

THESE

Année 2024

2024SORUM052

Présentée pour le diplôme de Docteur en Médecine
Diplôme d'Etat

Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 08/10/2024 par

Mme Eléonore **LE CESNE**
Née le 06/01/1992 à Châtenay-Malabry

L'apport des humanités médicales dans la construction de l'identité professionnelle des internes en médecine générale

PRESIDENTE DE JURY
Madame la Professeure Charlotte **LUSSEY**

MEMBRES DU JURY
Madame la Docteure Sophie **CROZIER**
Madame la Docteure Sarraouinia **GAKUNZI**

DIRECTEUR DE THESE
Monsieur le Professeur Philippe **CORNET**

REMERCIEMENTS

A mon époux, Raoul, et nos enfants Eloi et Diane. Merci pour votre patience pendant tout ce temps où j'ai travaillé. Merci Raoul pour ton soutien inconditionnel et ton amour indéfectible.

A mon directeur de thèse. Merci Professeur Cornet de m'avoir soutenu depuis mes premières intuitions, et de m'avoir guidé patiemment pendant ces longues années.

A mes parents, Axel et Gwen Aël, qui m'ont donné la vie et qui sont de beaux et bons médecins pour leurs patients.

A tous les médecins qui ont été des modèles de rôles pendant ces études, et notamment Dr Crozier, Dr Goddaert, Dr Deltour, Dr Bornand, Dr Ricbourg, Dr Koukabi.

Aux médecins de Jeanne Garnier, pour leur exemple.

A mes beaux-parents, Cyrille et Valérie, pour leur présence constante auprès des enfants pendant que je travaillais.

A mes chers amis pour leur soutien et leur amitié au long de ces études

A mon tuteur Maxime pour ses encouragements tout au long de mon internat de médecine générale.

A Marie Christine pour sa présence au cours de mon externat

A mes futurs patients.

Table des matières

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUCTION | 8 |
| 1. Contextualisation du sujet..... | 8 |
| a. L'insatisfaction du modèle actuel de la relation de soins pose la question de ce qui fait ou défait l'humanisme médical..... | 8 |
| b. Contexte d'une importante demande sociétale vis-à-vis de la médecine..... | 9 |
| c. Un contexte de réforme des études de médecine sur fond de mal-être étudiant | 11 |
| 2. La spécificité de la proposition du corpus d'enseignements de sciences humaines et sociales du département de MG de Sorbonne Université..... | 13 |
| 3. Présentation des concepts clefs..... | 14 |
| a. Les sciences humaines et sociales en médecine..... | 14 |
| b. Le curriculum formel et le curriculum caché..... | 15 |
| c. Le professionnalisme..... | 16 |
| d. Identité personnelle et professionnelle : un processus à étapes | 16 |
| i. Définitions littérales | 16 |
| ii. La construction de l'identité en philosophie..... | 17 |
| iii. La construction de l'identité en sociologie | 18 |
| MATERIAUX ET METHODES | 23 |
| 1. Terminologie et recherche bibliographique | 23 |
| 2. Choix et justification de la méthode : une étude qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée..... | 23 |
| 3. Mode de Recueil et analyse des données | 24 |
| a. Association verbale | 24 |
| b. Les entretiens semi-dirigés | 25 |
| 4. Population d'étude et échantillonnage..... | 25 |
| 5. Réglementations éthiques..... | 25 |
| 6. Le journal de bord et la déconstruction des <i>a priori</i>..... | 26 |
| RESULTATS..... | 27 |
| 1. Présentation des participants aux entretiens..... | 27 |
| 2. Les déterminants de la construction identitaire de l'interne en médecine générale | 28 |
| a. Les aspirations | 28 |
| i. Idéal et caractéristiques du bon médecin | 28 |
| ii. Le sens de la médecine | 29 |
| iii. La question de la vocation de la médecine | 30 |
| iv. Le choix de la médecine générale | 32 |

| | | |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| b. | Diverses influences dans la construction identitaire | 34 |
| i. | Les modèles de rôles, la figure du maître, et l'étayage de l'entourage | 34 |
| ii. | La place de l'étayage artistique et culturel personnel..... | 36 |
| c. | L'internat : une période de prise de conscience multiple | 37 |
| i. | Identité pour autrui : envers le patient et envers la société | 37 |
| ii. | Identité pour soi : évolution de la représentation de soi-même comme médecin. | |
| | 41 | |
| | iii. Prise de distance vis-à-vis de l'identité attribuée par les études de médecine ... | 43 |
| 3. | Exploration du vécu du premier et du deuxième cycle des études médicales.... | 45 |
| a. | Dimension cognitive de la construction identitaire | 45 |
| i. | Un paradigme biomédical totalisant..... | 45 |
| ii. | Exécuter plutôt que penser : une tunnelisation de la pensée..... | 48 |
| b. | Dimension émotionnelle et affective de l'identité | 53 |
| i. | Solitude | 54 |
| ii. | Une perte de sens et un sentiment d'absurde liée au format des études | 54 |
| iii. | Perception d'une négation du vécu de l'étudiant | 56 |
| c. | Dimension relationnelle de l'identité..... | 59 |
| i. | Une tendance à l'objectivation du patient | 59 |
| ii. | Le rapport au corps pédagogique et aux pairs..... | 61 |
| 4. | Apport des cours de GISSMED, SMD et Médecine narrative dans le développement de l'identité professionnelle des internes..... | 65 |
| a. | Dimension affective de l'identité..... | 65 |
| i. | Etonnement, nouveauté, surprise..... | 65 |
| ii. | Nourriture, fraîcheur | 66 |
| iii. | Respiration, repos..... | 66 |
| iv. | Accueillir ses émotions et celles des autres | 66 |
| b. | Dimension cognitive de l'identité : une sortie du tunnel..... | 68 |
| i. | Une ouverture d'esprit et une ouverture culturelle | 68 |
| ii. | Réflexivité, pensée complexe..... | 69 |
| iii. | Imaginaire, herméneutique..... | 71 |
| iv. | Introspection..... | 72 |
| v. | Apport de ces cours pour leur pratique | 72 |
| c. | Dimension relationnelle de l'identité | 75 |
| i. | Recentrer l'exercice de la médecine sur la personne | 75 |
| ii. | Empathie envers le patient | 75 |
| iii. | Communication avec le patient ou avec les pairs..... | 76 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| iv. Dépasser ses préjugés : accueillir le point de vue de l'autre avec moins de jugement..... | 77 |
| d. Écueils, attentes vis-à-vis de ces cours, et perspectives pour le second cycle | 78 |
| i. Le distanciel | 78 |
| ii. Accessibilité et emploi du temps. La question du volontariat | 79 |
| iii. Manque de clarté sur les composantes du corpus et la nomenclature | 79 |
| iv. La question de « l'applicabilité » des sciences humaines et sociales..... | 80 |
| v. L'accessibilité intellectuelle des cours | 81 |
| vi. Perspectives | 82 |
| 5. Association verbale | 87 |
| DISCUSSION..... | 92 |
| 1. Forces et limites de cette étude..... | 92 |
| 2. La construction de l'identité professionnelle des internes | 93 |
| a. L'entrée à l'université : Les représentations idéales du bon médecin et du soi-médecin..... | 94 |
| b. La traversée du miroir et la façade extérieure | 94 |
| c. Négociations identitaires | 95 |
| d. Incorporation du rôle professionnel : identification, différenciation et dissonance identitaire | 97 |
| 3. Influence du curriculum formel sur la construction identitaire des internes en médecine | 97 |
| a. L'influence du paradigme biomédical sur la construction identitaire | 98 |
| i. Sur le plan cognitif : une tunnelisation et automatisation des cognitions | 99 |
| ii. Sur le plan émotionnel : | 102 |
| iii. Sur le plan relationnel | 104 |
| b. Modèle explicatif sur la place des sciences humaines et sociales dans la construction identitaire | 105 |
| i. Sur le plan émotionnel | 106 |
| ii. Sur le plan relationnel | 107 |
| iii. Sur le plan cognitif | 109 |
| CONCLUSION ET PERSPECTIVES | 114 |
| 1. Conclusion..... | 114 |
| 2. Perspectives | 116 |
| a. Au niveau local : clarifier, préciser et enrichir la proposition pédagogique | 116 |
| b. Enseigner avec une méthode inductive : partir du réel... pour y revenir. | 116 |
| c. Un bagage de contenus pédagogiques nécessaire, mais difficile à doser. | 116 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| d. Perspective d'enseignements de SHS durant l'externat : oui... à certaines conditions | 117 |
| ANNEXES | 118 |
| 1. Bibliographie et références | 118 |
| 2. Grille d'entretien..... | 123 |
| 3. Entretien 1 – Transcrit brut..... | 125 |
| 4. JOURNAL DE BORD | 137 |
| 5. Récépissé CNIL | 140 |
| 6. Liste des MCU-PH | 141 |
| 7. Liste des PU-PH | 143 |
| 8. Serment d'Hippocrate | 151 |
| RESUME | 152 |

Liste des tableaux et figures

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tableau 1 - Présentation des participants aux entretiens | 27 |
| Tableau 2 - Présentation des induits de l'association verbale..... | 88 |
| Tableau 3 - Tableau récapitulatif des catégories | 88 |
| Tableau 4 - Tableau récapitulatif des induits par catégories, avec somme totale des induits par catégories, selon leur pondération propre..... | 89 |
| Tableau 5 - Détail de la pondération des induits par catégories et somme totale des induits par catégories | 90 |
| Tableau 6 - Résumé des catégories et sous-catégories des entretiens (Partie 3 : Apports des cours de GISSMED, SMD, Médecine Narrative) | 91 |
| | |
| Figure 1 - Marguerite des compétences (CNGE). D'après CNGE.fr | 16 |
| Figure 2 - La construction sociale de l'identité professionnelle : produit de processus de socialisation (D'après Dubar, 2000) | 21 |
| Figure 3 - Schéma du modèle explicatif de la thèse..... | 113 |

I- INTRODUCTION

1. Contextualisation du sujet

a. L'insatisfaction du modèle actuel de la relation de soins pose la question de ce qui fait ou défait l'humanisme médical

En 2011, un rapport de l'Académie de Médecine¹ remarque que la médecine possède un arsenal technique diagnostique et thérapeutique qui ne cesse de croître, performances qui expliquent l'immense contenu de la formation médicale, son niveau de détails biologiques, moléculaires, physio-pathologiques, à connaître ; paradoxalement à ces prouesses technologiques, une large proportion de patients se déclare insatisfaite et mécontente de ses relations avec le monde médical. Dominicé, professeur en science de l'éducation, remarque que « *l'approche scientifique qui monopolise la pratique médicale tend à maintenir les patients dans une posture de silence* »². De manière empiriste, quel médecin n'a pas entendu un patient se plaindre du sentiment d'être anonyme dans le monde hospitalier, d'évoluer d'interlocuteur en interlocuteur, de ne pas être écouté par leur médecin, de ne pas avoir reçu suffisamment d'explication sur sa situation ? L'Académie constate le hiatus, le fossé qui se creuse entre le niveau de connaissance techno-scientifique des médecins et l'appauvrissement de la relation de soins.

Cette perte d'humanisme dans le monde de la santé devient de plus en plus médiatique, que ce soit à travers les dénonciations de violences et de scandales^{3,4}. Les médecins eux-mêmes sont de plus en plus dénonciateurs de dérives systémiques, avec un climat de cynisme entretenant une forme de violence^{5,6,7}.

L'Académie de médecine évoque de nombreuses hypothèses à cette situation. Il est probable qu'elles y participent toutes à des niveaux divers : judiciarisation de la médecine pouvant altérer le contrat de confiance, consumérisme médical, contraintes budgétaires hospitalier réduisant la durée moyenne de séjour, charge administrative conséquente des médecins au détriment du temps passé avec les patients, facteurs liés à la communication internet... Elle évoque également l'implication du format des études de médecine, par rapport au profil très scientifique des étudiants recrutés, et de la pauvreté des enseignements dans le domaine des humanités médicales⁸. Pietschmann et Mertz se demandent si l'influence des sciences naturelles et de la biomédecine peut participer à cette perte de l'humanisme médical, en tendant à s'intéresser davantage aux paramètres, explications et recherches scientifiques mesurables qu'à la relation médecin-patient ou qu'au soin⁹.

¹ Michel F-B, et al. *Un humanisme médical pour notre temps*. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 juin 2011;195(6):1345-68.

² Dominicé P. Du silence de la souffrance à la parole des patients. Le sujet dans la cite. 2010;n° 1(1):107-19. p.1

³ Dechalotte M. Le livre noir de la gynécologie, 2017, Ed. First, 490 pages.

⁴ Castanat V. Les Fossoyeurs, 2022, Ed Fayard, 400 pages.

⁵ Winckler M., Les Brutes en Blanc, 2016, Flammarion, 368 pages

⁶ Corti L. Dans l'enfer de l'hôpital, 2022, Robert Laffont, 198 pages.

⁷ Auslender V., Omerta à l'hôpital, 2017, Michalon Eds, 367 pages

⁸ Michel F-B et al. *Op. cit.*

⁹ Pietschmann I-S, Mertz M. *Humanisme médical et médecine complémentaire, alternative et intégrative*. Archives de Philosophie. 2020;Tome 83(4):83-102.

b. Contexte d'une importante demande sociétale vis-à-vis de la médecine

Le préambule de la Constitution de l'OMS¹⁰ définit la santé comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Selon Canguilhem, « *l'état de santé, c'est l'inconscience où le sujet est de son corps. Inversement, la conscience du corps est donnée dans le sentiment des limites, des menaces, des obstacles à la santé* »¹¹. On perçoit alors que la conscience du corps et le sentiment d'être en mauvaise santé est susceptible de dépasser le champ pathologique, et que le sentiment des limites du corps, peut occasionner le sentiment d'être en mauvaise santé, et donc engendrer un recours médical. Avant d'être un objectif de santé publique, elle est une expérience éminemment subjective et individuelle, dans une société contemporaine au fort principe d'individuation. Le patient se perçoit lui-même ou non en bonne santé, et recourt à la médecine en ce sens. « *Qu'on s'estime ou non être en bonne santé, on rapporte son état actuel à ce qu'on estime être pour soi la bonne santé, pour mesurer l'adéquation ou l'écart de sa vie actuelle à cette idée de la santé (qui est une idée, voire un idéal que l'on se forge soi-même en fonction de critères d'abord subjectifs, par exemple une estimation de ses capacités – d'agir, d'être – et de leur opérativité dans un environnement donné)* ».¹²

Cet idéal de la santé dépasse la maladie, c'est-à-dire que la maladie n'est plus qu'un élément de plus à prendre en compte dans l'état de santé et de bien-être, mais ce n'est plus le seul¹³. La santé devient un paradigme social, c'est-à-dire à la fois un principe d'intelligibilité sociale et un principe d'action sur elle¹⁴.

La médecine moderne s'est donc vue débordée par des buts et des enjeux qui lui étaient traditionnellement extérieurs¹⁵. L'OMS précise que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre* »¹⁶ constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, ce qui signe la possibilité d'une médecine d'amélioration, entendue comme « *le signe de modification de nos représentations médicales et anthropologiques, de nos conceptions scientifiques et de leur rôle politique* »¹⁷. Cette médecine d'amélioration ou d'augmentation s'écarte de la fondation de la médecine moderne comme procédé de normalisation et de retour des individus à une norme physiologique de la santé¹⁸, qui est toujours le socle et le fondement académique des études de médecine de nos universités.

Dans la perspective de la médecine moderne du XXe siècle, le médecin est le principal juge de ce retour à la norme. Dans une perspective d'amélioration de la santé, le patient est le dépositaire autonome de sa propre santé, et le médecin souhaite se défaire d'un passif

¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé, Préambule de la constitution, site internet officiel <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

¹¹ Canguilhem G., (1943 [1989]) *Essai sur quelques problèmes concernant le Normal et le Pathologique*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », p.52, in : Gorge H. et al, Santé, consommation et marchés, 2022, EMS Editions; 364 p. ; p. 49

¹² Gorge H. et al, Santé, consommation et marchés, 2022, EMS Editions; 364 p. ; p. 48

¹³ 1. Bouffard C, Lapointe G, Drouin R. *Regard anthropologique sur la médecine personnalisée*. Journal de médecine légale et droit médical. 1 déc 2015; 58:21-6, p.23

¹⁴ Hunyadi M, La santé-je, -tu, -il : retour sur le normal et le pathologique, p.21 in : Ferry J-M (ed), Penser la santé aujourd'hui et demain, Paris, PUF, p. 19-54. in : Gorge H. et al, Santé, consommation et marchés, 2022, EMS Editions; 364 p. ; p. 47

¹⁵ Klein, A., *Quelle médecine pour l'homme augmenté ?* Figura. 2014;(37):55-71, p.66

¹⁶ OMS, site officiel, *op. cit.*

¹⁷ Klein A., *op. cit.* p 67

¹⁸ *Ibid*

paternaliste, en cherchant tout autant à satisfaire la demande sociétale et celle du patient dans la relation de soin.

Le médecin est donc à la fois détenteur d'un pouvoir médical, qui oriente nécessairement le bien commun, l'agir politique et législatif (comme par exemple la parole d'autorité médicale dans la gestion politique de la crise de la COVID-19, les législations bioéthiques¹⁹), mais d'un pouvoir de plus en plus au service des demandes des usagers, du service de santé, donc qui s'intriquent logiquement dans les phénomènes sociaux, sociétaux. Le médecin, en tant qu'il est prescripteur, joue en fait un rôle social central²⁰. L'acte médical organise et orientent en permanence la vie quotidienne des personnes, les trajectoires professionnelles de la population active²¹.

Du fait de cette conception idéale de la santé, ainsi que des évolutions sociétales et des capacités techno-scientifiques, ce paradigme de la santé fait évoluer les rapports entre la médecine et la société. Il médicalise les sphères de l'existence, y compris dans des situations sociétales qui dépassent le seul champ pathologique²². Le quotidien entre de plus en plus dans le champ de la santé²³. C'est une question centrale : la médecine doit-elle être dépositrice de la santé ou bien être restreinte à sa fonction même de lutter contre les maladies ? La santé n'étant pas le contraire de la maladie. Devient-elle l'arbitre morale depuis naître jusqu'à mourir ? Aujourd'hui le culte du corps, l'apparence, tout comme la lutte contre le vieillissement et la mort sont devenues des préoccupations majeures²⁴. Le « *sentiment des limites du corps* » évoqué plus haut demande à la médecine, et notamment aux généralistes, des solutions. « *Ce nouveau paradigme médical n'est pas seulement lié à une évolution des technologies comme certains le soutiennent. Par le biais de la médecine, il s'agit plutôt d'un changement de paradigme dans les représentations que nous nous faisons collectivement et individuellement de la santé, de la maladie, des soins et de la médecine* »²⁵.

C'est par les médecins généralistes en tant que premiers contacts avec l'interface sociétale, qu'est questionnée la profession médicale dans son identité, son contrat et sa mission envers la société. Cette question implique le sens du travail, l'agir individuel et l'éthique du médecin, donc *in fine* le médecin lui-même. Ainsi, nous voyons que les enjeux de la médecine, notamment de la médecine générale, dépasse la seule maîtrise des connaissances biomédicales. Les enjeux de l'exercice nécessitent chez les médecins des aptitudes réflexives, culturelles, psychologiques, relationnelles.

Il s'ensuit une interrogation concernant les outils pédagogiques dont les médecins disposent dans leur formation pour comprendre les évolutions des attendus de la médecine, pour saisir et analyser les phénomènes qui leurs apparaissent quotidiennement.

¹⁹ Rapport de synthèse des États généraux de la bioéthique, Comité Consultatif National d'Ethique Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/rapport-de-synthese-des-etats-generaux-de-la-bioethique>

²⁰ Mattei, Jean François. *Le pouvoir médical*. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 mars 2021;205(3):277-83.

²¹ Barnay T, Favrot J, Pollak C. *Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles*. 2015, Drees, Etudes et Résultats, numéro 0938. Disponible sur. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er938.pdf>

²² Mattei J-F. *Op. cit.* p.279

²³ *Ibid*

²⁴ Mattei JF. *Op. cit.*, p.279

²⁵ Bouffard C. *Op. cit.*, p.25

c. Un contexte de réforme des études de médecine sur fond de mal-être étudiant

Entre 2013 et 2020, le premier cycle des études de médecine se compose de six semestres, dont deux semestres correspondent au sélectif concours d'entrée de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (médecine, pharmacie, maïeutique, et odontologie) Exclusivement théorique, il se compose de matières fondamentales.

Durant cette même période, le 2^e cycle des études médicales repose quant à lui sur un enseignement théorique et pratique universitaire, ainsi que sur l'accomplissement de stages, durant lesquels l'étudiant est supposé découvrir la pratique médicale, le contact avec le patient, et l'organisation d'une structure de soins²⁶. En six semestres, le 2^e cycle a pour objectif l'acquisition des compétences génériques préalable à son arrivée au 3^e cycle (après l'internat), au terme d'un autre concours très sélectif, l'Examen Classant National²⁷, à l'issue duquel un classement unique est établi. Les étudiants, alors futurs internes, choisissent selon leur ordre de classement leur spécialité d'exercice futur et leur région d'affiliation pour l'internat.

L'arrêté du 8 avril 2013 fixant le cadre du 2^e cycle indique l'objectif de cette formation, à savoir que « *les compétences à acquérir sont celles de clinicien, communicateur, coopérateur, acteur de santé publique, praticien réflexif, scientifique, responsable aux plans éthique et déontologique* »²⁸. On voit bien que ces compétences recouvrent des champs transdisciplinaires dont certaines concernent éminemment les sciences humaines et sociales et les humanités dans ses conceptions ou ses fondements. Pourtant, entre 2013 et 2021, aucun enseignement en sciences humaines et sociales n'est officiellement inscrit dans l'arrêté du 8 avril 2013 sur le second cycle, laissant autonome les universités sur cette question jusqu'en 2021 avec la R2C.

Le rapport de Marra de 2018 sur le mal-être des étudiants en santé²⁹, qui a en partie appuyé les réformes des études de santé de 2020 et 2021, est fondé sur des auditions d'étudiants, de représentants d'étudiants, par entretiens ouverts, semi-dirigés, ainsi que par contributions écrite, par des données de la littérature, et les expériences locales de dispositifs de soutien aux étudiants. Il pointe la massification de l'enseignement en PACES et du programme de l'ECN, avec l'instauration du numérique comme unique support de formation et d'évaluation, ayant pour conséquences l'amplification du bachotage, la perte du sens de la formation, la perte de repères humains. Étaient évoqués l'accentuation de la filialisation et de la spécialisation, le sentiment d'être dans un tunnel ininterrompu du 1^{er} au 3^e cycle.

²⁶ Article 6, Chapitre II : Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (Articles 4 à 20), Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. Legifrance.fr

²⁷ Arrêté du 20 juillet 2015 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales, Article 7 : « *Ces épreuves intègrent les points clés problématiques des pathologies et comportent chacune plusieurs catégories de questions. Les catégories de questions sont réparties en questions à réponses multiples, ou à réponse unique à meilleure réponse parmi 3 à 5 propositions, en questions à réponses multiples parmi plus de 5 propositions présentées en menu déroulant, en questions à réponses uniques ou multiples sous forme de zones à pointer sur une illustration ou un texte et en questions à réponse ouverte et courte sous forme de réponse libre de moins de cinq mots* »

²⁸ Article 5, Chapitre II : Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (Articles 4 à 20), Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. Legifrance.fr

²⁹ Marra D., *Qualité de vie des étudiants en santé*, 2018, Ministère des Solidarités et de la Santé ; Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

Ce rapport s'inscrit parmi une multitude de données sur le *burn out*, la santé mentale des étudiants en médecine et des jeunes médecins, en France³⁰ ou à l'international³¹. En 2017 la HAS reconnaît la population soignante active ou en formation comme étant une population à risque de *burn out*³², avec une morbidité élevée, expliquée par la pénibilité de leur travail, avec, certes, des facteurs extrinsèques (charge et organisation du travail, etc.), mais aussi facteurs des causes intrinsèques à l'activité médicale. « *Le burn out questionne dans un contexte socioculturel et historique la relation de l'homme à lui-même et avec son environnement professionnel, amenant même à la question du sens du travail dans la société actuelle* »³³.

