi. »

R2 « Parce que j'avais fait mes petites recherches sur les autres candidats, c'était que des gens qui avaient déjà fait des concours médicaux, qui avaient tenté médecine une fois, deux fois, trois fois. »

c) Le « réseau passerelle »

Grâce aux réseaux sociaux, mais aussi par l'intermédiaire des services de scolarité des facultés, un véritable « réseau passerelle » s'est créé au fil des années.

R2 « Il se trouve aussi que d'années en années la scolarité me demandait si mon numéro pouvait être diffusé aux personnes qui souhaitaient passer la passerelle pour avoir des conseils. Donc effectivement j'ai eu pas mal de potentiels candidats au téléphone, que j'ai coachés, que j'ai aidés etc. »

R6 « il m'a mis en contact avec cet externe — à l'époque il était externe — et qui m'a fait rentrer un petit peu dans un réseau de passereliens qui existe. En particulier à Paris, moi c'est celui que j'ai connu et où maintenant on aide les impétrants à pouvoir réussir leur vocation, transformer leur vocation. »

Ce réseau est mobilisé par les candidats pour obtenir des informations sur la passerelle, recueillir des témoignages, poser des questions à ceux qui ont réussi :

R1 « je l'ai appelée, on s'est donné rendez-vous et puis elle m'a expliqué un petit peu tout son cheminement, tout son parcours ; quelles étaient les étapes justement pour la passerelle, la lettre de motivation et puis après le jury et tout ça. Et puis son ressenti à elle... [...] Et puis ça m'a aiguillé pour savoir les choses à faire et comment accéder à cette passerelle. »

R4 « Elle, elle m'a pas mal guidée, et je crois... oui elle était déjà dedans, étudiante dans le processus. [...] Et après de fil en aiguille, j'ai toujours rencontré des gens »

R7 « il m'avait pas mal expliqué un peu son parcours et c'est comme ça je pense que c'est parti je crois. » ; « je ne le connaissais pas, j'ai juste répondu à son mail comme ça, pour savoir comment il avait fait. Et c'est comme ça qu'il m'avait expliqué comment se passe la passerelle »

3.3.3.3 Être un candidat crédible

a) Répondre à des attentes incertaines

Les critères d'inscription sont fixés par un cadre législatif précis, néanmoins les candidats témoignent de l'impression d'opacité du processus de sélection.

R2 « *Ce qui est difficile c'est qu'on ne sait pas ce qu'attend le jury...* »

R7 « *la lettre compte pour beaucoup, comme les critères sont un peu opaques. Je crois que la manière de présenter les motivations et le parcours...* »

R8 « *ça été le truc le plus difficile à faire, parce que tu sais pas ce qu'ils cherchent. [...] tu as vraiment aucune idée de ce qu'il faut dire, est-ce qu'il faut répondre à des objectifs qu'ils attendent ou est-ce qu'il faut dire pourquoi tu le fais ?* »

R10 « *c'était un peu dur de savoir; on m'avait donné un plan. [...] J'avais tellement aucune idée de comment le faire de toute façon* »

Il existe ainsi un décalage entre le contexte légal et la réalité de la sélection qui conduit les candidats à élaborer des stratégies pour se présenter comme un candidat crédible aux yeux du jury :

R5 « *Je me suis dit en plus que mon dossier avait de bonnes chances de passer parce que j'étais scientifique, je faisais du secourisme depuis 6 ans. Voilà j'avais quand même montré que j'avais non seulement la charge de travail mais aussi la motivation quoi.* »

R3 « *Voilà ils ont senti que j'avais la capacité de travail et que j'avais les épaules pour faire ça.* »

R4 « *enfin ils m'ont tout de suite dit "ah, on voit que votre projet est mûri".* »

b) L'authenticité comme gage de réussite

La première étape consiste donc dans la rédaction de la lettre de motivation, qui doit donner l'occasion au candidat de se démarquer en proposant un projet construit et réfléchi :

R5 « *La lettre je l'ai quand même fait relire pas mal, j'ai quand même réfléchi. Mais pareil la lettre, le schéma directeur il s'écrivait tout seul.* »

R6 « *Au final ma lettre, pour répondre à ta question, je l'ai axée autour de trois grandes expériences, trois déclics, trois événements.* »

R7 « *j'ai fait ma nouvelle lettre pour la passerelle en en ayant lu un certain nombre d'autres, et en ayant les conseils de cette amie aussi, sur comment présenter les choses.* »

R9 « *Moi j'ai passé un temps mais énorme sur mon dossier, mais énorme. J'ai dû passer des centaines d'heures sur ma lettre de motiv et mon CV* »

La question de l'authenticité est néanmoins perçue comme le meilleur gage de réussite. Rester soi-même, être honnête, se livrer sont autant de qualités que les candidats mobilisent pour justifier leur projet :

R1 « Mais j'ai essayé vraiment de dire ce que j'avais à dire. Je me suis dit : s'ils me prennent pas tant pis parce que j'ai exprimé ce que je voulais. Pour le coup vraiment je l'ai écrit de A à Z et j'ai mis quelles étaient mes motivations et ce qui me motivait au fond de moi. »

R2 « J'ai essayé de faire le moins superficiel possible et le moins dépersonnalisé. Quelque chose qui me ressemble moi et pas d'autres gens, pas le parcours type qu'on attend. J'ai vraiment mis tout mon cœur »

R6 « le Dr R., qui est médecin généraliste qui m'avait dit "tu sais il faut que tu parles de ce que tu as vécu". Et moi ça me correspondait tout à fait, je me suis dit "oui, il avait vraiment raison". »

À l'inverse, si l'idée de « ne pas mentir » est centrale dans les stratégies de rédaction et de présentation du projet, il faut néanmoins « savoir se présenter » en trouvant les bons mots, la bonne formulation :

R9 « il faut avoir les bonnes réponses, pas mentir. [...] c'est vrai que c'est tellement un gros projet qu'il faut l'avoir bien intériorisé et même avoir les bons mots, savoir l'exprimer. »

R2 « la première lettre faisait une page et était assez "creuse". Creuse et vide, c'était presque un modèle type qui ne montrait pas qui j'étais au fond. »

R7 « j'avais mis en avant mes projets de recherche aussi. Mais je trouvais ça un tout petit peu artificiel mais je pense que c'est ce qu'ils attendaient. Un peu gonfler l'affaire. » ; « ça leur a donné le sentiment d'une plus nette détermination et d'un moins grand éparpillement par ailleurs. »

3.3.3.4 Passer l'oral

a) Stratégies de préparation

La deuxième étape du processus de sélection est l'accès à l'oral aux admissibles. Les candidats sont conscients du temps très limité qui leur est imparti pour se présenter. Aussi, l'essentiel de la préparation est centré sur la gestion du temps :

R4 « Donc j'avais bossé à fond, à fond mon oral, j'avais répété plusieurs fois. Je sais pas si tu te souviens on a 5 minutes où on a un temps très défini et donc j'ai sorti mon speech. »

R8 « Enfin, c'est hyper rapide, ça dure je sais plus... 3 minutes-4 minutes. »

R9 « Je m'étais fait mon texte aussi parce que je savais que j'avais 5 minutes, donc je m'étais

fait un plan. J'avais ma présentation que je connaissais par cœur. »

Certains choisissent de se « mettre en situation » en mobilisant des tiers ou leur réseau pour faire des oraux blancs :

R5 « je l'ai préparé un peu avec du bouche-à-oreille. J'ai un ami de ma mère qui est cardiologue, que je suis allé le voir pour discuter un peu et il m'a fait passer un oral blanc aussi pour essayer de me griller un peu. »

R9 « L'oral c'était exactement ce que j'avais lu sur les forum »

Pour d'autres, la question de l'authenticité se retrouve également dans leur préparation de l'oral. Ils poursuivent une démarche personnelle dans laquelle les tiers peuvent interférer sur la qualité et l'honnêteté de leur entretien.

R1 « Et autant la lettre de motivation je l'ai faite relire par plein de gens autant ça, je l'ai pas du tout fait relire parce que, comme je t'ai dit la lettre de motivation j'avais eu plein plein plein de retours, et parfois ça partait un peu dans tous les sens. C'était un peu difficile d'intégrer et puis moi, parfois, j'étais pas d'accord, je voulais pas le faire... Et donc là l'entretien je l'ai préparé tout seul et je me récitais ça régulièrement. »

R10 « Je n'étais pas du tout préparée, c'est un exercice compliqué quand même, la prise de parole devant toutes ces personnes. »

b) Réussir à convaincre

L'oral se déroule en deux temps : 5 minutes pour le candidat pour présenter son projet et 5 à 10 minutes de questions par les membres du jury.

Comme nous l'avons souligné, le temps imparti est perçu comme très court par les candidats. Ils choisissent donc souvent d'autres stratégies que celles élaborées dans la lettre de motivation. Il s'agit moins d'être « authentique » que de réussir à convaincre par des arguments plus rationnels.

R1 « Et je me suis dit que s'ils m'avaient sélectionné c'est qu'ils sont convaincus de mes motivations donc dans ma présentation orale je suis pas du tout revenu là-dessus. J'ai plus axé sur "vous savez que je suis motivé maintenant je vais vous montrer que je vais réussir" ; « j'ai fait mon petit topo, j'ai essayé d'être le plus naturel possible, de ne pas trop réciter même si on le connaît par cœur, d'être le moins rébarbatif possible... »

R5 « j'avais vraiment un truc tout trouvé qui découle tout seul, même si c'est pas la raison pour laquelle je venais en médecine, ça passait tout seul. Pour un jury c'était impossible de trouver un trou dans l'histoire. » ; « Donc je me suis dit qu'ils faisaient l'oral juste pour voir

un peu notre tête et surtout je me suis dit que... enfin tu vois moi j'avais vraiment un pitch à vendre, j'avais un truc qui était logique quoi. »

R9 « *Ouais donc en fait c'était assez bien préparé, mais c'était pas préparé de façon hyper... enfin j'ai l'impression de l'avoir fait de façon assez... assez objective. C'est-à-dire que je savais qu'il fallait que j'aie un discours qui soit clair. Je savais mes points faibles : mon âge était un point faible, le fait que j'aie une famille ça pouvait être un point faible je me disais. Je savais mes points forts, tu vois je voulais que tout ça soit bien clair. »*

R10 « *Donc je pense que ouais, mon plus gros message c'était ça, c'était de dire que vraiment j'étais sûre que c'était ça qui me plaisait, que j'allais y aller et que je me défoncerais pour y arriver. »*

Le souci de se présenter de façon moins émotionnelle se retrouve également dans la suite de l'oral, où le temps des questions oblige le candidat à se projeter sur des problématiques concrètes :

R1 « *Et puis, après, j'ai eu des questions et je m'étais préparé à ces questions-là. Parce que forcément avec des enfants, pourquoi est-ce que vous voulez plus faire pharmacie... Donc j'ai vraiment préparé les questions qu'on m'a posé, ça correspondait à ce que je m'attendais qu'ils me posent, j'avais préparé mes réponses. »*

R2 « *Effectivement j'avais pas eu les mêmes questions parce que les candidats qui avaient été reçus avaient eu plutôt des questions qui se projetaient dans l'avenir : "comment vous vous voyez dans dix ans ?", "comment vous envisagez la passerelle, le fait que vous intégrez". Des choses quand même assez "projectives" (je sais pas si ça se dit), alors que moi pas du tout. »*

R7 « *Parce que je pense que leur souci c'est aussi que les gens aillent au bout du cursus, de pas donner une place à quelqu'un qui va partir au bout d'un an ou deux ans. »*

R8 « *ils m'avaient posé la question, je me rappelle, parce que ça m'avait un peu marqué : "si vous êtes pas pris, qu'est-ce que vous allez faire ?" Et à ce moment-là, j'avais dit que je le retenterais l'année d'après et qu'en attendant j'allais continuer à faire des stages dans la recherche clinique. »*

R9 « *Ce qu'ils veulent voir c'est vraiment un projet à mon avis bien homogène, qui colle. »*

c) Vivre l'échec, postuler à nouveau

Les candidats envisagent l'échec à la passerelle à un moment de leur démarche et l'intègrent dans leur candidature :

R5 « *Et je me suis dit au pire j'y vais et si ça marche pas j'aurai fait un an ou deux et je me*

réinscrirai en thèse ou à l'Agreg et je pourrai toujours parce que j'avais un M2 de chimie de Normale. Je pouvais toujours me reconvertir, enfin revenir à un truc plus classique ou me trouver un taf. »

Trois participants ont effectivement échoué lors de leur première tentative à la passerelle. Autorisés à postuler une deuxième fois, ils analysent leur échec et adaptent leur nouvelle candidature :

R2 « Je ne m'étais ABSOLUMENT pas préparée à l'oral, et je m'étais absolument pas préparée au fait que j'allais être admissible. [...] Comme je n'avais jamais fait de concours médicaux, rien, j'ai eu le droit de la repasser la deuxième année. Et là, j'ai blindé mon dossier j'ai refait une lettre de motivation de deux pages, je me suis préparée quasiment pendant un an mentalement à ce truc en me disant que c'était ma dernière chance, faut tout donner, faut y aller à fond. »

R7 « je l'ai pas eu tout de suite, je pense que j'avais pas su du tout mettre en valeur en fait les choses »

R8 « Je l'ai pas eu tout de suite, la première fois je n'ai pas été pris, je sais pas pourquoi. Enfin je pense que je sais pourquoi... j'ai demandé une fac à Paris »

Ce dernier participant choisi ainsi de postuler la deuxième fois sur la faculté de Dijon d'où il est originaire. Les candidats n'étant autorisés à postuler que dans une seule ville chaque année, il semble que pour certains le choix de la ville de candidature soit directement intégré au processus de candidature :

R8 « Et je pense clairement, enfin moi c'est mon avis, que le principal facteur qui a fait que j'ai été pris la deuxième fois c'est que j'ai demandé une ville où personne ne voulait aller quoi. Et moi j'étais originaire de Bourgogne donc ça me déplaisait pas d'aller là-bas »

Enfin, la décision de suivre des études de médecine conduit certains à envisager l'inscription en P1 en cas d'échec. Comme le souligne une des participantes « le but c'était surtout de rentrer dans la forteresse (rires) » (R7).

R8 « je m'étais inscrit en P1 au cas où. J'étais inscrit en P1 à Paris VI d'ailleurs je crois. »

R7 « j'ai pas fait de P0 l'année suivante, je me suis inscrite en P1 à Bobigny en me disant que j'allais présenter le concours si je n'avais pas la passerelle »

R9 « Plusieurs fois je m'étais dit "bah tiens, un jour me réinscrirai en P1" »

Les stratégies de candidature et la mise en scène du parcours à travers le processus de sélection

conduit le candidat à devenir un « étudiant en médecine ». La réussite à la passerelle implique une transition identitaire : il s'agira donc de comprendre comment les passereliens se confrontent à cette nouvelle « culture étudiante ».

3.3.4 Être un « étudiant en médecine »

Le passage au statut d'étudiant en médecine constitue une double transition dans le parcours des passereliens : du candidat à l'étudiant en médecine mais aussi de l'apprenti-médecin au médecin. En ce sens, cette période constitue une expérience commune à tous les passereliens qui se retrouvent confrontés à la « culture étudiante » médicale. Elle s'insère néanmoins dans un contexte plus structurel (« de quoi suis-je ») comme une des composantes fondatrices de l'identité de futur médecin.

3.3.4.1 Le rapport à la première année

La première année de médecine constitue à bien des égards une année initiatique pour les étudiants de médecine. Parce qu'elle va sélectionner les « élus », elle devient une référence majeure pour tous les étudiants. L'enjeu des passereliens est donc, dès leur arrivée dans le cycle des études, de se positionner vis-à-vis de cette année (ou ces années) qu'ils n'ont pas faite(s).

a) L'échec de la P1

Dans les parcours de passereliens, nombreux sont ceux qui ont connu cette première année de concours (R1, R3, R7, R9, R10). Ils attribuent leur échec (à cette époque) à plusieurs facteurs :

- mauvaise préparation

Le sentiment d'avoir mal préparé le concours est selon eux directement relié au manque de travail.

R1 « *J'ai dit que j'avais pas eu le concours parce que peut-être à l'époque j'avais pas suffisamment travaillé ou voilà...* »

R10 « *j'ai pas beaucoup travaillé j'avoue* »

- mauvaises conditions, circonstances extérieures

Le contexte général a pu également contribuer à leur échec. Ils reviennent sur les circonstances de

leur inscriptions en P1 notamment.

R3 « *Sauf que je pense que j'étais pas dans des conditions favorables pour réussir. Notamment je travaillais dans différentes choses comme un bar à côté ou des boutiques de fringues ou des trucs comme ça, pour gagner des sous donc c'est sûr que voilà... »*

R7 « *à la sortie du bac j'étais inscrite à la Pitié-Salpêtrière et en fait au bout de 10 jours je suis partie parce que j'avais déjà décidé de quitter médecine. Et je suis partie aller faire du théâtre quoi. »*

– l'impression de l'avoir raté « de peu »

Même si des éléments personnels (manque de travail) ou extérieurs (environnement) justifient l'échec de ces premières tentatives, ils soulignent une certaine légitimité à ne pas avoir échoué de beaucoup.

R1 « *et puis qu'après j'étais pas non plus hyper mal classé... »*

R3 « *Donc voilà j'ai essayé mais ça n'a pas marché, de peu mais bon le résultat est le même. Ça n'a pas marché de peu ou pas. »*

R9 « *Et en fait, la première année je ne l'ai pas eu et la deuxième année je l'ai pas eu mais j'ai eu la moyenne. J'avais pas eu le classement mais j'ai eu la **moyenne** donc j'ai eu une équivalence. »*

b) Intégrer l'imaginaire du concours

Au-delà de ceux qui ont déjà eu une expérience de la première année, le concours d'entrée fait pleinement partie de l'imaginaire des études de médecine pour les passerelliens. La première année est vue comme un moyen de sélectionner non sur les capacités intellectuelles mais sur le « mental », sur la mémoire, sur la capacité à gérer le stress, la dureté du rythme. La peur du concours et de l'échec est soulignée par plusieurs d'entre eux :

R7 « *peut-être j'étais impressionnée aussi par le concours d'entrée en médecine et je pense que je pouvais avoir peur d'échouer aussi, si je suis honnête avec moi-même en reprenant les choses un peu rétrospectivement. »*

R8 « *Je me voyais pas à l'époque... j'avais pas pensé à aller en médecine ou peut-être que j'y avais pensé mais je sais pas, ça me faisait peur le concours tout ça »*

R5 « *je savais que j'étais trop feignant pour aller en médecine. »*

Parmi ceux qui n'ont pas fait de P1, certains réinvestissent l'imaginaire d'autres concours pour

justifier leur légitimité au sein des études de médecine. Le processus de sélection du concours, quel qu'il soit finalement, vient valider le parcours du passereliens :

R5 « *Moi quand je leur ai dit "alors les gars juste vous allez vous détendre parce que j'ai passé un concours qui est au moins aussi dur que le vôtre et je suis au moins aussi intelligent que vous."* » ; « *Un concours crétin j'en avais déjà passé un, j'avais pas envie d'en repasser un. Je l'avais déjà passé deux fois en plus j'avais pas envie d'en repasser un deuxième. Apprendre l'annuaire pour faire plaisir... bon...* »

R8 « *Et puis finalement, au fur et à mesure du truc, j'ai passé les concours, j'ai été admis partout.* »

c) Se positionner comme un « étudiant légitime »

En intégrant l'imaginaire du concours, les passereliens tentent de se justifier comme des « étudiants légitimes ». Ils reprennent ainsi à leur compte les qualités supposées de ceux qui ont réussi la première année

– capacité de travail

Être capable de travailler « comme un P1 » est pour eux le meilleur gage de réussite et d'intégration au sein des études de médecine

R1 « *leur montrer que voilà j'étais capable de me poser les fesses dans une bibliothèque, passer ma journée le nez dans les bouquins, voilà, tous ces trucs-là.* »

R3 « *Ils ont dû, je pense après coup, je pense sentir que j'avais la capacité de travail* »

R10 « *j'étais prête à bosser vraiment fort pour avoir ce que je voulais [...] Que voilà, je me donnerais les moyens d'y arriver, ce que je n'avais pas fait avant* »

– avoir de bons résultats

La capacité de travail est associée à l'obtention de bons résultats lors des examens. Dans le cadre d'un système fortement hiérarchique la réussite renforce leur légitimité au sein de la promotion.

R1 « *j'appuie toujours sur le fait que j'ai pas eu la première année de médecine, maintenant que j'ai repris j'ai des bons résultats là dans ma promo. Et c'est pas une revanche parce que j'ai pas été revanchard après ne pas avoir réussi le concours.* »

R3 « *Je travaillais mes cours, j'étais trop contente, je travaillais tous les soirs, tous les week-ends c'était vraiment génial. Et d'ailleurs j'ai eu des supers bons résultats, il y a pas mal de partiels que j'ai majorés* »

– mériter sa place

Si le processus de sélection par le concours est très souvent critiqué par les étudiants de médecine, il donne le sentiment à ceux qui accèdent à la deuxième année de « mériter » leur place. Aussi, les passereliens s'inquiètent souvent de cette image :

R1 « *Mais ceux qui disent “ouais, enfin bon, il a pas eu le concours donc il ne méritait pas de faire médecine”, moi je leur dis “moi est-ce que tu crois qu’aujourd’hui je mérite pas de faire médecine ?”. Et comme ils voient comment je suis impliqué et que je réussis bien, ils disent “baaah si”. Et je leur dis “moi j’ai pas eu le concours tu vois...” »*

R10 « *J’avais très peur qu’on me prenne pour une arriviste. Je pense qu’il y en a certains qui le voient un peu comme ça, qui se disent “elle a pas fait de P1 ou encore pire elle a foiré sa P1” »*

R5 « *Mais quand t’as quelqu’un qui vient un peu te chercher là-dessus, sur le test le truc “tu m’as pris ma place”. Non je pense qu’en fait si j’avais passé le concours je l’aurais eu quoi. Après c’est peut-être affreusement prétentieux et peut-être que je ne l’aurais pas eu mais au moins moi j’ai pas vécu de truc un peu trop agressif de gens qui sont genre “tu as volé la place de mon pote qui maintenant fait dentaire parce qu’il a pas eu médecine” »*

3.3.4.2 Le goût des études

a) L’enthousiasme de la connaissance

Les passereliens témoignent d’un relatif enthousiasme à l’égard des études. Les années de formation sont vécues de façon positive dans la mesure où elles constituent une des raisons qui a pu motiver l’entrée en médecine.

Les participants assument aimer le statut d’étudiant, ils s’y reconnaissent après avoir eu parfois une longue période d’exercice professionnel.