En ce sens, Marra précise l'inutilité de la psychiatrisation à outrance du problème³⁴, mais insiste sur la nécessité d'adaptation pédagogique afin de prendre en compte efficacement la situation émotionnelle des étudiants, de développer leur communication, leur gestion du stress, leurs compétences relationnelles et leurs compétences transdisciplinaires. Elle identifie le bien-être des étudiants en santé comme un enjeu prioritaire de santé publique, impactant la qualité des soins, de la relation de soins³⁵.

L'ensemble des éléments pédagogiques évoqués, ainsi que l'impératif d'ajuster la formation aux enjeux de la médecine et du soin, a mené les responsables pédagogiques universitaires français à une large prise de conscience sur le contenu et la manière de former les étudiants en médecine. Un rapport de l'Assemblée Nationale de 2019³⁶, préalable à la réforme de 2020, pointe « *les effets pervers* » de ces deux concours. Il est clairement énoncé que ces concours « *visent à évaluer des connaissances théoriques pléthoriques sans égard pour les compétences cliniques et humaines nécessaires à l'exercice des professions de la santé ; ils sélectionnent et classent les candidats sur la base de leur capacité à ingérer un grand nombre de connaissances et à résister à la pression ; ils favorisent une compétition malsaine entre des étudiants qui devront, demain, travailler en interdisciplinarité ; ils font de la formation un bachotage perpétuel et plongent les étudiants dans un mal-être continu.* »

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé entend décloisonner les parcours de formation et les carrières des professionnels de santé³⁷. Depuis 2020, la filière médicale de l'enseignement français est en cours de transformation structurelle profonde :

- En 2020-2021, avec la fin de la Première année commune aux études de santé (PACES) et la suppression du numerus clausus. La réforme de l'accès au premier cycle des formations de santé traduit une volonté forte de diversifier les voies d'accès aux études de santé et les profils des étudiants, moins issus des filières scientifiques et davantage vers des profils littéraires ou issus des sciences économiques et sociales, et de faciliter les passerelles et les réorientations, tout en souhaitant répondre aux enjeux de transformation du territoire.

³⁰ Mourgues J-M., Le Breton Lerouvilhois G., La santé des étudiants et jeunes médecins. CNOM-DATA, Commission jeunes médecins – section santé publique et démographie médicale, 2016, 99 pages

³¹ Frajerman A, Morvan Y, Krebs M-O, Gorwood P, Chaumette B. *Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis*. European Psychiatry. janv 2019;55:36-42.

³² Haute Autorité de Santé. *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

³³ Cordonnier D, Bouteiller M, Chatelard S, Imbert P, Gaboreau Y. *Contraintes et souffrances des internes en médecine*. Exercer, 2019;150:74-9, p.74

³⁴ Marra D., *op. cit.*, p.6

³⁵ *Ibid* p.7

³⁶ Le Bohec, G. *Examen pour avis du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681)*. Assemblée Nationale; 2019.

³⁷ LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

- La réforme du second cycle (R2C) tente de s'adapter aux évolutions sociétales et aux attentes des patients et aux besoins des étudiants. Elle a établi plusieurs objectifs³⁸ : supprimer le concours de l'ECN au profit d'épreuves permettant d'évaluer les compétences et la cohérence du parcours de l'étudiant au regard de son projet professionnel, avec des points de valorisation attribués au parcours de formation et au projet professionnel³⁹. La R2C entend laisser une place au sciences humaines et sociales, en accord avec les compétences à l'objectif du second cycle, évoquées plus haut : « *des enseignements de sciences humaines et sociales délivrés au cours de la troisième année du 2e cycle. Ceux-ci permettent d'accompagner l'évolution de l'étudiant vers un professionnel de santé intégré dans le système français des soins et la vie politique de la cité ou du territoire. La transformation de l'étudiant en professionnel de soins permet son repositionnement comme acteur social au service de la population* »⁴⁰.

2. La spécificité de la proposition du corpus d'enseignements de sciences humaines et sociales du département de MG de Sorbonne Université

Sorbonne Université est une faculté qui s'attache à développer les sciences humaines et sociales. En ce sens, un certain nombre d'initiatives pédagogique en 2018 a anticipé la R2C en mettant en place durant le second cycle : l'Initiation à l'éthique, Prémed, Relation Médecin-Malade, Relation de soins.

Au sein du département de Médecine Générale, un corpus pédagogique de sciences humaines et sociales existe depuis plusieurs années. Il participe aux initiatives pédagogiques qui ont été mise en place antérieurement à la R2C, et donne une coloration, une spécificité de l'internat de médecine générale dans cette faculté.

Il a comme objectif pédagogique de proposer à l'interne en médecine générale une formation intellectuelle et relationnelle, vers une pratique de soin qui englobe la dimension humaniste du soignant, et souhaite s'appuyer sur la richesse de l'interaction sociale pour augmenter la compétence professionnelle, augmenter leur niveau de conscience et de responsabilité dans l'exercice de la médecine, intégrer leur subjectivité et participer à un enchantement de la pratique.

Cette proposition pédagogique est optionnelle.

Le corpus se compose de contenus inspirés des disciplines telles que l'anthropologie, la sociologie, la psychologie sociale, la philosophie, l'éthique, et use d'heuristiques telles que la médecine narrative, l'analyse de texte, le Photolangage, le cinéma, le débat.

Le corpus étudié est composé des trois entités suivantes :

- Atelier Médecine-humanités (*alias GISSMED*), composante la plus théorique et la plus conceptuelle, fondé sur l'analyse de texte, les conférences-débat, la cinématographie, la photographie, le récit d'expériences.
- Santé-Médecine-Décision, qui a davantage une orientation philosophique et épistémologique, dont l'heuristique principale est la conférence-débat avec des personnalités invitées.

³⁸ Décret no 2021-1156 du 7 septembre 2021 relatif à l'accès au troisième cycle des études de médecine

³⁹ Arrêté du 21 décembre 2021 relatif à l'organisation des épreuves nationales donnant accès au troisième cycle des études de médecine.

⁴⁰ Article 6, Chapitre II : Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (Articles 4 à 20), Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. Legifrance.fr, modifié par arrêté du 21 décembre 2021 portant modification de plusieurs arrêtés relatifs aux formations de santé

- Médecine Narrative⁴¹, un atelier proposé en deuxième année.
La question est de savoir comment cette proposition pédagogique s'insère de manière transversale dans la dynamique de la construction de l'identité professionnelle des internes en médecine générale qui ont suivi tout ou partie de ces cours.

D'où notre question de recherche :

Quel est l'apport du corpus pédagogique de Sciences Humaines et Sociales du département de Médecine Générale de Sorbonne Université dans la construction de l'identité professionnelle des internes en médecine générale de Sorbonne Université ?

3. Présentation des concepts clefs

a. Les sciences humaines et sociales en médecine

Selon Fleury, il n'est pas si aisés de déterminer ce que désigne en fin de compte, les « humanités médicales ». Le Collège des enseignants de Sciences Humaines et Sociales en médecine et santé (COSHSEM), fondé en 2008 est devenu le Collège des humanités médicales (COLHUM) en 2016. En ce qui concerne les enseignements dispensés dans les facultés de médecine, même s'ils trouvent un caractère disciplinaire commun dans leur qualité d'enseignements de « sciences humaines et sociales », leur contenu reste difficile à décrire de façon univoque tant il semble divers.⁴²

En s'inspirant des travaux de Fleury, on peut distinguer deux acceptations à l'application des sciences humaines et sociales dans les études de médecine⁴³ :

- La recherche et les enseignements en sciences humaines et sociales prenant la médecine pour objet de science et de pratique, comme par exemple : la philosophie, la sociologie, l'histoire de la médecine, l'épistémologie des sciences médicales, l'éthique médicale (liste non exhaustive).
- L'intégration d'heuristiques ou d'outils considérés comme relevant des sciences humaines et sociales et de l'art dans le cursus médical : la littérature, les arts plastiques et vivants, le théâtre, le cinéma, la médecine narrative (liste non exhaustive), supposés enrichir la réflexivité et l'empathie du sujet ayant recours à ces heuristiques.

Pour des raisons de simplicité, nous emploieront dans cette thèse de manière indifférenciée les expressions « humanités médicales », « humanités », « sciences humaines et sociales », et « sciences humaines et sociales en médecine ». Ils désigneront soit le corpus pédagogique étudié, ou par extension, l'approche des humanités en médecine.

⁴¹ La médecine narrative est un processus d'approche expérimentuelle fondée sur le récit (la narration écrite) en vue d'un travail d'analyse en groupe. Pour en savoir plus il convient de consulter les travaux de Rita Charon sur le sujet.

⁴² Fleury C, Berthelier B, Nasr N. *Enseigner l'éthique et les humanités en santé dans les facultés de médecine françaises : état des lieux et perspectives*. Chaire humanités et santé (conservatoire national des arts et métiers-cnam) chaire de philosophie à l'hôpital – ghu paris psychiatrie et neurosciences, 2018, 93 pages. p.8

⁴³ Fleury C, Berthelier B, Nasr N. *L'enseignement des humanités dans les facultés de médecine françaises*. Soins. janv 2020;65(842):51-4.

b. Le curriculum formel et le curriculum caché

Le curriculum (ou « programme d'études ») formel désigne l'ensemble des éléments de structure théoriques et pratiques, légalement encadrés et officiellement contenus dans le programme des études de médecine, ainsi que les moyens d'évaluation de ces contenus. Il s'agit des programmes de cours, recommandations des collèges disciplinaires, objectifs pédagogiques officiels, heuristiques d'enseignement, méthodes d'évaluations (en particulier les examens).

Le *curriculum caché* est défini par Perrenoud comme les apprentissages transmis aux étudiants à l'insu du formateur et des étudiants. C'est l'envers du décor, la part des apprentissages qui n'apparaît pas au programme des apprentissages⁴⁴. Perrenoud estime que ce concept a son statut en sciences humaines et sociales, car il rend compte des effets involontaires des actions et des institutions humaines. Ce sont les messages et les règles implicites qui accompagnent la formation explicite, et qui imprègnent la pratique. Ils participent à véhiculer certains codes et certaines valeurs, certains acquis inconscients, les normes, les accords tacites de la profession qui échappent au contrôle enseignant. Le curriculum caché est plutôt non-dit et partiellement non-pensé qu'activement caché⁴⁵.

Galam remarque que, si le curriculum caché apparaît facilement lié à la part pratique des apprentissages, on aurait tort de croire qu'il est absent de la part théorique formelle⁴⁶. Ainsi, même le curriculum formel, par le choix de ses contenus et de ses méthodes d'apprentissages, participe déjà à véhiculer une certaine idée de ce qu'est une bonne et une mauvaise médecine, participe déjà à véhiculer implicitement des valeurs et des codes qui peuvent parfois même être en opposition avec les valeurs formellement enseignées dans les contenus.

Perrenoud note qu'un sujet, même parfaitement conscient de son expérience, n'est pas en mesure d'identifier constamment ce qui contribue à le transformer ; un être humain est généralement incapable de dire exactement quand et comment il a appris certaines choses, même lorsqu'elles paraissent essentielles, parce que l'apprentissage s'est opéré graduellement, en partie à son insu et qu'il était déjà fort avancé lorsqu'il en a pris conscience.⁴⁷

Dans la formation médicale, Lempp décrit six registres dans le curriculum caché⁴⁸ : la perte d'idéalisme, l'adoption d'une identité professionnelle ritualisée, la neutralisation émotionnelle, les changements des critères d'intégrité morale, la soumission à la hiérarchie et l'apprentissage des aspects moins formels de ce qu'est un bon médecin.

Pour Galam, le programme d'études caché détermine une large part de l'éducation et de la culture médicale, et impacte les identités professionnelles individuelles et collectives et les pratiques soignantes.⁴⁹ Ainsi le curriculum caché participe à la socialisation professionnelle en étant, pour le meilleur et pour le pire, catalyseur de la culture médicale professionnelle.

⁴⁴ Perrenoud P. Curriculum : le formel, le réel, le caché, 1993, (dir) Houssaye, J., La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui, Paris, ESF, 1993, pp. 61-76. Disponible sur: https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1993/1993_21.html

⁴⁵ *Ibid*

⁴⁶ Galam É. *Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale*. La Presse Médicale. avr 2014;43(4, Part 1):358-62.

⁴⁷ Perrenoud (1993), *op. cit.*

⁴⁸ Lempp H, Seale C. *The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching*. BMJ 2004;329:770-3.

⁴⁹ Galam É. (2014), *op. cit.*

c. Le professionnalisme

Le professionnalisme est considéré comme une des six compétences majeures de la formation des internes en médecine générale en France. La CIDMEF (Conférence internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française) le considère comme l'ensemble de valeurs, de connaissances, d'attitudes qu'un praticien met en œuvre dans l'accomplissement de son travail⁵⁰.

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) le formalise ainsi dans la célèbre marguerite des compétences des internes en médecine générale (fig.1) : « *la capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.* »⁵¹

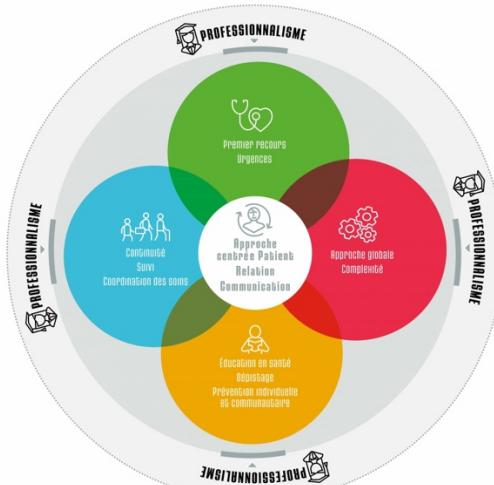


Figure 1 - Marguerite des compétences (CNGE). D'après CNGE.fr

d. Identité personnelle et professionnelle : un processus à étapes

i. Définitions littérales

Qui suis-je ? Que suis-je ? L'identité paraît être une notion inépuisable dans ses définitions et ses fondements. Elle paraît tantôt trop abstraite, ou trop évidente, elle est une vaste question des sciences humaines et sociales, et peut faire l'objet d'une thèse à part entière, et même de plusieurs.

Selon le dictionnaire de l'Académie de Médecine, « l'identité » désigne plusieurs dimensions⁵² :

- L'exacte *ressemblance* entre des êtres, des choses qui ont une existence distincte (ce qui fait que deux choses se ressemblent)

⁵⁰ Barrier JH, Brazeau-Lamontagne L, Colin R, Quinton A, Llorca G, Ehua FS. *La formation au professionnalisme des futurs médecins. Recommandations du Conseil Pédagogique de la CIDMEF*. Pédagogie Médicale. mai 2004;5(2):75-81.

⁵¹ Collège National des Généralistes Enseignants, DES de Médecine Générale : <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>

⁵² Dictionnaire de l'Académie Française, 9^e édition : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9I0058>

- Le caractère de ce qui ne constitue qu'*une seule et même réalité sous des manifestations, des formes ou des appellations diverses* (ce qui fait qu'une chose demeure la même chose malgré les apparences).
- La *singularité*: ce qui, dans un être, reste identique, permanent, et fonde son individualité (ce qui fait qu'une chose est unique).

Dans sa définition même, l'identité renvoie simultanément à deux réalités dialectiques, l'altérité et la singularité, et la permanence et le changement. Elle suppose intrinsèquement à la fois des invariants et des dynamiques.

Elle renvoie à la définition et la perception de soi par soi-même, mais dans le même temps elle renvoie aussi à la manière dont l'autre me regarde et me définit.

Avons-nous une seule, ou bien des identités ? L'identité varie-t-elle en fonction de la situation, de l'interlocuteur, du temps ? Il ne s'agit pas ici de résoudre cette question, mais de présenter divers courants de pensée sur l'identité personnelle et l'identité professionnelle, en particulier médicale.

ii. La construction de l'identité en philosophie

Avant que l'identité soit une question de sociologie et de psychologie, elle est une notion éminemment philosophique. Elle est d'abord pensée à partir de la question du changement : y a-t-il quelque chose d'une personne qui demeure malgré les changements ? Les présocratiques Héraclite et Parménide étaient en désaccord : Héraclite ne voit qu'une succession de changements, et tient sa célèbre phrase « *On ne se baigne jamais deux fois dans le même fleuve* »⁵³. Il pressent pourtant un principe d'ordre et d'équilibre, un principe demeurant. Parménide, lui, affirme qu'on ne peut voir et connaître que ce qui est à un instant donné, refusant de penser la continuité entre ce qui est et ce qui n'est pas ou plus, le *non-être*⁵⁴.

Aristote introduit la notion de *substance* (*ousia protè*) comme le substrat du changement, de l'évolution de l'être : « *c'est la substance qui persiste dans tout ce qui change et ne cesse de passer* »⁵⁵. Le changement est porté par un être substantiel, qui, malgré le changement, demeure. La substance est le sujet réel et déterminé, celui dont on dit tout le reste⁵⁶ : il y a le sujet comme fondement, et ses attributs. Il introduit également les notions de *puissance* et d'*acte* : l'être en puissance, c'est celui qui n'a pas encore reçu sa détermination, en tant que cet être-ci ou bien cet être-là, et qui dont peut encore devenir en *acte* ceci, ou bien cela⁵⁷.

La philosophie réaliste se tient en dehors de l'expérience subjective du sujet. Ainsi, la pensée objective ignore le sujet percevant⁵⁸. Le sujet n'existe pas comme expérience psychologique, ni le processus d'individuation, le fait qu'un individu soit distinct d'un autre individu.

Plusieurs siècles plus tard, l'empiriste Locke postule qu'on ne connaît que ce que l'on expérimente, ce que l'on ressent. Il affirme que le sujet est une pure conscience de soi, et suppose que l'on peut ne pas être la même personne au cours du temps dans la mesure où cette conscience de soi évolue⁵⁹. Mais cela insinue qu'il n'y a pas de permanence dans l'individu, il y a une conscience subjective de soi, relative aux événements, déconnectée d'une permanence.

⁵³ Hersch, J., L'étonnement philosophique, Folio, 1993, p.17

⁵⁴ *Ibid.*, p.18.

⁵⁵ *Ibid.*, p.12

⁵⁶ Ricœur P. Chapitre I. La substance sensible : la substance comme substrat. p. 271-92. page 272. In: Etre, essence et substance chez Platon et Aristote, Paris: Le Seuil; 2011, 348 pages

⁵⁷ Hersch J. *Op. cit.*, p.57

⁵⁸ Merleau-Ponty M. [1945], Phénoménologie de la Perception. Paris, Gallimard, 1976, 560 pages, p.240

⁵⁹ Halpern et al., Identité(s), [2009], Editions Sciences Humaines, 2016, pp 22-23

Pour tenir ensemble cette intuition de permanence et de changement au sein de l'individu, Ricœur, dans sa philosophie sur l'identité personnelle, introduit les concepts de *mémenté*, d'*ipséité*, et d'*identité narrative*.

La *mémenté*, ou l'identité-idem, est la permanence substantielle de la personne, qui, à la différence de la notion de substance chez Aristote, dépend éminemment du regard de l'autre sur soi. Elle repose sur le caractère, qui pour Ricœur représente « *l'ensemble des marques distinctives qui permettent de réidentifier un individu comme étant le même* »⁶⁰, ce qui introduit dans la nécessité du regard d'autrui sur soi. Ces marques distinctives sont les habitudes contractées par la personne, mais également les fruits des identifications opérées au cours de l'existence à des valeurs, des normes des idéaux, des héros⁶¹.

L'*ipséité*, ou identité-ipse, l'identité du soi, est la reconnaissance de soi par soi, le fait de se vivre comme étant soi-même⁶². Elle renvoie à la perception que le sujet a d'être fidèle à ce qu'il dit être. Elle engendre le concept d'*identité narrative*, qui concerne la manière dont l'individu se comprend lui-même à partir du récit de son existence, qui entrecroise l'*histoire* et la *fiction*.⁶³ La philosophie de Ricœur sur l'identité personnelle s'inscrit en rupture avec l'*égologie* cartésienne et post-cartésienne⁶⁴, qui, malgré la force du primat du sujet dans son « *je pense, je suis* », restait vide dans l'*herméneutique* du sujet, l'*herméneutique* du « *je* »⁶⁵, et demeurait amputé de l'*altérité*, du regard de l'autre sur la construction du soi.

iii. La construction de l'identité en sociologie

- *La sociologie de Barbier*

Il ne sera pas surprenant de retrouver dans les différents courants de la sociologie des fondements issus de la philosophie.

Barbier est un chercheur français reconnu pour ses travaux dans le domaine des sciences de l'éducation, notamment sur les questions de formation et d'apprentissage. Il s'est particulièrement intéressé à la notion de compétences et à la manière dont elles se développent et se mobilisent dans des contextes professionnels variés. Il envisage l'identité comme « *un ensemble de composantes représentationnelles (contenu de conscience en mémoire de travail ou mémoire profonde), opératoires (compétences, capacité, habiletés, savoirs, maîtrises pratiques) et affectives (envie, intérêts, goûts etc.) produits par une histoire particulière et dont un agent est le support et le détenteur à un moment donné de son histoire* »⁶⁶. Pour Barbier, l'identité se comprendrait à la fois dans un état instantané, et un processus dynamique, dans la mesure où les composantes se modifient à mesure des expériences.

Beckers s'appuie sur cette conception et envisage l'identité comme « *constituée de ce qu'un individu (au sens idéal indiqué par l'étymologie comme non divisé) est capable de faire, de ce qu'il fait, mais aussi de ce qu'il sait, de la manière dont il se représente les choses et lui-même,*

⁶⁰ Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris, Le Seuil, 1990, 424 pages, page 144

⁶¹ Cabestan P. *Qui suis-je ? Identité-ipse, identité-idem et identité narrative*. Le Philosophoire. 2015;43(1):151-60, p.156

⁶² Béjà V. *Identité-Ipseité. Le changement en thérapie*. Gestalt. 2005;29(2):165-75, p. 168

⁶³ Cabestan P. *Op cit.*, p.155

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ *Ibid.*, p.154

⁶⁶ Barbier, J-M, L'analyse des pratiques : Questions conceptuelles. In : Blanchard-Laville et Fablet D., L'analyse des pratiques professionnelles, Paris, L'Harmattan, 1996, p.40. In : Beckers J., Compétences et identités professionnelles, De Boeck, 2007, pp. 141-142

du sens qu'il leur accorde, de ses émotions positives et négatives, de ses besoins, de ses valeurs »⁶⁷.

Barbier caractérise l'identité à un niveau individuel, mais aussi à un niveau collectif, qui partage en tout ou partie le contenu de ces composantes. En effet, l'identité ne se réduit pas à l'image de l'individu pour lui-même, mais inclut diverses images de soi renvoyés à autrui, consciemment ou inconsciemment. Cette question du regard de l'autre ne cessera de traverser notre travail. L'identité a une composante éminemment relationnelle.

Beckers ajoute que « *l'action propre en contexte professionnel authentique (...) place le sujet au cœur de pratiques sociales dont il peut partager les enjeux, source d'engagement intellectuel mais aussi socio-affectif, occasion d'être interpellé dans ses représentations et ses attitudes.* »⁶⁸

- L'interactionnisme symbolique de Goffman

L'interactionnisme symbolique est une perspective théorique en sociologie qui met l'accent sur l'importance des interactions sociales, des symboles et des significations dans la construction de la réalité sociale. Cette approche met en avant le rôle central de la communication et de l'interprétation dans la formation des identités individuelles et des structures sociales. Le Breton souligne en ce sens que l'individu « *n'est pas la marionnette d'un système social dont il n'a nulle conscience* »⁶⁹, il n'est pas un agent passif qui subirait de plein fouet les structures sociales, les systèmes, ou une culture d'appartenance, qui modifieraient son habitus de manière passive, ce qui serait une optique structuraliste et fonctionnaliste⁷⁰, mais il interagit de manière active avec les éléments sociaux qu'il rencontre. Le courant interactionniste valorise la possibilité qu'a l'individu de composer délibérément avec les éléments sociaux, ce qui lui donne un espace pour innover, créer du sens.

Dans l'interactionnisme symbolique de Goffman, l'identité individuelle n'est pas substantielle, elle est circonstancielle, à multiples facettes, remaniée au fil de l'interaction⁷¹. L'identité est constamment remise en jeu, elle est située par les circonstances à partir desquelles l'individu examine et pense ses comportements, dans une intériorité pensée comme étant une intégration de l'extériorité⁷². « *L'individu apparaît plutôt comme un effet de la rencontre, il est presque un artefact* »⁷³, il se donne à voir dans une maîtrise de l'impression qu'il donne, que Goffman nomme le *rôle*, revendiqué ou attribué en fonction de l'interaction et de la confrontation avec autrui. Le Breton l'exprime très bien en résumant « *qu'il s'agit d'une expression de soi qui se transforme en impression sous le regard de l'autre* »⁷⁴.

Ainsi Goffman utilise la métaphore du théâtre pour illustrer l'enjeu des interactions dans la construction identitaire. La vie sociale est comme une scène avec ses acteurs, son public et ses coulisses, cet espace permettant aux acteurs de contredire l'impression donnée dans la représentation⁷⁵. Les acteurs offrent à leur public l'image qu'ils se créent. Ils peuvent avoir

⁶⁷ Beckers J. Compétences et identités professionnelles, De Boeck, 2007, p.142

⁶⁸ *Ibid.*, p.143

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ Le Breton D. L'interactionnisme symbolique, Presses Universitaires de France ; 2012, p.46, 256 pages

⁷¹ *Ibid.* p.139.

⁷² *Ibid.*

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ *Ibid.* p.110.

⁷⁵ Fray AM, Picouleau S. *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail.* Management & Avenir. 2010;38(8):72-88. P.74

plusieurs rôles, sans hiérarchie de valeur entre eux, et choisissent parfois de prendre de la distance vis-à-vis d'un ou plusieurs rôles. Pour Goffman « le monde est une cérémonie »⁷⁶.

Pour réussir sa représentation l'acteur construit son personnage en restant maître des impressions qu'il donne à voir. Il s'efforce de couler ses comportements dans les normes de conduite et d'apparence socialement de mise⁷⁷, par exemple dans une profession. Une infinité de *rituels* (tels que le langage, le corporatisme, les étapes de professionnalisation, mais aussi les manières de se vêtir, de s'adresser à l'autre, de l'écouter, de le regarder, de le toucher, de prendre son tour de parole, les gestes, les mimiques, les paroles, les silences⁷⁸) suggèrent et enseignent les comportements socialement admis, dans le but premier que l'interaction se déroule de manière fluide, en évitant les tensions ou les bavures⁷⁹, et dans le but second de la reconnaissance par les pairs. La *façade* est selon Goffman l'appareillage symbolique proposé par l'acteur, à dessein ou non, pour élaborer son personnage sur la scène sociale en vue de définir le rôle qu'il souhaite proposer à ses partenaires⁸⁰. Ajoutons qu'elle est proposée par l'acteur, mais qu'elle est nécessairement liée à la relecture personnelle et à la reconstitution qu'il fait des valeurs, des croyances et des représentations qui lui sont proposées.

Le devenir de l'individu se joue donc sur cette scène de théâtre permanent de la vie. L'apparence est cruciale, la façade tenue par des acteurs en représentation, soucieux de tenir leur rôle, à la fois le rôle attribué par autrui et attribué par ses représentations propres, sans fausse note et de contribuer à la tâche commune de produire des prestations cohérentes, toujours dans la crainte de perdre la face ou de la faire perdre à l'autre⁸¹.

- La sociologie de Dubar

Dubar s'inscrit dans une certaine perspective interactionniste, en estimant que « *l'usage du terme identité désigne, non pas la nature profonde de l'individu singulier ou du collectif en soi, mais la relation entre des appartenances collectives et des personnalités individuelles* »⁸². Mais il veut aussi tenir compte des dimensions historiques, institutionnelles et structurelles qui influencent la construction identitaire, en étant attachée à une notion de *trajectoire*. Il théorise l'identité comme le produit d'une socialisation progressive⁸³, d'abord la *socialisation primaire* (famille) puis la *socialisation secondaire* (école, université, travail). Dans l'approche de Dubar, la socialisation, est envisagée comme un ensemble de *transactions* entre l'individu et les instances sociales qui l'entourent.

L'identité pour autrui (catégories attribuées par les institutions et leurs agents) est incorporée au terme d'une socialisation dite relationnelle, et l'identité pour soi (définition subjective de soi) est issue de la socialisation dite biographique⁸⁴.

⁷⁶ Goffman E., [1973] La Mise en scène de la vie quotidienne – 1. La présentation de soi, Paris : Minuit, 2015, p.41

⁷⁷ Le Breton (2012). *Op cit.* p.111

⁷⁸ *Ibid.* p.108

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ Goffman E. *Op. cit.* pp.29-36

⁸¹ *Ibid.* p.102

⁸² Dubar C. *Usages sociaux et sociologiques de la notion d'identité*. Education permanente, numéro128, 1996, 37-44, p.38. In : Beckers J., Compétences et identités professionnelles, De Boeck, 2007, p.144

⁸³ Beckers J. *Op. cit.* p.144

⁸⁴ Dubar C., La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, 2000, A.Colin. In : Beckers J., Compétences et identités professionnelles, De Boeck, 2007, p.145

La socialisation biographique est liée à l'histoire de l'individu, sa trajectoire sociale, qui est subjectivement interprétée, construisant *l'identité pour soi*. L'individu négocie les expériences vécues, les informations reçues, dans un mécanisme appelé transaction interne. L'identité pour soi suppose une *transaction interne* entre *l'identité reçue* et *l'identité visée*, concernant « la projection de différents avenirs, la projection de soi dans l'avenir, en continuité ou en rupture avec un passé reconstitué, une définition de soi qui vient du passé »⁸⁵. Cette transaction joue donc sur le registre continuité ou rupture.

La **socialisation relationnelle** intervient dans la mesure où l'individu est en interaction avec autrui, dans un système d'actions traversé par des enjeux divers. C'est le fondement de *l'identité pour autrui*. Dans un travail, notamment une profession, les individus partagent des représentations, des valeurs, des façons de faire, de se comporter, de penser, reconnues et validées par le groupe professionnel. L'individu est en interaction avec ce système et les individus qui le composent, empreints de valeurs, de pratiques, de représentations. Beckers précise que ces formes identitaires socialisées fondent l'appartenance à un métier⁸⁶. L'individu incorpore progressivement cette identité socio-professionnelle attribuée, avec deux tendances antinomiques : une tendance à l'*identification* ou une tendance à la *différenciation*.

Dans la théorisation de Dubar (voir Fig 2), l'identité pour autrui, relevant du processus de socialisation relationnelle, suppose une *transaction externe objective* entre les identités attribuées par autrui et les identités effectivement incorporées par l'individu, selon la dualité *reconnaissance / non-reconnaissance* par les pairs de l'identité de l'individu, avec le système de valeurs, de pratiques, de représentations qu'il a effectivement incorporé.⁸⁷

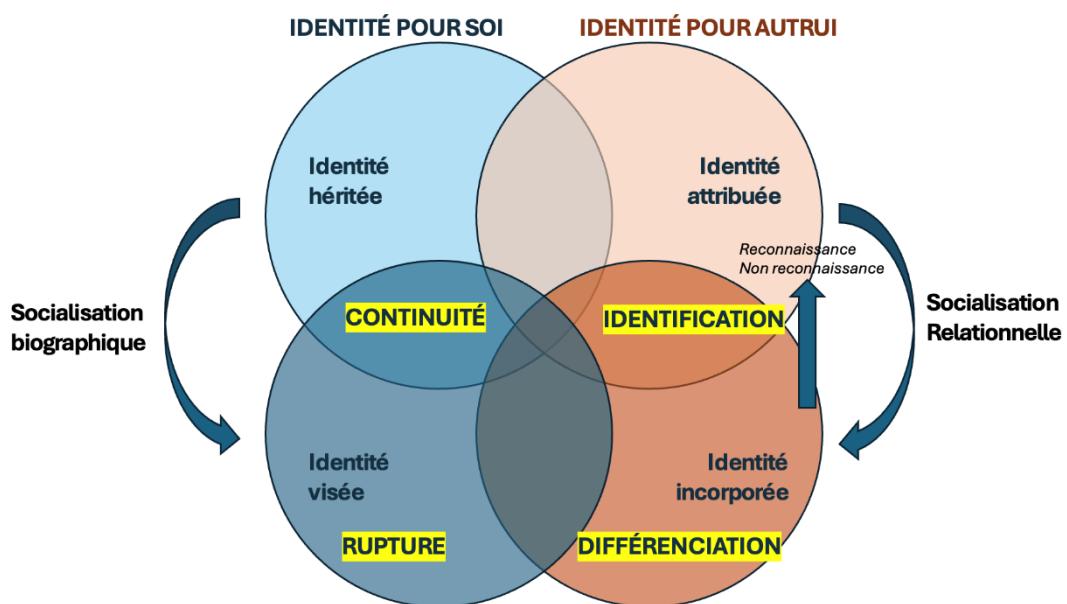


Figure 2 - La construction sociale de l'identité professionnelle : produit de processus de socialisation (D'après Dubar, 2000)

⁸⁵ Dubar C., et Tripier P., Sociologie des professions, Armand Colin, 1998, In : Beckers J., Compétences et identités professionnelles, De Boeck, 2007, p.145

⁸⁶ Beckers J. *Op. cit.*, p.146

⁸⁷ Naturellement, la séparation théorique entre la socialisation biographique et la socialisation relationnelle est artificielle, de même que la séparation théorique entre l'identité pour soi et l'identité pour autrui : dans les deux cas, l'altérité est fondamentale à la construction identitaire, et le vécu expérientiel de soi est nécessairement lié aux interactions.

L'identité est le fruit de l'interaction de trois dimensions⁸⁸ : le Moi, le Nous et Autrui. Elle est intrinsèquement identité pour soi, renvoyant à l'image que l'on se construit de soi-même, et identité pour autrui, qui désigne l'image qu'autrui a de soi-même⁸⁹, le « Nous » se construisant dans une identité collective, selon des représentations, des valeurs et des actions partagées. On observe alors que l'identité professionnelle est une composante de l'identité personnelle, qui se développe par l'inscription de la personne dans des formes de vie sociale professionnelle⁹⁰, et dépend de la reconnaissance que l'individu reçoit de ses compétences et de son image à la fois par le groupe professionnel (Nous), par la société (Autrui), et la perception qu'il se fait de lui-même (Soi). Les processus ainsi engagés supposent des dynamiques réciproques.

Pour notre thèse, nous retenons de l'ensemble des éléments de définitions ci-dessus que l'identité professionnelle définit l'identité personnelle en contexte professionnel en plaçant l'individu dans des formes de vie sociale professionnelle, et renvoie schématiquement à trois entités inter-dépendantes :

- L'organisation de la pensée, l'acquisition des compétences, les représentations collectives et individuelles de la profession et de son organisation sociale (valeurs, croyances), les trajectoires professionnelles, les différents changements et étapes dans l'acquisition du professionnalisme. Ce que nous pourrions qualifier de *dispositif*⁹¹. Cette composante sera présentée dans les résultats comme la *composante cognitive de l'identité professionnelle*, dont les activités *opératoires*, puisque la cognition désignant à la fois l'activité de construction de connaissances et le produit de cette activité⁹².
- Le vécu du travail et de la profession, les émotions, la signification, et les valeurs que lui accorde l'individu ; ce que nous présenterons dans les résultats comme *composante émotionnelle ou affective*.
- Les relations interpersonnelles vécues dans le travail (avec les pairs et avec autrui) qui influencent la perception de soi en tant que professionnel, et fondent avec les deux premiers éléments le sentiment d'appartenance au groupe, l'identification aux pairs. Nous présenterons cela dans les résultats comme *composante relationnelle*.

Après la présentation des matériaux et des méthodes, nous exposerons les résultats en tenant compte des trois composantes dans la manière de présenter les résultats, puis les discuterons, et enfin nous engagerons notre conclusion et les perspectives de cette thèse.

⁸⁸ Fray AM, Picouleau S, *op. cit.*

⁸⁹ Fray AM, Picouleau S. *Op. cit.*, p.76

⁹⁰ Gohier C., Alin C., *Enseignant-Formateur : la construction de l'identité professionnelle*, L'Harmattan, Collection *Education et formation*. 2000, In : Fray AM, Picouleau S. *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail*. Management & Avenir. 2010; 38(8):72-88.

⁹¹ Le concept de *dispositif* a été développé très largement par Michel Foucault et Giorgio Agamben.

⁹² Beckers J., *Op. cit.*, p.87

II- MATERIAUX ET METHODES

1. Terminologie et recherche bibliographique

Un long travail préalable à la formulation précise de la question de recherche a été mené autour de trois grands axes d'intérêt : l'objectivation émergente du mal-être dans les professions médicales et en particulier dans les études de médecine, rapporté de multiples manières depuis quelques années ; les questions de pédagogie médicale autour du professionnalisme, de l'identité professionnelle, du curriculum caché ; les humanités médicales comme proposition pédagogique.

Nous avons choisi le phénomène *d'identité professionnelle* car cette notion recoupe plusieurs axes de recherche :

- Le professionnalisme et la compétence d'un médecin.
- La question des valeurs et de l'éthique d'un médecin, du vécu du métier de médecin, de l'authenticité vécue dans la fonction, et du concept du « bon médecin ».
- La souffrance au travail par le prisme de la question du sens, largement étudié dans le phénomène du syndrome d'épuisement professionnel. Cette thèse ne traite pas du burn out en tant que tel, mais s'intéresse à la question du sens du métier et de l'accomplissement professionnel.
- Le curriculum formel et le curriculum caché.

Pour cette thèse, les expressions *humanités médicales* et *sciences humaines et sociales* sont interchangeables, les *humanités médicales*, désignant cette reconfiguration interdisciplinaire des savoirs qui s'opère à l'intersection de la médecine, de la philosophie, des sciences sociales et des arts dont découle une série de prolongements dans la formation médicale⁹³.

Les recherches bibliographiques pour ce travail de thèse ont été réalisées à partir des supports suivants : Pubmed, Cochrane Library, EM-premium, Google, Google Scholar, Le Système Universitaire de DOCumentation (SUDOC), CAIRN.info, thèse.fr, Le Catalogue et Index des Sites MEdicaux de langue Française (CisMEF), Pédagogiemédicale.org, Olvid, Journal Of the Association of American Medical Colleges.

Les mots-clefs suivants ont été utilisés et combinés, y compris dans leur forme MeSH lorsque Pubmed était utilisé : « *humanités médicales* », « *sciences humaines et sociales* », « *professionnalisme* », « *identité professionnelle* », « *construction identitaire* », « *réflexivité* », « *complexité* », « *curriculum caché* », « *burn out* », « *éducation médicale* » « *pédagogie médicale* ». Le logiciel de stockage des références bibliographiques est Zotero.

2. Choix et justification de la méthode : une étude qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée

L'approche qualitative s'intéresse au sens et à l'observation d'un phénomène social en milieu naturel⁹⁴. L'approche qualitative agit comme une fenêtre, une porte d'entrée, un accès à ce qui ne peut être mesuré ou quantifié, et qui est le soubassement du mesurable et du quantifiable. Il s'agit de comprendre plutôt que de compter. La méthode qualitative place comme objet d'étude

⁹³ Lefèvre C., Thoreau F., Zimmer A., Les humanités médicales: l'engagement des sciences humaines et sociales en médecine. Arcueil, Doin éditions, coll. « La personne en médecine », 2020, 330 pages, p.3

⁹⁴ Comeau Y., L'analyse des données qualitatives, Cahiers du CRISES – Collection Études théoriques – no ET9204, 1994, p.6

ce que la méthode quantitative écarte de la recherche : le vécu singulier du sujet. L'approche qualitative se veut complémentaire et exploratoire de la méthode quantitative⁹⁵.

Après avoir hésité avec l'approche inspirée de la phénoménologie interprétative, davantage axé sur le vécu singulier d'un sujet, nous avons choisi l'approche inspirée de la théorisation ancrée⁹⁶, qui a comme objectif l'étude de l'interaction de phénomènes sociaux à partir du vécu du sujet, et ambitionne d'en proposer un modèle explicatif. Ici, nous nous intéressons à l'interrelation de plusieurs phénomènes : la construction identitaire des médecins en formation (incluant le vécu de cette formation, dont le curriculum formel et le curriculum caché) et les humanités médicales.

Pour renforcer la validité interne de cette thèse, nous avons choisi la triangulation des méthodes en utilisant deux méthodes différentes : les entretiens individuels semi-dirigés et l'association verbale.

3. Mode de Recueil et analyse des données

a. Association verbale

L'association verbale est une technique d'investigation qui a été développé pour l'abord des représentations sociales. Une représentation sociale est un contenu qui exprime les significations assignées à un objet de l'environnement social d'un individu⁹⁷, le rapport d'un sujet à un objet, ici en l'occurrence les sciences humaines et sociales. Les représentations sociales sont spécifiques du groupe qui les élaboré ou qui les partage. Les représentations sociales ont donc à la fois une fonction signifiante et une fonction identitaire. A l'aide d'un inducteur, l'association verbale permet de saisir une représentation sociale, c'est-à-dire la manière dont un objet est pensé par un individu ou un groupe d'individus, en accédant à l'univers sémantique autour de cet objet d'étude⁹⁸. Et plus profondément, cela révèle les rapports particuliers entre les personnes autour de cet objet d'étude.

La méthode d'association choisie est une méthode d'association *libre* (il s'agit de donner tous les mots, pas seulement des adjectifs ou des émotions) et *continuée* (c'est-à-dire plusieurs mots). Nous avons choisi de demander trois induits (trois mots). Il n'existe pas d'indicateur de nombre dans la méthode, c'est au gré de la chercheure, mais certains auteurs indiquent que ce nombre se situe généralement entre trois et cinq induits⁹⁹. Il nous apparaissait que trois induits constituaient un compromis entre la suffisance du recueil et l'aspect fastidieux pour les interrogés. Chaque induit est pondéré de telle sorte à contraster suffisamment les données à des fins de catégorisation. La pondération est décroissante, en fonction de l'ordre de restitution des induits : le premier induit compte pour 3 points, le second pour 2 points et le troisième induit pour 1 point. Le choix de la pondération 3-2-1 est à la discrétion de la chercheure. Le premier

⁹⁵ Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative, Exercer, 2008;84:142-5, p.143

⁹⁶ La théorisation ancrée est décrite dans l'ouvrage de Glaser BG et Strauss AL. (1967), La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative, Armand Colin, coll. « Individu et Société », 2010, 409 p. L'approche de notre these de médecine s'inspire de cette méthodologie, et s'appuie sur l'ouvrage de Lebeau JP et al., Initiation à la recherche qualitative en santé, Global Média Santé, 2021, 196 pages

⁹⁷ Moliner P., Lo Monaco G., Méthodes d'association verbale pour les sciences humaines et sociales. Coll. « Vies sociales », PUG, 2017, 192 pages, p.27

⁹⁸ *Ibid*, p.35

⁹⁹ *Ibid*, p.45

induit est le plus fortement attaché à l'inducteur – il s'agit d'un lien inconscient – et bénéficiait de la pondération la plus forte. Puis celle-ci s'applique de façon décroissante.

Le mode de recueil de l'association verbale s'est fait par écrit ou par oral. L'identité et les coordonnées du participant ont été prises afin de pouvoir recontacter le participant si une explicitation de l'induit était nécessaire pour l'analyse. L'engagement a été pris de stocker ces données jusqu'à la soutenance de la thèse puis de les détruire. Le logiciel de stockage et de traitement des données était Microsoft Excel.

b. Les entretiens semi-dirigés

La grille d'entretien a été élaborée avec le directeur de thèse, et affinée au fur et à mesure des entretiens. Les questions étaient tournées de manières ouvertes. Elle est en annexe de cette thèse (Annexe N°2). Les entretiens semi-dirigés ont été mené en distanciel, en utilisant des plateformes d'entretien visuel (Zoom, Jitsi). Le recueil des données s'est fait par enregistrement de l'audio et du visuel de l'entretien. Le recueil des données a été mené jusqu'à saturation des données sur la question de recherche. Le transcript brut s'est fait sur Microsoft Word directement par l'investigatrice à partir des entretiens audios. Un transcript brut est également en annexe de cette thèse (Annexe N° 3)

Le codage et l'analyse se sont faits de manière manuscrite et sur Microsoft Word en bénéficiant d'une triangulation. Une analyse et des hypothèses intermédiaires ont été faites entre les entretiens. Chaque entretien a motivé des recherches bibliographiques supplémentaires et a bénéficié d'une analyse par comparaison constante aux entretiens précédents.

4. Population d'étude et échantillonnage

L'échantillonnage des entretiens est théorique à variation maximale. Les participants n'ont pas les mêmes facultés d'origine, n'ont pas suivi les mêmes cours au même moment, ce qui les contraste *a priori*. Ils n'ont pas les mêmes *a priori* sur le corpus pédagogique à l'étude. Les seuls points communs entre les participants sont aussi les critères d'inclusion de la thèse :

- Les participants sont internes de médecine générale de Sorbonne Université, en T2 ou en T3¹⁰⁰. Nous n'avons pas inclus de T1 car nous avons estimé que leur recul était insuffisant et leur vision encore trop parcellaire au regard de notre question de recherche.
- Chacun a participé à au moins 1 cours de GISSMED, ou Médecine Narrative, ou Santé Médecine Décision.

Le mode de recrutement des entretiens est sur la base du volontariat, par communication orale en fin de cours, sur les réseaux sociaux locaux. Une présentation orale ou écrite du projet de thèse a été communiquée aux participants, et leur accord a été recueilli par l'investigatrice verbalement ou par écrit.

Le mode de recrutement de l'association verbale est sur la base du volontariat en fin de cours de GISSMED, ou SMD, ou Médecine Narrative.

5. Réglementations éthiques

¹⁰⁰ Un seul participant venait de prendre un poste en milieu hospitalier entre le moment où il a été inclus et la réalisation de l'entretien.

Cette thèse était hors loi Jardé. Devant l'absence de recueil de données sensibles pour les participants, cette thèse n'a pas fait l'objet d'une déclaration ou d'un avis auprès d'un comité d'éthique. L'investigatrice s'est assurée que le recueil des données était en conformité avec le règlement général de protection des données et a fait une déclaration de conformité MR-004 de la CNIL, en accord avec son projet de recherche (Annexe N°5). Elle n'a collecté que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche.

Après une présentation de la thèse, le consentement des participants a été recueilli verbalement, et leur participation était libre. Ils ont été informés de l'anonymisation des contenus et de la confidentialité de l'investigatrice.

Pour les entretiens, les sujets ont été avertis du démarrage et de la fin de l'enregistrement. Un transcript brut de l'entretien a été transmis à chaque participant.

Pour tous les participants, l'engagement a été pris de stocker l'ensemble des données jusqu'à soutenance de la thèse puis de les détruire.

6. Le journal de bord et la déconstruction des *a priori*

Tout au long de la recherche, l'investigatrice a tenu un journal de bord, afin de mûrir ses réflexions en parallèle de la recherche. Celui-ci a aussi servi de support à la déconstruction des *a priori*.