R1 « *Enfin je préfère être considéré comme un étudiant en médecine parce que c’est ce que je suis et qu’on oublie beaucoup de choses quand on travaille. »*

R8 « *c’est passé très très vite parce que, du coup, j’ai pas vu... enfin j’ai pas eu l’impression de faire des études en fait [...] je ne me suis pas du tout lassé. »*

Comme nous avons déjà pu le souligner, les passereliens témoignent d’un goût pour les études, l’apprentissage d’une connaissance théorique. En ce sens les études de médecine répondent à une « soif d’apprendre » qui a pu être mise entre parenthèses pendant la période professionnelle ou à

laquelle ils ne veulent pas renoncer.

R1 « *j'apprends pour apprendre des choses, pour savoir des choses* »

R3 « *j'étais vraiment en extase, tu vois le truc que tu as toujours rêvé de faire et d'un seul coup tu le fais. Alors que, bon, c'était des cours de deuxième et troisième année mais pour moi c'était le trip absolu. Je travaillais mes cours, j'étais trop contente, je travaillais tous les soirs, tous les week-ends c'était vraiment génial.* »

R8 « *surtout, c'était stimulant intellectuellement.* »

R9 « *j'ai adoré, j'ai adoré. Les cours c'était juste trop bien, j'avais l'impression d'aller dans des confs. C'était toujours passionnant* »

R10 « *Tout m'a plu en fait, oui les connaissances moi je les trouve passionnantes. Médecine en soit je trouve ça passionnant.* »

Le retour à la position d'étudiant implique néanmoins un quotidien rythmé par les examens et la perspective du concours de l'internat. S'ils reconnaissent « aimer apprendre » ils sont en revanche plus réservés sur l'intérêt du diplôme, des examens qui sanctionnent ce savoir :

R3 « *Donc ce statut, même si j'aime bien les études et que j'adore apprendre et tout ça... Mais passer des exams tout le temps en permanence, travailler tous les soirs, tous les week-ends c'est un peu dur.* »

R7 « *Ça je pense que, vraiment, je me suis épuisée par rapport aux études et aux diplômes, j'en ai par-dessus la tête et j'ai vraiment envie de terminer à ce niveau-là. [...] je chercherai toujours à me perfectionner mais autrement, pas en continuant à valider ça sur des diplômes et des trucs comme ça.* »

b) Le rapport à l'excellence

Le goût des études se présente pour beaucoup sur un mode exigeant. La comparaison avec les anciennes formations permet de valoriser la qualité des études de médecine. Elles sont décrites comme correspondant plus à leurs exigences en termes de contenu, de qualité :

R1 à propos des études de pharmacie : « *je me suis rendu compte qu'il y avait plein de choses que j'avais travaillées pour valider les exams mais pas du tout pour apprendre des choses tu vois... Et au final il me manquait plein de notions, il y avait plein de choses où je me sentais un peu... bah pas compétent et je trouvais hyper dommage et hyper frustrant. Et donc le fait de reprendre des études ça m'a... ça m'a donné goût à reprendre des études.* »

R10 à propos de la formation de sage-femme : « *je trouvais ça un peu léger* » ; « *j'étais un*

peu sur ma faim » ; « j'avais besoin d'avoir la possibilité d'avoir une connaissance un peu globale, comprendre de manière globale ce qui arrivait à la patiente. Ce qui est pas du tout le cas quand tu es sage-femme. »

R8 « j'étais hyper content parce que je sortais d'études où je passais la journée à apprendre des trucs théoriques en cours. Et là, on avait tout le temps 50 % du temps à l'hôpital à faire des trucs pratiques pour se former. »

Ce qui n'empêche pas un regard parfois critique, distancié.

R6 « la deuxième année ça été assez compliqué parce que c'était vraiment du par cœur bête et méchant, avec des QCM sanctionnant débiles » ; « en P2 et D1 c'est très académique. »

R5 « Et là on avait des cours parfois qui, je trouve, étaient vraiment scolaires, débiles, anciens, à la craie, et des trucs, tu vois, des cours d'un autre âge quoi. »

R10 « il faut se réhabituer à avoir un gros volume de pages, mais une fois que c'est fait, j'ai pas trouvé ça particulièrement difficile. »

Le rapport à l'excellence est plus rarement source de frustration, avec l'impression que les études de médecine ne remplissent pas les conditions d'exigence qu'ils ont pu attendre :

R5 « Après voilà j'ai été très frustré par le mode d'apprentissage, parce que moi j'avais l'habitude d'avoir des cours par des gens extrêmement brillants qui font des cours où le mec il te lirait l'annuaire ça t'intéresserait. » ; « justement à Normale le premier truc qu'ils nous disaient c'est que ça ne sert à rien d'apprendre, faut comprendre d'abord. Les listes, les tableaux ça c'est un truc que tu peux retrouver dans un livre quand tu en as besoin, par contre il faut savoir où le chercher quoi. Là c'est l'inverse, médecine on t'apprend à apprendre. Ça m'a frustré quoi. »

c) Stratégies de réussite

Les stratégies d'apprentissage des étudiants de médecine ont fait l'objet d'analyses particulières³² qui peuvent se retrouver dans le parcours universitaire des passereliens. Plutôt que de rechercher ces stratégies dans les témoignages des participants il apparaît intéressant de s'attarder sur ce qu'ils mettent en avant comme éléments distinctifs dans leur parcours :

³² Une modélisation du travail universitaire des étudiants de médecine est proposée par Saint-Marc. Il identifie quatre types de stratégies principales (cognitives, métacognitives, affectives et de gestion des ressources) et développe quatre types de solutions adoptées par les étudiants évoluant en fonction de l'avancée du cursus universitaire (solution de l'économie, solution des téméraires, solution de l'investissement maîtrisé, solution de l'investissement ponctuel).
Saint-Marc D, Felouzis G. La formation des médecins : sociologie des études médicales. Paris: L'Harmattan; 2011. p. 60-61.

– utiliser ses points forts :

Le premier des points forts mis en avant par les passereliens est de « se connaître ». À la différence des autres étudiants de médecine, ils ont le sentiment que leur parcours antérieur leur a donné « d'autres armes » et qu'ils peuvent optimiser leurs stratégies d'apprentissage en les personnalisant :

R7 « *on arrive là avec le bagage que moi je pouvais avoir, même si ces études-là sont très différentes, on se connaît quand même, par rapport à comment on travaille, sa réserve de travail possible etc.* »

R9 « *Énorme avantage c'est que quand tu as fait d'autres études avant, t'as une capacité de synthèse qui est vraiment mieux que les autres. Parce que les autres ils l'ont pas, ils ont toutes les infos mais ils ne voient pas ce qui est très important, ce qui est pas important.* »

R8 « *je pense que d'avoir déjà préparé les concours, mais après c'est pareil peut-être pour ceux qui avaient fait P1, le fait d'avoir déjà préparé pendant deux ans un concours, entre guillemets, comme une bête, comme une brute débile, du coup, j'avais plus envie de ça. [...] j'avais vraiment ce recul qui m'a permis, je pense, de réussir sans trop de stress quoi. Et je pense que c'est surtout ça qui m'a aidé, dans le fait d'être issu d'une passerelle.* »

Le deuxième élément corrélé à la faculté de « se connaître » est la capacité à avoir appris de ses erreurs :

R1 « *j'apprends beaucoup plus intelligemment que j'apprenais en pharma.* »

R2 « *je commence à me connaître et à voir où sont mes failles et mes, comment dire, mes points forts.* »

R10 « *je pense que je connaissais aussi un peu mieux mes limites qu'en P1. Où en P1 je m'étais forcée à faire des prépas par exemple, ce qui me convient absolument pas, et ça tu le sais pas à 18-19 ans. Mais là je le savais donc je me suis pas re-forcée à faire des prépas parce que je savais que j'étais pas capable de travailler jusqu'à 23h.* »

– identifier ses limites

Les stratégies d'apprentissage, de révision, d'investissement dans les études sont communes à tous les étudiants de médecine. Néanmoins les capacités d'endurance intellectuelle et physique sont souvent évoquées par les passereliens comme leurs principales limites. Ils se sentent plus vulnérables sur ces points et concentrent leurs efforts pour continuer à se positionner comme des étudiants « classiques ». Là encore la question de l'âge semble expliquer pour eux les principales difficultés rencontrées :

Sur la mémoire :

R4 « *Moi, j'ai besoin de plus répéter, plus travailler qu'eux pour retenir les choses que eux vont retenir en un clic. Parce qu'eux on leur a dit un truc à telle conférence ils retiennent, moi je vais avoir besoin de plus bachoter derrière. Ça c'est probablement dû au fait que je sois plus vieille, mon disque dur est peut-être un peu saturé je ne sais pas (rires).* »

R9 « *Alors par contre là où j'avais beaucoup plus de mal c'est la mémoire. Je me faisais manger sur la mémoire. C'est-à-dire qu'eux ils avaient 15 ans de moins que moi les mecs et niveau mémoire je me faisais exploser. Ah j'ai galéré parce que moi je les bossais les cours et en fait je les oubliais. Je les apprenais — alors tout le monde — mais moi beaucoup, je les apprenais, je les apprenais et je les oubliais* »

R7 « *Après, est-ce que c'était plus facile pour moi ?... Je ne suis pas sûre. [...] c'était quand même très compliqué pour moi de savoir comment absorber autant de matières* »

Sur l'endurance physique :

R9 « *Côté physique je trouve aussi que ça compte, je te jure. Je parlais de la mémoire, mais le côté physique je pense qu'après 30-35 ans t'as quand même moins de résistance.* »

R3 « *Par contre je ne dis pas au niveau fatigue, au niveau fatigue je pense que je gérais beaucoup moins qu'eux (rires). Mais je m'effondrais une fois que j'étais rentrée chez moi ou où je pouvais, mais au niveau fatigue je pense que je récupérais moins bien qu'eux.* »

R7 « *On n'a pas la même marge de manœuvre. Moi je m'épuise beaucoup plus vite parce que j'ai très peu de temps que je peux consacrer réellement au travail.* »

3.3.4.3 Intégrer le monde hospitalier

a) Un lieu de sociabilité et d'apprentissage

L'apprentissage pratique est souvent attendu avec impatience car il constitue la promesse de devenir réellement médecin. L'accès aux services hospitaliers pendant l'externat est considéré comme le « vrai » lieu de l'apprentissage. Il y a donc une très forte attente par rapport aux stages d'externat.

R4 « *Moi c'est plus en étant en stage que j'ai vu les choses. Et encore après c'est quand on est en deuxième année quand on fait les premiers stages qu'on s'en rend compte vraiment des choses.* »

R6 [à propos des stages hospitaliers] « *j'apprends pour pouvoir aider des gens et m'aider moi face aux patients et avec d'autres médecins, plutôt qu'apprendre pour apprendre.* »

R8 « *c'était cool en fait, moi j'étais hyper content parce que je sortais d'études où je passais*

la journée à apprendre des trucs théoriques en cours. Et là, on avait tout le temps 50 % du temps à l'hôpital à faire des trucs pratiques pour se former. »

R7 « on commençait la clinique dès la troisième année et moi j'étais assez convaincue que ce serait très profitable, très intéressant »

La mise en pratique du savoir renforce les processus d'apprentissage de connaissances théoriques. Ces allers-retours entre pratique et théorie constituent un élément central de la formation :

R6 « j'ai vu le côté tout à fait logique et utile d'apprendre en étant dans un stage et se servir de ses bouquins pour nourrir le stage plutôt que l'inverse. »

R7 « Moi par contre ça m'aide beaucoup les stages. Je trouve qu'on comprend beaucoup mieux ce qu'on apprend. Pour ce qui me concerne, ce que j'ai vu en stage je ne l'oublie jamais alors que ce que je lis dans un livre je l'oublie très facilement ! (rires) »

Enfin, l'arrivée dans le système hospitalier est perçue comme un élément facilitant l'intégration dans la promotion. Plus que la faculté, les terrains de stages hospitaliers sont un des lieux de sociabilisation des passereliens qui se retrouvent au contact de leurs co-externes.

R8 « en stage on a beaucoup plus sympathisé ouais »

R5 « Et en stage t'es avec des gens et tu t'intègres plutôt bien. »

R4 « ce serait certainement plus facile pour moi pendant les périodes de stage où je serais avec des gens plus de mon âge qu'en cours forcément. »

R10 « après, avec les stages là, on a commencé à rencontrer d'autres gens qui avaient fait le cursus classique. »

b) Les avantages d'être passerelien

Une grande partie de la socialisation professionnelle des étudiants a lieu à l'occasion des stages, à ce titre les passereliens témoignent d'un vécu différent de cette expérience fondatrice. Ils sont nombreux à considérer qu'il s'agit du moment où ils voient le plus d'avantages à être passerelien et où ils perçoivent que leur expérience est la plus valorisée.

R7 « justement on a pu expérimenter avec les passereliens que finalement c'était moins dur pour nous »

R3 « Donc en fait à l'hôpital ça se passait en général plutôt bien et même mieux que mes autres co-externes. »

R8 « Mais après, je pense que j'avais beaucoup plus de recul aussi. Et ça a été, que ce soit en tant qu'externe ou en tant qu'étudiant pour préparer l'internat, je pense que je me suis beaucoup moins mis de pression que si j'avais eu 4 ans de moins. »

Certaines « qualités » sont retenues pour expliquer ce vécu positif de leur expérience :

– une maturité face aux situations difficiles

R9 « Je pense que l'âge aussi, voilà quand tu es un peu plus vieux, peut-être tu te fais une raison aussi de ces choses-là. »

R3 « Et tout de suite je sais pas, l'âge fait qu'avec la maturité on sent mieux les situations, ce qu'il faut faire, ce qu'on attend de nous. »

R4 « Je pense que c'est un atout d'être plus vieux. Je pense que déjà on arrive à se blinder davantage, je pense qu'on arrive plus facilement à mettre des distances avec les gens mais en même temps je pense qu'on arrive à avoir plus d'empathie. [...] J'ai l'impression que là-dessus je suis, entre guillemets, privilégiée, parce que même émotionnellement il y a des situations qui, je pense, sont plus faciles à gérer pour moi, que pour les jeunes. »

R5 « Parce que moi j'avais un peu vécu des trucs, j'avais déjà un peu vécu ce genre de trucs, j'avais déjà été confronté à ça. Donc j'ai moins pris dans la gueule des trucs un peu difficiles »

– un esprit d'initiative

R1 « Et en général ils sont... enfin comme je suis peut-être impliqué différemment ils trouvent ça sympa. »

R3 « On hésite moins à prendre des initiatives. Auprès des patients ça passe bien aussi. Et puis quand on ne sait pas quelque chose on hésite pas à le dire. » ; « Si je ne sais pas quelque chose, je sais où aller chercher l'info, sinon je me débrouille pour dire la chose... Enfin je ne sais pas, je n'ai aucune difficulté. »

– assumer les responsabilités

R3 « Donc oui, ça nous apporte beaucoup de choses, [...] dans notre autonomie au travail, notre débrouillardise, notre prise d'initiative, toutes ces choses-là. »

R5 « j'ai beaucoup aimé le côté très vite un peu t'es lâché dans le bain et tu fais, tu fais. »

R6 « je me dis que j'ai eu beaucoup de chance de commencer par ces stages qui ont laissé une grande autonomie aux externes. Et que ça m'a permis de décoller et maintenant je suis très très confiant. »

– la relation médecin-malade

R3 « *j'ai été beaucoup plus sensible à la relation que les médecins avaient au patient que les externes qui étaient plus jeunes, et qui n'avaient pas le recul peut-être.* » ; « *Déjà j'ai un abord avec les patients très différent de n'importe quel interne mais ça je pense que toutes les passerelles ont ça. On a une maturité d'une vie d'avant qui nous apporte énormément de choses dans le contact avec les patients.* »

R4 « *Quand je suis en stage, alors les stages c'est super; là ça se passe très bien parce que là je me sens à l'aise. À l'aise du point de vue relationnel on va dire. Je pense que je me sens plus à l'aise que ceux de ma promo, donc ça je pense que c'est un plus.* »

R1 « *alors après c'est peut-être aussi le fait d'avoir travaillé, je sais gérer les situations avec des patients ou des collègues. Mais j'ai pas eu de difficultés dans mes stages.* »

Au-delà de ce qu'ils ressentent comme un atout, le statut de passerelien crée une exigence supplémentaire pour certains :

R10 « *pour l'externat j'ai pas trouvé que c'était un atout. J'ai trouvé qu'on devait encore plus faire ses preuves qu'un externe lambda, pour montrer qu'on était motivé, qu'on était là pour bosser, et pas pour faire le guignol.* »

3.3.4.4 Se confronter au « stéréotype de l'étudiant en médecine »

a) Le formatage des études de médecine

Les étudiants de médecine intègrent un système de formation très normatif, aux fortes contraintes. Il n'est donc pas étonnant que les deux principales métaphores utilisées par les participants pour décrire leurs études de médecine soit « l'effet moule » et « l'effet tunnel »

– « l'effet moule »

L'intégration de la norme passe par l'investissement engagé par les étudiants, l'apprentissage par mimétisme et le sentiment de faire partie d'un milieu « à part » :

R5 « *c'est des études qui demandent un investissement énorme, au sens... tu parles que de ça, t'es vraiment dedans, tu parles que de ça et tu peux très vite être en boucle là-dessus si tu ne fais pas attention.* » ; « *Et là je suis dans le moule, dans le truc.* »

R6 « *Et je les voyais peu avec les patients et quand ils allaient avec les patients ils reproduisaient ce que les chefs de clinique eux-mêmes faisaient, qui n'avaient pas le temps de*

voir les patients. Donc j'ai eu des gros doutes. »

R7 « *je pense quand même ; parce que c'est quand même des études vraiment à part en réalité. »*

Par ailleurs, l'apprentissage de la norme donne l'impression de renoncer à la diversité et l'originalité de son parcours :

R8 « *plus les études avancent et se terminent et moins ça ressort [le fait d'être passerelien]. C'est-à-dire que j'ai fini, je pense, par être formaté, comme tout le monde »*

R7 « *la médecine aussi c'est très difficile pour moi, de ce point de vue là parce que la manière dont c'est enseigné, dont on nous oblige à l'apprendre, avec une dose d'abrutissement qui est très importante, et moi ça m'assèche »*

– « l'effet tunnel »

La dimension temporelle de ce formatage par les études de médecine contribue à donner l'impression d'un tunnel, où à chaque extrémité un concours renforce le sentiment normatif.

R5 « *là je suis dans un tunnel, j'ai mes stages, faudra que je fasse ma thèse de sciences à un moment. »*

R9 « *je l'ai fait comme ça en avançant, en donnant des coups de rames, pas de problème »*

R2 « *moi j'ai pas connu la P1 — cette course, cet esprit de concours. Surtout en D3 — D4 on le sent revenir, les gens finalement, il n'y a plus d'amitié, il n'y a plus rien, c'est chacun pour soi. »*

R3 « *le fait que ça dure aussi longtemps les études de médecine quand on est plus âgé ça c'est dur aussi, parce qu'on en voit pas le bout. »*

b) Vision(s) des étudiants en médecine

L'intégration à ce système confronte les passereliens au stéréotype de l'« étudiant en médecine » qu'ils côtoient tous les jours. Les participants témoignent d'une vision assez positive de leurs camarades. L'étudiant « classique » de médecine dispose de qualités intrinsèques qui ne sont finalement pas loin de celles attribuées aux passereliens eux-mêmes :

maturité	<p>R7 « <i>je trouve que pour les étudiants, même s'ils savent faire la fête et qu'ils ont l'âge qu'ils ont, ça demande quand même un tel degré de maturité, au moins dans le rapport au travail</i> »</p> <p>R9 « <i>Après je pense que les étudiants en médecine c'est des gens qui, à la base, sont assez matures</i> »</p>
intelligence	<p>R9 « <i>c'est quand même des profils qui sont un peu dotés quoi. Donc moi je trouve que c'est des gens qui tournent vite, qui sont à l'aise ; pas tous mais beaucoup</i> »</p>
solidarité	<p>R4 « <i>je trouve qu'ils sont super ouverts les étudiants en médecine, les jeunes, donc ça c'est vraiment bien. Il y a beaucoup d'entraide, donc non c'est une bien meilleure ambiance qu'en droit en tout cas.</i> »</p> <p>R5 « <i>j'ai été très agréablement surpris par le cooptage entre les internes et les externes</i> »</p>
autonomie	<p>R4 « <i>En fait c'est eux qui se prennent tout seuls en main, qui cartonnent aux examens, donc ça veut dire qu'ils bossent même sans avoir de TD. Et ça, vraiment, ça m'a aussi vraiment surpris, mais agréablement. De me dire mais "ouah ils sont supers jeunes et ils se prennent comme ça en main"</i> »</p>
diversité	<p>R7 « <i>il y a beaucoup de gens super en médecine, il y a des parcours très variés en fait</i> »</p>

Néanmoins cette vision positive est nuancée par l'impression d'un « manque d'ouverture » attribué en partie à la question du formatage par le système de formation médicale :

R6 « *je trouve que les étudiants en médecine et peut-être les médecins sont tellement investis dans leur travail, parfois jusqu'à ce que ça leur coûte même, qu'ils sont peut-être désintéressés de la société et de la politique au sens plus large.* »

R8 « *j'avais l'impression que les étudiants en médecine ils avaient absolument aucune culture générale. C'est-à-dire qu'ils étaient vraiment dans leur bulle depuis la P1* » et plus loin « *Les années de médecine passant, je me suis un peu aussi malheureusement, j'ai l'impression, enfermé là-dedans* »

R10 « *Tu sais c'est un monde qui est un petit peu fermé on a du mal à faire des ERASMUS, on a du mal à s'ouvrir à des trucs.* »

La vision des étudiants en médecine par les passereliens peut se renverser : la thématique du regard porté sur leur propre parcours apparaît ainsi centrale dans les témoignages des participants.

Elle interroge la place des passereliens dans les études de médecine à travers le regard porté sur eux par les autres étudiants, les chefs mais aussi la vision de leur parcours individuellement et collectivement.

3.3.5 Regards sur l'atypie

3.3.5.1 Le regard sur soi : se sentir légitime

a) Le sentiment d'imposture

Sans revenir sur le rapport à la première année qui constitue un enjeu important du parcours des passereliens, la question de la légitimité par l'accès direct continue d'interroger les participants. Une des interviewées témoigne de sa difficulté à se regarder comme une étudiante légitime tout au long de sa formation.

R3 « j'avais l'impression que je le méritais pas ou que c'était une voie détournée et que si je ne l'avais pas eu par la voie principale et ben c'était comme ça. C'était juste et j'avais pas à chercher à passer par voie détournée » « je me sentais pas super légitime d'être là en passant par une passerelle ça c'est sûr. Je trouve le sentiment d'illégitimité très ancré en moi-même si jamais on ne m'a fait une remarque ou jamais on ne m'a rien dit là-dessus, mais c'est moi qui le ressens comme ça. »

La peur de l'imposture s'accompagne parfois d'un sentiment d'obligation, de devoir de réussite qui « justifie » a posteriori l'accès aux études de médecine.