Une page de ce journal de bord est en annexe de cette thèse. (Annexe N°4)

III- RESULTATS

1. Présentation des participants aux entretiens

| EE1 | EE2 | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 |
|-------------|--------------|----------|--------------|--------------|--------------|--------------------|--------------|-------------|
| Fév 2022 | Mars 2022 | Déc 2022 | Janv 2023 | Mars 2023 | Mars 2023 | Mai 2023 | Juin 2023 | Oct 2023 |
| T2 | T2 | T3 | T3 | T3 | T2 | T3+ ¹⁰¹ | T2 | T3 |
| Femme | Femme | Homme | Femme | Homme | Homme | Homme | Femme | Homme |
| 25 ans | 27 ans | 26 ans | 26 ans | 27 ans | 27 ans | 32 ans | 28 ans | 37 ans |

Tableau 1 - Présentation des participants aux entretiens

La population d'intérêt était les T2 ou T3, et se composent de cinq hommes et de quatre femmes. Le recrutement a eu lieu entre février 2022 et septembre 2023, et se compose donc d'étudiants qui ont vécu leur second cycle antérieurement à la R2C.

Les étudiants ont vécu leur premier et leur second cycle dans des facultés différentes, avec leurs cursus propres. Ils n'ont pas participé aux mêmes cours, n'ont pas reçu les cours la même année. Ils n'ont pas les mêmes *a priori* sur la proposition pédagogique à l'étude. Ils ont tous reçu dans le cadre de leur maquette la proposition de suivre la maquette de cours de sciences humaines et sociales, dont les possibilités de suivi sont multiples, avec une perspective de validation annuelle de la compétence Professionnalisme.

¹⁰¹ E5 a commencé son poste en milieu hospitalier entre le moment de l'inclusion et la réalisation de l'entretien.

2. Les déterminants de la construction identitaire de l'interne en médecine générale

a. Les aspirations

i. Idéal et caractéristiques du bon médecin

Il s'agit ici d'explorer l'idéal du bon médecin sous-tendu dans les représentations des internes. Les résultats indiquent que le « bon médecin » est à la fois compétent sur le plan biomédical – compétences diagnostiques, cliniques et paracliniques, thérapeutiques – et présentant des qualités humaines.

E4 : « Hmm... (silence)... je pense que c'est que avant tout qui est quelqu'un qui... bah c'est quand même qui est très à l'écoute qui sait être à l'écoute de ce qu'on va lui dire, donc cerner le problème, ça c'est la priorité... et après qui va y répondre avec des connaissances, l'état actuel des connaissances ... l'evidence based médecine, quoi, selon la meilleure preuve qu'il a de la réponse à la question que le patient s'est posée, donc c'est à la fois avoir être à jour sur ces connaissances, et à la fois être très humain, enfin être très très à l'écoute de ce que la personne a dit en face, pour bah que la personne elle ait confiance quoi... qu'elle ait confiance en toi et que toi t'arrives à... à porter... ouais c'est de l'écoute et des connaissances à jour je pense.. »

E3 : « Moi pour moi en tout cas je veux être... Un bon médecin. Celui que j'aimerais bien être, c'est celui qui sait parler au patient, qui sait être présent pour lui, qui sait prendre le temps pour lui, et.... mais qui n'est pas non plus ... qui au niveau compétences médicales n'est pas non plus mauvais, qui sait rechercher... rechercher les bonnes choses du coup, qui a les bonnes compétences médicales, et communicationnelles, pour pouvoir prendre en charge le patient dans sa globalité, sur le plan médical s'il y a que le médical qui est intéressant, ou sur le plan relationnel s'il y a des choses un peu moins bien à ce niveau-là... »

Bien que ces deux dimensions coexistent, ils soulignent néanmoins la primauté des qualités humaines, notamment l'écoute sur la connaissance biomédicale, en ordre d'importance.

Parmi les qualités humaines, nous pouvons mettre en évidence dans le verbatim :

- **L'écoute** (du patient, mais aussi de ses propres réactions) apparaît comme l'attitude première, la qualité première, la condition de possibilité à partir de laquelle d'autres qualités humaines sont possibles.
- **L'accompagnement**
- **L'acceptation de ses propres limites, de la remise en question**
- **La gestion de l'incertitude et du doute**

E6 : « Pour moi un bon médecin c'est un médecin qui prend le temps d'écouter... d'écouter ce qu'on lui dit, de laisser parler aussi... je trouve que ça c'est plutôt agréable.

E6 : Un médecin qui a toutes les réponses pour moi c'est pas ça la définition d'un bon médecin, c'est pas avoir toutes les réponses, c'est plutôt essayer être toujours dans le soin, donc ça veut dire être dans cette écoute, et dans cet accompagnement, et même parfois quand on n'a pas forcément de solution ben toujours chercher à accompagner le patient et enfin lui faire comprendre qu'on est qu'on est là pour lui ... et qu'on va qu'on va essayer en tout cas de trouver des solutions... même si des fois on connaît pas tout... voilà »

E2 : « Un médecin qui sait se remettre en question... qui ... quand un patient est en désaccord, il arrive à entendre, et à se remettre en question, et dire que peut-être son idée était pas forcément la mieux pour le patient, ou alors comment il peut y avoir un juste milieu »

- L'adaptabilité, le discernement :

E2 : « Un médecin qui sait prendre 5 min pour un truc qui est facile et qui ne nécessitait pas de consultation, et qui se reprend derrière 1h pour un patient qui va pas bien. »

E2 : « Euh... un médecin qui sait vers qui orienter les patients que ce soit médical, mais aussi social. »

E5 : « Ça dépend de du lien qu'on peut avoir avec le patient. Bien sûr il y a quand même les connaissances et compétences qui sont importantes mais dans la grande majorité des consultations il y a quand même surtout cette capacité à créer un lien avec le patient et... Et on sent bien quand on n'a pas ce lien il y a quelque chose qui manque à la fin de la consultation... donc je dirais qu'il y a une connaissance, il y a plusieurs manières de l'appliquer... La base c'est d'avoir cette connaissance ou de savoir où la retrouver et la mettre en pratique euh et après à plusieurs manières y a des manières qui conviennent à certains patients, d'autres, à d'autres patients »

- La pensée complexe :

E5 : « Le sens de la médecine pour moi... je dirais la capacité de passer d'une échelle nanométrique à une à une échelle métaphysique, en prenant en considération donc l'action du néphron jusqu'à l'approche de l'être humain empreint de spiritualité ou même de croyances. Et ... et c'est cette capacité à allier le technique et le philosophique, la relation simple entre deux personnes, la confiance que l'on reçoit ou que l'on peut donner aussi... et donc ouais je dirais vraiment cette capacité à allier différentes échelles, qui sont inhérentes à l'être humain, et c'est ça que j'y trouve... c'est... et c'est fou. »

L'ensemble de ces qualités évoquent en partie la célèbre « marguerite des compétences » de l'internat de médecine générale, évoquée dans notre introduction.

Si l'idéal est une représentation instantanée à un moment donné d'une histoire, la construction identitaire est un processus dynamique. Il s'agit d'explorer comment les internes se construisent.

ii. Le sens de la médecine

La question du sens est centrale dans le processus de construction identitaire. Cette herméneutique participe à construire les représentations et la dimension émotionnelle de l'identité, parce que le sens est moteur de désir.

Pour les internes, les éléments de réponses mettent en évidence trois motifs fondamentaux porteurs de sens :

- La dimension de relation : être en relation

E3 : « Être au contact des gens. Alors parfois je trouve ça quand même très fatigant, je suis pas très extraverti, donc ça me fatigue pas mal d'être en contact de gens, mais ça me fait plaisir... ça me rend heureux. J'aime, j'aime avoir un métier où je rencontre des gens, et je suis en contact avec des gens, donc c'est principalement la première chose que qui me donne de... du sens, dans la médecine »

E6 : « Ce qui m'a poussé à continuer et à vraiment entreprendre le fait de faire médecine après le bac et cetera, bah c'était aussi tout le rapport au patient, je trouvais ça super intéressant de pouvoir prendre soin... »

- La dimension de service : être utile

Il s'agit d'aider les personnes de manière directe, concrète. Nous relevons également à travers ces différents verbatim le caractère nécessaire et indispensable de l'aide apportée.

E2 : « ça avait un ... un sens pour moi d'être utile pour les autres. »

E3 : « Et la 2e chose bah... c'est pouvoir... me rendre utile. Avoir un métier... utile aux autres personnes, les aider d'une manière physique, verbale, ou autre. Pouvoir agir pour d'autres personnes directement et avoir une action concrète directe... Les maths ou la physique, ben j'aurai des calculs, j'aurais été content de... de ça, j'aurais compris des choses, et j'aurais peut-être pu faire de loin des choses pour pouvoir aider, aider ... je sais pas sur le climat, sur des choses comme ça...mais ça aurait pas été une action directe et concrète. »

E7 : « Parce que en fait je me retrouvais si tu veux toute la toute la journée, pour faire simple, à faire des PowerPoint toute la journée, des présentations voilà, et ça n'avait vraiment aucun sens par rapport au sens que moi je voulais donner à ma vie, et donc ça a été un moment de un moment de vie où bah j'ai pris la décision de repartir un peu de zéro, de tout arrêter, de reprendre du coup ce vieux souhait de faire médecine, que j'avais déjà auparavant et qui est plus en adéquation avec l'idée de que j'avais en tout cas à cette époque-là de servir ...de servir les autres quoi. »

E6 : « On peut pas se passer la médecine c'est un des seuls métiers pour moi qui a encore du sens... enfin tous les tous les métiers de soins en fait ! ça fait partie pour moi des seuls métiers qui ont encore du sens, et qui sont vraiment là pour aider le reste de la population on va dire. »

E4 : « ça avait du sens, parce que c'était un métier qui était dans le social, dans l'aide aux autres... s'occuper des autres avait du sens pour moi, ça correspondait quand même à mes valeurs... »

- La dimension morale : être bon, être juste, faire le bien

E1 : « Et du coup ça tu vois ce... cette bonne image du médecin, et je pense que c'est quelque chose qui m'est resté vraiment fondamentalement, c'est que voilà pour moi, médecin c'était être quelqu'un de bien. Et du coup j'ai fait cette association-là de manière inconsciente »

E2 : « Un attrait pour essayer de faire du bien autour de moi »

E5 : « Est-ce que c'était bien, est-ce que c'était mal, et cette notion est importante, il y a des choses qui sont bien, des choses qui sont mal, il faut toujours lutter contre le mal et toujours essayer de faire le bien on n'arrive pas tout le temps mais la première étape c'est de ne pas faire de mal... c'est d'être juste, en tout cas. »

iii. La question de la vocation de la médecine

Bien que les aspects évoqués ont une portée herméneutique, il est intéressant de souligner que ces motifs symboliques ne suffisent pas toujours à rendre compte de la question complexe de la vocation de la médecine. Pour certains, le désir de la médecine remonte à longue date.

E7 : « J'étais ingénieur en fait à la base, j'ai travaillé pour une grande boîte d'édition logicielle pendant 3 ans... mais je voulais faire médecine déjà quand j'étais au lycée en fait quand j'étais en terminale, et donc sur le... enfin voilà travailler en tant que en tant qu'ingénieur je me retrouvais pas du tout dans ce travail, et donc c'est là qu'est revenue ensuite d'une reconversion professionnelle. »

Pour d'autres, le choix initial de la médecin n'est pas une évidence limpide, et ils n'estiment pas forcément avoir de vocation, quand bien même ils sont en mesure de rendre compte de ce qui, en médecine, est porteur de sens pour eux.

E3 : « Je suis actuellement en 5e semestre de médecine générale, et j'ai choisi la médecine parce que je ne savais pas ce que je voulais faire (rires). J'ai choisi la médecine un peu par défaut »

E2 : « Alors pour moi c'était initialement des bons résultats scolaires qui m'ont orienté vers des études qui devaient être jugées comme étant bonnes (...) et donc du coup c'est la voie qui m'a été proposée avec aussi on va dire un contexte familial qui a fait que de par des proches qui étaient dans la santé ça a paru être une voix qui semblait bonne pour moi et je me suis retrouvée là-dedans... »

E4 : « j'ai choisi médecine après le lycée euh, je savais pas exactement ce que je voulais faire, j'avais pas de choix particulier... c'était pas une vocation depuis toujours la médecine pour moi. (...) ben il fallait faire des études... c'était un peu notre choix qui nous déterminait... enfin des réflexions qu'on nous impose un peu au lycée quoi. »

On peut remarquer que, si ces internes n'ont pas vraiment ce qu'on pourrait désigner de manière profane comme « avoir la vocation », étymologiquement parlant (vocare : appeler) il y a beaucoup d'aspects qui les « appellent » ou qui les « rappellent » en médecine, au long de leurs études, au fur et à mesure de leur cheminement et de leur construction identitaire dans ces études. Le choix n'est pas une évidence :

E2 : « J'ai fait mes études du coup petit à petit année par année où ça s'est validé... et ...et je m'y plaisais... donc j'y suis restée »

E3 : « J'hésitais entre faire de la physique, des maths et au final je me suis dit que je ne savais pas quoi faire comme métier qui avait un sens après ça donc je me suis dit pourquoi pas la médecine, même si la biologie ça ne m'intéresse pas beaucoup... du coup je vais aller en médecine, et au final, ça ne m'a pas beaucoup plu ! Donc j'ai fait une licence de physique à côté qui m'a beaucoup plu, sauf que je ...j'en suis revenu, au fait que ça ne donnait pas forcément de sens à ce que je faisais, donc je suis revenue en médecine, et là, je dirais, je commence à m'y plaire (...) . J'ai fait un stage dans un laboratoire de physique théorique aussi, c'était vraiment très chic très cool très intéressant... ça a duré 3 mois j'étais... j'étais trop content, j'aimais trop, et puis au bout de 3 mois, je me suis dit bon, les patients ça me manque quand même de discuter avec des gens, de rencontrer des gens, et de faire de la médecine. »

E4 : « Je l'ai eu (la PACES) du premier coup, du coup j'ai continué pour voir si ça me plaisait, en me disant on verra et... et après l'idée de l'armée m'est passée, quand j'ai grandi, de par mon évolution, et de ce que je voulais faire, et du coup j'ai continué la médecine.... ça m'a plu... quand même. Enfin j'étais curieux de voir après la suite (...) donc j'ai poursuivi un petit peu et maintenant actuellement je suis pas mécontent du choix... c'est un... il y a plein de choses positives, qui m'apportent, que je trouve très intéressantes et que j'ai envie de faire plus tard... »

Le choix de la médecine est motivé par un attrait pour le corps humain, la biologie, les matières scientifiques, mais aussi pour les humanités :

E2 : « Alors pour moi c'était un attrait pour les sciences, un attrait pour le corps humain »

E4 : « J'étais en filière S ... je voulais quelque chose à la fois scientifique et puis ... Ben j'étais quand même attiré par ...par le social... euh y avait un côté scientifique et moi j'étais plutôt intéressé par les matières scientifiques... mais en même temps je fais du théâtre aussi au lycée j'étais intéressé par le français, et j'adorais aussi la philo, ces choses-là. »

E6 : « J'étais très intéressée par tout ce qui est sciences humaines, et puis sciences, fonctionnement du corps, physiologie, anatomie, donc c'est la première chose qui m'a qui m'a en fait me fait tourner vers cette voie... »

iv. Le choix de la médecine générale

Le choix de la médecine générale est apparu comme un juste compromis, une synthèse issue de la maturation progressive, du cheminement de l'étudiant, qui cherche à tenir ensemble des aspirations multiples.

Souvent, le choix ne s'est pas fait de manière limpide, il s'est fait dans le tâtonnement, en pesant le pour et le contre de chaque aspect, en hésitant avec d'autres spécialités, ou bien en second choix après avoir écarté d'autres spécialités, par choix ou par contrainte du classement de l'ECN.

Nous avons relevé :

- **La nécessité d'un équilibre vie professionnelle-vie personnelle.**

Les internes qui ont fait ce choix aspirent à un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle, et prennent en considération leur vie personnelle dans leur choix de spécialité. La durée du DES de médecine générale, plus courte que les autres DES, fait partie de cet équilibre¹⁰².

E1 : « Il se trouve qu'au final au classement des ECN j'aurais pu éventuellement avoir certaines chirurgies mais pas dans Paris... Or moi j'ai ma copine, mes amis, j'ai ma famille sur Paris, et je pense que j'étais pas assez fanatique de la chirurgie, du bloc opératoire pour vraiment me lancer là-dedans... »

E3 : « La médecine générale, parce que c'est pour pouvoir aménager mon temps, et pour faire autre chose que de la médecine en dehors, »

EE1 : « Le fait que ce soit un internat plus court, de 3 ans, je me disais j'aurais plus de temps libre pour faire d'autres choses »

E1 : « J'ai eu l'attrait pour la médecine générale (...) de par l'internat qui était plus court aussi on va pas se mentir »

- **L'aspect polyvalent de la connaissance et de l'exercice de la médecine générale, l'ouverture :**

E1 : « Peut-être je vais essayer la chirurgie, si j'ai pas la chirurgie, je prendrai une spécialité médicale très transversale parce que de toute façon je suis pas du genre à être spécialiste d'un organe, à prescrire toujours la même chose, à avoir tout le temps la même pathologie, ça c'était pas pour moi (...) j'ai eu l'attrait pour la médecine générale de par son côté transversal, »

¹⁰² Au moment des entretiens le DES de médecine générale était d'une durée de trois ans mais depuis 2024 il est passé à quatre ans.

EE2 : « Il n'y avait rien qui me... enfin j'aimais un peu tout, sans avoir eu de vrais coups de cœur parmi mes stages... Mon stage de med gé n'avait été ni particulièrement bien ni particulièrement entraînant ni... euh mais il était bien quand même et puis je me disais surtout que ça me permettait de faire plein de choses (...) J'avais hésité un peu avec la pédiatrie à un moment donné, mais le fait d'être med gé ça permet de voir un peu de tout, et de pas rester euh... enfin de voir à la fois des enfants et pas que des enfants donc je trouvais que c'était un choix qui nous laissait encore très très libre... »

E4 : « Y avait plusieurs spécialités qui me plaisaient, j'avais pas un choix, enfin ce pourquoi j'ai fait médecine, et du coup je pense que j'ai choisi quelque chose de plutôt général, pour varier mon activité, pouvoir faire à la fois la médecine d'urgence, de la pédiatrie... (...) mais voilà j'ai pas j'ai choisi la médecine générale parce que c'est tout ce que je voulais faire depuis toujours, mais c'est venu tout seul à mesure, ouais... varier la pratique et puis rencontrer des... des situations différentes... »

EE1 : « Je savais que si je continuais dans une spécialité autre que médecine générale ou santé publique ça allait encore m'enfoncer là-dedans (le biomédical, la science pure), et moi j'avais vraiment envie d'ouverture »

- **L'approche globale et holistique du patient, l'approche centrée-patient, la relation de soins,**

EE1 : « La médecine, qui est quand même une science que j'aime bien et qui est très intéressante parce qu'il y a beaucoup de réflexions, que quand même le contact avec les patients, les gens, c'est quand même hyper intéressant hyper enrichissant »

EE1 : « La Santé publique c'était trop m'éloigner aussi des patients quand même... j'aime bien être en en leur contact. »

E1 : « J'ai besoin de voir des adultes, j'ai besoin d'avoir une vraie communication, une vraie discussion, »

EE2 : « Le temps d'une consultation de Med Gé je trouve qu'on a vraiment un rôle qui est complètement différent on est vraiment assis en face de quelqu'un et on va vraiment parler avec cette personne et être vraiment consacré que à cette personne. »

E3 : « La médecine générale (...) pour pouvoir m'impliquer plus sur le côté relationnel avec les patients. »

E6 : « Il y avait aussi ce côté justement de relations de soins qui m'intéressait beaucoup... et c'est d'ailleurs pour ça que j'ai pris une médecine générale et pas forcément autre chose voilà. »

- **Le refus de la pratique exclusivement hospitalière, ou le compromis ville-hôpital.**

EE1 : « La med gé te permet d'être en cabinet et d'être à l'hôpital... j'avais vu à l'époque il y avait des postes internat ville hôpital qui existait, et du coup je me suis lancé dans la med gé »

EE2 : « Et puis surtout, surtout, du coup ce que je vois là en étant un peu à l'hôpital, ben ce que je trouve qui est très bien en méd gé, c'est que on a pas du tout la contrainte de... enfin on a beaucoup moins la contrainte de la paperasse, d'être en fait devant un ordinateur pendant presque toute la matinée au lieu d'être dans la chambre des patients à parler avec eux (...) »

E3 : « Il y a une époque où je me disais que je voulais aussi travailler l'hôpital public parce que ça me semblait être la meilleure chose pour rendre service aux gens et pouvoir être présent, et au final maintenant je suis à l'hôpital je ne supporte plus parce que parce que les conditions sont tellement dégradées, désagréables, que j'ai juste l'impression d'être maltraitant les 3/4 du temps, ou de ne pas

faire de la médecine et de faire de l'administratif donc je... je considère que c'est toujours un très bel endroit mais je m'y vois pas du tout... »

E4 : « Enfin... pouvoir varier... médecine polyvalente à l'hôpital ... j'aimais à la fois l'hôpital, et à la fois le cabinet, enfin je sais pas j'aime bien un peut tout faire, mais ... »

b. Diverses influences dans la construction identitaire

i. Les modèles de rôles, la figure du maître, et l'étayage de l'entourage

Les modèles de rôles participent à la construction identitaire en agissant symboliquement, par phénomène d'identification. L'étudiant, en s'identifiant ou non à une personne, affine son identité professionnelle, et se positionne dans la continuité ou dans la rupture par rapport à cette personne. L'apprentissage par compagnonnage est une part importante de la formation du médecin. Parce qu'il est en formation d'une part, et de manière continue sur le terrain d'autre part, l'étudiant en médecine cherche la figure du maître. Il y a dans la figure du maître une figure d'attachement, car il y a une implication de la dimension émotionnelle de l'identité personnelle, du fait d'une véritable relation de personne à personne, même si elle doit être éphémère.

On peut identifier :

- Les pairs, les médecins rencontrés en stage, les maîtres de stage :

E6 : « Je pense que c'est comme ça qu'on se qu'on se forge, enfin les stages, les stages, c'est la principale chose je pense... A la fois des fois on va croiser des maîtres de stage où... je parle pas forcément depuis l'internat hein, même depuis la P2 quoi, on va on va voir des médecins on va dire « Oh là là mais il est super ! Comment il parle, comment il fait savoir, comment il écoute, comment il examine, comment il réfléchit, tout ça, on va se dire « waouh ça c'est génial » et du coup bah j'aimerais bien lui ressembler... et d'autres fois bah au contraire on va dire « oulala mais j'aimerais pas du tout lui ressembler je trouve que ce qu'il a fait c'est pas ouf » ...voilà et en fait moi déjà il y a pas mal de... c'est vraiment dans le... dans... comment dire ouais dans l'apprentissage comme ça dans les stages, où je me suis dit j'aimerais être comme ci, j'aimerais être comme ça, j'aimerais être comme ça. »

E3 « Les rencontres de certains médecins qui me... que j'aimais bien, ou de certains médecins que je n'aimais pas du tout pour pouvoir, comme on m'a dit plusieurs fois, lorsque tu vois un médecin, bah tu prends ce qui t'intéresse, et tu vois ce qui t'intéresse pas, donc c'est globalement ça qui m'a aidé à être ce bon médecin, en particulier sur le côté relationnel, et sur le côté implication pour le patient. »

E1 « J'ai beaucoup posé de questions en stage, j'ai suivi pendant quelques temps les unités de soins pal' des hôpitaux où j'étais notamment parfois à Bichat à Saint Louis aussi, j'ai eu pas mal de discussions, alors des fois c'était juste après le staff avec des internes et des chefs des stages, mais on avait souvent des discussions politiques et c'est là que j'ai le plus appris en soi, c'est avec les discussions très ancrées dans le réel, dans les prises en charge je pense que c'est là où je me suis vraiment formé sur ce côté relationnel et éthique »

- Les paramédicaux, les autres professions médicales :

E2 : « Et puis je pense, même si ça c'est pas la première idée que j'ai eu, mais parfois aussi les les paramédicaux, je pense qu'ils ont été importants, parce que ils ont assez souvent remis en question l'image du médecin. Et moi je me souviens qu'à plusieurs reprises j'ai des sages-femmes, j'ai des infirmières... euh des aides-soignantes, aussi, qui m'ont dit « Souviens-toi plus tard quand tu seras

médecin, n'oublies pas telle chose, fais attention à pas faire comme eux » ou des choses comme ça et je pense que ça aussi indirectement ça a pu faire germer certaines idées ...voilà je sais pas lesquelles exactement, mais je pense que ça peut participer aussi à l'image de qui tu es derrière. »

Nous voyons dans le « souviens-toi », « n'oublies-pas », que la figure du maître sollicite les composantes cognitives, affectives, de l'étudiant, dans une rencontre personnelle.

E5 : « Et ça c'est parce que ...bah j'ai eu des... ouais il y a certaines personnes, c'était des maîtres...pas à penser, mais médicaux, et où ils m'ont vraiment appris à... à devenir médecin... petit à petit étape par étape, en me prenant là où j'étais, et pas en idéalisant une personne qu'ils auraient voulu que je sois. Et c'est ça que je trouve assez intéressant, que j'essaie de faire parfois avec des étudiants et de temps en temps c'est dur, et j'arrive pas à le faire, mais c'est pour ça qu'on est que c'est bien quand on est plusieurs (sic : chefs) dans le stage parce que il y a des étudiants avec qui ça se passe bien et d'autres moins, mais j'essaye voilà de donner ce que j'ai reçu c'est ... c'est à dire vraiment prendre la personne où elle est, où elle en est, et l'aider à voir ce qui me paraît intéressant parce que c'était ce que faisaient mes chefs avec moi, ils m'amenaient à observer à comprendre ce qui se passait, pourquoi ça se passait (...) moi c'est vraiment enfin moi je l'ai vraiment eu (cette conscience de l'être humain) en stage c'est en voyant faire et ensuite en prenant conscience. En explicitant ce que j'avais perçu ce que j'avais compris et on m'a permis de l'expliciter parce que au début on te montre, t'observe, et puis à un moment donné, on te fait comprendre ce que t'es en train d'observer (...) dans le fond ce qui m'a le plus marqué et le plus construit, c'était vraiment ces personnes qui me permettaient de de voir en pratique ce qui se passait, et pourquoi ça se passait et comprendre les ressorts qu'il y avait derrière. »

Nous retrouvons très bien dans ce passage la figure du maître qui édifie un étudiant, l'ensemble des attitudes, des réflexions des personnes qui l'ont inspiré. Nous observons l'importance du fait que le maître accueille l'étudiant là où il en est, pour l'emmener à un autre niveau.

- Les médecins connus antérieurement à la formation initiale :

Pour E1, la figure du maître apparaît aussi à une étape très antérieure aux études de médecine, et se superpose avec la figure du sauveur :

E1 : « En fait j'ai en 2004 j'ai eu j'ai eu une péritonite, j'avais un énorme abcès qui a pété dans le bide et j'étais pas passé loin de décéder en fait. Et j'ai eu un contact avec des médecins qui étaient top. C'était à Trousseau, et je les ai revus d'ailleurs j'ai été en stage avec certains des médecins qui m'ont opéré quand j'avais 8 ans et du coup j'ai un peu parlé avec eux et bah c'était sympa.... bon eux tu vois j'étais un petit qui arrivait sur une de leurs garde tu sais ils ont pas un souvenir inébranlable de moi alors que moi je revois très bien leur visage tu vois même c'était quoi c'était 1000 ans après ...et du coup ça tu vois ce ... cette bonne image du médecin. »

- Le patient

La figure du maître peut être trouvé au sein de ses pairs, mais également, dans la relation avec le patient. L'étudiant se met à l'école du patient, en vue d'user de son savoir et de son savoir-faire au service du malade :

E6 : « Ce qui aide à faire un bon médecin je trouve que c'est bah alors déjà encore une fois mais les stages, aller en stage, aller en stage, s'intéresser, examiner des patients. Parler avec les patients ! Juste parler ! Genre pas forcément faire un interrogatoire, alors je déteste ce mot mais voilà, policier, mais non ! Juste discuter en fait. Pareil, discuter avec ses collègues, apprendre de de leurs expériences.... Eux ils ont vécu tout ça avant nous.

E5 : « Le besoin d'un étudiant c'est pas d'avoir un casque de réalité virtuelle, ou une séance de simulation pseudo bien structurée, il a besoin d'être à côté d'un malade. Avec quelqu'un qui lui dit « Ben voilà un malade c'est ça, et voilà ce qu'il faut ce qu'il faut faire, par où tu commences, comment tu commences » et donc c'est vraiment ... La théorie à la fac, oui, mais surtout la mise en pratique progressive au lit du malade le plus longtemps possible. »

E2 : « Ça a été aussi au fur et à mesure de mes études, moi-même du coup, au lit du malade, »

- **Les personnes de l'entourage personnel de l'étudiant :**

E2 : « Ça a pu être aussi dans ma famille via du coup certains qui étaient médecins, pharmaciens, qui ont donné du coup une vision de la médecine et puis une certaine vision de la médecine lumineuse une expérience parfois aussi avec des récits livresques en plein milieu du repas de famille, »

E5 : « Des patients, des oncles et tantes ouais je dirais que c'est surtout des personnes parce que ce qui m'intéresse c'est le point de vue de l'individu, c'est-à-dire qu'il y a le point de vue du système mais qui est toujours biaisé. Le point de vue de l'individu, à un moment donné, il a ressenti quelque chose et... et quand j'ai le temps j'essaie de comprendre le pourquoi, et qu'est-ce qui s'est passé, et même si j'ai pas si j'étais pas acteur dans la situation qu'il avait vécue, j'essayais de me dire bah tiens qu'est-ce que... est-ce que moi parfois j'ai pu créer ce stress, que j'ai pu créer cette tristesse, et comme ça m'armer un petit peu face à une situation qui pourrait être une situation qu'on m'a relatée à un moment donné. »

E4 : « Il y a aussi les débriefs avec la famille ou les amis, des situations. »

ii. La place de l'étayage artistique et culturel personnel

Certains étudiants ont un cursus artistique ou culturel qui les aident dans leur pratique de la médecine, dans leur réflexion personnelle, et notamment dans l'empathie, dans l'écoute, que ce soit du patient, de ses propres réactions, ou de ses collègues :

EE1 : « Après en dehors de médecine moi je fais du théâtre mais depuis que je suis enfant donc j'en ai fait pendant toute .. enfin ça fait très longtemps que j'en fais, et pendant l'externat oui j'en faisais en 4e 5e et 6e année, j'en faisais toujours 3h par semaine et après j'allais voir pas mal de pièces d'opéra, de cinéma, de films aussi euh... de musées... Après en règle générale j'aimais bien avoir une ouverture, et faire des choses totalement différentes du domaine médical dans ma vie un peu perso, dans ce que je pouvais faire à côté... »

E4 : « En fait le théâtre ça apprend énormément à... Bah pour être juste il faut s'écouter soi-même, il faut écouter son... ses partenaires, faut écouter aussi le public quand c'est une scène très proche. Donc tout ça s'apprend en fait l'écoute. Ça développe l'écoute encore plus et en consultation tu passes un peu moins à côté de choses je pense. Ça te permet d'être plus... plus sensible à ce que le patient va dire et de plus capter le ressenti du patient, et ce qu'il a voulu te dire, les choses qui le préoccupent, pour pouvoir adapter ton message avec ce que t'as ressenti du patient quoi (...) Mais si t'es pas à l'écoute, ben tu vas pas voir cette peur et cette crainte, et du coup tu vas pas pouvoir la déconstruire, et rassurer à ce niveau-là, les rassurer sur leur peur quoi... donc ouais, ça permet d'être vraiment d'être à l'écoute de ce que le patient a en face de toi quoi (...) Même des choses qui avant allaient provoquer chez moi une réaction d'énervernement, parce que un patient va me dire telle chose, maintenant ne provoquent plus forcément de réaction d'énervernement parce que je comprends pourquoi le patient dit ça, et j'ai cerné en fait qu'il était stressé ou qu'il était... bref qu'il y avait un truc qui l'inquiétait »

E4 : « Et ça te permet de aussi de savoir, de ressentir tes émotions à toi, quand tu vas aborder un sujet, ben si t'es stressé et tout ça tu vas pouvoir reconnaître que t'es stressé enfin intérieurement, et du coup te dire « bah c'est moi qui ai stressé, faut que je me tranquillise, je vais adapter mon discours, c'est pas grave, ça va aller » ou... parce que c'est un truc qui te met à l'aise, du coup tu vas savoir que c'est toi que ça met mal à l'aise, et pas c'est pas le patient qui te mets mal à l'aise, donc ça permet d'être un peu plus au clair avec ce que tu ressens je pense des fois ».

E4 : « Je le vois chez mes collègues qui vont... qui vont être beaucoup plus... agressifs dans leur réaction, dans leur réponse, verbalement, avec un peu plus de tension, un peu plus de d'anxiété dans leur voix, ou voilà ils vont être plus énervés, et du coup en fait ben la relation se passe moins bien avec le patient parce que... Ben ils ont pas cerné le truc en fait. Ils sont moins bons.. et ça je pense que bah c'est ouais... tu le vois chez pas mal de personnes, même je pense que chez quasiment tout le monde, en fait, sauf chez des gens qui ont un peu plus d'expérience aussi, et puis qui sont plus... qui justement savent être énormément à l'écoute. Mais ouais tu le vois chez beaucoup de personnes. »

E3 : « Je me suis inscrit à parcours sup pour faire une licence d'histoire à distance, mais ce sera à partir de l'année prochaine (...) l'histoire j'aime beaucoup parce que.... bah déjà c'est une histoire. Lire l'histoire d'autres personnes... Lire l'histoire générale, puis essayer de comprendre ce qui s'est passé avant, d'où est-ce qu'on vient... Pouvoir aussi apprendre des choses du passé pour lui éviter de pouvoir mieux comprendre les situations d'aujourd'hui, et pouvoir éviter de reproduire des erreurs pour la suite... ou pouvoir prendre un peu de recul... donc c'est globalement ça. là je m'intéresse du coup à la place du médecin dans l'histoire des épidémies, donc de la peste, la variole, le sida, et le COVID... Et globalement je m'intéresse pas trop pathologies, mais principalement aux réactions des... à la place du médecin, aux réactions des autorités, des gens, et tout ça, face à la... face aux épidémies. Et la place qu'a pu plus ou moins avoir le médecin. »

c. L'internat : une période de prise de conscience multiple

Dans le parcours étudiant, la transition d'une étape à l'autre n'est pas toujours un processus fluide mais est plutôt marquée par des discontinuités abruptes et est précipitée par l'émergence de « crises ». Il y a un décalage entre la représentation qu'il a de lui-même dans son rôle professionnel et sa compréhension des expériences et des défis auxquels il est confronté. Par ces crises, il développe une nouvelle compréhension du monde et une nouvelle compréhension de lui-même (ce qui représente une nouvelle étape identitaire).

L'internat est une phase importante du processus de formation durant laquelle il y a une transition de rôle : le passage de l'étudiant à l'interne, un passage du monde théorique à la « vraie vie » qui se traduit comme un choc de la réalité. Il y a une prise de conscience multiple sur la réalité de la profession. Nous relevons trois aspects de ce choc.

i. Identité pour autrui : envers le patient et envers la société

- La médecine comme bien de consommation

Certains internes expriment le sentiment que la médecine est réduite à un bien de consommation dans une société occidentale qu'ils estiment consumériste.

Il y a un écart entre leur perception du statut de la médecine dans la société – une médecine au service de la société, un médecin qui use de son savoir-faire pour servir les autres – et la perception qu'ils ont de la manière dont la société voit la médecine : une prestation de service.

E1 : « Maintenant la médecine - et ça j'y suis un peu arrivé par ma thèse et mes entretiens - je trouve que la médecine est devenue un bien de consommation comme un autre dans notre société très mondialisée très globalisée ou tout le monde consomme de gauche à droite en fait... tu vas chez le médecin faire une consultation donc tu sollicites quelqu'un qui a fait à minima neuf ans d'études comme t'achèterai un truc sur Amazon tu vois et ça je trouve que la société voit... voit la médecine maintenant comme moyen de conso quoi et ça je trouve ça assez déplorable. »

E2 : « La médecine a une place qui est très importante, et qui pour autant a peut-être changé ces dernières années... moi j'avais un regard initialement de jeune patiente, enfant, ça me semblait être une posture privilégiée, une personne qu'on respecte avec un... un rôle important, tant bien dans la société que également dans le soin, et dans la santé de façon générale, et j'ai l'impression que... au cours de mes années d'études, j'étais très contente, et j'avais l'impression d'avoir ce... ce rôle, d'être importante pour la santé des gens surtout... et puis quand j'ai commencé à avoir davantage de responsabilités, des fois j'ai eu l'impression que... peut-être c'était un peu ... abîmé, le rôle du médecin. On voyait arriver des fois des patients avec une liste de courses...on devenait... on avait un métier qui se résumait parfois à un métier de service, avec certaines obligations aussi qui sont des fois réglementaires voilà.... et pas forcément la même considération que moi j'avais pu avoir quand j'étais plus jeune. (...) J'ai plus l'impression que ... on vient voir le médecin comme on viendrait voir n'importe quel métier de service... on... on vient avec une requête particulière, avec une demande d'ordonnance, de papier, un besoin de justification... J'ai l'impression des fois que les choses sont dues. Que le temps est dû. Que c'est pas normal si telle consultation a duré moins que la précédente, avec un temps d'attente qui a pu être long au préalable, c'est pas normal si on sort d'une consultation sans avoir eu un papier à la fin de la consultation ... plein de choses comme ça qui me posent question. Comme si le médecin avait été un peu viré de son piédestal. »

E6. « J'ai un peu cette impression que bah... en fait plus le temps passe et moins au final les gens trouvent ça important... que le soin devient un peu une denrée consommable... Et ça je trouve ça un peu décevant... »

On perçoit une déception, une frustration dans certains verbatim concernant la représentation sociale du médecin, avec la perception d'un déclassement du statut du médecin. Il y a une incompréhension de ce rôle attribué par la société, qui entre en conflit avec leur représentation de soi en tant que médecin et leur aspiration initiale : ils souhaitaient être utiles, ils se sentent utilisés comme prestataires. A travers cette frustration, on perçoit un besoin de reconnaissance par le patient, par la société, de la nature de leur engagement.

E1 : « Je vais pas te mentir il y a aussi ce côté, j'attends un certain respect de par le fait que je vois des choses qui sont extrêmement difficiles au quotidien... »

E1 : « Tu vois tu rentres aux urgences quand tu rentres comme tu rentrerais dans une boulangerie. La chef de service des urgences de T. elle me disait en parlant de certains patients : putain mais lui il a vu de la lumière il est rentré quoi ! C'est... ils ont...ils sont même pas vraiment malades ! Ouais tout le monde consulte pour n'importe quoi et y a plus trop de respect quoi »

E6 : « Et du coup c'est pas forcément ...c'est vrai que des fois c'est pas forcément très gratifiant parce que tu dis tu fais des choses que pas mal de d'autres gens ne feraient pas et au final bah c'est pas forcément reconnu, je trouve ».

- Un investissement attendu comme total

E6 : « *Les études on commence tôt, on finit on a quasiment 30 ans, et au final on n'a pas forcément l'impression que ce soit totalement reconnu, que les gens se rendent pas compte qu'on fait des sacrifices. Pour eux quand on quitte à 20h00 le cab c'est normal, et c'est pas quelque chose qui leur paraît difficile alors que pourtant dans d'autres... dans d'autres métiers jamais on demanderait de faire ça, il y a plein de choses qu'on demanderait de pas faire. Mais sauf que, bah nous, comme on est médecin on se doit d'être entre guillemets à la disposition des gens, de la population c'est comme ça que je le ressens en tout cas et du coup pour eux bah c'est normal de quitter à 20h00, c'est normal de travailler le week-end, c'est normal en fait... il y a pas de débat quoi c'est juste c'est normal que ce soit comme ça* »

Nous percevons la frustration de E6 concernant la manière dont elle ressent le regard de la société sur sa fonction : elle se doit d'être à disposition, il y a une normalisation et une banalisation de la charge de travail du médecin, une attente de sa disponibilité qui doit être totale. Un médecin doit être disponible, le plus possible, et pour satisfaire les requêtes des patients.

Les internes ont conscience du caractère indispensable de la médecine dans la société, du nécessaire investissement du bon médecin dans sa charge, dans son travail, ce qui a également une portée herméneutique. Le bon médecin est celui qui s'investit, qui engage une part de lui-même, et qui agit nécessairement au-delà des obligations formelles classiques d'un travail. Il y a une notion d'investissement de soi qui dépasse les obligations formelles et les limites de temps ou d'argent :

E6 : « *Parce que en fait, on se dit que... on donne quand même beaucoup de notre temps... bah notre vie finalement même.* »

E2 : « *Un bon médecin ? je dirais une perle rare, un médecin qu'on a du mal à trouver à l'heure actuelle, un médecin qui fait pas une téléconsultation en 2 min chrono. Euh... un médecin qui compte pas son argent et son temps, et qui peut se permettre justement d'avoir du temps, sans regarder sa montre, pour t'écouter.* »

E4 et E5 mettent en avant un aspect spirituel, salvateur, quasi-sacerdotal de la médecine, en mettant en avant la disponibilité du médecin et sa susceptibilité d'accueillir celui qui souffre, qui livre sa souffrance, voire qui s'abandonne au médecin :

E5 : « *La médecine est plutôt un peu plus à côté de la société, disponible pour ceux qui souffrent dans la société, même ceux qui a priori n'ont pas l'air de souffrir, et on est un peu là en retrait, on offre un temps un peu d'accalmie extérieure au monde où les gens peuvent se livrer, et où on peut vraiment les accompagner* »

E4 : « *Et voilà donc le rôle de la médecine c'est ouais... de veiller les uns sur les autres quoi..* »

- La nécessité ressentie de la préservation de soi

Pour autant, les verbatim ci-dessous marquent un conflit sur le plan de l'investissement, avec une vigilance de ne pas trop s'investir, de se préserver, à la fois dans la relation de soin, mais aussi dans la charge de travail, dans le temps de travail. On observe un conflit interne entre l'idéal du médecin entièrement donné au service des patients, et le sursaut, la nécessité d'une sauvegarde personnelle, d'une ligne rouge à respecter.

E2 : « Un bon médecin c'est peut-être un médecin qui prend sur lui... Un médecin qui prend sur lui pour les autres... mais il faut faire attention que ça aille pas « sur » lui pour autant, et que ça gêne son quotidien... (...) Je pense que le souci des bons médecins, c'est peut-être que derrière ils ont du mal à rester bon médecin longtemps parce qu'ils prennent trop sur leur vie personnelle. Quelqu'un qui sait rester 1h pour écouter quelqu'un qui va bien c'est quelqu'un qui entend la souffrance des gens, c'est quelqu'un qui peut parfois compatir, parce qu'il dépasse l'empathie, c'est quelqu'un de qui du coup reste trop tard, c'est... (elle se tait et sourie). »

On voit le conflit de E2 entre son idéal du bon médecin, investit à sa tâche jusqu'à l'oubli de soi, et la nécessité d'une sauvegarde du soi « personnel », de son identité personnelle. On retrouve ces motifs dans les verbatim de E3 et E6 ci-après, avec un conflit de priorités et de valeurs perçues comme opposées entre d'un côté le service du patient, de la société, qui nécessiteraient un sacrifice de la vie personnelle et un effacement de soi, et de l'autre côté la vie personnelle, l'épanouissement personnel.

E3 : « Ben il y a un côté... une partie de moi qui t'aurait dit de faire passer le patient avant soi, sauf que c'est pas très sain... Mais penser aux biens des patients avant tout, et en même temps penser à son propre bien, pour pas ... pour pouvoir rester un médecin sur le long terme et pouvoir rester bien avec les patients, donc trouver un équilibre entre le professionnalisme pour le patient, et puis professionnalisme avec soi-même... »

E3 : « En plus avec toutes les questions de coercition en ce moment je me pose la question de est-ce que le médecin peut se contenter d'être un médecin, un médecin libéral à faire ce qu'il veut, faire ce qu'il veut sans que sans que les gens aient accès à un médecin, ou est-ce que les gens peuvent... ou est-ce que le médecin devrait être un peu une fonction de l'Etat, comme... comme les militaires, pour répondre aux besoins de santé des gens et cetera.... Parce que c'est quand même un très grand luxe que le médecin a de pouvoir être libéral, pour travailler 3 jours par semaine et gagner 5000€ par mois, c'est un luxe énorme que la plupart des gens n'ont pas, donc je me dis que c'est quand même assez inégalitaire, mais après moi j'aime... J'aime bien ce confort, donc je vais pas me plaindre, mais je me pose je me pose un peu cette question, je ne sais pas trop comment je me positionne par rapport à tout ça, entre le confort de pouvoir faire ce que nous on veut, et puis le besoin que les populations peuvent avoir... Mais le fait de répondre aux besoins de ces populations bah ça va aussi avoir un impact moral sur le médecin qu'on va aller voir. Un médecin qui travaille 5-6 jours par semaine, qui ne voit jamais sa famille ou des choses comme ça... »

E6 : « Avant j'ai l'impression qu'il y avait beaucoup de médecins qui faisaient des horaires décalés, qui travaillaient jusqu'à 23h, qui faisaient des visites à domicile la nuit... ce genre de truc, et au point de... en fait leur vie c'était leur métier... sauf que moi la médecine, certes j'aime ce que je fais et je suis très contente d'avoir fait ça, et je regrette pas d'avoir fait ça, mais ce sera pas ma vie entière (...) Alors que avant il y avait énormément de médecins qui travaillaient comme ça, et je pense que bah tout simplement c'est un peu l'idée qu'on se fait du médecin de famille il doit être toujours disponible, c'est une vocation, il doit être toujours là pour ses patients et.... Et oui ça peut être une vocation mais déjà pas toujours, et en plus bah pour moi on a aussi le droit d'avoir une vie à côté, ça reste un travail c'est pas... »

Dans cette perspective de la préservation de soi, il y a une aspiration à faire autre chose que de la médecine. Plus qu'un équilibre vie professionnelle-vie personnelle pensé et choisi par avance, on perçoit un sursaut, une prise de conscience.

E4 : « Puis on aimeraient.. ouais... faire autre chose de notre vie aussi que ces études de médecine, et puis bah s'investir à côté. Moi j'aime bien faire beaucoup de choses à côté, mais parfois c'est fatigant de faire... enfin c'est faut organiser les choses quoi, et sa vie. Enfin ...c'est fatigant avec le rythme de la médecine, et puis c'est long ! (...) Par exemple j'aimerais bien, une fois que médecine sera fini, pouvoir aménager mon emploi du temps pour pouvoir jouer (du théâtre) un peu plus et puis, et puis

j'aimerais bien être dans une troupe si c'est possible... je me suis aperçu que j'avais aussi envie de faire autre chose de ma vie, pas que ça dans ma vie... Je parle de médecine quoi, pure. »

E3 : « La médecine, j'en ai un peu marre »

E3 : « Après, quand je serai médecin généraliste, je pensais pas... Je me vois pas travailler plus de 2-3 jours en tant que médecin. »

EE1 : « J'en avais marre de la médecine, j'avais vraiment envie de faire autre chose que ça »

E6 : « J'aurai d'autres choses à côté, j'aurai une famille, j'aurai des passions et du coup, bah je me vois pas en fait tout mettre de côté pour uniquement exercer mon métier de médecin. C'est à dire voilà, faire médecin H24, ça pour moi c'est quelque chose qui est maintenant n'est plus trop dans l'air du temps »

ii. Identité pour soi : évolution de la représentation de soi-même comme médecin.