R1 « je suis vraiment content qu'ils m'aient accepté et que je puisse le faire. Ça ne m'a pas donné une obligation de réussir mais c'est vrai que je me dis que j'ai la chance de le faire alors autant le faire bien ! »

R10 « J'avais très peur qu'on me prenne pour une arriviste »

b) Refus de l'exemplarité

Tout en ayant conscience de leur singularité, les passereliens ne prétendent pas être exemplaires. Le refus du statut de « superhéros » revient à plusieurs reprises dans les entretiens.

R3 « *quand je suis partie, on m'a fait une fête de départ, ils m'ont fait un film et le thème de toute la soirée c'était super héros quoi. J'étais vraiment vu comme ça. Donc je pense que c'est la façon dont les gens me voient, même si moi je ne le ressens pas au fond de moi* »

R5 « *C'est très dangereux parce que quand tu penses que tu sauves le monde et que tu es le meilleur et que tu penses que ton métier est le seul qui vaille la peine, ben en fait t'oublies d'être bon et tu deviens assez vite complaisant je trouve.* »

La légitimité pour certains passe ainsi par une certaine banalisation du parcours. Il s'agit de reconnaître et être reconnu comme un « étudiant comme les autres » :

R8 « *Il y en a beaucoup qui ont dit "ah, c'est courageux" mais ça fait 10 ans que j'entends ça maintenant "ah, c'est courageux", "tant d'études" machin.*

Interrogateur : *Ça a l'air de t'agacer ?*

R8 *Non, non, non mais c'est vrai que ça fait un moment que je l'entends maintenant. En fait c'est pas tant, c'est pas reprendre 10 ans d'études, c'est reprendre 4 ans d'études et après tu es interne.* »

R3 « *Moi je me sentais pas du tout digne de cette admiration mais ça, c'est vraiment ce que j'ai autour de moi.* »

À l'inverse, le refus de l'exemplarité est souligné par l'idée qu'ils ne sont « pas les seuls » à avoir des parcours atypiques. Ils se replacent dans un contexte plus général en insistant sur la grande diversité des parcours d'étudiants de médecine.

R8 « *je pense que n'importe qui, qui a bossé avant dans un domaine, du coup il a une expérience, un ressenti qui est différent et qui est enrichissant.* »

R7 « *De toute façon il y a beaucoup de gens super en médecine, il y a des parcours très variés en fait et pas seulement que dans la passerelle, parce qu'il y a aussi dans les gens qui font le concours de médecine un tout petit peu plus tard, des gens qui ont été ingénieurs, kiné, sage-femme. Donc il n'y a pas que des gens qui passent par la passerelle pour ce qui est des concours un peu à part.* »

c) Faire preuve « de folie » : raisons et déraisons

Ce n'est pas parce qu'ils refusent l'exemplarité qu'ils ne se reconnaissent pas comme « symbole » d'une certaine ouverture dans les études de médecine.

R7 « *C'est ce qu'on symbolise en fait, plutôt, qui peut revenir négativement, d'avoir un peu cette liberté de changer complètement dans un parcours, de basculer complètement sur autre*

chose. »

L'atypie est par ailleurs souvent synonyme de folie, du refus du choix de raison.

R9 « *Et en fait c'est de la folie, non mais c'est clair. Enfin c'est pas de la folie, c'est quand même quelque chose de très très particulier. »*

R6 « *À la base c'était vraiment quelque chose de personnel, j'en parlais pas trop parce que je me disais que c'était un peu fou comme parcours. » ; « j'en parlais un petit peu mais ils me prenaient un peu pour un fou. Gentiment mais un petit peu quand même. »*

R7 « *on m'aurait dit même 15 jours avant que je prenne ma décision d'entrer en médecine que j'allais faire ça, j'aurais dit que c'était complètement absurde, fou, comme quoi... » ; « je pense que c'était le truc le plus dingue de tout ce que j'ai pu faire dans ma vie, surtout à ce moment-là. C'était quand même assez dingue, on va pas dire absurde mais quand même assez fou, de faire ça maintenant. »*

d) Se sentir « à sa place »

En assumant la « folie » du choix, le parcours devient non seulement raisonnable mais finit par donner le sentiment d'être « à sa place ».

R2 « *Quand je fais de la médecine je suis contente de la faire, je me sens vraiment bien et je me sens vraiment à ma place. »*

R4 « *j'arrive pas à l'expliquer, c'est comme ça, je me sens là où je dois être point barre. »*

R10 « *je ne me voyais pas faire autre chose, du tout. » ; « Ouais, honnêtement je ne me voyais nulle part ailleurs. J'ai essayé de me voir ailleurs parce que je me suis dit "tu vas pas dormir, tu vas avoir beaucoup de gardes, ce serait bien que tu choisisses autre chose" (rires) »*

La promesse d'authenticité engagée dans la lettre de motivation se concrétise à l'issue du parcours. Il s'agit non seulement d'être à sa place mais également de ne plus se voir en décalage avec soi-même, d'avoir le sentiment de ne plus être « un autre ».

R2 « *je sais qu'à la clé de ces neuf ans je vais pouvoir justement devenir la personne que je veux devenir, le médecin que j'ai envie d'être. »*

R4 « *je me sens beaucoup plus à ma place. Enfin je me sens beaucoup plus en accord avec ce que je suis dans le rôle de l'étudiant en médecine ou du médecin que de l'avocate. »*

R6 « *Et au final le travail me... à la fois me comble parce que je pense qu'en effet il remplit mes besoins que j'ai dans ma vie privée, dans ma vie plutôt psychologique »*

3.3.5.2 Le regard des étudiants : trouver sa place dans la promotion

a) Le regard des autres sur leur parcours

L'intégration au sein de la promotion d'étudiants est d'abord assurée par le regard globalement positif des autres sur leur parcours. Les participants décrivent différents types d'attitudes à leur égard :

– la curiosité

R1 « Parfois un regard, un peu de curiosité et puis au final très bien. Je suis hyper bien intégré, je me sens pas vieux »

R6 « eux j'avais l'impression qu'ils posaient des questions et qu'ils étaient très intéressés par les parcours, par les réflexions qu'on pouvait avoir sur des choses etc. »

R3 « Donc ceux qui venaient me voir c'était beaucoup d'interrogations, et un retour super positif. »

– l'admiration

R10 « il y a des gens que ça fascine la passerelle, qui disent "c'est incroyable, tu vas avoir un parcours hors norme comparé aux autres", etc. »

R3 « Au niveau des étudiants de médecine, ben de manière très surprenante pareil. Beaucoup d'admiration de mener tout de front, et de réussir. »

– la bienveillance

R7 « Les gens très jeunes comme ça aussi ils ont pas d'a priori en fait, ils sont plutôt très ouverts. »

R9 « Moi j'ai toujours été très bien accueilli. C'est très rare les gens qui disent "ouais les passerelles, ils ont pas fait la PI c'est des faux". »

R4 « ils m'ont aidée au début ils étaient super sympa, je comprenais rien, non c'était super. Enfin j'ai été vraiment bien accueillie en tout cas. »

– une place maternelle/paternelle

R9 « les étudiants externes qui étaient un petit peu paumés de temps en temps, qui venaient me voir en me disant... je sais pas, qui venaient me demander des conseils soit de vie, soit des conseils par rapport à leurs études, ou des trucs qu'ils ne comprenaient pas, ou qu'ils étaient en galère. »

R3 « Mais bon, moi j'en ai vu beaucoup autour de moi, alors je suis assez costaud

psychologiquement et du coup je recueillais beaucoup de... souvent des filles, un peu plus fragiles psychologiquement »

Cette dernière explique hors entretien avoir eu « *un rôle un peu maternel, soit individuellement soit au niveau de la promo* ».

b) Le sentiment de décalage

Même s'ils reconnaissent tous avoir été « bien intégrés », il persiste un sentiment de décalage par rapport au reste de la promotion d'étudiants.

La perception d'un décalage lié à la différence d'âge est néanmoins à nuancer. En effet, si le fait d'être « plus vieux » a pu être un frein initial à l'intégration, les passereliens constatent qu'ils ont surestimé l'impact que cela pouvait avoir dans leur rapport aux autres :

R1 « *C'était une appréhension que j'avais c'était de me dire je vais être plus vieux, plus âgé que les autres, est-ce qu'on va me regarder un peu bizarrement ?* » ; « *j'ai des petites blagues sur mon âge mais ça ne me dérange pas, je le vis bien !* »

R6 « *j'ai pu rencontrer des gens qui ont dit "ouais, t'es plus vieux mais t'sais que t'es qu'en P2 donc ferme-la !" . Voilà, mais ça c'était quand même très, très, rare, c'était peut-être que deux ou trois personnes* » ; « *Mais avec les très jeunes ils m'ont appris beaucoup, beaucoup, de choses, parce qu'on a dix ans d'écart et du coup, et bien j'étais peut-être un peu déconnecté, parce que j'avais dix ans de plus.* »

R7 « *je me rendais compte que j'étais pas complètement décalée non plus.* »

Plus que la différence d'âge, c'est le sentiment de faire partie de « mondes sociaux » différents qui semble créer un décalage.

Cet écart se manifeste à plusieurs niveaux :

- avec les étudiants de médecine

R9 « *Voilà, il y a quand même une différence, si tu veux c'est pas la même amitié que ce que tu peux avoir avec des gens de ton âge, où on est tous au même niveau et on avance ensemble. Bah là non. On va vivre des choses fortes, on va se parler sur certains trucs mais en fait on reste dans deux fonctionnements différents. [...] Les univers sont un peu différents, ben c'est normal* »

– avec les anciens amis

R6 « *« Quand tous mes amis ont commencé à emménager; à avoir des enfants pour certains, à avoir... même moi je suis passé de 3000 € à 1000 € que je gagne via le contrat d'engagement de service public qui est donc une bourse. »*

R10 « *c'est un peu pesant de voir tes amis qui ont déjà bien entamé la vie active, qui avancent dans leur vie, qui peuvent se payer, enfin se permettre des resto que toi tu peux pas te payer, ou des vacances que toi tu peux pas encore te payer. Ou juste être autonome en fait. »*

R5 « *Donc sur ma vie perso en fait, déjà j'ai beaucoup de copains à Normale qui n'ont pas compris et du coup avec qui je suis plus trop en contact aujourd'hui parce qu'on avait plus du tout les mêmes préoccupations. Eux ils étaient dans leur thèse, leurs gosses, leurs machins comme ça et moi pas du tout. Moi j'étais au charbon, à la bibli, en stage, voilà. [...] Ouais on avait plus du tout les mêmes plans de vie en fait, parce que moi mon plan de vie il s'était décalé de dix ans en fait. »*

L'arrivée dans les études de médecine crée un décalage avec l'ancien réseau d'amis et renforce le sentiment d'entre-soi des étudiants de médecine.

R5 « *Les gens qui ne sont pas en médecine, ça leur demande un vrai effort de comprendre ça [...] Et du coup moi j'ai gardé quelques copains en dehors de médecine mais maintenant la plupart de mes copains et ma petite amie sont en médecine parce que ça aide, ils comprennent quoi. »*

R8 « *J'ai un peu l'impression de m'être coupé aussi du reste du monde des fois, pour, malgré moi, rentrer dans ce milieu d'entre-soi qu'est un peu la médecine. »*

c) L'intégration au sein de la promotion

On l'a vu, l'arrivée en stage et l'intégration au milieu hospitalier permettent l'assimilation des passereliens au sein de la promotion.

R8 « *Mais par contre je me suis fait des super potes en médecine mais en stage, qui pour le coup est un peu je pense, spontanément, étaient en D3 - D4 à l'époque et qui sont devenus internes après. Et du coup, ouais, j'étais avec des internes, beaucoup. »*

Durant l'externat la sociabilisation à l'université semble être également importante pour les passereliens qui investissent volontiers les impératifs universitaires.

– participer aux cours

Si l'assiduité des étudiants de médecine aux obligations facultaires tend à s'estomper au cours de l'externat, la fréquentation de la faculté permet aux passereliens, au moins dans un premier temps, de s'intégrer au reste des étudiants :

R7 « *En plus en P2 ce qui est sympa c'est que tout le monde vient encore en cours, donc pour moi c'était pas du tout difficile de m'intégrer et d'être comme ça dans une dynamique un peu de groupe.* »

L'investissement dans les cours est globalement variable et si certains continuent à fréquenter les bancs de la faculté, la plupart reproduisent un modèle plus classique de travail indépendant.

R9 « *j'ai apporté déjà pendant mes études, justement quand j'allais aux cours, je pense que je permettais un peu, avec mes questions, avec les échanges à ce que les cours soient peut-être plus interactifs, plus concrets* »

R4 « *l'intégration, je t'avoue que c'est compliqué, parce qu'ils sont tous super sympas, mais je vais très peu en cours* »

R8 « *Ouais, bah tout le monde faisait ça en fait. Je suis allé en cours un peu en D1 au début un peu pour voir, et je me suis rendu compte... ben en fait en D1, on faisait pas encore les cours sur les bouquins pour préparer l'ECN donc j'allais en cours un peu, pour me rendre compte. Et puis en fait il y avait les ronéos donc, après, j'ai arrêté d'y aller. Et en D2-D3-D4 je suis jamais allé en cours, je faisais tout sur les bouquins.* »

– groupes de travail : TD et sous-colles

Ne pas aller en cours ne signifie pas forcément ne pas fréquenter des étudiants en médecine, l'intégration peut se faire par l'intermédiaire de cercles secondaires. Comme chez les autres étudiants le travail de groupe est un mode de socialisation secondaire à la faculté dans lequel les passereliens s'intègrent facilement :

R3 « *On a fait des sous-colles avec un groupe de filles qui me considéraient comme leur copine alors que j'avais dix ou quinze ans de plus qu'elles.* »

R4 « *Mais ce qui est positif c'est que ça pose pas de problème du point de vue boulot on va dire : quand on se voit, qu'on bosse ensemble, qu'on a des TD.* »

R7 « *En plus comme on fait tout de suite des exposés ensemble, des ateliers, des trucs ; il n'y avait aucune difficulté et en fait j'étais très heureuse et agréablement surprise.* »

R8 « *Parce qu'il se trouve que les gens de mon pôle, qui étaient aussi les gens de mon groupe de sous-colle, on est tous allés à Lyon après. Et là, du coup, c'est devenu des amis* »

R9 « *je me suis fait des très bon copains en externat, ben justement ceux avec qui j'étais en sous-colles, hyper cool, des mecs que je revois encore* »

– réussir ses études

Le système concurrentiel et sélectif des études de médecine continue au cours de l'externat à peser sur les étudiants. Le regard sur les passereliens par le reste de la promotion peut être perçu à la lumière de cette hiérarchie sous-jacente. Réussir ses études est alors un moyen de s'intégrer dans la promotion.

R3 « *le fait aussi de pas être larguée, parce que souvent aussi les passerelles sont un peu moins bons. Le fait d'avoir cette capacité de travail et d'avoir des bons résultats je pense, ça m'a aussi aidé par rapport à la promo pour être admise comme les leurs, ou du moins méritante.* »

La sociabilité étudiante se fait également loin de la faculté et des stages. L'« ambiance carabine » est symbolisée par les soirées médecine qui sont perçues comme un des centres de la vie étudiante. L'enjeu de participer à ces moments est symbolique du regard porté sur les passereliens.

L'attitude la plus fréquente est celle de se mettre à l'écart, soit en raison de l'âge, du décalage dans le mode de vie :

R3 « *Je n'allais pas à leurs soirées ça ne m'intéressait pas, je ne me serais pas sentie à ma place, je n'allais pas à leurs voyages. Ça c'était clair pour moi dès le début, je n'étais pas leur pote, même s'il y a des étudiantes qui sont devenues des copines.* »

R4 « *Et après du point de vue de l'intégration je vais pas dans les soirées, dans les machins, toute l'ambiance médecine ça je la vis pas du tout.* »

Soit parce qu'ils ont l'impression d'avoir « déjà vécu ça », d'avoir dépassé cet ancien mode de sociabilisation :

R8 « *j'allais pas aux soirées médecine, parce que c'était un peu passé. Enfin tu vois les soirées médecine de P2, D1 moi j'avais fait ça 4 ans avant en école, ça m'a un peu... voilà ! Ça ne m'intéressait pas.* »

Enfin, l'idée de devoir « jouer le jeu » permet d'être accepté au sein de la promotion tout en ayant conscience qu'on en fait pas tout à fait partie :

R9 « *j'en ai fait des soirées avec eux mais c'est vrai qu'ils se faisaient souvent des soirées. Moi je n'y allais pas tout le temps, j'y allais pas souvent même, de temps en temps. J'en ai fait des belles ! J'en ai fait quelques-unes bien, réglo, je restais jusqu'au bout, je me suis bien*

bourré la gueule avec eux, c'était sympa. Mais pas tout le temps voilà. »

La fréquentation des associations étudiantes est également un enjeu de sociabilisation pour les passereliens. Si les soirées étudiantes mettent en lumière un certain décalage, d'autres lieux de sociabilité en dehors de l'hôpital et de la faculté sont parfois investis :

R6 « Ça s'est très bien passé que ce soit d'abord avec les plus jeunes, où en P2 j'étais rentré dans la fanfare de Descartes qui s'appelle les Playmobiles — alors j'ai arrêté au bout de 6-8 mois parce que c'était beaucoup trop chronophage ».

R8 « j'ai pas été dans l'ambiance corpo étudiante, j'en ai jamais fait partie, je me suis jamais investi là-dedans. »

3.3.5.3 Le regard des chefs : le rapport à la hiérarchie

a) Un rapport de proximité

Pour les passereliens le rapport à la hiérarchie médicale se fait avant tout par le prisme de l'âge. Quand ils évoquent leurs relations avec les chefs, ils établissent systématiquement un lien de causalité entre la proximité relationnelle et le fait d'avoir le « même âge ».

R3 « ça se passait très bien parce qu'en fait j'avais à peu près le même âge que les chefs, souvent dans les 35 ans quoi. »

R4 « j'arrive toujours à avoir un bon rapport avec les chefs, avec les internes, vu qu'on a plus ou moins le même âge, je suis même plus vieille qu'eux... »

R6 « Après avec les chefs et les internes, les internes bah ils sont plus jeunes que moi et les chefs ils ont mon âge. Donc ça se passe très bien »,

R8 « je pense plus facile aussi parce que j'étais plus âgé. Déjà je m'entendais très bien avec les internes, c'était assez simple en fait. Enfin, ça ne m'a pas gêné la hiérarchie. »

La proximité en âge est vécue comme un atout qui facilite une relation « décomplexée » avec les chefs.

R6 « Et donc on a un rapport très décomplexé qui me pousse à poser des questions dès que j'en ai envie, à pas hésiter à les embêter un peu, voire plus ! »

b) Trouver la bonne distance

Le sentiment de proximité instauré par l'âge interroge les passereliens sur la bonne distance à adopter. À l'idée de se distinguer « malgré soi » s'ajoute la difficulté d'assumer vis-à-vis des co-externes le statut de passerelien :

R6 « *parfois, être un peu gêné, vu que je m'entends très bien avec mes chefs de clinique, je vois qu'ils sont pas forcément autant attentifs à des externes qui sont plus jeunes et qui seraient plus timides ; et qui donc sont plus renfermés sur eux-mêmes. Donc un peu trop valorisés peut-être parfois et ça me gêne un peu.* »

R9 « *Moi je pense que j'étais assez avantage, parce qu'avec mon âge finalement, les médecins, les PH et tout et ben voilà tu les intéresses un peu différemment des autres. Pas plus, pas moins mais différemment.* »

Ils décrivent donc une position parfois ambiguë de leur statut et discutent de l'opportunité de se présenter en tant que passerelien auprès des chefs. Tout en sachant que cela va faciliter leurs relations, ils ne remettent pas en cause leur statut d'externe.

R6 « *alors je dis pas dès le début que je suis passerelien etc., mais en général ça vient assez vite* »

R1 « *Parfois on me pose rapidement la question au niveau des chefs ou tout ça. Parfois ils s'en rendent pas compte !* »

c) La force de s'indigner

Le regard sur la hiérarchie se fait enfin de façon critique avec l'impression que la proximité en âge et en expérience avec les chefs leur donne également une approche plus distanciée.

La remise en cause du statut d'externe se fait dans la dénonciation du rapport de force imposé par la hiérarchie hospitalière.

R5 « *Moi j'avais vécu le préhospitalier et j'avais bien aimé le côté pas trop de hiérarchie et effectivement l'hospitalier, la hiérarchie moi ça me rendait fou. Le fait que tu puisses pas dire un truc parce que tu es externe et qu'il faut que ce soit quelqu'un... enfin moi ça me rendait dingue. Et ça me rend encore dingue !* »

R3 « *Des chefs qui hurlaient sur des externes jusqu'à les faire pleurer. Moi jamais on m'a hurlé dessus, de toute manière c'était pas envisageable qu'on me hurle dessus. Voilà, je pense que cet âge-là, du coup, il m'a servi pour qu'on me montre plus de respect et plus de considération, ce que t'as pas souvent quand tu es externe. Et c'est d'ailleurs scandaleux.* »

La dénonciation des situations d'apprentissage et les violences hospitalières se fait également à travers le prisme des expériences passées.

R10 [à propos de l'attitude du CCA qui envoie tous les externes examiner un patient qui présente une auscultation pulmonaire « intéressante » (examen clinique d'un épanchement pleural)] « *Non c'est pas incroyable du tout, c'est horrible. Ça, ça m'avait choqué. Du coup je pense, bon, j'ai craché sur les sages-femmes, mais je pense qu'elles m'ont appris à être vraiment humaine dans leur... pourtant dans leur méchanceté initiale, elles sont profondément humaines et elles sont excellentes avec les patientes.* »

L'indignation vis-à-vis de la hiérarchie hospitalière est notamment relatée par certaines participantes à propos de situations de violences gynécologiques :

R10 « *Ça m'avait vraiment choqué, j'ai failli arrêter à ce moment-là, parce que vraiment ça me donnait envie de pleurer. Ce type existe toujours évidemment. Mais je vais pas avec lui, et quand on me dit que c'est un excellent chirurgien... Mais jamais j'irai quand bien même ce serait un excellent chirurgien, je n'accepterai jamais d'avoir un enseignement de lui. Même s'il est très bon tant pis, j'en aurai d'autres des très bons, mais il ne faut pas travailler avec des gens comme ça.* »

R3 « *dans ce que j'ai vu que les médecins imposaient aux femmes. Alors je ne sais pas si c'est parce que je suis mère mais pourtant j'ai jamais eu de traumatisme à ce niveau-là et j'ai été mère jeune mais tout s'est toujours très bien passé et voilà. Mais j'ai trouvé ça d'une violence. [...] Voilà donc j'ai peut-être été plus sensible à ça que d'autres externes. [...] je pense qu'il y avait d'autres externes qui étaient aussi très sensibles et touchés par ça mais qui du coup n'avaient pas le recul nécessaire pour savoir si c'est normal ou pas.* »

3.3.5.4 Le regard des passereliens : faire partie des « ovnis »

a) L'entre-soi des passereliens

La distinction au sein des études de médecine se fait enfin par le regard que les passereliens portent sur eux-mêmes en tant que « communauté ». Les mécanismes de l'« entre-soi » sont décrits par les participants.

Au moment de l'arrivée en deuxième ou en troisième année, beaucoup commencent instinctivement par chercher leurs homologues au sein de la promotion. Le premier réseau de sociabilité est donc celui des passereliens eux-mêmes.

R1 « *Mon premier réflexe ça été déjà de retrouver les autres passereliens qui étaient dans ma promo. À Paris XI on était 4. Je sais que c'est moins que dans certaines autres facs. Et puis les autres passereliens étaient comme moi, ils cherchaient les autres passereliens ! Donc au moins on s'est retrouvé on s'est fait un petit groupe. Et dès le premier jour on est allé boire un verre tous ensemble, on s'est raconté d'où on venait, notre parcours, tout ça. Et puis ça a été mon premier noyau. »*

R2 « *je connais toutes les passerelles parce que dans ma fac il n'y en a que maximum trois par promo donc c'est très facile de les retrouver. »*

R5 « *les passereliens on est quand même une espèce de petite secte parce qu'on est tous plus vieux, et on se sniffe un peu à distance. Et du coup en fait bah on s'est fait vite fait un petit groupe de soutien qui a bien marché quoi. » ; « Avec les passereliens ont a quand même gardé un petit groupe, qui a un peu périclité après avec la D4, mais au début au moins on se voyait, on se voyait souvent. »*

Le maintien d'une solidarité au sein des passereliens s'explique par la « facilité » ressentie à se comprendre, s'entraider et partager des valeurs communes.

R2 « *Maintenant j'ai pas mal, dans mon parcours, d'amis qui sont passerelle parce que c'est des parcours similaires, parce qu'on se comprend, parce qu'on est plus âgés. Même si après je m'entends très bien avec des gens hors passerelle, il n'y a pas de souci, mais en amitié, c'est ouais... c'est devenu, ça vient vraiment des gens qui viennent du même parcours, qui ont fait des choses avant, qui sont plus âgés, qui ont repris tout à zéro. Et donc forcément ça fait des points en commun et ça fait qu'on s'entend quand même pas mal donc ouais ouais je connais très très bien les passerelles en tout cas de ma fac, et même d'autres facs. Voilà on se retrouve en fait, c'est un petit milieu (rires) »*

Néanmoins l'enjeu reste quand même de dépasser ce premier cercle de sociabilité et de cesser de se distinguer du reste de la promotion.

R5 « *Et puis en plus les passereliens on a beau être des espèces d'ovnis on est un peu tous dans la même merde. Donc au bout d'un moment tu finis par te faire des potes parce qu'on est tous dans la même merde avec les stages, les cours, la bibli, les machins, les trucs. Et en stage t'es avec des gens et tu t'intègres plutôt bien. »*

R10 « *on a commencé par être entre nous et après, avec les stages, là on a commencé à rencontrer d'autres gens qui avaient fait le cursus classique. »*

b) La création d'une communauté de passereliens

Comme nous l'avons décrit, grâce aux réseaux sociaux et aux services de la faculté, un « réseau passerelle » a pu émerger. La solidarité inter-promotions constitue un des aspects de la communauté avec l'organisation d'oraux blancs, de réunions d'accueil ou de temps en dehors de la faculté pour se retrouver. Ce système est surtout décrit par les participants issus de Paris V (R5, R6, R10) :

R5 « *Et en fait, inter-promo on se voyait pas mal, on organisait des oraux blancs pour la promo d'après, d'admissibles ; enfin des trucs comme ça quoi.* » ; « *Et en plus tous les ans on recevait dix lettres différentes de gens qui voulaient faire la passerelle et qui avaient vu notre nom. Du coup on se refilait les dossiers, genre moi j'ai pris tous les Normaliens, ma pote qui était sage-femme elle prenait toutes les sages-femmes. On a fait des oraux blancs, on a fait des pots, des machins des trucs comme ça.* »

R10 « *On a été super bien accueillis par la promo d'avant, enfin de passerelles d'avant.* » ; « *Par contre on l'a fait nous après, pour ceux d'après, pour essayer d'organiser des espèces d'oraux blancs, de relecture de lettres de motivation.* »

Il en découle peu à peu l'idée de se définir en tant que groupe spécifique notamment par le biais d'associations :

R9 « *Ouais je pense que ce serait bien qu'on se fédère. Je voulais faire l'association des Dinos, ce serait bien que je la fasse maintenant que j'ai un peu de temps ! Pour aider ceux qui commencent, les accompagner pendant leurs études, les accompagner pendant l'internat.* »

c) Une hiérarchie de l'atypie : parcours classiques ou parcours atypiques ?

À travers le regard que les passereliens portent sur le groupe il ressort une forme de hiérarchie en fonction des parcours. Cette distinction ne remet pas nécessairement en question la légitimité des profils de candidats mais elle est décrite en termes de parcours « classiques » ou « atypiques ».

R3 « *Toutes les passerelles ont des parcours un peu galactiques non ? Après, il y a des passerelles plus classiques je pense, pharma, sage-femme, elles sont pas encore dans le monde du travail. Du coup elles font une passerelle et elles enchaînent avec les études de médecine, c'est plus classique. Et puis il y a des passerelles plus atypiques.* »

Le passerelien « classique » est celui qui a fait des études scientifiques ou dans les métiers de la santé. Il manifeste une certaine acceptation de la norme de ce que doit être un « étudiant en médecine ».

R2 « *Moi j'avais jamais fait de P1 et je pense que je n'avais pas le même niveau que les autres en tout cas. Parce que j'avais fait mes petites recherches sur les autres candidats, c'était que des gens qui avaient déjà fait des concours médicaux, qui avaient tenté médecine une fois, deux fois, trois fois.* »

R4 « *j'y croyais beaucoup mais je savais dans les statistiques qu'on était très peu de non-scientifiques à être pris. J'avais entendu parler d'un notaire, et puis il y avait une fille justement que je suivais qui faisait une école de commerce mais bon ce sont des cas quand même très très isolés.* »

Le regard réflexif interroge sur ce que les passereliens eux-mêmes attendent de ce mode de recrutement.

R10 « *je trouve que c'est une plus-value énorme d'avoir des profils différents. Alors pas le mien évidemment, moi je suis pas si différente que ça finalement. Mais là je vois mes amis du coup qui ont fait des passerelles et qui ont des profils brillants, et qui ont pas un rapport forcément direct avec la médecine, moi je trouve ça génial.* »

Les regards portés sur le parcours des passereliens permettent d'enrichir la notion « d'atypie » qui les définit instinctivement. Singularité et normalité sont ainsi au cœur de la réflexion sur la place des passereliens au sein des études de médecine.

4. Discussion

L'objectif principal de ce travail était d'analyser les caractéristiques des parcours d'étudiants admis en médecine par l'intermédiaire du dispositif de la passerelle d'accès direct à travers leurs retours d'expérience. Cette perspective a permis d'intégrer les motivations, le vécu et les représentations des étudiants. L'objectif secondaire était de définir leur place au sein des étudiants de médecine et d'analyser « l'atypie » de leur parcours dans la filière médicale. L'analyse s'inscrit dans une réflexion générale sur les enjeux de ce dispositif dans le recrutement des étudiants de médecine, le but principal annoncé étant l'ouverture des études à des profils plus diversifiés.

4.1 Validité interne

4.1.1 Forces de l'étude

Cette étude qualitative sur les passereliens est, à notre connaissance, le premier travail sur cette catégorie d'étudiants en médecine. Il s'agit d'une recherche originale et pertinente, permettant une analyse exploratoire des parcours atypiques au sein des études de médecine. Il s'inscrit en amont de recherches quantitatives en cours (étude *Trajectoire*, Paris V) qui servent d'éléments de travail pour un rapport destiné à la Commission des doyens d'Île-de-France sur les passereliens.

Le sujet est d'actualité puisqu'il interroge directement la question de la sélection des étudiants de médecine. Cette problématique est au cœur de la refonte des études de santé. Si le modèle des passerelles d'accès direct existe depuis de nombreuses années, la formalisation législative récente (2011) a permis l'ouverture de plusieurs centaines de places par an aux candidats. Ce travail permet donc d'évaluer les premiers effets de ce dispositif, moins de 10 ans après son instauration.

Le choix de la méthode qualitative répondait au besoin d'explorer un phénomène complexe et centré sur le vécu des participants. Elle a permis d'obtenir des informations larges, non prédéfinies et diversifiées. Le travail a été construit en suivant la grille de référence pour les études qualitatives COREQ-32.

L'analyse des données a fait l'objet d'une triangulation des sources et des méthodes. Le directeur de thèse et des intervenants extérieurs (co-interne de médecine générale, professeur des écoles formatrices en pédagogie) ont participé à l'analyse des entretiens. Le codage axial puis thématique a été validé par les différents intervenants.

Une triangulation des données a été envisagée grâce aux lettres de motivation fournies par les participants à l'issue de la relecture de leur entretien. Leur analyse n'a pas fait l'objet d'un travail spécifique dans le cadre de cette thèse mais elles ont permis d'enrichir le codage thématique des entretiens.

4.1.2 Faiblesses de l'étude

Le recrutement des participants s'est fait par recherche de variation maximale et en chaîne à partir des contacts du chercheur et sur les groupes de discussion étudiants sur les réseaux sociaux (Facebook, Forums, Remède, ...). Ce mode de recrutement a pu entraîner un biais de sélection, d'autant que les participants ont été inclus sur le principe du volontariat. La non-participation est liée au manque de disponibilité ou à la difficulté de définir un rendez-vous d'entretien entre l'interrogatrice et le participant. Par ailleurs, en raison des contraintes d'organisation des entretiens, le recrutement s'est limité à des étudiants d'Île-de-France, même si certains participants étaient rattachés à d'autres facultés. Il est possible que la généralisation des résultats soit à nuancer en fonction des spécificités de chaque centre recruteur dans le cadre du processus de sélection des passereliens.

Le concept de suffisance des données a été appliqué dans le respect de l'abord phénoménologique choisi pour l'étude. Ce choix explique le nombre limité de participants. Des entretiens supplémentaires auraient permis d'enrichir les types de parcours pour permettre de construire un modèle plus abouti. Néanmoins il est apparu que les derniers entretiens n'abordaient plus de nouveaux thèmes. Fort de ce constat il est possible que nous ayons été proches de la saturation des données.

L'investigation et l'analyse ont été réalisées par une interne de médecine générale dans le cadre d'un premier travail de recherche. La qualité des informations recueillies est aussi liée à l'expérience acquise par l'investigatrice au fur et à mesure de l'appropriation du guide d'entretien. La difficulté à maîtriser la technique d'entretien (relance, reformulation, écoute active, ...) a pu conduire à insérer des remarques d'ordre interprétatif au cours des échanges. Ces éléments ont pu être corrigés sur les entretiens suivants, d'une part grâce à l'acquisition d'une expérience dans la pratique et, d'autre part, à partir des remarques du directeur de thèse.

Concernant les participants, il existe des biais inhérents aux conditions de production du discours.

Ces biais cognitifs sont de plusieurs ordres : biais de mémoire, affectif³³, de désirabilité³⁴... Ils sont systématiques et propres à chaque individu de façon plus ou moins marquée. Ce processus peut être implicite ou conscient et constituer une limite à l'analyse du matériau. Par ailleurs, le statut de passereliennne de l'investigatrice était connu des participants et a pu influencer en partie leurs réponses (biais de similarité). Néanmoins, il n'a pas été noté de différence majeure dans l'analyse de l'entretien du seul participant n'ayant pas connaissance de ce statut, ce qui invite à nuancer cet impact.

Cette dimension a également pu introduire un biais d'interprétation dans la mesure où il est difficile de totalement mettre à distance l'expérience personnelle. La déconstruction des a priori, l'utilisation d'un journal de bord et la triangulation des données avec des chercheurs plus expérimentés ont été des solutions pour atténuer son influence dans l'analyse des données.

4.2 Validité externe - Comparaison aux données de la littérature

Les données de la littérature sur la question des passereliens sont limitées à l'heure actuelle aux documents législatifs qui encadrent le dispositif d'accès. Ces éléments présentent le cadre général du processus de sélection mais ne donnent pas accès aux parcours ni au vécu des candidats.

Le travail de recherche s'est donc principalement appuyé sur des études en sociologie et en pédagogie médicale afin de replacer les données dans le contexte des travaux sur les études et les étudiants en médecine.

La littérature sur le sujet est largement tributaire des publications des sociologues américains qui ont analysé les pratiques et la socialisation professionnelles dès les années 1950³⁵. Les deux principales écoles fonctionnaliste (Parson, 1951³⁶ ; Merton, 1957³⁷) et interactionniste (Hughes 1958³⁸ ; Becker 1963³⁹) ont ainsi fait des études de médecine un modèle de socialisation typique en termes de « culture médicale professionnelle » mais aussi de « culture étudiante ».

³³ Déformation du jugement entraînée par l'influence des états affectifs sur les processus de raisonnement ou d'évaluation. Les émotions interfèrent avec le jugement moral.

³⁴ Comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé. Le fait d'être sujet d'intérêt crée une mise en confiance et une motivation (effet Hawthorne).

³⁵ La « fabrique du médecin » est souvent présentée comme un modèle historique de socialisation professionnelle. Darmon M, de Singly F. La socialisation. Paris: Armand Colin; 2016. p. 79-91.

³⁶ Parson T. The Social System. Glencoe (Ill): The Free Press; 1951.

³⁷ Merton R, Reader G & Kendall P. The Student Physician. Introduction in the Sociology of Medical Education. Cambridge: Harvard University Press; 1957.

³⁸ Hughes E. Men at their work. Glencoe: The Free Press; 1958.

³⁹ Becker HS, Geer B, Hughes E, Strauss A. Boys in white. Student culture in medical school. The University of Chicago Press; 1963.

Les cadres et modèles sociologiques élaborés cherchent ainsi à répondre à la question du « comment devient-on médecin ? ». Ils proposent de comprendre comment se crée une culture professionnelle, et les mécanismes de formation des futurs médecins. Leurs travaux s'inscrivent en parallèle avec une réflexion sur la sociabilité étudiante. Dans le cadre des études de médecine, il s'agit donc de savoir comment les étudiants deviennent à la fois apprentis-médecins mais également apprentis-étudiants.

Les explications divergentes apportées par ces deux grands courants concernant la « fabrication des médecins » et la reproduction de la culture professionnelle médicale ont par la suite inspiré de nombreux travaux de sociologues, anthropologues ou spécialistes en sciences de l'éducation⁴⁰.

Parmi les travaux les plus récents s'intéressant au modèle des études de santé nous retiendrons principalement le travail de thèse de Saint-Marc publié sous le titre *La formation des médecins. Sociologie des études médicales*⁴¹, qui tente de réinterroger les modèles proposés dans les années 60 à la lumière des évolutions récentes du paysage universitaire français. Par ailleurs, les recherches menées par Hardy-Dubernet ont significativement éclairé la sociologie des études de médecine depuis les années 2000⁴².

Nous nous appuyerons ainsi en particulier sur le rapport élaboré en collaboration avec la DREES publié en 2005 qui propose une étude qualitative sur les conditions de la formation médicale et les représentations du métier des étudiants de médecine⁴³. Cette vaste enquête menée entre octobre 2003 et septembre 2004 auprès d'une cinquantaine d'étudiants (de la P1 à l'internat) recrutés dans deux centres (Saint-Antoine, Paris et Nantes) a été réalisée sur la base d'entretiens semi-directifs de 30 minutes à 2 heures, avec un total de 91 entretiens analysés. Plusieurs personnes ont procédé à des analyses transversales avec, pour la partie qualitative, une analyse thématique et structurale des entretiens.

Ces différents travaux ont permis de constituer une base de réflexion à notre étude. Ils apportent des éléments de comparaison et de contextualisation pour comprendre comment les parcours des passereliens s'insèrent dans le contexte plus global des études de médecine.

⁴⁰ Pelaccia T, Paillé P. La recherche qualitative en pédagogie médicale : histoire, pratique et légitimité. *Pédagogie Médicale*. 2011 Avr;12(3):179-92.

⁴¹ Saint-Marc D, Felouzis G. *La formation des médecins : sociologie des études médicales*. Paris: L'Harmattan; 2011.

⁴² Hardy AC. Variations sociologiques sur le thème de la médecine. HDR Sociologie. Université de Nantes; 2010. Disponible sur : <<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00847784>>

⁴³ Hardy-Dubernet AC, Gadéa C (dir.). De « faire médecine » à « faire de la médecine » DREES, Série Études, Document de travail n° 53, octobre 2005.

4.3 Synthèse des résultats

À la lumière de ces travaux nous avons choisi d'analyser les résultats en intégrant nos trois principaux axes de réflexions : désir, temporalité et légitimité. La discussion s'est donc construite en deux temps. Le premier reprendra la question de la recomposition des identités des passereliens, de leur « vocation » à la construction de leur projet. Les champs de la philosophie et de la psychologie sociale permettent de mieux comprendre comment s'articulent désirs et temporalités dans les parcours de passereliens. Le deuxième temps s'intéressera à la problématique de la légitimité et de l'intégration de la norme au regard du groupe de référence que constitue le reste des étudiants de médecine. L'analyse d'un point de vue sociologique de la transition du candidat vers le statut « d'étudiant en médecine » permet de relever les spécificités des parcours des passereliens au sein d'une identité collective. Enfin, nous proposerons une modélisation qui cherche à reprendre les principaux résultats de ce travail.

4.3.1 De la vocation au projet. Désir et temporalités dans les identités des passereliens.

a) De l'origine du désir

Nous avons noté une tension dans les parcours des passereliens entre un désir, qui est parfois flou ou mal formulé (être médecin/faire médecine), et une sensation d'insatisfaction liée à la position dans laquelle ils se trouvent. Si l'origine du projet de s'orienter vers la passerelle pour aller en médecine naît ainsi de ce sentiment de « dysharmonie », la formulation est en réalité plus complexe. Trois éléments semblent s'articuler pour tenter de comprendre cette tension : la notion de vocation, la place du manque et l'impact du *kairos*.

Dans un premier temps, nous avons pu souligner que la notion de « vocation » est fréquemment utilisée par les participants pour expliquer le départ de leur projet. Cet élément n'est pas propre aux passereliens et la « vocation médicale » est souvent évoquée par les étudiants en médecine. Présentée sur le mode de l'évidence intime, la « prophétie » de la vocation a fait l'objet de nombreuses études sociologiques s'attachant à montrer les conditions de son apparition :

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*⁴⁴.

Néanmoins, la question de la vocation à la lumière des histoires personnelles interroge sur le sens donné à la « mission » individuelle : guérir, soigner, s'accomplir, se trouver, être utile... À ce titre, le travail de thèse de Le Taillandier de Gabory souligne la pertinence de la notion de « vocation médicale » au regard de la sécularisation du terme et malgré l'absence « d'appel » chez de nombreux médecins⁴⁵.

Par ailleurs la question de la « dysharmonie » (entre « ce que je suis » et « ce que je veux être ») pose la question de l'insatisfaction identitaire. Se dessine en creux le problème du « manque » qui expliquerait en partie le désir d'accéder à « autre chose ». Platon fait dire à Socrate dans *le Banquet* que l'amour est désir et le désir est manque. Lacan reprendra, dans une approche psychanalytique, ce lien entre désir et manque en le liant avec la castration. S'il n'est pas de notre propos de développer ces concepts, retenons que c'est précisément parce que cela manque que l'on désire. Le manque est un puissant moteur pour entreprendre. Si les étudiants évoquent la question de l'incomplétude c'est par *manque à être*, non par *manque à avoir*. Le ressenti du manque se joue dans le champ de la réalisation de soi. La dimension de se « faire soi » amène à considérer avec Guichard l'importance des processus psychologiques et sociaux dans la construction de soi :

*Parler de « construction de soi » et pas « de développement de soi », c'est, par ailleurs, mettre l'accent sur les facteurs et processus proprement « subjectifs » au sens large — c'est-à-dire : intra et interindividuels, collectifs et sociaux — de ces transformations de soi, de ces stagnations ou de ces déprises de soi qui adviennent tout au long de la vie*⁴⁶.

La question de la temporalité de cette construction de soi se manifeste également dans la place accordée aux hasards du parcours. Ainsi, en complément de la notion du manque, nous avons vu comment le *kairos* venait frapper le cheminement d'une vocation (répondre à un appel), qui procède pour les passereliens rencontrés à une nécessité. Le bon moment pour réaliser ce qui devait advenir, un *fatum* inscrit ontologiquement dans le parcours de vie professionnelle des prétendants. Ce sentiment d'incomplétude se trouve comblé par leur vécu actuel, quelles que soient les difficultés rencontrées et l'âpreté de l'entreprise. Dans l'un de ses ouvrages, Le Breton laisse à penser comment les effets du hasard peuvent recouper les processus d'adaptation individuels :

Nul ne peut vivre toutes les virtualités qui étaient en lui, ni même les imaginer. Chaque instant qui passe laisse derrière soi une infinité de vies possibles qui n'ont tenu qu'à un souffle. Le hasard, ce que

⁴⁴ Hardy-Dubernet AC, Gadéa C (dir.). op. cit. p. 89.

⁴⁵ Le Taillandier de Gabory T. La vocation médicale. Un appel à guérir ? [Thèse de doctorat de philosophie]. Paris Est, soutenue le 1^{er} juin 2015. p. 28.

⁴⁶ Guichard J. « Se faire soi », L'orientation scolaire et professionnelle [Internet]. 2004;33(4):2. Mis en ligne le 28 septembre 2009. Disponible sur : <<http://osp.revues.org/index226.html>>

l'individu en fait, sa volonté de chance ou d'abandon aux circonstances, dessinent des parcours personnels qui auraient pu être radicalement autres⁴⁷.

b) Projet(s) de soi : les identités multiples

Pour les sociologues qui s'inscrivent dans le courant interactionniste, le concept d'identité est remanié au bénéfice de celui d'identité(S). Si l'individu est un, son identité est multiple et se donne à voir comme autant de facettes d'une pierre taillée. Le contexte social conduit l'individu à apparaître selon l'une de ses facettes par un processus d'adaptation sociale⁴⁸. Le caractère changeant du paraître de soi n'est pas un signe de versatilité, pour devenir un être insaisissable, mais davantage une capacité d'ajustement social qui ne donne à voir qu'une infime partie de soi⁴⁹.