L'internat est le moment où l'interne se découvre lui-même dans une situation plus centrale et plus directe dans l'équipe médicale et dans la prise en charge du patient, avec davantage de responsabilités. Par ces expériences, il s'approprie petit à petit sa propre manière d'être médecin.

- Chemin de maturation de l'identité professionnelle avec une mise en tension dialectique connaissance / qualités humaines

Les internes prennent progressivement conscience que l'identité visée du bon médecin évolue dans leurs représentations, à mesure qu'ils avancent dans leur cursus et dans leur pratique.

E2 « Avant pour moi un bon médecin c'était un médecin qui était très bon sur le papier, dans la théorie. Et c'est vrai que par exemple moi j'avais un médecin de famille, j'ai commencé à la voir quand j'étais ado, et je comprenais pas trop sa manière de faire, pour moi c'était pas un bon médecin parce que je trouvais qu'il donnait pas assez de place aux soins et à la médecine, il mettait beaucoup de choses autour, il parlait beaucoup de la vie personnelle des gens, ça faisait des consultations qui s'éternisaient, et pour moi ça c'était pas forcément quelque chose qui était percutant... Et travaillant actuellement en tant qu'interne à Belleville dans un endroit où il y a pas mal de précarité, j'ai une vision qui a peut-être changé parce que j'ai des patients qui demandent en fait beaucoup d'écoute et beaucoup de soutien social, et donc du coup ça remet aussi un peu un peu en perspective parce qu'ils ont pas tant besoin de mes soins, c'est pas forcément la demande au premier plan, ou alors au moins il faut qu'il y ait tout ce background, un peu de relation, de mise en place d'aides sociales, pour que on arrive à aboutir à quelque chose sur le point de vue médical parce que si on le fait pas bah il y a pas en fait derrière de bénéfices »

E4 : « quand on débute au tout début.... Ben on a une vision du médecin qui est très sociétale qui est influencée par ce que la société pense aussi.... Et bah on s'imagine ce que c'est qu'un médecin à travers ce qu'on voit des médecins quand on y est pas dedans, et du coup, c'est influencé par la société en mode le côté un peu performant ... C'est par exemple « waouh lui c'est un excellent chirurgien parce que... il opère des cerveaux et qu'il enchaîne 15 opérations par exemple dans la demi-heure » voilà... « alors lui c'est un super médecin parce que ben il a... il a toutes les connaissances du monde sur tout », et ce qui est en partie vrai....

Il y a aussi, j'imagine, tu t'imaginais ça aussi : « ouais c'est un super médecin parce qu'il est à l'écoute et qu'il est sympa », mais tu t'aperçois aussi après qu'un médecin sympa ça suffit pas juste. Enfin ça suffit pas uniquement... C'est pas être sympa en fait, c'est pas être dans la... dans la séduction de sa patientèle. Tu t'aperçois après que t'as des médecins qui sont... qui avaient l'air hyper « tchatcheur »

entre guillemets, en fait ils sontbah ils sont juste dangereux limite, parce que ils font pas dans les bonnes recommandations, les bonnes pratiques ... enfin c'est pas forcément un bon médecin quoi ! Côté assurance, t'avais l'impression que c'était un bon médecin parce qu'il avait l'assurance, mais en fait c'était pas forcément le cas.

Euh ouais enfin c'est pour ça, forcément ça évolue tu vois, plus.... plus tu comprends le métier, tu comprends ce qu'il faut faire pour que ta prise en charge soit bonne, plus ta vision du métier elle va changer quoi. Parce que en fait c'est un peu plus subtil et nuancé que ce qu'on s'imagine au tout début... et après quand tu grandis aussi, le fait de devenir adulte tu vois aussi ce que c'est qu'un bon médecin, ce que c'est que de prendre soin des autres aussi, tu l'apprends aussi en grandissant quoi, de manière générale... peut être plus que... que.... t'as plus de facilité à prendre soin des autres quand tu grandis que quand t'es encore enfant, ou encore jeune adulte... voilà... Et est-ce qu'elle a changé non, elle est toujours positive... Je pense que c'est plutôt à ce niveau-là qu'elle a changé quoi : comprendre ce que le médecin c'est... tu le comprends que... en le faisant quoi. »

Dans leurs représentations du bon médecin, il y a une mise en tension dialectique récurrente entre les compétences biomédicales, diagnostiques, techniques, thérapeutiques, et les qualités humaines d'écoute, d'accompagnement, de bienveillance.

Dans leurs trajectoires, E2 et E4 ont d'abord considéré que l'aspect technico-scientifique était plus important que les qualités humaines d'un médecin.

Pour E7, c'est l'inverse :

E7 : « Pendant un certain temps je pensais qu'il vallait mieux ...qu'il était plus important d'écouter en fait, d'écouter, plutôt que de soigner que finalement l'écoute c'était plus important que le soin... et je suis encore revenu dessus quand même en me disant qu'un médecin qui est ... qui écoute mais qui ne sait pas soigner c'est quand même un petit peu dommage »

- Le risque d'un professionnalisme stéréotypé, technique

Cet aller-retour dialectique entre ces attitudes se retrouve également dans la perception du professionnalisme.

E2 : « Moi la définition j'ai essayé d'en tirer c'était (silence long). Euh... comment dire ? Un peu comme... Bien faire son métier, mais vraiment dans le côté sciences pures. De ce que j'en ai compris, le professionnalisme, c'est la médecine en théorie, c'est-à-dire dénuée de la relation de soins, dénuée de pleins de choses. C'était uniquement la théorie médicale, quelle est la pathologie de mon patient, comment je fais tel papier, comment je le soigne, c'est comme ça du coup que j'ai rédigé les travaux que je devais faire pour la fac. (...) je sais pas pourquoi mais pour moi le professionnalisme a été complètement dissocié de la relation de soin, et je les ai vraiment pris du coup comme... comme des pétales de la fleur, mais qui se dissociaient, et pour moi ouais... c'est 2 compétences, qui sont du coup séparées l'une de l'autre. Pour autant sur le graphique elles se chevauchent (...) ça se contredit un peu avec ma définition que j'ai d'un un bon médecin du coup ! (...) si jamais je dis juste « professionnalisme », pour moi c'est juste théorique »

Le verbatim de E2 ci-dessus est extrêmement parlant : elle associe le professionnalisme, autrement dit, l'attitude fondamentale du bon médecin, la clef de voûte de la profession médicale, à la théorie médicale « dénuée de la relation de soin, dénuée de pleins de choses ». Elle dissocie le professionnalisme du bon médecin. Sa vision du professionnalisme est vidée, désincarnée, il n'y a plus interaction de personne à personne.

On retrouve cette perception froide du professionnalisme dans le verbatim de E7, qui pointe une dichotomie dans le professionnalisme des médecins rappelant l'opposition dialectique entre la connaissance biomédicale et les qualités humaines :

E7 : « Je trouve qu'il y a un jugement qui s'opère entre certains médecins qui ont une pratique assez froide, médicale, très... très sûre d'elle aussi... versus une pratique peut-être plus nuancée et plus ... enfin que je préfère hein, qui est plus la mienne et que j'essaie d'adopter... en faisant davantage participer le patient peut être... plus dans le dans le questionnement... Parfois dans le doute.... Voilà je pense que c'est deux façons... deux approches ... Elles sont pas forcément exactement sur le même plan que sur ce que l'opposition un peu qui est devenue un peu galvaudée entre la médecine paternaliste et la médecine moderne, moi c'est quelque chose que je ressens un petit peu ... »

On retrouve aussi cette perception rigidifiée et froide du professionnalisme dans le verbatim de E3, qui voit dans le professionnalisme un effacement de son identité personnelle derrière sa fonction :

E3 : « Le professionnalisme, ce que j'y associe, c'est plus une personne en entreprise qui serait qui serait ponctuelle, respectueuse, qui s'impliquerait dans son travail et tout ça (...) je pense que c'est un mot qui me fait un peu peur, parce que j'aurais tendance à dire que si t'es trop professionnel, trop trop trop dans le professionnalisme, bah tu aurais tendance à faire passer ton métier avant ta... ton propre bien personnel, et ta propre vie perso, si tu fais de manière trop trop stricte. »

Des verbatim de E1, prononcés comme allant de soi, vont également dans le sens d'un effacement de soi en tant que personne derrière sa fonction de médecin, voire d'un effacement du patient derrière l'organe.

E1 : « Ma pratique, ça concerne mes patients, ça concerne pas ma personne »

E1 : « Ce que je traite au quotidien, c'est des pathologies »

iii. Prise de distance vis-à-vis de l'identité attribuée par les études de médecine

E2 : « si jamais je dis juste « professionnalisme », pour moi c'est juste théorique. Je pense que c'est aussi dû à la façon dont nous l'enseigne, parce que quand on nous enseigne à la fac, quand on est externe, que plus tard faut qu'on soit un bon médecin, faut qu'on connaisse la posologie du Lovenox dans l'embolie pulmonaire. On ne dit pas que derrière ça fait aussi partie (d'être un bon médecin) de savoir discuter avec le patient, pour lui dire que du coup va falloir faire-ci qu'il va falloir qu'il accepte son traitement, même si c'est une injection et tout ça... c'est une partie qu'on ne nous enseigne pas donc peut-être qu'aussi ça joue en ce sens, une idée de professionnalisme qui est ancrée depuis longtemps en moi. »

Le terme « ancré » est fort : il traduit un processus lent, dynamique, qui s'est installé en partie de manière inconsciente, tacite. La prise de conscience est ultérieure.

E7 : « Je pense que nos études favorisent davantage l'attitude sûre d'elle et laissent peu de place voire pas de place à l'incertitude. »

E2 et E7 font un lien direct entre une perception du professionnalisme alignée sur la compétence biomédicale, technique, et la manière dont ils ont été formés.
D'autres verbatim expriment cette dissonance entre les représentations qu'ils ont d'un bon médecin et la manière dont le second cycle les a préparés à être un bon médecin.

E3 : « Donc... Bah après j'ai bien vécu mes études, mais je trouve qu'elles sont très très très... elles sont mauvaises pour former de... des médecins ...des médecins qui sont bien avec les patients...des médecins qui sont bien avec les patients Parce que on s'intéresse trop à tout ce qui est biomédical,

(...) Ce qui n'a pas aidé à être bon médecin ben, c'est le c'est ce parti-pris de se concentrer justement beaucoup trop sur tout ce qui est somatique »

EE1 : « Alors je suis tout à fait d'accord, il y a besoin d'un socle de connaissances, c'est vraiment indiscutable, mais on est quand même en train de soigner des gens en fait. Il y a une approche de... de l'autre qui est tellement indispensable pour travailler dans ce métier... et là voilà c'est totalement mis de côté pendant nos études en fait »

E3 émet une critique de taille en affirmant que les études de médecine ne forment pas « *des médecins qui sont bien avec les patients* », autrement dit des médecins à l'aise dans la relation de soin, dans l'accompagnement, et ainsi, fabriquent une dichotomie dans l'identité du médecin : un médecin qui « *serait bien* » sur le plan somatique, mais qui « *ne serait pas bien* » avec le patient. Pourtant, et EE1 le rappelle, la finalité des études de médecine est le patient, le soin du patient, et non pas la connaissance déconnectée du patient.

Les verbatim de E1 ci-après mettent en évidence l'impact de la prise de conscience de la réalité du terrain durant l'internat, et la remise en perspective de leur apprentissage théorique au regard de la réalité du terrain. Subitement, quasiment du jour au lendemain, il doit comprendre sa nouvelle place dans la communauté médicale, et repositionner, résituer son apprentissage et résituer sa pratique au regard de la manière dont il a été formé.

E1 : « T'es externe on t'apprend le biomédical 100% du temps, tu passes interne plus de biomédical beaucoup de relationnel et beaucoup d'éthique et en fait on t'a pas du tout sensibilisé à ce sujet-là enfin E1 enfin pour moi le biomédical c'est 50% du travail mais 50% du travail, a fortiori en médecine générale, c'est surtout de rassurer les gens et de leur expliquer pourquoi leur motif au final c'est un peu de la merde et c'est pas grave quoi enfin tu vois et ça, ça nécessite une grosse partie de relationnel, et une grosse partie d'écoute que en fait on t'apprend pas, voilà. »

E1 : « quand j'ai mis les pieds dans l'internat je me suis dit « d'accord, donc en fait j'ai appris tout seul, on ne m'a pas du tout préparé à ce qui va suivre » (...). Tu vois tu commences Jour 1 aux urgences (internat), qu'est-ce que tu fais d'une famille d'un patient qui est en train de décéder, que t'as mis sous hypno-morphine dans un coin de l'UHCD ? Qu'est-ce que tu fais d'un AVC ou des chocs ? Comment t'expliques à la famille ? Enfin tu vois, c'est même de la gestion du stress tu vois, enfin juste ça personne ne nous personne ne nous a éduqué là-dessus quoi ... »

E1 : « Ouais il faut que nos médecins, nos futurs médecins soient formés autrement que sur juste du biomédical. »

Nous avons procédé à un effet d'entonnoir concernant la prise de conscience multiple qui survient pendant l'internat. Au contact du patient, en relation avec le patient, l'interne, dans un processus réflexif, s'éprouve lui-même dans sa fonction, et perçoit une dissonance entre sa fonction et la manière dont il a été préparé à cette fonction.

Explorons à présent plus en détails le vécu du second cycle des études de médecine.

3. Exploration du vécu du premier et du deuxième cycle des études médicales

Rappel : ce vécu concerne des modalités d'enseignements et d'examens avant la R2C.

a. Dimension cognitive de la construction identitaire

i. *Un paradigme biomédical totalisant*

- Nomenclature des études de médecine

Le premier élément de résultat qui illustre de manière intéressante l'existence d'un paradigme biomédical dans les études de médecine est le propos de cet étudiant concernant la nomenclature des études de médecine :

E5 : « Et la remarque que j'ai faite à mon directeur de thèse, c'est bah voilà, le diplôme avant c'est un diplôme d'études médicales, quelque chose de très vaste et qui est assez flou pour tout mettre dedans, et inclure la science et la technique, la pratique et la science, et la philo... et que maintenant on est diplômé en sciences médicales. Et je trouve que c'est une digression de tout ce qu'est la médecine. Et justement le scientifique va appliquer des protocoles pour répondre à une question donnée, mais le médecin... bah non, il peut pas toujours appliquer les protocoles, il peut pas toujours répondre à la question donnée, et si tu n'es pas formé à ça, et bah t'es bien emmerdé quand t'es face à des situations que tu sais pas gérer, parce que tes recommandations ne peuvent pas t'aider à les gérer. Et donc voilà donc je dirais déjà dans la sémantique de nos études, il y a ce... ce problème. »

Une autre étudiante fait écho à ces propos et va dans le même sens :

EE1 : « je m'ennuyais un peu en médecine dans le sens où on fait beaucoup de biomédical plus plus plus... et il y avait peu d'ouverture sur d'autres matières... sur le monde extérieur en fait, hein, c'était que de... de la science pure, un petit peu des sciences médicales pures »

A travers ce changement de nomenclature des études et du diplôme médical, E5 dénonce une évolution des représentations de ce qu'est un médecin et une réduction dans ce qui est évalué et attendu d'un étudiant pour obtenir le titre de médecin. Pour lui, désigner ces études et ce diplôme comme étant des « *sciences médicales* », c'est réduire la médecine à une science, et l'apprentissage de la médecine à l'acquisition des données scientifiques, sous-entendu ici une science exacte, protocolaire, algorithmique.

- Sélection et valorisation sur les critères biomédicaux

La mise en lumière de cette remarque se perçoit dans la manière dont sont sélectionnés et classés les étudiants en médecine tout au long de leur cursus, et notamment en vue du concours de l'internat, l'Examen Classant National- ECN (remplacé en 2023 par les premiers Examens Dématérialisés Nationaux- EDN). Le critère d'évaluation, de sélection, voire même de jugement moral (être jugé bon ou mauvais) des futurs médecins est le critère de la connaissance technique, biomédicale.

E1 : « Les conférences de la fac étaient pas trop mal, mais dans un esprit hyper compétitif. Le gars qui gérait les conférences c'était le chef de service de Lariboisière. Lui il est arrivé il a dit

« votre rang à l'ECN c'est votre qualité de médecin ». Bon bah c'est un peu triste quoi de penser comme ça enfin c'est mon avis en tout cas. (...) là j'avais en face de moi un chef de service paternaliste qui jugeait quelqu'un sur sa connaissance des sous-classes d'entérobactéries tu vois... ce qui pour moi est un peu aberrant ... »

E4 : « En stage, si tu comprends pas, si tu connais pas, bah c'est que t'es nul, c'est que t'es une merde. »

E4 : « il m'avait dit que... ben que l'examen clinique ça n'allait pas du tout... il m'avait dit... bah qu'il me mettait 10 pour me valider, mais que c'est vraiment pour me valider, parce si il mettait moins ça ne validerait pas, et que il voulait quand même valider, mais que pour lui je serai jamais médecin.... »

- Une saturation cognitive, une surcharge de la connaissance biomédicale dans le curriculum formel de l'externat.

Certains verbatim mettent en évidence la surcharge de la connaissance biomédicale en recourant au vocabulaire culinaire autour d'une assimilation excessive, un trop plein, un gavage :

EE1 : « les livres nous livraient la connaissance, et on ingurgitait ça... et nous-mêmes on faisait notre petite tambouille d'esprit »

E1 : « Genre moi, j'ai bouffé du biomédical tout mon externat »

E2 : « Parce qu'on a aussi beaucoup d'obligations qui sont livresques sur la santé en général et que c'est déjà très difficile à ingurgiter »

E6 : « je trouve que... c'est très dense... et en fait on a énormément d'informations à ingurgiter qui sont pas forcément toutes utiles ... donc ça moi je trouvais ça hyper difficile sur ce plan-là »

D'autres sont évocateurs de l'aspect totalisant de l'enseignement biomédical en évoquant la connaissance livresque délivrée par les collèges de médecine, référentiels comportant l'ensemble des données acquises de la science médicale par matière au programme de l'ECN, l'étendu du temps de révision, au détriment d'une ouverture sur d'autres modes de connaissances, de réflexions, du temps de détente, voire même de la relation de soin, de la connaissance pratique au lit du malade :

E2 : « J'étais vraiment sous l'eau... j'étais ouais, presque des fois... noyée... de cours. J'avais des horaires qui étaient déjà très compliqués... Durant toutes, toutes mes études j'ai fait du lever 7h, coucher minuit et je travaillais de 8h30 à 22h, et j'avais toujours pas diné. Donc en fait j'avais... j'avais pas tellement de temps en fait. J'avais une demi-heure par jour où je regardais une grosse connerie (sur internet) mais je me posais pas. J'avais pas le temps de balayer de la philosophie, et me poser d'autres questions... »

E4 : « Pendant l'externat t'as beaucoup beaucoup de temps de révision assis... t'as beaucoup de charge de travail. Avec les stages, en plus les gardes parfois, il y a de la fatigue donc aménager les activités à côté c'est parfois difficile, et puis ouais... psychologiquement parfois

tu te dis bah ... faut être patient, ou faire une pause, parce que c'est quand on est fatigué psychologiquement la médecine c'est dur et... et qu'est ce que je voulais dire... »

E7 : « Je trouvais que c'était assez livresque quand même. C'était des savoirs assez académiques. Enfin voilà ça restait peu... moi je j'ai trouvé ça assez peu concret paradoxalement, j'ai trouvé ça assez c'est théorique en fait, je trouvais que ça manquait de cas concrets, le fait qu'on soit très nombreux en fait au niveau de ma fac je trouve que ça ne favorisait pas suffisamment l'apprentissage clinique auprès du patient... donc je trouve que c'est dommage. »

- Un faible poids perçu des enseignements ayant trait aux humanités médicales

Les étudiants ont montré une forme de perplexité à l'évocation de l'investigatrice sur les autres types d'enseignements, dont les cours ayant trait aux humanités médicales, pendant l'externat. En contraste de la prépondérance de l'enseignement biomédical, ils en ont relevé le sporadisme, le manque d'approfondissement, et parfois un mode d'enseignement paraissant inadapté car calqué sur l'enseignement biomédical : un enseignement par mot-clef, en vue d'une évaluation par mot-clef.

Leur appréciation de ces cours reçus est variable. On met en évidence une forme de décalage entre l'intérêt qu'ils ont *a priori* pour ces cours, qu'ils perçoivent comme une ouverture, et une forme de déception dans l'appréciation du format ou dans leur collatéralité dans le cursus.

E3 : « Ensuite pendant l'externat Ben ... (silence perplexe). On a eu quelques jeux de rôles sur... sur l'annonce de nouvelles graves, ou sur des consultations un peu complexes, ou des choses comme ça... on en a eu un. C'était pas très poussé...(..) il y avait quelques ateliers qui faisaient sortir un peu de la médecine, y en avait un sur ...une nuit une garde avec le SAMU social et une journée pendant le collectif CFCV, le collectif féminin contre le viol... et du coup tout mise à part ça je vois vraiment très peu de choses qui se s'approchent de l'art et des sciences humaines et sociales. »

EE1 : « Un cours qui m'avait vachement plu qui s'appelait Confidence historique, et en fait ça nous racontait, et ça nous retracait l'histoire la médecine en France et depuis l'Antiquité et qui apporté aussi cette... quelque chose qu'on voit jamais. On connaît pas du tout, mais l'histoire de la médecine, comment on est arrivé jusqu'à aujourd'hui quelle était l'évolution de la profession, les courants de pensée, comment se sont développées les sciences médicales jusque là... Hmm et ça ça m'a vachement plu parce que justement on sortait du domaine biomédical et déjà ça m'énervait qu'il y ait que ça...bon après avoir déjà passé la PACES, où on ne levait pas le nez et... hum oui j'avais l'impression que c'était très enrichissant et agréable à suivre ...euh... et que dire de plus... parce que c'est à peu près les deux seules choses, les deux seuls cours que j'ai eu autre que biomédicaux pendant l'externatil me semble oui ... »

E1 : « les quelques cours d'éthique que j'ai eu à P7 étaient certes corrects en termes de qualité parce que les professeurs d'éthique sont dans la majeure partie des gars intéressants maintenant j'ai pas l'impression que ça m'ait transcendé dans ma pratique voilà. (...) Je me souviens pas d'un cours qui m'ait marqué sur le plan des sciences humaines comme j'ai pu avoir pendant l'internat pour le coup Ouais là comme ça je vais pas avoir grand-chose à te raconter... P7, enfin l'Université de Paris maintenant, c'était très limité à l'époque sur ce terrain-là. »

E2 : « C'était assez limité euh... Alors pour moi les choses qui sortaient de la médecine qu'on avait à la fac entre guillemets, ou qui étaient associées mais en fait un peu séparées ça a été vraiment les cours d'éthique de première année de médecine, et c'était un peu mélangé juridique et éthique... Et c'est vraiment le tronc commun pour derrière toutes les études de santé (...) Euh et puis après ça c'est pas renouvelé. C'est des amphithéâtres des fois de centaines de personnes et encore j'étais d'une petite fac et en fait il y a pas de débat. Il y a pas de débat, et puis même les sujets qui portent à débat comme l'IVG n'ont pas de place au débat, c'est un enseignement qui reste théorique sur combien de médicaments je donne et à quelle date, et puis après le reste pff ... »

Le verbatim ci-dessus de E2 est particulièrement intéressant, à plusieurs niveaux.

D'une part, on remarque que dans son vécu, les humanités médicales ne sont pas considérées comme faisant partie intégrante de ce qui est perçu comme la médecine, elles sont « *associées, mais en fait séparées* », et elle « *sont sorties de la tête de la médecine* ». E3 utilise le même élément de vocabulaire « *il y avait quelques ateliers qui sortaient de la tête de la médecine* ». Ce qui rejoint la dichotomie et la réduction pointée par E5 concernant la nomenclature du diplôme de « science médicale » : la médecine, c'est une science. Le reste « sort » de la médecine, et donc, est accessoire, non indispensable à la formation d'un futur médecin.

D'autre part, le propos de E2 montre que le paradigme de l'enseignement biomédical s'étend jusqu'à la sphère des sciences humaines et sociales, en réduisant les sujets éthiques tels que l'IVG à des questions de prescriptions médicamenteuses, en esquivant les soubassements éthiques, philosophiques, psychologiques et sociales de ce droit acquis.

ii. Exécuter plutôt que penser : une tunnelisation de la pensée

- Une succession itérative d'objectifs et de cours sans relief

E6 : « On a l'impression qu'on a jamais le temps de penser.... d'être posé. C'est vraiment toujours dans le rush... on doit toujours être prêt... toujours être présent entre guillemets... et du coup pour moi en fait c'est un tunnel quoi... c'est un peu un tunnel... on on est là... on passe les étapes, on passe les étapes et puis bah le bout du tunnel, ça y est « docteur »... « vous êtes docteur »... et voilà . mais en fait donc ouais c'est pour ça moi j'ai toujours eu l'impression... un peu moins pendant l'internat... mais surtout l'externat et même avant, P2-D1, je trouvais que c'était vraiment, on avait la tête dans le guidon quoi, on arrivait pas à voir ce qui allait se passer au-delà, on regardait que nos objectifs à court terme, on avait pas forcément de grosses perspectives... et en plus c'était toujours des objectifs stressants donc du coup on était toujours... enfin moi j'ai un peu ressenti comme ça en tout cas »

E4 : « On défilait les diapos en disant « bah voilà telle pathologie c'est ça, et tel, et tel examen complémentaire, tel traitement (...) les signes les symptômes c'est ça, du coup les examens complémentaires vous faites ça, et après vous mettez en place ce traitement-là, et vous évaluez dans tel temps »...

Les étudiants expriment une succession de cours, d'étapes, de somme de connaissances livresque à mémoriser, dépourvue de relief, qui les dépasse et qui les engage dans une course effrénée, sans repos et sans intériorisation de la connaissance, en vue d'en savoir le plus possible pour le concours de l'ECN. On remarque l'aspect « catalogue » de ces données, délivrées de manière livresque, calquée sur les collèges, et dont le manque de relief est perçu à travers

l'emploi de l'expression « *tel..., tel..., tel...* », qui renforce l'aspect itératif des tâches et l'encodage de la connaissance

E5 : « A Paris les externes sont assommés par pleins de cours avec des détails enfin... tous les volumes de cours ne font qu'augmenter et leurs connaissances sont pas forcément plus abouties... et on n'apprend plus à penser comme un médecin doit se penser dans la société je trouve, on les forme à être des exécutants, et pas être des médecins et voilà, c'est ce que le système veut, c'est ce qu'on voit dans les pratiques, on voit des spécialités qui maintenant crient le fait qu'elles soient débordées et isolées, que personne ne veuille faire de garde par exemple...mais on ne forme pas à devenir un médecin, on forme à devenir des petits soldats, appliquant des recommandations, et pas forcément des... des réflexions. Suivre un cadre qui est une exécution de tâches, et non plus la prise en charge de la personne. »

E5 emploie l'expression « *assommé de cours* », qui est intéressante : les étudiants sont assommés par des données, qu'ils ne parviennent même plus à intérioriser, à assimiler, voire à interpréter et à employer sur le terrain. Le risque pointé par E5, c'est celui de devenir un exécutant de recommandations algorithmiques. Certains verbatim d'autres étudiants illustrent cette robotisation en employant le vocabulaire propre de la robotique :

E1 : « l'externat ne t'apprend pas à être un médecin humain et au contraire ça te casse, ça te casse mentalement pour devenir une machine de guerre, à être comment dire un compétiteur. »

E2 : « on est avant tout formaté par des médecins qui sont hospitaliers. »

EE1 : « on se formate, on s'auto-formate. »

- **Une modalité de cours et d'examens par mots clefs et QCM perçue comme inadaptés à une assimilation efficace et adapté au terrain**

Un des outils pédagogiques d'évaluation de la connaissance susceptible d'entretenir ce phénomène de robotisation est l'évaluation par QCM et par mots-clefs.

EE2 : « Enfin je sais qu'à chaque fois, à la fin de chaque partiel, tout le monde était dégoûté, tout le monde avait l'impression de rien avoir appris, de rien connaître, et d'être nul... alors qu'en fait on avait appris plein de choses, mais juste, sélectionner comme ça, avec des QCM toujours très précis, ben c'est pas ça qui va représenter nos connaissances et encore moins nos compétences. »

E5 : « Quand je vois nos chefs de service, comment ils étaient formés d'un point de vue intellectuel, je les trouvais plus profonds que nous... La rédaction, les cas cliniques rédactionnels, apportaient... enfin étaient plus intéressant parce que ça amenait à une vraie intériorisation de la connaissance... Versus moi j'étais dans la promo des premiers QCM... »

Il s'agit d'une modalité d'évaluation de la connaissance qui sollicite passivement les connaissances d'un étudiant : au lieu de réfléchir par lui-même et de produire activement une restitution de ce qu'il a intégré de manière personnelle, grâce à la rédaction, celui-ci est amené à reconnaître comme étant vrai une proposition affichée sur un écran, et donc la connaissance le lui est rappelée de manière passive. E5 illustre la différence d'effet entre écrire et cocher une case sur ordinateur sur l'apprentissage :

E5 : Moi j'ai eu un étudiant en 3e année j'ai fait un truc tout bête, c'est que je lui ai demandé de prendre des copies doubles et de rédiger lui-même les définitions sur certains objectifs de

sémo parce que à chaque fois ils aient des fiches ordinateur, et oui il y avait toutes les infos dans sa fiche mais... y avait pas ...enfin il les retenait pas ! Et quand je lui ai demandé de rédiger quelque chose à la main, comme ça j'étais sûr qu'ils faisaient pas de copier-coller, ou au pire il recopiaient bêtement ce qu'il disait, mais au moins j'étais sûr qu'il avait rédigé au moins une fois ... et ça, derrière ça l'a.. il s'est vraiment transformé. Il a vraiment su faire un examen clinique, a vraiment su poser ses idées, poser sa structure, et ça lui a pris du temps, ça lui a pris un week-end entier à faire tout ça, il m'a fait je crois 8 copies doubles, je lui ai corrigé ses copies-doubles. (...) Moi j'arrivais pas du tout écrire, et j'avais un gros blocage, les études de médecine n'ont pas aidé à me débloquer, mais je dirais que.... on peut pas bien penser si on sait pas bien écrire, et ça s'apprend et aujourd'hui je pense que c'est ce qui manque cruellement savoir écrire... et donc moi j'ai passé beaucoup de temps à essayer d'apprendre à écrire, une fois arrivé dans ma fin d'internat, peut-être un peu trop tard... et j'ai eu la chance d'avoir un directeur de thèse qui m'a dit d'abord t'apprends à écrire et ensuite on fait ta thèse, et parce qu'on n'apprend plus à écrire. »

On remarque que les cours de sciences humaines et sociales sont soumis à une évaluation identique aux cours biomédicaux, sollicitant exclusivement l'apprentissage par mémorisation.

E2 : « Ce qui est un peu affreux c'est que ça marche par mots-clés, et donc en fait c'était des dissertations à prendre par cœur, donc même en fait sur les sciences humaines qui sont censées être les endroits où tu te poses le plus de questions en fait la question était déjà répondue, et il suffisait de répondre exactement la même chose au mot près, et ça redevenait en fait du par cœur. Donc ça c'était assez drôle, (..) on nous enseignait la bonne éthique, ce qui pose quand même une question... »

EE2 : « Je crois qu'on avait des cours d'éthique à la fac mais c'était... je trouvais que c'était assez formel, c'était très... avec des grands mots-clés et des choses comme ça et ça m'avait pas de non plus... enfin ça m'avait... enfin j'ai trouvé ça intéressant, mais on avait toute façon c'était pas du tout approfondi c'était juste une seule séance et je trouve c'est très dommage qu'on passe une seule séance là-dessus forcément du coup pendant cette séance-là ils ont donné les mots-clés des choses un peu plus un peu rapide, mais c'est parce que le temps était très limité de deux heures sur autant d'années d'études je trouve c'est très peu... »

Les étudiants expriment une frustration de cette modalité d'évaluation, en percevant une inadéquation entre la réalité de la médecine et l'évaluation par QCM, qui pendant six ans cristallise et fige la connaissance dans des cases précises, sans relief, sans hiérarchisation, sur tout le programme, avec l'exigence de la précision au mot près pour que la proposition soit vraie ou fausse.

De tout ce que l'on a évoqué ci-dessus, il s'ensuit une forme d'impréparation à la complexité et à la réalité du terrain, et donc un choc de la réalité, qui ne se résume pas à des cases.

E2 : « Il y a tout qui est un peu codifié, qui est un peu noir et blanc, il y a d'ailleurs tout qui doit rentrer dans des cases, ça laisse pas forcément la place à l'entre-deux, à la question de ... Voilà, on sait que pour une maladie en première intention, c'est ce médicament. Oui mais si jamais cette personne par exemple, elle a pas envie de ce médicament ? Ou si jamais on était amené à avoir une rupture de stock ? (rires). Ça laisse peu de place en fait à la confrontation qu'on peut avoir en fait au quotidien dans le cabinet, il y a toujours en fait des questions qui viennent se poser ! « Et si jamais le prix du médicament était en fait un souci pour la patiente ? comment je fais ? est-ce que je sais quel antibiotique coûte plus cher que l'autre, sachant

qu'elle va devoir le payer parce qu'elle a plus de couverture ? » Il y a plein de choses comme ça, auxquelles on se pose pas la question et puis après on est des fois fortement démunis. »

EE2 : « on s'attarde beaucoup, beaucoup sur... beaucoup de détails qui sont, qui sont... qu'on apprend complètement pour rien, ça c'est sûr. Surtout que plus ça va, plus il y a des connaissances, beaucoup de connaissances qui sont demandées en médecine, et plus on devient des super professionnels de la mutation de je sais pas quel cancer hyper rare qu'on verra jamais et... Et sans pour autant avoir parlé vraiment, enfin sans savoir vraiment poser un diagnostic ou... Vraiment on apprend mais on apprend... je trouve qu'on apprend des choses très très précises tout le temps et sans forcément apprendre des choses générales. Apprendre juste à soigner un rhume, à faire des choses un peu toutes bêtes »

E1 : « Quand j'ai mis les pieds dans l'internat je me suis dit « d'accord, donc en fait j'ai appris tout seul, on ne m'a pas du tout préparé à ce qui va suivre » (...). Tu vois tu commences Jour 1 aux urgences (internat), qu'est-ce que tu fais d'une famille d'un patient qui est en train de décéder, que t'as mis sous hypno-morphine dans un coin de l'UHCD, qu'est-ce que tu fais d'un AVC ou des chocs, comment t'expliques à la famille, enfin tu vois, c'est même de la gestion du stress tu vois, enfin juste ça personne ne nous a éduqué là-dessus quoi »

Le verbatim de E1 met en évidence que, même sur des sujets paradoxalement très abordés pendant l'externat (AVC, chocs), le fait d'avoir travaillé les cours et s'être exercé par les QCM ne suffit pas à mobiliser efficacement ses ressources sur le terrain, il y a une notion de paralysie sur le terrain.

- Une fermeture d'esprit et une pauvreté culturelle

Après avoir évoqué les processus pédagogiques dans l'apprentissage et la restitution de la connaissance, qui fragilisent l'émergence de la réflexivité, un autre facteur de la tunnelisation de la pensée, évoqué par les étudiants, pose question et rejoint l'aspect hégémonique de l'enseignement biomédical, c'est le sentiment de fermeture et de pauvreté culturelle qui en découle.

EE1 : « Au final quand tu finis par parler avec des étudiants en médecine qui sont hyper forts dans leur domaine c'est à dire le biomédical, c'est des conversations qui sont pas tellement intéressantes, parce que tout ce qu'il y a autour, quand tu veux être très fort en médecine bah tout ce qu'il y a autour, soit tu as des capacités hors normes et tu peux toucher à autre chose, soit tu es que fort en médecine et le reste bah voilà, il y a plus rien ... c'est il y a une ouverture d'esprit qui est assez limitée au final sur le... la culture, le monde extérieur, sur autre chose que les sciences médicales, donc je trouvais que ça manquait évidemment cruellement d'ouverture en ... en médecine, et que ... de plus l'ouverture n'était pas du tout mise en valeur par la fac parce que généralement les professeurs sont des professeurs de spécialité déjà, au CHU , de spécialité, des PUPH donc de biomédical plus plus plus. »

EE1 : « Je l'ai très mal vécu... c'était ... (silence de quelques secondes)... je cherche mes mots mais je... c'était vraiment pauvre en fait ! C'est riche évidemment en science médicale mais on faisait ça tout le temps donc le reste c'était hyper pauvre ! J'en sais rien, le droit, l'économie, la finance, l'histoire, rien... néant... l'art, tout ce que tu veux, la réflexion, la sociologie, néant quoi... et c'est... c'est bien dommage quand même parce que... alors je suis tout à fait d'accord, il y a besoin d'un socle de connaissances, c'est vraiment indiscutable, mais on est quand même en train de soigner des gens en fait. Il y a une approche de l'autre qui est tellement indispensable

pour travailler dans ce métier... Et là voilà c'est totalement mis de côté pendant nos études en fait »

EE1 : « Ouais c'est malheureux à dire, mais c'est vrai qu'il y a une pauvreté je trouve parfois, intellectuelle. Même de la culture autour en fait. Médecine ça occupe vraiment, et c'est pas de leur faute vraiment pas du tout, c'est des gens très travailleurs mais c'est vrai que ça nous occupe tellement le temps et l'esprit que forcément hein on a pas de temps pour faire des choses autres que ça »

E2 : « Quand on s'intéresse à des choses comme les sciences humaines, qui font pas partie forcément de l'enseignement, quand on se pose des questions d'éthique, quand voilà... tout ça c'est des choses auxquelles on n'a pas forcément accès, et auxquelles on n'a pas non plus forcément le temps de répondre, parce qu'on a aussi beaucoup d'obligations qui sont livresques sur la santé en général et que c'est déjà très difficile à ingurgiter, et donc du coup ça laisse peu de temps à se poser d'autres questions et avoir des fois d'autres intérêts personnels à développer »

E5 : « Ce qui je trouve a postériori m'a manqué, c'est de sortir de l'aspect purement scientifique, technique, euh et qui... d'avoir un peu plus de de... de philosophie, plus que d'humanités... »

Le programme biomédical focalise l'attention, la concentration et la disponibilité des étudiants, comme un tunnel ne laissant pas de place ni de temps à une ouverture culturelle sur d'autres matières, qu'ils perçoivent comme importantes.

Une autre cause de cette fermeture, soulignée par EE1 ci-après, serait une autosuffisance des médecins dans leur domaine de connaissance qu'ils percevaient comme suffisant pour assurer la pérennité de leur statut social, en se passant ainsi des autres formes d'approche de l'être humain.

EE1 : « On se formate, on s'auto-formate à ce que ce soit... un peu...le... la voie royale ...ou un truc un peu d'élite déjà, d'être en médecine, et du coup on a l'impression que comme c'est déjà un truc d'élite d'être en médecine, d'avoir ces connaissances-là, bah ce qu'il y a ailleurs au final, ça a moins d'importance, étant donné que nous on a déjà des connaissances qui font de nous euh ...des personnages importants de la société. Je sais pas si je m'exprime bien, mais dans le sens où le fait d'avoir ce genre de connaissances ça permet qu'on n'ait pas besoin de compenser en ayant une autre culture ... ou peut être que l'intérêt est moindre étant donné que ce statut nous permet de se passer d'avoir ces connaissances autres, d'avoir cette ouverture d'esprit autre.... hum donc oui c'est vrai que je trouvais que les discussions avec les étudiants en médecine n'étaient pas toujours très intéressantes ou très instructives par rapport à des gens qui avaient d'autres formations. Après c'est aussi la confluence des connaissances, des expériences de tout le monde qui fait que les discussions sont intéressantes, et c'est vrai que peut-être qu'on ne parle qu'entre nous qui connaissons les mêmes choses, les mêmes sujets, c'est peut-être moins enrichissant aussi »

- Phénomène d'habituation

L'analyse de certains entretiens ont mis en évidence une sorte d'anesthésie de la capacité réflexive par phénomène d'habituation au système pédagogique et hospitalier, qui participe à la tunnelisation de la pensée.

EE2 : « On est beaucoup dans notre truc, on est beaucoup dans ce qu'on fait tous les jours dans une routine, et on cesse de voir un petit peu autour, on commence à avoir des œillères qui arrivent, et... Bah c'est vrai que c'est encore plus le cas à l'hôpital, justement là en pédiatrie, quand on fait que travailler sur des ordinateurs, et que travailler sur des comptes rendus machinalement ».

E2 met en évidence la charge de travail répétée sur ordinateur en stage, et évoque la routine des paramètres biomédicaux à traiter sur ordinateur, participant à la perte de réflexivité, comme un travail à la chaîne dénué de sens et de point d'ancrage dans la relation de soins.

E3 : « J'en avais marre de faire que du somatique, que du biomédical etc... au début c'était ça. Puis ensuite au fur et à mesure, bah j'en suis arrivé à me dire que...bah de me dire que c'était ça qui était important, et c'était ça qu'il fallait faire... c'est aussi pour ça que j'ai hésité avec la médecine interne... Et maintenant je suis en médecine générale, j'ai pris un peu de recul bah je suis content. »

On voit ici E3 faire part d'une dissonance induite par le format dominant universitaire proposé, puis le changement de valeurs induite par l'habituation à ce format. *A posteriori*, il critique ce phénomène. Il relève également ci-après une autre forme d'habituation au système, plus subtile, liée à un accord tacite de la culture médicale consistant à accepter une forme de violence médicale par nécessité d'apprentissage ou par la nécessité de la pratique.

E3 : « Les gens trouvent ça normal que on doive s'entraîner à apprendre sur le patient sans forcément lui demander son accord, et tout ce genre de choses-là, toutes ces violences... violences quotidiennes, et ce manque de consentement et de respect du patient. »

E3 : « tous ces gestes, toutes ces habituations aux... aux violences communes médicales... La première suture que j'ai fait, sur une personne bourrée, avec personne pour me superviser, me dire « c'est pas grave, une personne bourrée, elle y verra rien, elle aura pas mal ». Ou tout ce qui est examen gynécologique, où ça se passe... où on se retrouve à faire des gestes gynécologiques, où on voit des gens faire des gestes gynécologiques sans forcément demander le consentement de la patiente... ça ... ça change beaucoup plus depuis l'affaire D., mais bon.... Et puis même la cheffe de service de gynéco où je suis actuellement, qui par rapport à l'affaire D. dit que bah ils ont tous été éduqués comme ça, et qu'il fallait pas forcément leur en vouloir, et que on fait beaucoup trop de bashing autour de D. Alors que quand tu lis les témoignages des personnes qui ont été violées par lui, bah c'est vraiment horrible, et quand tu lis les témoignages d'externes et d'internes qui disent « bah on m'a dit de faire ça, je l'ai fait, et maintenant je me sens hyper mal ». Ben je me dis si j'avais été à leur place ben j'aurais peut-être fait la même chose...

Notons la réaction de la cheffe de service, rapportée par E3, qui justifie la violence par le fait qu'ils « *ont tous été éduqués comme ça* », c'est-à-dire qu'elle rapporte un dysfonctionnement structurel dans l'éducation médicale, qui fabriquerait et entretiendrait cette violence.

b. Dimension émotionnelle et affective de l'identité

i. Solitude

La quantité de connaissances requises au programme de l'ECN ainsi que le format livresque de ces connaissances nécessitent un temps studieux en solitaire considérable, ce qui a pu générer chez certains étudiants un grand sentiment de solitude.

E1 : « Moi concrètement, l'externat, j'ai appris la médecine tout seul hein... J'ai acheté les bouquins comme un grand et j'ai bossé jour et nuit jusqu'à avoir une connaissance, non pas parfaite, mais au moins suffisante pour avoir une pratique que je considère comme correcte. »

On retrouve l'aspect totalisant, quasi-sacerdotale, dans l'expression « *jour et nuit* » et on perçoit la solitude également sur la construction de l'identité professionnelle à travers l'expression « *avoir une pratique que je considère comme correcte* » : on pressent que c'est lui, E1, qui est son propre référentiel, qui évalue sa pratique selon ses propres critères, ce qui renforce encore la perception de la solitude dans le parcours universitaire et la socialisation professionnelle.

EE1 va dans le même sens que E1 et ressent la même solitude. Ses propos mettent en évidence l'aspect écrasant de l'apprentissage livresque en solitude :

EE1 : « Mon externat à Nancy, c'était... c'était très centré sur les livres, les recommandations donc on passait au final nos journées dans une bibliothèque à apprendre seuls sur nos livres. Il y avait des conférences, il y avait parfois des TP mais c'était minime quoi, ça occupait peut être 5-10% du temps au grand maximum et le tout le reste c'était un travail solitaire au final (...), sans vraiment avoir d'échanges je trouve, hormis parfois quand j'étais en stage, mais pareil ça occupait pas non plus la plupart du temps, donc en tout cas les connaissances étaient transmises via la fac - déjà je trouve que c'est via les livres plutôt que via la fac, et ça laissait un petit peu les étudiants livrés à eux-mêmes... »

Un travail acharné en solitaire qui n'est pas sans conséquences sociales :

E1 : « En sortie d'externat je me suis rendu compte qu'en fait ça avait eu un impact sur moi au niveau sociabilité, dans le sens où en fait que ce soit mon groupe de potes à la fac, ou dans mon groupe de potes d'enfance, le fait de m'isoler dans mon travail en permanence de refuser éventuellement les sorties ça aussi ça m'a mis un petit peu à l'écart après donc ça en fait je l'ai vécu comme une diminution de mes relations sociales. »

Si le sentiment de solitude existe dans le mode d'apprentissage théorique, il existe aussi un sentiment de solitude relevé par E3 sur l'apprentissage de la relation de soins, qui échappe aux radars de l'éducation médicale :

E3 : « Tout ce que j'ai appris de relationnel, je l'ai appris de moi-même ; qu'on m'a jamais particulièrement guidé sur tout ça, et personne n'a jamais fait attention, enfin personne n'a jamais pratiquement fait attention si j'étais bien avec les patients, si j'étais mauvais avec les patients si je leur parlais bien, si... comment on pourrait améliorer le relationnel tout ça avec le patient... »

ii. Une perte de sens et un sentiment d'absurde lié à la format des études

Nous avons relevé des propos traduisant une perte de sens en lien avec les études, du fait des études de médecine.

EE1 : « Franchement pendant les années d'externat c'était pas toujours évident de savoir pourquoi j'étais en médecine qu'est-ce que je faisais là ; j'ai eu pas mal de fois envie de changer pour quelque chose qui se... qui s'ouvre un peu plus sur le monde (...) Du coup je me suis inscrite à Sciences Po, enfin j'ai fait les demandes d'admission en Sciences Po pour l'année d'après, donc j'avais envoyé ma lettre de motivation et tout ... Malheureusement c'est tombé l'année du COVID et du coup ils ont annulé les entretiens, et ils ont choisi directement sur le dossier, donc j'avais pas été prise, mais j'avais postulé à un master Finances et Stratégies parce que j'en avais marre de la médecine, j'avais vraiment envie de faire autre chose que ça et ça me paraissait être une ouverture d'esprit, avec une école qui peut permettre d'avoir d'autres cours, d'autres idées, de rencontrer des gens aussi qui viennent d'ailleurs, qui ont d'autres pensées... »

Nous pouvons remarquer le lien direct qu'elle fait entre la perte de sens qu'elle éprouve et le désir de se tourner vers une discipline qui « *s'ouvre sur le monde* », autrement dit, elle fait un lien entre la perte de sens et la tunnelisation des études de médecine.