Il est ainsi intéressant de comprendre les parcours des passereliens en lien avec le concept d'« homme pluriel » développé par Lahire. La multiplicité des « répertoires sociaux » et des univers traversés par les passereliens sont autant de ressources mobilisables au service des individus et qui vont le façonner⁵⁰.

L'idée d'une « réalisation de soi » peut également se développer à la lumière d'un « stock des possibles » qu'on réalisera ou non. Comme le souligne Lahire :

Parce que nous sommes porteurs de capacités, de savoirs et de savoir-faire qui doivent parfois durablement vivre à l'état de veille, nous pouvons alors ressentir un malaise : notre « moi authentique » (« personnel » et donc pensé comme « a-social ») ne trouverait pas sa place dans le cadre contraignant de la société⁵¹.

Cette dimension permet ainsi de mieux saisir le décalage souligné par les participants avec leurs situations personnelle et professionnelle antérieures et ce qu'ils attendent de l'idée d'« être médecin ». Néanmoins il convient de s'interroger sur la vision très personnaliste et individualiste que nous avons aujourd'hui, qui peut surestimer ce qui vient de « l'intérieur » du soi. Il existe une certaine illusion de ce « moi intime » authentique, indépendant de tout cadre social. La vision se situe probablement à l'intersection de questionnements tels que : Qu'est-ce que j'aime faire ? / À quoi je suis bon ? / À qui je veux ressembler ? Dans tous les cas, la pluralité interne des acteurs

⁴⁷ Le Breton D. Disparaître de soi, une tentation contemporaine. Paris: Métailié; 2015. p. 192.

⁴⁸ Ibid, p. 184.

⁴⁹ Almudever B, Dupuy R. Introduction. Sujets pluriels : la construction de la personne à l'articulation de différents milieux et temps de socialisation. Nouvelle revue de psychosociologie. 2016;22(2):11-12.

⁵⁰ Lahire B. L'homme pluriel. Les ressorts de l'action. 2^{de} éd. Paris: Nathan; 2001. p. 35 : « Tout corps (individuel) plongé dans une pluralité de mondes sociaux est soumis à des principes de socialisation hétérogènes et parfois même contradictoires qu'il incorpore ».

⁵¹ Lahire B. La sociologie à l'épreuve de l'individu [Internet]. Sciences Humaines, 1999;91(2) Disponible sur : <https://www.scienceshumaines.com/l-homme-pluriel-la-sociologie-a-l-epreuve-de-l-individu_fr_10644.html>

procède d'un rapport au monde qui s'est construit à travers notre vécu concret au milieu des autres, mais également d'une tension entre un idéal (imaginé, représenté, fantasmé) et la réalité de l'expérience. Aussi, le risque de devoir répondre à l'injonction de la « réalisation de soi », l'impératif d'« être soi-même » ne doit pas conduire à un transfert de la responsabilité en dehors de tout cadre social.

La pluralisation des temporalités⁵² constitue enfin un des derniers aspects marquant des parcours des passereliens. Les différents temps de leurs socialisations se trouvent en effet mis en équilibre et s'articulent entre conduites et expériences présentes, passées et projetées qui finalement permettent un sentiment de continuité. Ce travail de « rejointoyure » selon la formule de Yourcenar⁵³ se fait en intégrant dans leurs trajectoires les bifurcations, les temps suspendus ou encore les ruptures. Ce néologisme permet de comprendre comment la mise en récit constitue une des composantes identitaires dans les parcours multiples des passereliens.

c) Le besoin de se raconter

On l'a vu, les parcours des passereliens interrogent sur le sens qu'ils donnent à leur « identité » qui ne peut être comprise comme une et unique. La proposition de Ricœur de déplacer la réflexion de l'essence vers la temporalité à travers le concept d'identité narrative permet de mieux envisager ce qui se joue dans les projets des passereliens⁵⁴. La distinction se fait entre *l'ipséité* de l'individu (soi-même qui cherche une certaine unité) et la *mêmeté* de l'auteur se racontant (malgré les aléas et les événements biographiques) permettant une production narrative de soi, comme « identité-parcours »⁵⁵. Il convient de souligner à nouveau que ces « mises en récit » de vie autour d'« intrigues »⁵⁶ ne sont jamais isolées du contexte de leur production : « La dimension biographique, temporelle et "subjective", met en jeu la continuité des appartenances sociales et le sens des trajectoires individuelles »⁵⁷.

On peut revenir ainsi sur la question de la vocation évoquée par certains des participants, en lien avec l'idée d'identité narrative. Le sens du changement de vie fait écho aux histoires de conversions

⁵² Almudever B, Dupuy R. op.cit. p. 9-11.

⁵³ Yourcenar M. Souvenirs pieux. Paris: Gallimard; 1974. (Folio). p. 12 : « Ces bribes de faits crus connus sont cependant entre cet enfant et moi la seule passerelle viable ; ils sont aussi la seule bouée qui nous soutient tous deux sur le mer du temps. C'est avec curiosité que je me mets ici à les **rejointoyer** pour voir ce que va donner leur assemblage ».

⁵⁴ Leibovici M. De Ricœur à Foucault : en finir avec l'herméneutique de soi ? Tumultes. 2014 Déc 24;43(2):107-21.

⁵⁵ Dubar C. Les sociologues face au langage et à l'individu. Langage et société. 2007;121-122(3):38.

⁵⁶ Ricœur P. Temps et récit. Tome 1 : L'intrigue et le récit historique. Paris: Seuil; 1983.

⁵⁷ Dubar C. Formes identitaires et socialisation professionnelle. Revue Française de Sociologie. 1992;33:520-21.

chrétiennes qui répondent à des schèmes narratifs précis (Saint Augustin, Pascal) :

- Une « première vie », pas forcément insatisfaisante, parfois même très brillante et accomplie
- Un appel ressenti, un « choc » par une vision ou révélation (parfois plusieurs)
- Une « conversion »
- La « seconde vie », pas forcément facile, mais vécue comme nécessaire (donc comparée à la première)

L'histoire se présente ici dans sa version plus « laïque » où les passereliens se racontent et organisent leur identité dans le temps en faisant appel à des structures narratives précises, préexistantes. Ils réinterprètent le passé à partir de ces schèmes (une histoire qui se raconte par la fin, comme si tout devait aboutir là). Ils se fabriquent un récit de vie, qui permet de maintenir la cohérence et l'unité de leur vie. Le changement est souligné, autant que la continuité, grâce à l'efficacité de la « mise en récit ».

Le besoin de se justifier participe certainement à cette narration puisque les récits de vie des passereliens tendent à différer de ceux des étudiants « classiques ». Ils ont à assumer le décalage entre le rôle social qu'ils devraient avoir à leur âge (adultes responsables, installés et gagnant leur vie) et le statut social étudiant donc juvénile où ils se replongent (qui constitue socialement une « régression »). Au fond c'est peut-être l'enjeu de la construction des lettres de motivation : se raconter pour donner du sens à son projet et se confronter au regard des autres. Les récits des projets des passereliens sont à ce titre, selon les mots de Le Breton, « une tentative, toujours après coup, de reconstruire une unité de son existence, non dans une objectivité impensable, mais dans une recherche de sens et de cohérence qui n'exclut pas la réinterprétation, même sincère, des événements »⁵⁸.

Le problème de la légitimité apparaît ainsi au cœur des parcours de ces étudiants qui doivent résoudre la transition du statut de « candidat légitime » vers celui « d'étudiant en médecine ».

⁵⁸ Le Breton D. op. cit. p. 189.

4.3.2 Du candidat à la passerelle à l'étudiant en médecine. Légitimité et normativité dans les parcours de passereliens

Les résultats de notre étude amènent à formuler trois constats simples qui vont influencer la façon dont les passereliens s'intègrent dans les études de médecine :

1/ ils n'ont pas passé ou réussi le concours de première année. De cette évidence découle une problématique plus complexe qui interroge le rapport à la « légitimité » de cette première année de sélection et d'initiation.

2/ ils ont tous déjà un « vécu étudiant » : comment parviennent-ils à s'intégrer au sein de la sociabilité étudiante médicale ?

3/ ils disent se sentir plus « à leur place » dans le contexte professionnel. Existe-t-il des spécificités dans la construction de « l'objet professionnel » par rapport aux autres étudiants ?

a) Dépasser la légitimité du concours de PACES

La première année de médecine constitue un moment clé du parcours des étudiants. Elle est vécue comme un passage obligé où s'apprend « l'ascèse » du travail intense. Elle permet une « transition identitaire » des étudiants⁵⁹. Cette année de sélection est aussi une année d'initiation qui sépare les « élus » aux études de médecine de ceux qui n'auront pas eu les ressources pour réussir le concours, mais également du reste des profanes.

Au terme de cette année initiatique, le concours de la PACES constitue un « rite d'institution » au sens où Bourdieu le décrit pour les concours d'entrée des grandes Écoles⁶⁰. Il va non seulement consacrer une différence mais également agir sur le réel en transformant sa représentation, et imposer une identité aux individus. L'adhésion est d'autant plus forte que son accès a été difficile, comme en témoigne le vécu douloureux des étudiants de première année. Une fois le rite franchi il tend à fabriquer « l'esprit de corps » des étudiants mais aussi, comme le souligne Hardy :

Il contribue à la fabrication des médecins car il en fait des élus d'un type particulier, irréductible à une élite intellectuelle ou scientifique mais définie aussi par la possession de qualités personnelles jugées nécessaires à l'exercice de leur futur métier⁶¹.

Cet élément central du parcours des étudiants échappe de fait aux passereliens qui pourtant

⁵⁹ Avenel C. Transitions identitaires chez les entrants en études de médecine. Questions Vives Recherches en éducation [Internet]. 15 déc 2015, N° 24. Disponible sur : <<http://journals.openedition.org/questionsvives/1761>>

⁶⁰ Bourdieu P. Les rites comme actes d'institution. Actes de la recherche en sciences sociales. 1982;43:58-63.

⁶¹ Hardy AC. Variations sociologiques sur le thème de la médecine. [HDR Sociologie]. Université de Nantes, 2010, p. 179.

l'intègrent dans leur imaginaire. Les stratégies de légitimation de leur parcours s'articulent ainsi autour de leur rapport à cette première année.

- Soit parce qu'ils l'ont vécue et ont échoué au concours une ou deux fois.

Dans ce cas, ils font intervenir la notion de temporalité du parcours pour s'affranchir du stigmate de l'échec : les circonstances de vie étaient différentes, l'investissement à l'époque n'était pas suffisant, ce n'était pas le bon moment, etc.

- Soit parce qu'ils réinvestissent leur réussite à d'autres concours.

Le concours comme « rite d'institution » fonctionne ainsi pour valider le parcours du passerelien. La légitimité vient de la réussite à un processus de sélection quel qu'il soit.

Par ailleurs, c'est en se réappropriant les valeurs associées à cette première année que les passereliens se justifient comme des « étudiants légitimes ». Ils reprennent ainsi à leur compte les qualités supposées de ceux qui ont réussi la première année (ascèse du travail, abnégation physique, adhésion aux QCM « bêtes et méchants », etc.).

La légitimité se construit avant tout sur le regard que les autres portent sur le parcours mais la peur de l'imposture est également un élément souligné par les participants. Le fantasme d'être « un imposteur » peut traduire un décalage dans le regard porté sur soi. Le sentiment de culpabilité personnelle se trouve dépassé par la narration du « parcours d'obstacles » surmonté par le candidat qui lui permet de pallier l'absence du vécu de la première année initiatique.

Enfin, il est possible de considérer que le processus de légitimation du parcours passe également par l'investissement dans la candidature. Les passereliens évoquent la nécessité d'« être authentique » dans leur démarche en présentant un projet construit, réfléchi, « mûri ». Les stratégies de candidature conduisent inévitablement à une mise en scène du parcours que révèlent leurs lettres de motivation. Le passage du statut de candidat à celui d'étudiant se fait ainsi en mobilisant le vocabulaire habituel attribué au concours de première année (« investissement », « capacité de travail », « études difficiles », « charge de travail », « détermination »). En réussissant à convaincre un jury volontiers qualifié d'« impressionnant », les passereliens accèdent au cercle des « élus » et se retrouvent confrontés à la culture étudiante médicale.

b) Devenir un « étudiant de médecine »

Le statut de passerelien fait apparaître deux paradoxes en termes de sociabilité étudiante :

1/ ils ont tous connu une première expérience de la « vie étudiante » qui se prolonge ou se rejoue en fonction de chaque parcours individuel.

L'apprentissage du « métier d'étudiant »⁶² est donc en ce sens forcément différent du reste des autres étudiants de médecine. La rupture initiatique entre le lycée et l'université est déjà consommée, mais il faut retrouver ce statut d'étudiant et apprendre de nouveaux codes⁶³.

2/ ils arrivent dans les études de médecine à un moment particulier de la sociabilisation étudiante, où les années qui suivent le concours sont globalement vécues comme des moments de « relâchement » en termes d'investissement universitaire, intellectuel et personnel. Pour reprendre la formule de Hardy :

La deuxième année fabrique du lien social, elle fonctionne comme une PCEM1 inversée et les étudiants la trouvent particulièrement agréable, ils coopèrent, sont solidaires, travaillent et font la fête ensemble. [...] Le PCEM2 est une année pour réparer les dégâts du PCEM1 et pour construire « l'esprit médecine », l'esprit de corps⁶⁴.

À l'inverse, au moment de l'entrée dans les études de médecine, les passereliens ont tout à prouver en termes de légitimité. Le décalage se crée donc à plusieurs niveaux.

Le rapport aux études peut être perçu de manière différente. Les stratégies de travail des passereliens diffèrent assez peu de celles des autres étudiants (assiduité variable aux cours, utilisation du réseau de sous-colles...). Néanmoins, comme Saint-Marc le souligne, « ce qui permettait aux étudiants de réussir la première année les empêcherait ensuite de réussir à déterminer ce qui est important à apprendre de ce qui l'est moins⁶⁵ ».

La qualité première des passereliens pourrait donc être la capacité à utiliser leurs ressources personnelles pour mieux intégrer les exigences de la formation, notamment la nécessité de sélectionner les informations importantes pour la pratique. La capacité à « se connaître » et « savoir travailler » sont perçues comme les atouts majeurs face aux difficultés physiques et mnésiques régulièrement soulignées par les passereliens.

L'université joue cependant un rôle assez faible dans la socialisation des étudiants de médecine, qui d'une part sont peu nombreux à aller en cours et qui, d'autre part, considèrent la formation pratique à l'hôpital comme le vrai lieu des apprentissages⁶⁶. À la marge de ces deux pôles de la

⁶² Coulon A. Le métier d'étudiant : l'entrée dans la vie universitaire. Paris: PUF; 1997.

⁶³ Saint Marc, Felouzis G. op. cit. p. 50-51.

⁶⁴ Hardy AC. Variations sociologiques sur le thème de la médecine. [HDR Sociologie], Université de Nantes, 2010, p. 183.

⁶⁵ Saint-Marc, Felouzi G. op. cit. p. 72-73.

⁶⁶ Ibid. p. 247-249.

formation, le « folklore carabin » décrit par Godeau⁶⁷ dans le cadre de l'internat trouve aussi sa résonance dans le vécu des parcours de passereliens. L'enjeu de participer aux « soirées étudiantes » est significatif du décalage vécu par les passereliens. De « jouer le jeu » de la vie étudiante à assumer sa différence en se mettant à l'écart, tous se confrontent aux traditions et rites de l'univers carabin avec plus ou moins de facilité.

À l'entre-soi des étudiants de médecine semble répondre la création d'une communauté des passereliens comme « sous-groupe » partageant une solidarité propre centrée sur la capacité à se comprendre, à ressentir les mêmes difficultés, ou encore à partager des valeurs communes. La capacité d'intégration des passereliens peut ainsi s'apprécier sur leur volonté de dépasser ce réseau de sociabilité pour cesser de se distinguer du reste de la promotion et accepter la normativité des études de médecine.

c) Le rapport à l'« objet professionnel »⁶⁸

Si la formation théorique constitue le mode d'entrée dans la culture médicale, elle ne suffit pas à faire de l'étudiant un médecin. La fabrication du soignant nécessite la pratique de l'activité « en conditions » :

Les soignant-e-s, en plus des savoirs acquis dans le cadre de leur formation, sont amené-e-s également, à travers les interactions professionnelles, à apprendre leur place et leur rôle, à acquérir un certain ethos pour s'intégrer dans le collectif mais aussi à mobiliser différentes ressources sociales et professionnelles liées à leur pratique antérieure⁶⁹.

L'identification professionnelle passe par l'immersion dans l'univers hospitalier avec l'apprentissage des conceptions et des normes professionnelles. Une grande partie de la socialisation professionnelle des étudiants a ainsi lieu à l'occasion des stages. Les passereliens ne font pas exception et nous avons pu souligner comment ils percevaient l'hôpital comme un outil d'intégration dans la promotion. Leur position au sein de l'univers professionnel met en lumière deux thématiques spécifiques.

⁶⁷ Godeau E. L'esprit de corps : sexe et mort dans la formation des internes en médecine. Paris: Maison des sciences de l'homme; 2007.

⁶⁸ Défini par Hardy comme « ce qui donne du sens à une activité, compris à la fois comme sa direction et sa signification [...] Le travail est ce qui se passe concrètement et l'objet du travail, ce qui donne le sens de l'activité. ». Hardy AC. La formation de l'objet du travail médical. L'exemple de la médecine générale et de la gynécologie obstétrique. Travail et Emploi. 2015 Jan 1;141:9.

⁶⁹ Schepens F, Zolesio E. La fabrication du soignant au travail. Introduction. Travail et Emploi. 2015 Jan 1;141:5-7.

– L'apprentissage de la relation de soins :

L'apprentissage de la relation de soins se pose pour tous les étudiants en médecine et se fait à travers la confrontation aux situations cliniques, aux modèles et contre-modèles professionnels rencontrés, aux histoires de vie des patients et de leur entourage... Elle constitue une des bases de l'immersion dans la culture professionnelle médicale puisqu'elle s'intéresse au « cœur du métier »⁷⁰. Les passereliens ne font pas exception, mais ils soulignent qu'il s'agit du moment où ils voient le plus d'avantages à leur statut, où ils perçoivent la plus-value de leurs expériences antérieures. Le sentiment d'être « un peu mieux armé » peut être une des caractéristiques des parcours professionnels de passereliens. L'âge, la maturité, la capacité de distanciation, l'apprentissage des situations difficiles sont autant d'éléments mobilisés par les participants pour expliquer leur singularité dans l'univers professionnel.

Par ailleurs, ils investissent beaucoup la place de la relation médecin-malade et les compétences relationnelles du médecin dans leurs représentations professionnelles. La confrontation de cet idéal à l'univers médical renforce la conscience qu'il s'agit d'une des composantes du métier qu'ils souhaitent continuer à valoriser, quelle que soit la spécialité envisagée et « l'*ethos* professionnel »⁷¹ associé.

– la position au sein de la hiérarchie hospitalière.

L'hôpital est le lieu privilégié de la formation des étudiants à travers les stages et il est perçu comme la référence pour l'acquisition des compétences professionnelles voire pour l'exercice de la pratique future. Mais il constitue également un cadre organisationnel où l'étudiant se trouve confronté à la hiérarchie, aux luttes de pouvoir, aux autres professions de santé, dans lequel il doit affirmer sa place⁷².

La position des passereliens face à cet « ordre négocié »⁷³ se distingue du reste des étudiants de médecine dans la mesure où le rapport à la hiérarchie est particulièrement questionné. Les enjeux autour de la légitimité reviennent dans les relations qu'ils entretiennent avec leurs chefs : le rapport à l'âge, la problématique de la « bonne distance » à adopter sont autant d'éléments qui interpellent les participants.

⁷⁰ On notera ainsi que « l'approche centrée patient – Relation – Communication » est définie comme une des six compétences génériques du médecin généraliste, proposées par un groupe de travail réuni sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

⁷¹ Fusulier B. Le concept d'*ethos*. De ses usages classiques à un usage renouvelé. Recherches sociologiques et anthropologiques. 2011 Août 29;42(1):97-109.

⁷² Kehr J, Chabrol F. L'hôpital. Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé [Internet]. 18 mai 2018, Vol. 16. Disponible sur : <<http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2997>>

⁷³ Saint-Marc D, Felouzi G. op. cit. p. 195.

L'intégration de la « norme hospitalière » ne semble pas différente du modèle décrit par Saint-Marc concernant la formation pratique⁷⁴. Le statut d'externe/interne n'est pas remis en question par les passereliens qui, s'ils formulent parfois des critiques identiques aux autres étudiants de médecine, semblent assumer plus facilement leur place au sein des services. À propos de la question de leur « utilité » en stage, Saint-Marc souligne que les étudiants de médecine « vont apprendre au fil de leur cursus à se rendre utiles, à définir eux-mêmes ce qu'ils peuvent faire pour contribuer à la vie du service et cela parfois sans aucune indication, sans que leur rôle soit véritablement prescrit par l'organisation »⁷⁵.

Une des participantes souligne à ce titre le sentiment des passereliens de « mieux sentir les situations », à savoir ce qu'il faut faire ou ce qui est attendu. Il est possible de croire que l'autonomie plus rapidement acquise permet d'investir les compétences professionnelles, et explique l'impression de « mieux s'en sortir » en stage que les autres étudiants.

En revanche nous avons pu souligner précédemment que le statut d'externe pouvait être contesté dans le cadre de la dénonciation du rapport de force imposé par la hiérarchie hospitalière ou des situations d'apprentissage et de violences hospitalières. La phase de « distanciation critique » relevée en fin de cursus pour les étudiants de médecine apparaît ainsi en filigrane du parcours professionnels des passereliens.

Enfin, l'hôpital peut être considéré selon la formule de Foucault comme un hétérotopes⁷⁶, à savoir « un *contre-espace* [...] qui serait réservé aux individus en “crise biologique” ». La maladie est bien par essence une crise biologique, une déviation à la norme. L'organisation des hétérotopes se fait de telle sorte à pourvoir aux besoins propres du contre-espace, ils s'ouvrent et se ferment en fonction de ces derniers. Depuis cette perspective singulière, on comprend comment les identités respectives des soignants permettent une insertion individuelle pour revêtir assez vite, par l'intermédiaire des codes sociaux, une identité professionnelle stéréotypée. Ce mécanisme procure une assurance assez immédiate, tout autant que les mimétismes avec les « autres » au sein d'une hiérarchie clairement établie. Sur ces deux points, les passereliens mobilisent les mêmes schèmes d'intégration que les autres étudiants, ce qui pourrait expliquer leur plus grande facilité de conformité de rapport à l'objet professionnel.

⁷⁴ Ibid. p. 103-145.

⁷⁵ Ibid. p. 161.

⁷⁶ Foucault M. Le corps utopique, les hétérotopies. Paris: Lignes; 2009.

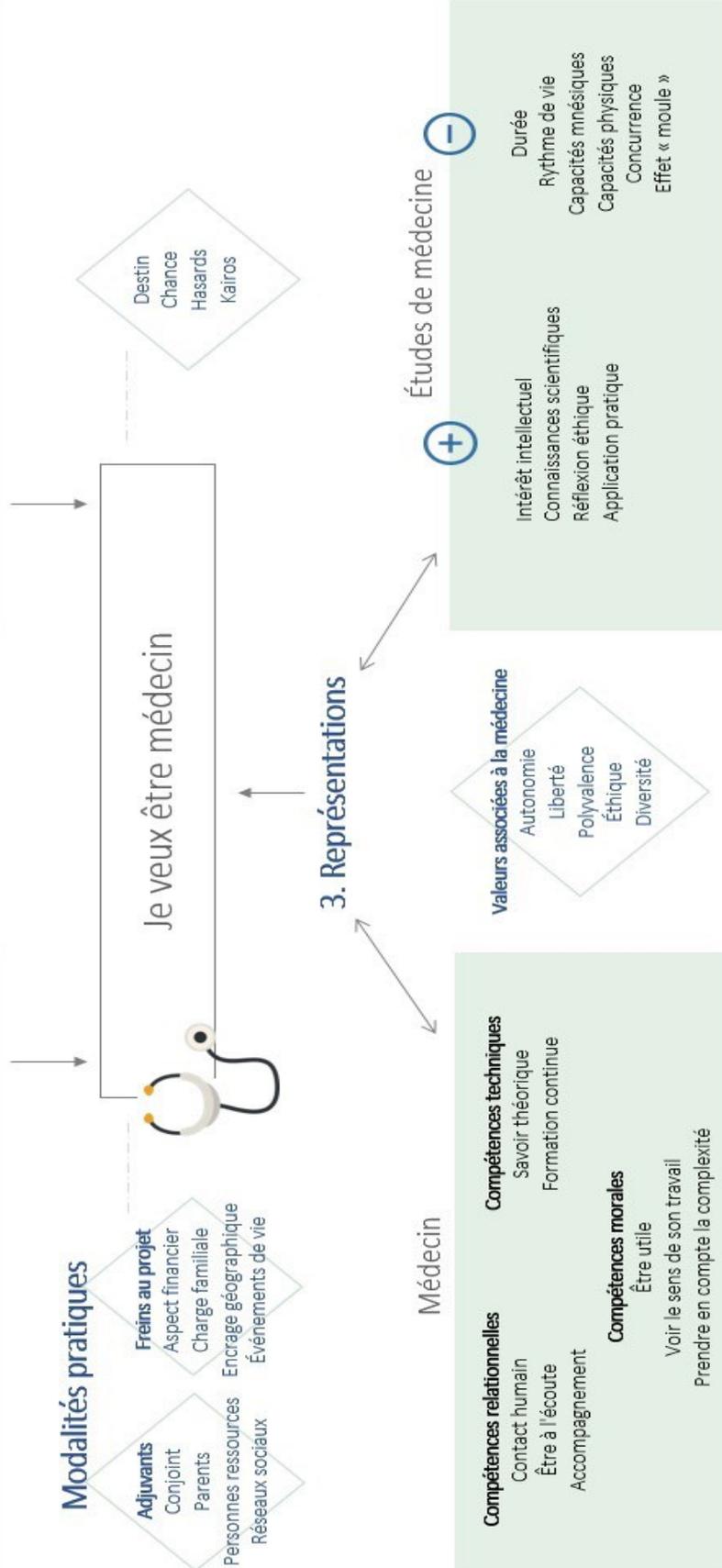
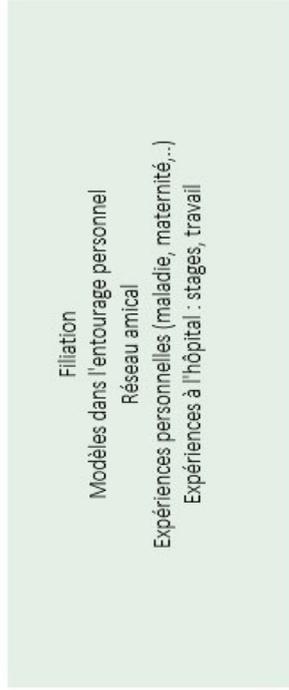
Le passerelien, en élaborant son projet personnel, répond à un double impératif. D'une part, se construire une identité personnelle en conformité avec ses aspirations profondes en lien avec une symbolique professionnelle forte (un sens). D'autre part, s'immerger dans une identité collective au sein des autres étudiants. Pour ce faire, ils ont dû dépasser les obstacles de légitimité — voire d'imposture — et assimiler les codes sociaux dans un conformisme de groupe. C'est au prix de la résolution de ces tensions que les passereliens vivent pleinement leur aventure dans leur nouvelle fonction de médecin. Ils trouvent entre l'hôpital et la faculté de médecine des ajustements nécessaires à leur réussite, avec une assurance plus grande dans leur responsabilité de soignant du fait de l'antériorité de leur parcours étudiant et professionnel.

4.3.3 Modélisation

1. Déterminants personnels



2. Déterminants sociaux



4.4 Perspectives

À l'issue de notre travail, plusieurs éléments d'approfondissement peuvent être envisagés pour poursuivre l'analyse du parcours des passereliens au sein des études de médecine.

Le recueil des lettres de motivation après le retour des entretiens auprès des participants n'a pas fait l'objet d'une analyse spécifique. Les données issues de ce matériau pourraient être traitées secondairement en analyse lexicale et thématique afin de décrire plus précisément la construction du projet des candidats.

Les données issues de cette thèse pourront être mises en perspective avec les résultats des études quantitatives en cours sur les passereliens d'Île-de-France. Par ailleurs, il serait intéressant d'utiliser un autre mode de recueil de données, notamment par des entretiens collectifs (« focus groups »), pour explorer le vécu du parcours. Les thématiques abordées pourraient être moins centrées sur l'expérience individuelle, et la dynamique de groupe permettrait aux participants de développer plus spécifiquement leur place au sein des études de médecine en tant que « sous-groupe ». Enfin, une comparaison avec d'autres personnes ayant eu des parcours de réorientation mais ayant fait la PACES (passerelles « droit au remords », concours PACES paramédicaux...) pourrait analyser plus finement les différences d'approches au sein des parcours « atypiques ».

Ce travail est à replacer dans la perspective plus générale du recrutement en PACES. Les dernières évolutions tendent à laisser une plus grande place à l'oral en complément du concours écrit et développent la préparation d'un projet personnalisé (PPP) pour les inscrits en première année⁷⁷. L'enjeu reste d'ouvrir les études à plus de diversité sociale et permettre l'expression des personnalités des futurs candidats. Le dispositif des passerelles d'accès direct se trouve également en concurrence avec d'autres procédures de recrutement (AlterPACES). Si pour l'instant le système des passerelles reste maintenu il est légitime de s'interroger sur sa pérennisation à plus long terme. Enfin, sa capacité à recruter des profils issus des sciences humaines et sociales dépend des arbitrages faits au sein des jurys des centres recruteurs. Il serait donc pertinent d'étudier les critères de sélection des candidats du point de vue des membres des jurys.

⁷⁷ Dispositif mis en place notamment à Paris VI, Paris V et Tours.

5. Conclusion

La contribution principale de notre travail était de saisir en quoi le dispositif des passerelles d'accès direct peut participer de la diversité du recrutement des étudiants en médecine. Même si ce mode de sélection est marginal en termes de nombre d'admis, il s'inscrit dans un courant récent plus large qui se préoccupe de la diversification du recrutement des étudiants en médecine. Les enjeux actuels ne sont pas limités au seul rattrapage du nombre de médecins à former pour répondre aux besoins sociétaux, mais sont aussi de trouver dans les profils des médecins à venir des réponses mieux adaptées aux attentes de la population et des personnes malades. Conjointement à cette préoccupation, la valorisation des sciences humaines et sociales en second et troisième cycles s'inscrit dans la même dynamique d'ouverture et de diversité de pensée chez les futurs médecins.

L'étude s'est intéressée aux parcours et aux retours d'expérience d'étudiants en médecine d'Île-de-France. L'analyse qualitative des entretiens met en évidence des problématiques spécifiques à leurs parcours, que nous avons organisés en cinq thématiques principales : construction identitaire, réaménagement du soi, stratégies et trajectoires, statut « d'étudiant en médecine » et regards portés sur l'atypie.

La construction identitaire se forme autour de déterminants personnels, sociaux et de représentations qui se trouvent bousculés par la réalité du parcours. Les fantasmes et illusions sont mis à l'épreuve du réel, entraînant des recompositions identitaires importantes. Ces éléments sont communs à tous les étudiants de médecine, mais les passereliens sont confrontés à la temporalité de façon plus aiguë. Si la question de l'âge apparaît souvent comme l'élément explicatif, elle recoupe en fait des problématiques plus complexes : le regard porté sur soi, la peur de l'imposture, la relation à la maturité personnelle... L'arrivée tardive dans les études de médecine questionne la légitimité de leur position. Les stratégies pour être un « candidat légitime » leur ont certes permis de s'affranchir du concours de PACES mais c'est en grande partie en réinvestissant l'imaginaire de « l'étudiant en médecine » qu'ils parviennent à s'intégrer dans les études de médecine. Le rapport aux « mondes sociaux » étudiants et professionnels les amènent à se confronter aux normes de la formation médicale.

À l'issue de ce travail, il semble que les parcours de passereliens peuvent se distinguer par :

- la capacité à « se réinventer » ou en tout cas questionner son identité.

- la capacité « d'adaptation » à la normativité de la formation médicale.
- la capacité de « distanciation » en remettant en perspective leur place dans les études de médecine.

Le dispositif des passerelles a donc permis d'intégrer des profils variés au sein des promotions. La question de l'« atypie » de leur statut reste néanmoins à approfondir. En effet, dans le contexte de la poursuite de la refonte des études de santé (AlterPACES, introduction d'épreuves orales dans le recrutement dans certaines facultés pilotes...), la pérennité de ce dispositif peut être soulevée. Enfin, la comparaison avec d'autres études sur les passereliens pourrait enrichir l'analyse : données quantitatives (étude *Trajectoire*, en cours, Paris V), recueil de données par « focus groupes », recrutement élargi aux passerelles « droit au remords ».

6. Bibliographie

1. Almudever B, Dupuy R. Introduction. Sujets pluriels : la construction de la personne à l'articulation de différents milieux et temps de socialisation. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2016;22(2):7-20.
2. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et le groupe de recherche universitaire, qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84:142-5.
3. Avenel C. Transitions identitaires chez les entrants en études de médecine. *Questions Vives Recherches en éducation*. 2015 Déc 15;24.
4. Baldy R. Le rôle du projet dans les choix scolaires et professionnels des élèves. In: Etienne R. *Le projet personnel de l'élève*. Paris: Hachette; 1995. p. 34-91.
5. Becker HS, Geer B, Hughes E, Strauss A. *Boys in white. Student culture in medical school*. The University of Chicago Press; 1963.
6. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. Paris: A. Colin; 2017.
7. Bourdieu P. Les rites comme actes d'institution. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 1982;43:58-63.
8. Coulon A. *Le métier d'étudiant : l'entrée dans la vie universitaire*. Paris: PUF; 1997.
9. Darmon M, de Singly F. *La socialisation*. Paris: Armand Colin; 2016.
10. Detroz P, Loye N. Sélection des futurs médecins : sur quelles bases empiriques ? *Pédagogie Médicale*. 2018 Fév;19(1):37-50.
11. Dubar C. Les sociologues face au langage et à l'individu. *Langage et société*. 2007;121-122(3):29-43.
12. Dubar, C. Formes identitaires et socialisation professionnelle. *Revue Française de Sociologie*. 1992;33:505-530. (p. 520-21)
13. Fauvet L, Jakoubovitch S, Mikol F. Profil et parcours des étudiants en première année commune de santé. *Études Résultats DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)* [Internet]. Juil 2015;927. Disponible sur : <<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er927.pdf>>

14. Fayolle AV, Passirani C, Letertre E, Ramond A, Perrotin D, Saint-André JP, et al. Sélection des étudiants en médecine : facteurs prédictifs de réussite ; une revue systématique de la littérature. *La Presse Médicale*. 2016 Mai 1;45(5):483-94.
15. Foucault M. *Le corps utopique, les hétérotopies*. Paris : Lignes; 2009.
16. Fusulier B. Le concept d'ethos. De ses usages classiques à un usage renouvelé. *Recherches sociologiques et anthropologiques*. 2011 Août 29;42(1):97-109.
17. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015 Jan;15(157):50-4.
18. Godeau E. *L'esprit de corps : sexe et mort dans la formation des internes en médecine*. Paris: Maison des sciences de l'homme; 2007.
19. Guichard J. « Se faire soi », L'orientation scolaire et professionnelle [en ligne]. 2004;33(4):1-33. Mis en ligne le 28 septembre 2009. Disponible sur : <<http://osp.revues.org/index226.html>>
20. Guillaud P. L'essence du kairos. *Revue des Études Anciennes*. 1988;90(3):359-71.
21. Hardy AC. La formation de l'objet du travail médical. L'exemple de la médecine générale et de la gynécologie obstétrique. *Travail et Emploi*. 2015 Jan 1;141:9-24.
22. Hardy AC. Variations sociologiques sur le thème de la médecine. [HDR Sociologie] Université de Nantes, 2010. Disponible sur : <<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00847784>>
23. Hardy-Dubernet AC, Gadéa C (dir.). De « faire médecine » à « faire de la médecine ». DREES, Série Études, Document de travail N° 53, octobre 2005.
24. Hugues E. *Men at their work*. Glencoe: The Free Press; 1958.
25. Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? *Pédagogie Médicale*. 2010 Août;11(3):151-65.
26. Jouquan J. La sélection des candidats aux études de médecine répond à une problématique de nature éthique avant d'être un problème méthodologique. *Pédagogie Médicale*. 2016 Fév;17(1):1-5.
27. Kehr J, Chabrol F. L'hôpital. *Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* [Internet]. 18 mai 2018;16. Disponible sur : <<http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2997>>
28. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé*, Paris: A.

- Colin; 2016.
29. Lahire B. La sociologie à l'épreuve de l'individu [Internet]. Sciences Humaines. 1999;91(2). Disponible sur : <https://www.scienceshumaines.com/l-homme-pluriel-la-sociologie-a-l-epreuve-de-l-individu_fr_10644.html>
 30. Lahire B. L'homme pluriel. Les ressorts de l'action. 2^d éd. Paris: Nathan; 2001.
 31. Le Breton D. Disparaître de soi : une tentation contemporaine. Paris: Éditions Métailié; 2015.
 32. Le Taillandier de Gabory T. La vocation médicale. Un appel à guérir ? [Thèse de doctorat de philosophie]. Paris Est, soutenue le 1^{er} juin 2015.
 33. Lefève C. Du monde clos de la faculté de médecine à l'univers infini des patients. Pratiques. Les cahiers de la médecine utopiques. 2011;55:54-57.
 34. Leibovici M. De Ricœur à Foucault : en finir avec l'herméneutique de soi ? Tumultes. 2014 Déc 24;43(2):107-21.
 35. Maradan I. Concours de médecine : un mode de sélection pertinent ? Le Monde.fr [Internet]. 8 Fév 2018. Disponible sur : <http://www.lemonde.fr/campus/article/2018/02/08/concours-de-medecine-un-mode-de-selection-pertinent_5253505_4401467.html>
 36. Merton R, Reader G & Kendall P. The Student Physician. Introduction in the Sociology of Medical Education. Cambridge: Harvard University Press; 1957.
 37. Mucchielli A (dir). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. 2^e éd. Paris: A. Colin; 2004.
 38. N° 983 - Avis de M. Olivier Véran sur le projet de loi, après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'enseignement supérieur et à la recherche (n° 835) [Internet].
 39. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G, La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer. 2013;105:4-11.
 40. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4^e éd. Paris: A. Colin; 2016.
 41. Parson T. The Social System. Glencoe (III): The Free Press; 1951.
 42. Pelaccia T, Paillé P. La recherche qualitative en pédagogie médicale : histoire, pratique et légitimité. Pédagogie Médicale. 2011 Avr;12(3):179-92.

43. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. *Pédagogie Médicale*. 2009 Nov;10(4):293-304.
44. Renaud JS, Cantat A, Lakhal S, Bourget M, St-Onge C. Sélection des candidats en médecine : validité prédictive des mini entretiens multiples en contexte francophone. *Pédagogie Médicale*. 2016 Fév;17(1):7-21.
45. Rey A. (dir) *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris :Le Robert, 2012.
46. Ricœur, P. *Temps et récit*. Tome 1 : l'intrigue et le récit historique. Paris: Seuil; 1983.
47. Saint-Marc D, Felouzis G. *La formation des médecins : sociologie des études médicales*. Paris: L'Harmattan; 2011.
48. Schepens F, Zolesio E. *La fabrication du soignant au travail*. Introduction. *Travail et Emploi*. 2015 Jan 1;141:5-7.
49. Segouin C, David S, Le Divenah A, Brechat PH, Hodges B, Lunel A et al. Des médecins scientifiques ou littéraires ? Une perspective historique française. *Pédagogie Médicale*. 2007 Août;8(3):135-44.
50. Serres M. *L'éducation médicale vue par un philosophe*. *Pédagogie Médicale*. 2006 Août;7(3):135-41.
51. Yourcenar M. *Souvenirs pieux*. Paris: Gallimard; 1974. (Folio).

RÉFÉRENCES LÉGISLATIVES

1. Arrêté du 26 mars 1993 relatif aux modalités d'admission en première année de deuxième cycle des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques des candidats n'ayant pas effectué le premier cycle correspondant. | Legifrance [Internet].

2. Arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme | Legifrance [Internet].

Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2010/7/26/ESRS1016583A/jo/texte>>

3. Arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme | Legifrance [Internet].

Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2010/7/26/ESRS1016574A/jo/texte>>

4. Arrêté du 20 février 2014 relatif à l'expérimentation de nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques | Legifrance [Internet].

Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/2/20/ESRS1400114A/jo/texte>>

5. Arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme | Legifrance [Internet].

Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/3/24/MENS1705606A/jo/texte>>

6. Circulaire 2017 – 195 du 09.01.2018, Bulletin officiel Modalités d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme ESR : enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet].

Disponible sur : <<http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html>>

7. Arrêté du 16 avril 2019 fixant le nombre d'étudiants autorisés, selon les différentes modalités d'admission, à poursuivre en deuxième ou troisième année leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2019-2020. | Legifrance [Internet].

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000038396743>

7. Annexes

Annexe 1 : Extrait du journal de bord

18/07/18 : Retranscription du premier entretien réalisé le 16/07. C'est long... en 4h seulement 16 minutes retranscrites. L'entretien était très agréable et assez long (environ 1h) et malgré les appréhensions du début il me semble avoir été mené comme je l'imaginai. Les réponses aux questions sont longues et riches mais je crois qu'il y a souvent des redites. L'interviewé était bavard et je n'ai pas eu besoin de le relancer souvent. Le questionnaire suivant une logique chronologique me paraît adapté : les réponses suivent d'elles-mêmes le schéma d'entretien envisagé sans qu'il soit nécessaire de relancer par des questions supplémentaires. Cette retranscription me permet de m'approprier les réponses et les premiers thèmes commencent à apparaître : la notion de « vocation », le rapport aux études/métier antérieur – ici très positif, la place de la famille et des personnes « moteurs ». Je sens qu'il faut creuser le moment « turning point » de la décision de préparer son dossier (« le plus dur c'est de s'y mettre »). L'interviewé me donne un nouveau contact très intéressant en fin d'entretien, un médecin addictologue déjà installé depuis plusieurs années en hospitalier. À exploiter.

15/01/19 : Beaucoup de procrastination après les vacances d'été. L'échéance fixée de fin de thèse en novembre 2019 me revient et il faut s'y remettre. Le choix de faire un SAPSAS ce semestre était aussi guidé par l'idée de plus s'impliquer dans le travail de thèse. Je relance les contacts de juillet 2018, pas beaucoup de réponses. Je me rends compte qu'il est difficile de solliciter les gens pour des entretiens de 30-60 minutes.

02/02/19 : Reprise des entretiens, par téléphone cette fois. L'exercice est moins spontané qu'en juillet, j'essaie de m'en tenir plus aux questions ouvertes de mon guide et de moins rebondir aux réponses de l'interviewée. Elle me donne 2 autres contacts. Je décide de programmer rapidement des entretiens avec elles pour ne pas risquer de les perdre comme en juillet.

11/02/19 : 3e entretien très intense. Parcours assez fou et très singulier avec des choses qui semblent très intéressantes à analyser sur l'ambivalence et pour la première fois l'expression d'une « illégitimité » dans le parcours. Je me rends une nouvelle fois compte de la difficulté d'essayer de ne pas trop s'impliquer pendant l'entretien. Les personnes savent que je suis aussi une passerelle et parfois me posent aussi des questions sur mon parcours. J'essaie de réserver les réponses au « off » de l'entretien mais il est aussi dur de ne pas faire des commentaires / retours pendant l'entretien...

> réfléchir à la position du chercheur, prévoir de développer cette question dans les « a priori de recherche » +/- biais/limites de l'étude

21/02/19 : 4e entretien, par téléphone toujours. Il va falloir faire une pause maintenant pour prendre le temps de retranscrire et commencer à analyser cette série « Paris Ouest ».

24/02/19 : Prise en main du logiciel SONAL avec une amie chercheuse en géographie. Contrairement à N-Vivo, il est gratuit... Très pratique pour la retranscription (beaucoup plus que la technique bricolée avec Word) mais il va falloir prendre du temps pour séquencer les 3 premiers entretiens (2 et demi plutôt). J'essaie de commencer à penser au codage mais je ne suis pas satisfaite des catégories choisies et je ne suis pas sûre que ce soit encore le moment. Peut-être qu'il faut d'abord commencer par choisir les passages clés à mettre en avant dans les entretiens. Je ne suis pas sûr que le logiciel m'aidera beaucoup finalement dans l'analyse... à voir. Il faut que je pense à recontacter mon directeur de thèse...

25/03/10 : J'envoie un mail à B.C après un long silence pour essayer d'avancer et fixer des objectifs

de thèse.

Je tente une analyse en « récits de vie » sur une échelle visuelle, je trouve que cela fonctionne plutôt bien pour les 4 premiers entretiens mais je ne sais pas comment l'intégrer dans mon travail en IPA. Méthodologie combinée ? Illustration des entretiens ? Il faudra en discuter en direction de thèse.

02/04/19 : J'apprends que mon directeur de thèse ne pourra plus m'encadrer... Le Pr Philippe Cornet, croisé au cours du séminaire Médecine narrative ce jour accepte de reprendre la direction au pied levé. Je suis ravie et honorée d'avoir un spécialiste pour m'encadrer, d'autant que je connais son implication dans les parcours des étudiants de médecine générale du département mais je vais devoir demander à un autre PU de présider mon jury... Nous fixons un rendez-vous de travail le 15/04 : au programme, définition plus précise des objectifs de la thèse et de la méthodologie, présentation des premiers entretiens et axes d'analyse.

03/04/19 : choix de stage pour le dernier semestre, des horaires souples qui vont me permettre d'avancer cette thèse. L'après-midi je contacte la cheffe de service pour me présenter et je la rencontre dans la soirée. Très bon contact, beaucoup d'enthousiasme des deux côtés. Elle me propose d'emblée un poste de PHC financé par l'ARS en mi-temps hospitalier et ambulatoire. Je suis décontenancée mais intéressée. 2 problèmes : le dépôt des candidatures est fixé au 19/04 (il faut donc se décider vite) et la condition impérative est d'être thésée et inscrite à l'ordre le 1er novembre (il faut donc terminer la thèse) ! Je doute de la faisabilité, de ma motivation...

05/04/19 : Après 48 h de réflexion et nombreux mails et coup de téléphone je pense que le projet peut être un formidable tremplin, je pense vraiment tenter l'aventure. Dans tous les cas il faut avancer la thèse et c'est une opportunité pour mettre un coup d'accélérateur.

Nouvelle campagne de messages sur les réseaux sociaux pour recruter de nouveaux étudiants, envoi de mail à des médecins étiquetés « passereliens » : beaucoup de retours, mais essentiellement des gens d'Île-de-France. Je pense que mon recrutement sera centré sur la région parisienne, il faudra faire une note dans les « Limites » ou au moins justifier ce recrutement mais je ne suis pas sûre que cela influencera forcément l'analyse.

Réalisation du 5^e entretien : profil de Normalien scientifique, immédiatement je me dis que je vais devoir faire attention et ne pas me projeter trop dans ses réponses. Finalement c'est assez facile, parcours et personnalité très différentes de moi et des autres personnes déjà interviewées. Débit hyper accéléré, c'est parfois difficile de suivre le rythme de ses phrases et les relances me semblent moins fluides, j'ai du mal à saisir ses perches. Je m'en rends compte à la retranscription...

07/04/19 : 6e entretien. On avait déjà été en contact en juillet 2018 mais nous n'avions pas pu nous voir, il m'a relancé à la suite de mes nouveaux messages Facebook. Nous avons le même âge mais des parcours très différents. Son déclic me touche énormément : les attentats de Charlie hebdo, de l'hypercashier puis du bataclan. Un parcours d'ancien gendarme plein de fêlures et beaucoup de sincérité, il se livre facilement. La discussion qui suit est intéressante également, on parle du rôle du médecin dans l'espace public. Il souhaite s'impliquer en politique et fait partie d'une association qui l'amène à « discuter à bâtons rompus » avec des membres de la sphère publique (politique, religieuse, média...) et il dit être le seul médecin...

Je commence à réfléchir à des thèmes d'analyse qui me semblent remonter de cet entretien :

- le rapport à la connaissance, au savoir. S'intéresser à la façon dont il parle des études (celles d'avant vs celles de médecine)
- le rapport à la hiérarchie, à l'autorité
- étudier comment ils ont eu accès au milieu médical, les contacts avant
- comprendre les ressources (personnes référentes, lieux d'infos, etc.) et les freins (le discours des autres ?)
- analyse du langage, comment parle-t-il « d'être médecin » ? Utiliser les parallèles avec la « vie d'avant » : un portrait « en creux »
- ruptures et continuités (ça fait très titre de sous partie dans une dissertation d'histoire de Normale Sup... les vieux réflexes remontent au secours !)

Annexe 2 : Guide d'entretien

Le but de cet entretien est de discuter de ton parcours au sein des études médicales et des motivations qui t'ont poussé à demander une passerelle d'accès direct.

J'aimerais que tu me retraces ton expérience à partir de questions ouvertes.

Cet entretien est enregistré avec un dictaphone et sera ensuite anonymisé.

1/ Situation antérieure : Que faisais-tu avant de reprendre des études de médecine ?

– Parcours dans le secondaire et études post-bac : pourquoi ce choix ? Comment se sont-elles déroulées ?

– Vie professionnelle antérieure éventuelle : pourquoi ce choix ? Avantages/inconvénients perçus ?

– **2/ Processus de réorientation : Raconte-moi comment s'est déroulée ta décision d'inscription en médecine.** Pourquoi médecine, pour quelles raisons ? Comment est né le projet ?

– Comment s'est construite la réorientation : aspects pratiques, accès aux informations, entretiens avec d'autres passereliens, avis de l'entourage ?

– Retour d'expérience sur le processus de sélection : écriture de la lettre de motivation, déroulement de l'oral. Émotions, difficultés ressenties ?

3/ Arrivée en médecine : Comment as-tu vécu les études de médecine ?

– Comment s'est passée l'intégration au sein de la promotion, vie sociale et étudiante ?

– Quels ont été les impacts financiers, personnels, familiaux de ce choix ?

– Déroulement des études : difficultés, retard de connaissances, facilité d'apprentissage ?

– Stages d'externat, intégration au sein des services hospitaliers

4/ Projet personnel et impact sur la vision de la médecine : Quel médecin penses-tu devenir/être ?

– Quelle influence sur le choix d'une spécialité ?

– Comment te vois-tu médecin ?

– Quels avantages / inconvénients à la réorientation ? Quels conseils aux futurs candidats ?

– Comment te positionnes-tu au sein des études ?

5/ As tu quelque chose à ajouter pour terminer l'entretien ?

Annexe 3 : Exemple d'entretien

Entretien 6 du 07/04/2019

[>Interrogatrice]: Raconte-moi ce que tu faisais avant les études de médecine.

[>R6]: D'accord. Alors déjà je suis né en 88, donc tu vois j'ai 31 ans là. Du coup j'ai eu mon bac en 2006 et après mon bac j'ai fait des études de droit. J'ai fait une licence de droit à Créteil, et au cours de cette licence j'ai été pas mal intéressé par l'intérêt général, et donc chez nous ça s'appelle le droit public. Je me suis spécialisé là-dedans et après je suis allé en Master 1 à Paris 1 Panthéon Sorbonne. Ça s'appelait Droit public des affaires. J'ai fait un Master 2 qui s'appelle Droit des finances publiques, et après j'ai fait un autre Master 2 qui s'appelle Droit fiscal. Et alors que tous mes potes aujourd'hui sont avocats ou avocats fiscalistes et bien moi à l'époque j'ai passé le concours d'officier de gendarmerie ; que j'ai réussi. Du coup, après ce Master 2 de Droit fiscal et bien j'ai été deux ans à l'école des Officiers de la gendarmerie, c'est à Melun, pour devenir officier de gendarmerie. Et à l'issue de ces deux ans — où on a été pas mal formé à la sécurité, on a fait pas mal d'interventions de secours et tout ça. À l'issue de ces deux ans j'ai été affecté deux ans à la Direction générale de la gendarmerie, à Paris, sur des spécialités financières. Tu vois j'ai été en finances publiques et en droit fiscal.

Et donc après, la question c'est « pourquoi médecine ? ». C'est que je suis à la Croix-Rouge française depuis plus de dix ans maintenant. En tant que moniteur de premiers secours, secouriste. Et tout au long de mes études et même encore en reprenant la gendarmerie je continuais d'être secouriste, moniteur de premiers secours.

Et puis il y a eu les attentats de Paris, où j'ai été sollicité sur l'Hyper-Casher en particulier. Et on était en charge de s'occuper des impliqués, ce sont les familles des victimes. J'ai passé peut-être une heure avec un papa d'une des victimes, qui était un enfant, et son frère, dans un VPSP — une ambulance Croix-Rouge — pour les emmener à l'Hôtel-Dieu. À la suite de ça j'ai repris mes activités en gendarmerie tranquillement sauf que j'ai été assez... assez marqué je pense. J'ai fait pas mal de crises d'angoisse, pas mal de trucs qui m'étaient jamais arrivés en fait. Et puis ça ressemblait maintenant avec le recul à un choc post-traumatique la manière dont je l'ai vécu. S'en est débouché un questionnement un peu existentiel je dois dire. Parce que j'étais... à la Direction générale de la gendarmerie je travaillais en bureau. Donc j'avais très peu de contact humain, hormis avec mes collègues. Alors que c'est pas quelque chose qui m'est naturel, moi je préfère beaucoup le contact humain. Et donc je me suis dit... j'avais été au courant de cette passerelle quand j'ai fait le concours de la gendarmerie, je savais que ça existait. Et du coup et bien je me suis dit « allez c'est peut-être le moment de changer de cap ». Et donc j'ai fait le concours passerelle en 2016, et puis j'ai été pris.

[>Interrogatrice]: Avec le recul, quel regard tu portes sur cette vie professionnelle, le droit, la gendarmerie ?

[>R6]: C'est une très bonne question. Déjà ça aurait pu être une rupture mais c'est un continuum, parce que je donne toujours des cours à la fac de droit, à la Sorbonne. Je suis chargé d'enseignement, chargé de TD. Je suis chargé de TD aussi à Créteil donc ma première fac en Finances publiques, en plus de mes études de médecine. Et en gendarmerie là j'espère intégrer bientôt la réserve opérationnelle soit de gendarmerie soit du service de Santé des Armées pour faire des recherches, notamment sur le choc post-traumatique. J'envisage de faire ma thèse de médecine générale sur le mal-être dans les forces de police, qui conduit bien souvent au suicide, et de voir justement quel impact il pourrait y avoir entre... quel lien il y a entre le médecin des Armées et les gendarmes, qui ont en général peur de parler au médecin des Armées parce que c'est lui qui décide

de leur aptitude au travail.

[>Interrogatrice]: En fait tu continues finalement... comme tu disais il n'y a pas de rupture. Tu as continué à être dans la gendarmerie, dans la réserve ?

[>R6]: Alors voilà quand on quitte... moi j'étais officier de carrière, et quand tu quittes, quand tu démissionnes — moi donc j'ai démissionné — et bien tu restes pendant plusieurs années officier de réserve, c'est obligatoire. C'est à moi de choisir si je vais faire des activités ou non, donc rentrer dans la réserve opérationnelle. Pour l'instant j'ai pas trop eu le temps avec toutes les années, mais là je l'envisage un petit peu plus sérieusement, de continuer. Et puis c'est surtout que j'ai aussi tous mes anciens camarades officiers, que je revois tout le temps, et donc j'ai un lien assez fort avec cette institution.

[>Interrogatrice]: Et ton rapport avec le secourisme ?

[>R6]: Et bien c'est intéressant parce qu'autant avant de rentrer en médecine j'étais plutôt sur le secours, le secours à la personne, autant aujourd'hui ce qui m'intéresse plus à la Croix-Rouge — j'y vais beaucoup moins maintenant — c'est plus la formation aux premiers secours. Voir plutôt le social, donc le Samu Social qu'on fait aussi. Donc une part plus pédagogique et psychologique.

[>Interrogatrice]: Et ça, pareil, tu continues toujours à être à la Croix-Rouge ?

[>R6]: Je suis toujours membre, on appelle ça « acti », mais pour autant je fais beaucoup moins de missions qu'avant, mais j'y suis attaché.

[>Interrogatrice]: Dans ta vie personnelle, comment ça s'est passé le moment où tu t'es posé ces questions-là ?

[>R6]: Et bien c'était assez compliqué, parce que j'étais dans un travail donc de bureau, que j'appréciais pas beaucoup. Je me sentais pas bien. En plus ce qui s'était passé aussi avec la Croix-Rouge, j'ai eu aussi un gros accident de moto juste avant d'entrer en gendarmerie... J'avais différents trauma un peu, qui ont beaucoup joué dans le choix de faire des études de médecine. Et je m'attendais avec un changement aussi catégorique à voir tout de suite le sens de mon changement. Ce qui n'a pas été le cas parce qu'en P2 et D1 c'est très académique. À Descartes on commence l'externat en D2, donc c'était deux années qui ont été difficiles parce qu'il y avait du travail certes, mais c'était pas ça le plus dur. Ce qui était le plus dur c'était plutôt de trouver du sens que je pensais avoir trouvé par ce changement, alors qu'en réalité je l'ai pas vu tout de suite.

[>Interrogatrice]: Tu étais dans une recherche de sens personnel ? Les études ne répondaient pas trop à ce moment-là ?

[>R6]: Alors elles y répondaient plus que celles que j'avais pu faire auparavant, ça c'est sûr, et j'en étais très heureux. Mais ce qui m'a fait le déclic c'était en D1 où personnellement je commençais vraiment à me poser des questions sur médecine. Parce que j'aime beaucoup l'enseignement, j'en fais en droit, mais j'imaginai tout à fait pouvoir devenir prof en lycée ou en collège, ça m'aurait beaucoup plu. Et j'ai fait un DU à Paris VI qui s'appelle — je fais de la méditation depuis longtemps, de pleine conscience — qui s'appelle « Médiation, gestion du stress, relation de soins », où j'ai trouvé plein de soignants de tous âges, avec une moyenne d'âge assez élevée, qui m'ont redonné une grande confiance dans la médecine

[>Interrogatrice]: Raconte-moi comment ça s'est déroulé ta décision d'inscription en médecine ? J'ai l'impression que tu as quand même hésité avec d'autres choses.

[>R6]: C'est vrai. C'était avant tout, comme je te le disais, et comme pas mal d'amis s'y sont confrontés, une recherche plutôt de sens on va dire. Et donc dans cette recherche de sens, j'étais pas... voilà il y avait la médecine. J'y pensais au bac mais je pensais ne pas avoir le niveau scientifique, et puis je me disais que c'était trop dur peut-être pour moi. Et puis il y avait aussi cette part d'enseignement, où je pensais changer d'emploi pour enseigner. Soit du droit carrément, pour devenir prof de droit, faire ma thèse etc. Ou alors, enseigner en collège-lycée. Pour le contact humain quoi. Et en fait les trois, enfin les deux métiers qui m'avaient vraiment attiré c'étaient ceux où il y avait un grand contact humain : soit l'enseignement, soit la médecine. Et avec une sorte un peu de vérité que tu retrouves dans des moments, soit d'enseignement soit de santé. Où les gens sont francs.

[>Interrogatrice]: C'est quoi ce que tu appelles des moments de vérité ?

[>R6]: Des moments de vérité pour moi c'est des moments où il n'y a plus de paraître, c'est-à-dire que quand tu es étudiant, t'es étudiant pleinement. Le paraître que tu as dans ta vie de tous les jours s'efface quand tu es en train d'apprendre quelque chose, quand tu poses des questions en cours. De la même manière quand tu es patient, c'est pour ça qu'on appelle pas ça un client, quand tu es patient et bien tu parles vraiment de ta vie, toutes les questions que tu te poses, donc t'as une sorte de franchise qu'il n'y a pas ailleurs

[>Interrogatrice]: Ni en droit ni dans la gendarmerie ?

[>R6]: Non dans la mesure où en gendarmerie c'est très hiérarchique. On porte des chemises avec des galons donc avant de regarder le visage de quelqu'un on regarde ses galons. Et en droit c'est un peu la même chose, c'est à dire qu'il y a beaucoup d'issues professionnelles à la fin des études juridiques, qui sont des mondes hiérarchiques d'entreprise ou de cabinet d'avocats, avec un client. Pour le coup, pour avoir beaucoup d'amis avocats, ils sont dans des rapports de paraître jusque dans la juridiction.

[>Interrogatrice]: Le choix de la gendarmerie après le droit, tu t'y étais projeté depuis longtemps ou c'est arrivé au fur et à mesure ?

[>R6]: Eh bien oui, à chaque partiel L1-L2-L3-M1-M2 je me disais « qu'est-ce que je pourrais faire maintenant ? » J'avais envie d'avoir du sens un peu plus vite et à chaque fois je pensais aux concours militaires. Je m'étais dit, comme on a plus de service militaire aujourd'hui, j'avais envie de voir ce que c'était. J'avais l'impression qu'il y avait beaucoup de sens derrière tout ça, ce qui est le cas dans bien des métiers de la gendarmerie. Moi j'ai pas eu trop de chance, pour moi, parce que je suis arrivé dans un bureau. Mais en rentrant en gendarmerie j'avais pour envie, on va dire, d'être dans le secours en montagne, de faire ce qu'on appelle les pelotons de gendarmerie de haute montagne. Ce qui n'est pas du tout possible au vu de mon cursus mais on me l'avait pas trop dit, et je pense que j'étais encore bercé d'illusions.

[>Interrogatrice]: Tu as parlé des attentats, tu y étais en tant que secouriste ou en tant que gendarme ?

[>R6]: J'y étais en tant que secouriste avec la Croix-Rouge, parce qu'à l'époque j'étais élève-officier. Donc on n'avait pas été sollicités pour les attentats. Par contre j'avais demandé

l'autorisation au directeur de l'École, au colonel qui commandait mon regroupement, de pouvoir aller agir avec la Croix-Rouge sur les terrains, en particulier de l'Hyper-Casher. Et puis pour ceux du Bataclan, j'y étais... en fait je suis sorti du métro Oberkampf au moment où tout pétaradait quoi. Du coup j'étais un peu... c'était à la fois frustrant et un peu terrifiant. Moi je m'étais vite éloigné en vélo à l'époque. Et ça m'avait pas mal marqué aussi, parce qu'il y avait déjà des gens morts dans les rues et tout. Assez horrible.

[>Interrogatrice]: Et c'était déjà un moment où tu réfléchissais à changer de voie ?

[>R6]: Oui, même en 2015 au moment du Bataclan du coup, j'avais déjà commencé à faire mon CV, ma lettre de motivation, tout ça. Et dans le choix de médecine d'ailleurs il y a toujours un peu une part, un petit peu comme ça, qui m'a fait peur dans la mesure où j'ai vu un petit peu parfois les limites. De me dire « est-ce que je serai capable d'affronter des situations comme ça, en tant que soignant ? »

[>Interrogatrice]: Comment tu as vécu le parcours : tu parlais de la lettre de motivation, du CV ? Est-ce que par exemple tu t'es fait aider ?

[>R6]: À la base c'était vraiment quelque chose de personnel, j'en parlais pas trop parce que je me disais que c'était un peu fou comme parcours. J'en parlais très peu en plus dans le monde professionnel parce qu'en gendarmerie c'est très hiérarchique. J'étais de carrière donc quand on est de carrière on vise à devenir soit officier général ou colonel. Donc on ne parle pas trop de ces choses-là.

Et auprès de mes amis j'en parlais un petit peu mais ils me prenaient un peu pour un fou. Gentiment mais un petit peu quand même. Il n'y en a pas beaucoup qui m'ont vraiment, vraiment soutenu dans le truc. Mais j'ai eu beaucoup de chance parce que j'ai le frère d'un ami qui est en médecine et qui m'a dit « ah bah tiens il y a un mec qui a fait Saint Cyr qui est avec moi ». Saint Cyr donc c'est une école d'officiers de l'Armée de Terre, sachant que nous en officiers de gendarmerie on avait été formés à Saint Cyr aussi. Je me suis dit « p*** c'est incroyable ». Et au final il m'a mis en contact avec cet externe — à l'époque il était externe — et qui m'a fait rentrer un petit peu dans un réseau de passereliens qui existe. En particulier à Paris, moi c'est celui que j'ai connu et où maintenant on aide les impétrants à pouvoir réussir leur vocation, transformer leur vocation.

[>Interrogatrice]: Tes ressources familiales, c'est quelque chose vers laquelle tu t'es tourné ?

[>R6]: La famille... vu que depuis petit j'aime bien, en tout cas je m'intéresse à beaucoup de choses différentes, je fais plein de choses différentes, je pense que mes parents et mes frères et sœurs ont plutôt vu ça comme une énième lubie ou projet. Mais voilà donc au début c'était plutôt « Mais pourquoi tu veux faire ça ? », machin. Et si tu parlais des ressources... en tout cas j'avais des ressources financières dans la mesure où j'avais un emploi où je gagnais 3000 € nets par mois donc j'ai pu mettre des sous de côté. Et d'autre part mon père, qui même s'il m'a toujours dit « mais faut pas changer ! », il me soutient à fond, financièrement compris si jamais j'ai besoin. En plus du CESP que j'ai aujourd'hui.

[>Interrogatrice]: Tu ne vivais pas dans un univers médical ou de médecins particulièrement ?

[>R6]: Non j'avais mon grand-père qui était stomato, qui était médecin et ma grand-mère qui était anesthésiste-réanimatrice. Mais à part eux avec qui je ne vivais pas au quotidien, j'avais pas

vraiment...

[>Interrogatrice]: Avec qui tu avais déjà discuté de ça ?

[>R6]: Non, non ils sont morts avant que je parle de ça. Donc pas trop.

[>Interrogatrice]: Au moment où la décision commence à devenir un peu plus sûre, comment tu présentes ton parcours ? Notamment sur la lettre de motivation, comment ça se passe ?

[>R6]: Alors là aussi c'est très intéressant parce qu'après donc j'en ai parlé avec des parents d'amis qui sont médecins. Notamment un qui s'appelle le Dr R., qui est médecin généraliste qui m'avait dit « tu sais il faut que tu parles de ce que tu as vécu ». Et moi ça me correspondait tout à fait, je me suis dit « oui, il avait vraiment raison. » Au final ma lettre, pour répondre à ta question, je l'ai axée autour de trois grandes expériences, trois déclics, trois événements.

Le premier c'était celui quand j'étais jeune étudiant en droit, j'allais passer en Master 1 ou Master 2, je sais plus. En Master 2. On m'avait proposé un job d'été pour m'occuper d'un adulte paraplégique, sur l'île d'Oléron. Donc pour m'en occuper pendant un mois, pour faire l'aide de vie. Et je l'ai fait avec un pote et je l'ai fait pour l'argent parce que c'était payé... c'était très bien payé, je crois 3000 € les trois semaines. Et j'avais envisagé de m'acheter une moto avec, moto avec laquelle j'aurais mon accident plus tard, c'est... intéressant. Et ça m'avait vraiment marqué parce que du coup on faisait beaucoup pour lui. On lui donnait à manger, on parlait beaucoup — alors il avait du mal à s'exprimer. Mais cette expérience m'avait beaucoup marqué, et m'avait montré qu'au final 3000 € c'était rien par rapport aux moments que j'avais vécus avec lui.

Deuxième expérience que j'ai vécu c'était avec la Croix-Rouge, donc on en déjà parlé. C'était les attentats, les postes de secours, la relation avec les pompiers de Paris, avec le Samu et tout ça, via la Croix-Rouge.

Et troisième expérience c'était un stage que j'ai fait d'une semaine aux urgences pédiatriques de Fontainebleau. Où je me suis dit que ça avait l'air chaud les urgences mais que ça me plairait bien.

[>Interrogatrice]: Ce stage tu l'avais donc fait avant...

[>R6]: Avant la passerelle ouais.

[>Interrogatrice]: Sur ta propre initiative ?

[>R6]: Ouais, ouais ouais. C'était un contact qui m'avait permis de faire ce stage aux urgences de Fontainebleau.

[>Interrogatrice]: Avec un bon/mauvais retour ?

[>R6]: Pour moi c'était très bon, pour l'équipe aussi. Mais ce qui était intéressant c'est de voir que tous les médecins que je connaissais me déconseillaient plutôt de faire des études de médecine en me disant « mais tu te rends pas compte, c'est long. » Surtout les jeunes me disaient « mais il ne faut pas faire ça, t'es malade etc. » Y compris les internes qui étaient avec moi dans ce stage qui me disaient « mais non mais pourquoi tu fais ça. Bon c'est super médecine mais est-ce que ça vaut vraiment le coup ? » Donc qui doutaient beaucoup. Et voilà donc ça m'a fait un très bon retour et ça m'a donné envie.

[>Interrogatrice]: Et toi de les entendre dire ça, ça t'a marqué dans quel sens ?

[>R6]: Je me suis dit que ça pouvait potentiellement quand même être dur. À telle enseigne que j'avais acheté un bouquin en P2 qui s'appelle *Omerta à l'hôpital*, qui est écrit par le Dr Valérie Auslender je crois. Et ce bouquin m'avait fait vraiment flipper. Je m'étais dit « wouahou est-ce que ça ne va pas être ultra chaud l'internat ? » Ayant déjà touché du doigt des moments d'anxiété assez profonds pour d'autres raisons, je sais que j'ai besoin parfois de soutien. Donc moi j'ai ma psychologue avec je fais un gros travail, maintenant d'analyse et tout, donc ça me plaît beaucoup. Mais je savais que j'avais des fragilités et j'avais peur que ce soit exacerbé, et ce bouquin m'avait fait très peur. Et donc ce que me disaient les étudiants, internes et bien voilà ça me... j'avais une volonté qui était très forte parce que je voulais quitter quelque chose que je n'aimais pas. Pour moi c'était la volonté la plus forte. Mais il y avait quand même ces petits bémols qui me disaient « fait gaffe ça va pas être facile ».

[>Interrogatrice]: Et donc maintenant qu'on en est au moment où tu es arrivé dans les études de médecine, tu racontes que les deux premières années finalement c'est assez éloigné de ce que tu avais espéré... Comment tu vis ces études de médecine ?

[>R6]: Et bien ouais la P2, la deuxième année ça été assez compliqué parce que c'était vraiment du par cœur bête et méchant, avec des QCM sanctionnant débiles. Très très loin des malades et de la relation que je voulais avoir, et avec des médecins, et avec des malades. Y en avait pas ou peu hormis quelques semaines de stage, quelques jours de stage même. Donc là c'était vraiment dur à vivre. La D1 c'était un petit peu pareil mais comme je te disais tout à l'heure j'avais mon DU à côté, deux jours par mois, qui me redonnait une confiance énorme dans ce que je faisais. Et il y a eu un stage un peu plus long où ça m'a intéressé mais je me suis dit p*** que les externes que moi je voyais, m'avaient l'air complètement soumis à des tâches inintéressantes. Et je les voyais peu avec les patients et quand ils allaient avec les patients ils reproduisaient ce que les chefs de clinique eux-mêmes faisaient, qui n'avaient pas le temps de voir les patients. Donc j'ai eu des gros doutes.

Et maintenant que je suis moi en externat je m'éclate complètement, j'adore ce que je fais. Et je peux prendre beaucoup de temps avec les patients personne me dit rien, et je fais mes examens. Voilà des moments de partage. Jusqu'à avoir des retours de patients après leur sortie d'hôpital avec qui on a noué des liens. Ça fait du bien. Voilà c'est profond quand on prend du temps pour les gens, ils nous le rendent bien et ça fait plaisir.

[>Interrogatrice]: C'est plus ce que tu cherchais...

[>R6]: Ouais, exactement. Moi je cherchais ça. Et je vois que quand on est externe si on veut le faire on peut le faire en fait, personne... enfin dans les stages que j'ai fait jusqu'à aujourd'hui j'ai pu le faire et c'est là une grande chance.

[>Interrogatrice]: Et le rapport avec les études elles-mêmes ? Le fait de reprendre quelque chose, de se remettre tu disais à « des QCM bêtes et méchants » ?

[>R6]: Ça c'est vraiment en deuxième-troisième année, parce qu'aujourd'hui, pour le coup, maintenant qu'on travaille sous forme de pôles, de grands pôles ; disons que dans chaque stage que je fais dans une grande dominante — par exemple le dernier stage j'étais en pneumologie et oncologie thoracique — et bien tout ce que je pouvais revoir c'était pour aider les patients, pour comprendre ce qu'ils avaient, comprendre à l'hôpital. Je trouvais ce qui me manquait le matin l'après-midi parfois dans mes bouquins ou parfois sur internet ou dans... ouais donc j'ai vu le côté tout à fait logique et utile d'apprendre en étant dans un stage et se servir de ses bouquins pour nourrir le stage plutôt que l'inverse.

[>Interrogatrice]: De l'utilité ?

[>R6]: Voilà.

[>Interrogatrice] Une connexion plus valorisante entre la pratique et la connaissance ?

[>R6]: Ouais exactement. C'est que là pour le coup j'apprends pour pouvoir aider des gens et m'aider moi face aux patients et avec d'autres médecins, plutôt qu'apprendre pour apprendre.

[>Interrogatrice]: Ce qui était ce que tu ressentais en tout cas au début ?

[>R6]: Ouais en deuxième et troisième année c'était vraiment ça. Et même plus que ça, c'est-à-dire que le seul patient finalement c'est nous même en P2-D1. Donc le seul corps humain que j'ai à disposition pour voir les pathologies que j'apprends, c'est moi. Et ce qui a fait ressortir beaucoup d'hypocondrie. Voilà ce qu'on appelle le syndrome de l'étudiant en médecine mais qui chez moi était vraiment très très marqué, vu que j'étais de base déjà angoissé. Et j'envisage d'ailleurs de faire des études là-dessus, sur les carabins et leur rapport au corps et l'anxiété que ça peut susciter.

[>Interrogatrice]: Avec le reste des gens avec qui tu as été en contact dans tes études de médecine, que ce soit tes co-externes ou même les chefs, comment s'est passée la relation aux autres, professionnelle ?

[>R6]: Ça s'est très très bien passé. Ça s'est très bien passé que ce soit d'abord avec les plus jeunes, où en P2 j'étais rentré dans la fanfare de Descartes qui s'appelle les Playmobiles — alors j'ai arrêté au bout de 6-8 mois parce que c'était beaucoup trop chronophage. Mais avec les très jeunes ils m'ont appris beaucoup beaucoup de choses, parce qu'on a dix ans d'écart et du coup, et bien j'étais peut-être un peu déconnecté, parce que j'avais dix ans de plus. Et donc eux j'avais l'impression qu'ils posaient des questions et qu'ils étaient très intéressés par les parcours, par les réflexions qu'on pouvait avoir sur des choses etc. Après avec les chefs et les internes, les internes bah ils sont plus jeunes que moi et les chefs ils ont mon âge. Donc ça se passe très bien, alors je dis pas dès le début que je suis passerelien etc, mais en général ça vient assez vite. Et puis on parle de ce que j'ai fait avant, de ce qu'eux ont fait avant. Parfois je retrouve même des anciens passereliens en tant que chef. Et donc on a un rapport très décomplexé qui me pousse à poser des questions dès que j'en ai envie, à pas hésiter à les embêter un peu, voire plus !

[>Interrogatrice]: Tu n'as pas eu de retours négatifs... ou au contraire de l'hypervalorisation ?

[>R6]: Alors si, je pense qu'il y a un peu les deux. Autant j'ai pu rencontrer des gens qui ont dit « ouais, t'es plus vieux mais t'sais que t'es qu'en P2 donc ferme-la ! » Voilà, mais ça c'était quand même très très rare, c'était peut-être que deux ou trois personnes. Et puis à l'inverse parfois être un peu gêné, vu que je m'entends très bien avec mes chefs de clinique, je vois qu'ils sont pas forcément autant attentifs à des externes qui sont plus jeunes et qui seraient plus timides ; et qui donc sont plus renfermés sur eux-mêmes. Donc un peu trop valorisé peut-être parfois et ça me gêne un peu.

[>Interrogatrice]: Sur ta vie personnelle, familiale quel est l'impact de la reprise des études ? Tu me parlais des rapports avec les gens de la gendarmerie, de façon plus générale comment ça se passe ? De revenir au statut d'étudiant finalement...

[>R6]: Ouais bah à nouveau, je pense que ça va être un peu le fil rouge du truc c'est à dire que tant qu'on est pas actif, qu'on ne voit pas ses patients c'est dur. Parce qu'en P2-D1 encore une fois je me suis posé vraiment beaucoup de questions : est-ce que je vais arrêter ? Quand tous mes amis ont commencé à emménager, à avoir des enfants pour certains, à avoir... même moi je suis passé de 3000 € à 1000 € que je gagne via le contrat d'engagement de service public qui est donc une bourse.

[>Interrogatrice]: Que tu as signé ?

[>R6]: Que j'avais signé dès la P2. Donc ça m'a mis un peu de sang. Je me suis dit « je suis quand même payé pour faire mes études. » Mais je m'en rendais pas vraiment compte dans la mesure où je ne faisais pas vraiment de travail. Et donc ça n'a pas été évident mais maintenant, depuis que je suis en D2 et où je travaille tous les matins, et j'hésite pas à rester parfois beaucoup plus qu'il ne faut dans le stage, et bien je n'ai plus du tout ce genre de questions.

[>Interrogatrice]: L'investissement dans le stage...

[>R6]: Oui, après j'ai eu la chance de tomber dans des stages qui laissent place à l'investissement. J'étais à l'hôpital... la fondation Saint Joseph où pour le coup dans les deux premiers stages qui ont duré trois mois chacun j'avais entre quatre à sept patients que j'avais beaucoup... des relations très riches. Je viens d'arriver à Cochin, on a un patient par externe, donc je me dis que j'ai eu beaucoup de chance de commencer par ces stages qui ont laissé une grande autonomie aux externes. Et que ça m'a permis de décoller et maintenant je suis très très confiant. Même si je me tape un stage de merde peut-être dans trois mois.

[>Interrogatrice]: L'autonomie, c'est quelque chose que tu cherchais ?

[>R6]: Plus jeune non. La preuve j'ai été en gendarmerie où on est ultra encadrés. Deux ans en école d'officiers où on a l'impression de retourner presque dans un collège militaire, où tout est chronométré à la minute etc. Et disons qu'aujourd'hui beaucoup plus... C'est ça, pouvoir être tout seul face au patient, dans sa chambre, établir une relation de confiance, s'écouter beaucoup. Et plus j'écoute les patients et plus je vois que c'est presque déjà tout fait quand on les écoute. Et bien ça me force à me dire que l'autonomie c'est génial et c'est pour ça que médecin généraliste en ayant mon cabinet ou en centre de soins ça m'irait très bien !

[>Interrogatrice]: C'est comme ça que toi tu te projettes sur la suite ?

[>R6]: Ouais moi j'ai vraiment envie déjà de pouvoir faire un stage en médecine générale l'année prochaine. Et puis de toute manière je me suis engagé à devenir médecin généraliste et c'est ce qui me plaît, en désert médical. Sachant que Paris devient un désert petit à petit mais où à la campagne on verra.

[>Interrogatrice]: Donc dès le début en fait, tu t'étais engagé sur médecine générale ? C'était quelque chose de réfléchi, avant de signer le contrat j'imagine qu'on se pose les questions...

[>R6]: Ouais c'est ça, avant de signer le contrat je m'étais posé un peu de questions. Bon après on peut toujours rembourser ; mais ça fait quand même 100 000 € à rembourser. Mais je m'étais dit que ce qui me plaisait de base c'était de voir des patients, et surtout de pas m'enfermer dans une spécialité. Parce que je me suis rendu compte avec mes études de droit que... [interruption 30s] Ouais je m'étais rendu compte dans mes études de droit ce que c'était de m'enfermer dans une spécialité et ça m'avait rendu malheureux. Parce que je trouve que c'est très exigeant sur le plan de

la performance de se dire qu'on doit tout connaître sur sa spécialité. Ça c'est le premier point. Et puis le deuxième point c'était que ça m'empêchait de voir plein de choses qui m'intéressaient et qu'en médecine je suis intéressé par tout. J'aime beaucoup la psychiatrie, j'aime beaucoup la sémiologie au sens large donc de travailler sur tous les organes, comprendre le corps humain dans sa globalité et puis il n'y a que comme ça, pour moi, qu'on peut soigner les patients. Et donc je m'étais dit que la médecine générale ça permettra finalement de faire de la médecine du sport, de la gynéco si j'ai envie etc. Donc c'est vraiment pour moi le plus beau des choix que je puisse faire.

[>Interrogatrice]: Et tu l'as fait dès le début.

[>R6]: Oui

[>Interrogatrice]: Et ça se confirme ?

[>R6]: Tout à fait, et à chaque fois ça se confirme. Parce que chaque spé que je fais, dans chaque nouveau stage je me dis « ah mais là je me suis enfermé dans un organe, je suis enfermé dans un truc ». Et puis je vois que les médecins spécialistes, pour certains ne se posent même plus les questions des autres organes ou juste de la santé psychiatrique du patient parfois. Ça me gêne un peu.

[>Interrogatrice]: Tu parlais aussi beaucoup d'écoute.

[>R6]: Ouais, bah c'est drôle parce que dans ma lettre de passerelien j'avais mis la citation d'Ambroise Paré qui disait « Soigner souvent, soulager parfois, écouter toujours ». Et puis il y avait un vieux, un plus vieux médecin qui m'avait dit « non faut pas mettre ça, tu te rends pas compte, il y a des médecins ils mettent ça pour eux c'est un constat d'échec. Pour toi tu dois guérir — non c'était guérir souvent, enfin bref... tu peux pas mettre ça ». Et au final moi c'est vraiment une citation qui me correspond très bien dans la mesure où, des fois, il y a certaines personnes juste en les écoutant... je vois en particulier en oncologie, où on ne peut pas pour certains améliorer la situation clinique, et bien juste les écouter, faire preuve d'écoute, on sort, ils sont un tout petit peu mieux que quand on est rentré. Et depuis que j'ai découvert cet objectif de me dire que si je peux sortir ils soient un tout petit peu mieux que quand je rentre et bien j'ai fait mon travail.

[>Interrogatrice]: Tu faisais aussi beaucoup le lien entre toi ce que tu cherchais personnellement, pour soulager des blessures personnelles, et le métier : comment ça continue à être en filigrane dans ta pratique ? Ou finalement c'est passé au second plan...

[>R6]: Je crois que pour moi le travail correspond à 80 % peut-être 70 % du temps qu'on vit quand on est travailleur, que ça ne va pas aller en s'améliorant. Du coup j'étais vraiment dans l'idée de chercher un travail qui me remplit pleinement, tant sur le plan professionnel, que personnel et psychologique. Et j'avais un de mes meilleurs amis, enfin un de mes très bon potes qui est chirurgien plasticien qui me disait « tu sais moi le matin quand je vais au travail j'ai pas l'impression d'aller au travail. » Et je m'étais dit « mais c'est ça qu'il me faut. » Et au final le travail me... à la fois me comble parce que je pense qu'en effet il remplit mes besoins que j'ai dans ma vie privée, dans ma vie plutôt psychologique. En tout cas on est toujours dans cette idée de sens quoi. Et ça me rend très heureux, parfois ça fait peur. Notamment quand on est dans des services proches de la mort mais il y a aussi cette notion que j'aime bien qui est « philosopher c'est apprendre à mourir » et c'est vraiment ça. Et pour moi faire de la médecine c'est un petit peu déjà apprendre à mourir dans la mesure où, finalement, comme on nous le disait en P2, on est le dernier rempart avant la mort pour beaucoup de gens. Mais avant notre propre mort je ne sais pas.

[>Interrogatrice]: Le rapport à la mort dans tes études de médecine, que ce soit avant ou après, j'ai l'impression que c'est ce qui te fait réfléchir beaucoup ?

[>R6]: Oui, bah ça va un peu dans le même... c'est pour ça que je disais tout à l'heure « des moments de vérité » un petit peu. C'est-à-dire ça fait partie de ces moments où que ce soit en famille, que ce soit chez des amis, etc. où il arrive des événements un peu tragiques et la médecine à la fin... la fin de la médecine c'est la fin du corps humain donc c'est la mort. Et ça nous amène, enfin moi m'amène, à y raisonner, à ne pas avoir peur des mots non plus. Et puis à se dire que voilà parfois chercher un sens au travers, au-delà des médicaments et du simple raisonnement clinique.

[>Interrogatrice]: Sur une vision assez holistique ?

[>R6]: Peut-être (*rires*). Ouais, ouais mais c'est ça qui me plaît beaucoup dans la médecine.

[>Interrogatrice]: Est-ce qu'il y a des choses que tu aimerais ajouter ? Des expériences marquantes sur ton parcours pour terminer ?

[>R6]: Peut-être une petite remarque. C'est-à-dire que je trouve que les étudiants en médecine et peut-être les médecins sont tellement investis dans leur travail, parfois jusqu'à ce que ça leur coûte même, qu'ils sont peut-être désintéressés de la société et de la politique au sens plus large. Et je trouve ça un peu dommage parce que j'ai découvert... là je suis rentré dans une association avec d'autres étudiants on dîne avec des personnalités politiques, des journalistes, des personnalités du culte etc. Et il y a très peu d'étudiants en médecine, j'étais le seul. Là on va être deux sur une quarantaine de membres qui sont plutôt des grandes écoles, de commerce, d'ingénieurs et tout ça. Et je trouve ça dommage car les médecins sont écoutés dans beaucoup d'endroits et dès qu'un médecin arrive c'est en général quelqu'un qu'on écoute. En tout cas on est curieux d'avoir son avis parce que c'est quelqu'un qui rencontre pas dans son métier des clients mais des patients. Et voilà, c'est peut-être ça que... en tout cas moi ça me plairait de m'investir aussi, de pas travailler pleinement dans la semaine. Et donc travailler trois jours et pendant deux jours faire autre chose.

[>Interrogatrice]: De t'investir dans la sphère publique, sous l'étiquette « médecin » ?

[>R6]: Peut-être oui, ou via du journalisme. Ça me plairait de commencer à écrire des articles sur la vie politique, ce qui se passe en France, en tant que médecin.

[>Interrogatrice]: Avec un regard distancié, ou peut-être critique sur la profession médicale ?

[>R6]: Ouais en tout cas que ça ne soit pas que mon quotidien !

[>Interrogatrice]: Il faut que ce soit beaucoup de ta vie mais pas que ta vie !

[>R6]: Voilà ouais parce que si je mets tout là-dedans et qu'un jour ça s'effondre je pense...

[>Interrogatrice]: Tu crois que ça peut s'effondrer ?

[>R6]: Je sais pas... En tout cas je l'ai vu chez des camarades médecins, plus vieux que moi, mais qui, face à un burn-out, se trouvent bien désemparés... Donc pour moi avoir plusieurs activités permet... une activité familiale évidemment, une activité professionnelle pure qui sera moi ma bouée, qui sera celle de médecin. Et d'autres activités intellectuelles, même physiques ou bien le

sport, mais qui seront nécessaires pour pouvoir être épanoui en tant que médecin, en tant qu'homme ou que papa plus tard.

[>Interrogatrice]: Se protéger du burn-out en amont.

[>R6]: Ouais exactement.

[>Interrogatrice]: C'est quelque chose que tu as vu en médecine ?

[>R6]: Ouais ouais je le ressens chez des gens qui sont en D4, qui sont en stage et qui pour certains peuvent être assez agressifs, alors qu'ils le veulent pas j'en suis persuadé. Mais qui sont à fleur de peau, qui ne pensent plus qu'à leurs ECN et j'ai eu des amis qui, après les ECN, se sont effondrés pendant... et ils ont mis plusieurs mois à s'en remettre. Donc déjà étudiant ça arrive et j'ai des amis en gendarmerie c'est pareil. Quand on est face à un emploi humain avec tout ce que ça importe, et bien il faut prendre soin de soi avant tout. D'où la méditation, la lecture et puis une vie personnelle pour se mettre des limites.

[>Interrogatrice]: Prendre le soin de préserver ton équilibre.

[>R6]: Ouais un jour j'avais rencontré un dentiste comme ça, dans mon DU qui me disait « Tu sais moi j'ai fait un gros burn-out, j'étais très riche. Et puis aujourd'hui j'ai réarticulé mon activité professionnelle autour de mes loisirs. Donc en gros je travaille... quand je vais pas à la piscine je peux travailler, quand je vais pas au yoga, je peux travailler. Et pas l'inverse. »

Et j'ai trouvé ça assez intelligent. Si je pouvais m'en inspirer un petit peu, je le ferais !

Résumé

Contexte : Les conditions d'accès aux études de médecine sont un enjeu important des réformes universitaires. La problématique de la diversification des profils est au cœur du débat actuel. Les passerelles d'accès direct pour intégrer les études de médecine ont été étendues et codifiées depuis 2011. Les étudiants qui en bénéficient sont recrutés sur dossier et entretien et représentent 5 % des promotions d'étudiants en médecine chaque année.

Objectif : Décrire les parcours et le retour d'expérience d'étudiants ayant intégré les études de médecine par passerelle d'accès direct (« passereliens »).

Méthode : Étude qualitative phénoménologique auprès d'étudiants en médecine de deuxième ou troisième cycle recrutés en Île-de-France. Données recueillies par entretiens semi-dirigés et analysées par codage ouvert puis thématique avec une triangulation des chercheurs et des données.

Résultats : L'analyse a permis d'identifier des éléments centrés sur le désir « d'être médecin », les motivations et les représentations mises à l'épreuve de la réalité du parcours. Le vécu de la transition entre le statut de « candidat légitime » à celui d'« étudiant en médecine » est également central dans les parcours des passereliens.

Conclusion : Le dispositif des passerelles a permis d'intégrer de plus en plus de profils variés au sein des promotions. L'analyse de leurs parcours dans les études de médecine met en lumière leurs capacités d'adaptation, de distanciation, et à se réinventer. Leur place « atypique » pourra être approfondie par des études à plus grande échelle.

Mots clés : étudiants, études médecine, passerelle, enseignement supérieur, recherche qualitative.