E4 a également vécu une remise en question du choix de ses études :

E4 : « Ben ça fait déjà pas mal d'études avancées on se dit je veux pas... enfin je me suis dit je vais pas changer maintenant... et après il y a bah y a la 6e année faut être concentré dedans et tout, et en fait je me suis vraiment posé la question en 6e année parce que bah j'étais pas bien.... enfin c'était... c'était long et difficile quoi... j'étais pas bien sur le plan personnel en 6e année ... donc ouais je me suis dit.. est-ce que c'était le bon choix que j'ai fait.. et je pense qu'avec peut-être... enfin plus de réflexion au lycée, une meilleure orientation je sais pas, j'aurais pas fait ce choix-là, de médecine ... »

D'autres verbatim ont mis en évidence un sentiment d'absurde lié au concours de la PACES ou de l'ECN dont certains pointent le décalage entre les objectifs académiques attendus au concours, en vue d'une sélection compétitive des étudiants, et l'objectif de former un bon médecin.

Certains verbatim ont mis en évidence ce sentiment d'absurde avec une pointe d'ironie :

EE1 : « Enfin tu gères ton emploi du temps comme tu veux, tu apprends ce que tu veux à n'importe quel moment mais juste aux examens il faut que tu saches... voilà... 300 000 choses pour être le meilleur grosso modo ».

E1 : « Enfin donnez, donnez la parole à l'externe, plutôt que juste du 'faites lui un cours sur un sujet obscur de pneumo ou de cardio' ou je sais pas quoi, pour un concours qui va l'envoyer à l'autre bout de la France s'il le réussit bien... enfin tu vois, c'est ... je trouve ça aberrant quoi, »

D'autres verbatim dénoncent un décalage de manière frontale, forte, et remettent profondément en question le système de sélection de l'ECN dans la perspective de former des bons médecins :

E1 : « La compétence d'un médecin ne se mesure pas juste par un concours qui est à 10 000 lieux de la pratique réelle »

E1 : « J'ai envie de te dire, il faudrait arrêter, faudrait enlever le fait que ça soit un concours... je pense que franchement, la compétitivité du concours draine les gens et les met dans un

mindset qui est qui est trop orienté compétition, et qui est à l'antithèse de ce qu'est un médecin tu vois... enfin un médecin, c'est l'aide, c'est apporter du soin, c'est prendre soin de quelqu'un, porter de l'attention, de l'empathie et moi j'étais à des kilomètres de ça »

E1 : « en fait si tu veux moi y a un truc qui m'a marqué c'est que j'ai une amie qui est quelqu'un d'humainement très bien, qui est très empathique, et qui s'est fait recaler de P1 parce qu'elle avait pas le classement, alors que ça aurait fait un excellent médecin ça, j'en suis sûr et certain, ça l'a fait recaler pour dix places »

E6 : « Et ce qui n'aide pas à être un peu médecin moi je trouve que c'est le système le fait d'être classé H24, d'être tout le temps dans la compétition je pense que ça en fait ça crée des gens...ça crée des gens compétitifs, et du coup pour moi ça va pas dans le sens d'être un bon médecin c'est pas comme ça que je me l'imagine en tout cas... »

Le sentiment d'absurde se dégage également dans la perception déjà évoquée de voir défiler une succession d'objectifs à court terme, dans une perspective de rendement, sans espace-temps pour la réflexion ou pour un apprentissage au lit du malade :

E6 : « Pour moi on avance on avance on avance, on se dit « ouais quand j'aurais fait ça, quand j'aurais fait ça, quand j'aurais fini ça, quand j'aurais vu ça »... Et en fait à un moment on arrive à... bah là, bientôt d'ailleurs, on va avoir fini. »

E6 : « C'est qu'en fait c'est tellement dense, et on a tellement à faire au final en pas si longtemps que ça... et surtout on est tout le temps tellement classé et comparés, on a tellement des objectifs de rendement en fait, que au final enfin des fois on prend pas le temps de faire les choses correctement, d'aller en stage, de faire ce genre de choses et ça c'est dommage... »

iii. Perception d'une négation du vécu de l'étudiant

- Absence de considération du vécu de l'étudiant

Certains internes ont manifesté une frustration, voire une détresse, à l'évocation de l'absence de considération par les responsables pédagogiques de leur vécu des situations rencontrées en stage, ce qui pourrait participer à renforcer un sentiment de solitude cité plus haut. Ils déplorent l'absence d'espace pédagogique permettant une libération et une formalisation de la parole, en vue d'analyser une situation, de comprendre une réaction, de mettre des mots sur un ressenti sur un vécu émotionnellement fort dans le cadre de leur exercice.

E1 : « T'as tout un pan ... ouais je suis pas de... je dirais le bien-être de l'interne... et puis ouais son apprentissage relationnel qui pèche sérieusement quoi »

E1 « Sachant qu'en plus qu'on est confronté ...alors confronté... en tant qu'externe, on est un peu protégé quand même parce qu'on n'est pas les mains dans le cambouis, même s'il y a certains stages où on l'est, mais je dirais qu'on est quand même confronté à des gens qui meurent ! A des choses... enfin tu vois, moi quand je parle de ce que je vis au quotidien à mes potes, ils hallucinent ! Enfin eux ils traitent des excel toute la journée, moi j'ai des gens qui meurent dans mes bras quoi enfin... c'est... je... ouais, peut-être... enfin, posez la question aux externes de leur ressenti quoi ! Alors après j'ai pas forcément de retour sur les jeunes, enfin j'ai l'impression d'être un vieux en disant ça, mais tu vois les 3^e, 4^e, 5^e années d'aujourd'hui, je sais pas cette génération-là comment ils réagissent mais je pense que la clé ça serait quand même

de leur poser la question de comment vous allez, comment ça se passe dans vos stages, comment vous vivez les situations difficiles tu vois mettre l'accent sur des groupes de parole ! »

Le verbatim ci-dessus de E1 montre la prise de conscience existentielle de la portée de la profession médicale, et dénonce de manière angoissante ce qu'il perçoit comme un décalage abyssal entre la formation médicale et un coaching de cadres en entreprise : s'il est courant que des consultants reçoivent des formations de management, de gestion de stress, de gestion de crise, en revanche, on ne considère pas le vécu d'un externe en médecine catapulté dans des situations médicales et humaines graves, même pas dans une perspective pédagogique.

E1 : « J'avais une co-interne qui me disait souvent quand on était en mal inf : y a 95% des gens qui sauraient pas faire ce qu'on fait et qui tiendraient pas une semaine dans le service avec les trucs qu'on voit quoi... »

E3 « Du coup j'étais en stage de neurovasculaire, en stage de sémiologie, 2e stage, et je ne savais... je voyais des patients qui ne pouvaient parler voilà. Et moi j'étais juste là pour les examiner et je comprenais pas... et je pouvais même pas leur demander leur consentement avant les examiner.... je trouvais ça un peu atroce... et je trouvaisje comprenais pas ma place dans tout ça. Et je comprenais qu'il fallait que j'apprenne, mais je trouvais ça.... je trouvais ça vraiment déshumanisant pour ces personnes, et vraiment désagréable, et je me sentais en même temps impuissant de pouvoir faire quelque chose pour elles... »

Ce verbatim de E3 est particulièrement intéressant pour notre propos, notamment lorsqu'il dit « *j'étais juste là pour les examiner* ». Son vécu, c'est qu'il a été envoyé au chevet de ces malades uniquement dans une perspective pédagogique sémiologique, organique : il est externe en médecine, donc son objectif pédagogique, c'est d'apprendre la sémiologie. Il fallait apprendre tel signe clinique, il faut encoder. Et effectivement, c'est important pour devenir compétent. Mais le malaise s'exprime très bien dans la phrase « *et je comprenais pas ma place dans tout ça. Et je comprenais qu'il fallait que j'apprenne, mais...* » : il sent bien que son objectif sémiologique n'est pas un objectif suffisant à rendre compte de ce qu'est vraiment la médecine. Pédagogiquement, rien ne l'a préparé, rien ne l'a introduit à l'expérience de la rencontre face à face avec une personne malade, très malade, qui a subi un AVC, et qui ne peut plus parler. Et aucun recours pédagogique au sein de la communauté médicale (professeur, maître de stage) n'a recueilli son vécu. C'est auprès d'un coach qu'il a pu s'en ouvrir, qu'il a pu analyser son expérience et avoir une attitude réflexive sur la place du médecin :

E3 : « Lorsque j'étais en 2e année de médecine première année de 3e année de médecine j'ai eu...je bénéficiais via une association de 10 séances de coaching ... avec un coach professionnel qui faisait aussi en psychothérapie donc on a pu parler pas mal de de la place du médecin et donc on en a pas mal parlé avec lui notamment... notamment cette question de l'implicationd'être toujours à 100% en stage, et puis... le sentiment d'impuissance qu'on pourrait avoir...à ce moment-là j'étais en stage de neurovasculaire donc c'était un peu un peu difficile (...) Donc pendant ces séances de coaching, on a un peu parlé de sentiment d'impuissance, de culpabilité, du fait que... comment est-ce que je pourrais rendre ça plus sympa, plus agréable en me disant que peut-être que ces personnes même si elles parlent pas ça leur fait plaisir de me voir, ou peut-être que peut-être... peut-être pas, mais faudrait.... je peux au moins... je peux au moins quand je vais les voir, leur parler normalement, comme si c'était des personnes normales, même si ils me répondent pas... ça, ça pourrait peut-être les aider, elles ou au moins au minimum m'aider moi, en restant un peu plus humanisant. Et puis

c'était principalement ça, cette gestion un peu de l'impuissance, de la culpabilité dans ce stage de neurovasculaire...

Cet étudiant a pu trouver une solution pour analyser les différents aspects de cette expérience, se laisser interroger par ce qu'il a vécu et lui donner une résonance, une signification. Il est certain que cette expérience l'a marqué dans son identité professionnelle. Mais ce n'est pas au sein de son cursus pédagogique et de ses pairs qu'il a pu inscrire cette expérience dans son identité professionnelle.

- Neutralisation émotionnelle et émotions négatives

Dans cette perspective, on pressent que l'absence de considération du vécu de l'étudiant va de pair avec l'absence de considération des émotions du professionnel dans l'exercice de sa fonction et dans son parcours étudiant.

E3 : « Je trouve que le plus nul que je trouve dans tout ça c'est qu'on s'y habite... qu'on s'habitue à ces violences quotidiennes qu'on inflige, et qu'on trouve.... On dit juste que les gens qui commencent, ou qui sont choqués par ça, ils sont... ils sont juste trop fragiles ou sensibles pour faire ce métier. »

Prendre en considération les émotions, les siennes et celles des autres, a fortiori si elles sont réactionnelles à un dysfonctionnement tacite systémique, c'est prendre le risque de s'exclure du groupe identitaire, le corollaire étant qu'il y a un accord tacite dans le groupe identitaire : la médecine, c'est un monde où il y a des choses dures, et il faut s'y faire, il faut serrer les dents en silence, ça fait partie du parcours initiatique.

E6 va dans le même sens, en liant les « choses difficiles » au fait de se « blinder » :

E6 : « En fait on voit tellement de choses difficiles que des fois on se blinde sans même forcément s'en rendre compte et parfois je pense que ça participe à être un moins bon médecin, d'être trop blindé, d'avoir une trop grosse carapace, parce que bah du coup en fait on est moins dans l'empathie quoi on est moins dans l'empathie et ça je trouve que bah c'est quand même la principale qualité pour moi qu'il faut avoir pour être un bon médecin... (il faudrait) favoriser justement cette empathie dans les études de médecine et cette écoute et le fait de laisser parler dont je parlais tout à l'heure. »

L'étudiant « se blinde », et il se blinde « sans s'en rendre forcément compte ». Le blindage est un mécanisme physique, défensif et préventif contre une agression, le but étant que la structure ne s'effondre pas et supporte un choc. Ici, le choc, ce sont les « choses difficiles ». En contexte professionnel médical, on peut supposer que ce sont les situations humaines et médicales difficiles (diagnostic grave, détérioration de l'état général ou de l'état cognitif des patients, système de santé saturé, décès, familles en détresse, situations de crises et d'urgence vitale, etc...).

La négation des émotions peut cheminer aux côtés des émotions négatives :

E1 : « J'ai eu des... des internes qui m'ont dit qu'ils étaient sous antidépresseurs, sous benzo, enfin c'est pas c'est pas quelque chose qui est sain ou normal pour quelqu'un qui est en 5e, 6e année »

E4 : « Tu vois, on est pas mal en médecine à se dire « j'ai mal vécu cette situation-là » ».

E1 : « J'ai pris sur moi, et j'ai foncé dedans, mais parce que voilà je suis comme ça, mais je me suis dit que d'autres gens à ma place ils peuvent s'effondrer tu vois, ils peuvent se dire « bah c'est trop dur en fait »... »

EE1 : « Quand j'étais en 6e année j'en avais tellement marre, j'ai eu l'impression d'être au milieu de l'hiver, dans la nuit noire, je voyais pas la lumière. »

On retrouve le tabou émotionnel dans l'expression « *j'ai pris sur moi* », et on relèvera l'expression suivante qui, bien qu'elle soit employée au sens figuré, emprunte au vocabulaire du suicide :

E1 : « je me suis buté pendant 9 ans ».

c. Dimension relationnelle de l'identité.

i. Une tendance à l'objectivation du patient

EE2 : « Et bah c'est vrai que c'est encore plus le cas à l'hôpital mais justement là en pédiatrie quand on est, on fait que travailler sur des ordinateurs et que travailler sur bah sur des comptes rendus machinalement au bout d'un moment bah les patients on les voit juste comme des cas qu'on traite très rapidement, on passe d'un CRH à un autre en mettant des constantes, en mettant de la biologie, et on perd beaucoup la dimension sociale, et la dimension relationnelle, et ça c'est vraiment dommage. »

E7 : « ça va être sur des choses plus futiles tu vois, des exemples un légers, enfin des choses auxquelles moi je suis-je suis peut être un un petit peu attentif, qui sont pas si graves que ça mais par exemple... c'est souvent dans les services on parlait de ... de dossiers par exemple « le dossier de tel maladie »... ou alors « Ah le patient de la chambre 13 » par exemple ou au lieu de parler de Monsieur Machin ... donc ça vient plutôt déshumaniser quelque part le patient quoi ...donc ça c'est vraiment des choses contre lesquelles je pense qu'il faut se battre, et contre lesquels enfin bon ...pour lesquels ...avec lesquels je suis pas d'accord en fait. »

EE2 : « A l'hôpital on voit qu'un patient, après on fait 15 autres choses, après on essaye de revenir sur leur dossier, on fait tout dans le désordre tout le temps, avec plein d'interférence de tâches et puis on a pas le temps de parler aux gens. Souvent je passe des matinées à être juste derrière un PC à... à taper des comptes rendus et ça vraiment... c'est dommage... »

E3 : « Les six premières années je me suis toujours posé la question de quand est-ce qu'on apprendrait du relationnel, des choses comme ça. Comment être avec les patients... Comment faire de la communication, un peu de psychologie, des choses comme ça (...). Et je me dis qu'il y a beaucoup de choses qui manquent dans tout ce qui est relationnel et communication, dans nos études, et même dans l'enseignement, qui est vraiment de l'enseignement brut, où on est sensé apprendre sur le tas, sans forcément toujours demander le consentement des malades, même si ça commence à changer petit à petit. »

E3 : « Et du coup dans cette optique-là, de faire des médecins qui s'occupent avant tout de... de la pathologie, pas du malade, et qui s'occupent avant tout de ce que, eux, ils peuvent apprendre de la personne. En fait j'ai plus l'impression qu'on nous apprend... à apprendre du malade. Et que, en fait, c'est à nous-même de nous intéresser au bien du patient, si on veut s'intéresser à lui. Mais si on veut pas s'y intéresser, ben on peut très bien devenir médecin quand même, et voilà »

Ce verbatim, un peu ambigu au premier abord, a été explicité par E3 *a posteriori* afin de rester fidèle au texte et à sa pensée. Ce que E3 veut dire, c'est que pour lui (citation de l'extrait du message écrit) : « *on apprend aux dépens du patient, d'un point de vue biomédical ; on ne s'intéresse qu'à la pathologie, ou à guérir ce que nous on considère comme un problème; on ne s'intéresse pas à ce que le patient lui veut, et considère « bien » pour lui* ». Selon E3, la formation participe à une forme de déshumanisation du patient parce qu'à visée pédagogique, en vue de l'acquisition de la connaissance biomédicale, elle réduit le patient à sa pathologie, ou en tout cas elle fait une abstraction théorique de la personne au bénéfice de données sur la pathologie afin que les étudiants puissent apprendre. Mais le risque, souligné par E3, c'est d'apprendre aux dépens du malade en « *s'occupant de ce que, eux, ils peuvent apprendre* », en faisant abstraction de la personne en face de soi.

E3 : « c'est très facile d'aller voir un malade et de faire semblant qu'on a déjà fait 3000 fois des sutures alors que la première fois qu'on le fait et qu'ils se retrouvent avec une cicatrice dégueulasse... Plein de choses comme ça... c'est assez assez euh... assez... perturbant, c'est nul »

L'abstraction de la personne malade au bénéfice de l'apprentissage de la maladie se retrouve aussi dans cette expérience de stage en centre hospitalier rapportée par E6 :

E6 « Ben c'était en D1. Du coup j'étais stagiaire et j'étais en dermato et bon c'était une visite professorale classique de CHU, et donc... Ben moi j'étais le petit bébé stagiaire derrière et en fait donc il y a le Professeur qui parle d'une patiente. Donc la patiente était dans la chambre, on était tous dans la chambre, c'était pour une plaie compliquée. Bon bref on s'en fiche un petit peu du motif, et en fait il parlait d'elle... comme si elle était pas là.... alors qu'elle était là.... genre vraiment à côté... dans le lit. Et déjà ça j'ai pas du tout aimé, je trouvais que c'était très impersonnel, et puis après il est sorti de la chambre, et il a dit « bah de toute façon elle est sourde, elle comprend rien »... enfin ouais truc vraiment... moi je me suis dit « mais en fait elle est malade elle est là pour qu'on la soigne pas pour qu'on pas pour qu'on l'insulte »... J'avais été trop choqué je m'étais dit mais genre jamais, enfin j'espère que je deviendrai jamais comme ça, parce que ...horrible quoi... donc voilà ça c'était la première expérience vraiment où je me suis dit, non je ne veux pas devenir comme ça. »

L'abstraction de la personne est telle que le professeur parle « *comme si elle n'était pas là* ». Naturellement, E6 emploie l'expression « être là » au sens de présence physique, le professeur parle d'elle comme si elle n'était pas présente avec eux. Mais à vrai dire, on peut aussi souligner que l'expression « être là » s'utilise aussi dans une perspective de finalité (être là en vue de) : dans la situation rapportée, dans le vécu de E6, le professeur parle de la patiente comme si elle n'était pas là en tant que personne, comme elle était là en tant que cas à traiter et à enseigner aux « *bébés stagiaires* ». Il y a une abstraction théorique du patient, qui peut aller jusqu'à l'abstraction de la présence du patient, la non-considération de sa présence, de sa volonté propre, de sa dignité propre. Et même si le format d'une visite professorale universitaire, où les médecins sont nombreux dans la chambre du patient, ne posent pas de manière évidente un

cadre facilitateur pour établir une relation de qualité patient-soignant, on remarque que le professeur justifie son attitude par les déficiences physiques et le handicap de la patiente : comme elle n'entend rien, elle ne comprend pas, et comme elle ne comprend pas, je peux me passer de la considérer, de lui expliquer, de faire en sorte qu'elle participe.

E7 rapporte une expérience similaire, durant son stage d'urgences :

E7 : « Moi je sais plus pour quelle raison la patiente était là, mais je m'adressais à elle, je lui demande pourquoi elle est là je redemande ses antécédents, enfin voilà j'ai voulu on va dire faire un peu la classique, l'entretien médical, et puis en sortant je lui dis ... enfin à la fin de l'entretien « écoutez si vous voulez bien, ce que je vous propose de prendre tel et tel traitement et puis de de voir ce que ça peut faire » et puis là on sort du box simplement, et là tu vois ma chef de service qui est ...qui est qui est devenue... mais en fait elle m'a engueulé sur place elle m'a dit « mais depuis quand on demande au patient leur avis, de pouvoir savoir si ils sont d'accord ou pas pour prendre leur traitement ! »

Ici, l'étudiant rend le patient actif de sa propre prise en charge, il « s'adresse à elle », il « propose » une prise en charge, lui expose les traitements, et sollicite son consentement. La cheffe de service ne relève pas la gestion de l'entretien, les aspects de la prise en charge et la prise d'initiative, mais traduit son mécontentement parce qu'elle ne s'attendait pas à ce que l'interne tienne ce genre de position, et cherche le consentement du patient.

A l'inverse, on voit l'impact d'une expérience positive avec la hiérarchie médicale sur l'identité professionnelle, lorsqu'un ou une chef considère le patient dans sa pratique médicale.

E6 : « par exemple un de mes premiers stages était en pneumologie donc bah forcément y avait plein de cancers voilà, donc un peu un peu difficile et en fait il y avait une médecin, donc une CCA qui était qui m'avait dit « bah écoute tu vas venir avec moi je vais faire une consultation d'annonce », et donc en fait on était que toutes les 2 et j'avais... j'avais trouvé super parce que vraiment elle arrivait totalement à.... c'est quelque chose de très difficile et pourtant elle arrivait à pour trouver le ton, à respecter les silences, à être dans l'instant, je sais pas comment expliquer mieux.... mais elle était vraiment présente uniquement pour le patient et elle avait vraiment réussi à instaurer un cadre on va dire rassurant, alors que c'était une c'était un cadre pour autant très difficile parce que bah voilà quand on sort «cancer du poumon »... compliqué.... donc non ça, j'avais... ça m'avait vraiment limité fascinée quoi, j'avais dit « waouh elle est trop forte quoi » elle a fait passer ça limite facilement alors que c'est quelque chose pas simple, donc c'était vraiment ses qualités d'écoute et de d'expression, le fait de vraiment poser sa voix, de réussir à écouter à respecter les silences, mais aussi à rebondir quand il fallait rebondir j'avais été vraiment hyper impressionnée »

On retrouve des éléments de vocabulaire tels que « elle était présente uniquement pour le patient », « respecter les silences », « poser sa voix » qui témoigne de la qualité de présence, d'écoute et de respect de la présence du patient.

ii. Le rapport au corps pédagogique et aux pairs

- Verticalité avec la hiérarchie, anonymat

Les analyses des entretiens ont souvent mis en évidence la verticalité dans les relations avec la hiérarchie, que ce soit les maîtres universitaires ou les maitres de stage. La relation est freinée par une verticalisation et un anonymat des rapports, qui se révèlent parfois écrasante.

EE1 : « Alors le format d'enseignement en France est très centré sur une transmission directe des connaissances dans le sens où les professeurs sont ceux qui ont la connaissance entre guillemets, il y a ce genre de « on sait, et on va vous livrer l'information » il y a pas tellement de réflexion qui se fait autour... enfin voilà, un truc très vertical tu vois. Il y a pas de d'échange de paroles, c'est unidirectionnel. »

EE2 : « et puis c'était des cours qui étaient sans échanges possible. C'était du coup des cours en amphithéâtre »

E6 : « Après la manière dont c'est fait il y a enfin les cours en amphi globalement pendant l'externat, j'ai jamais trouvé ça très utile, j'ai toujours trouvé ça accessoire... en fait parce que ils explicitent rien enfin en gros pour moi... c'était vraiment... ils donnaient ce qui avait marqué dans les collèges et puis basta. Voilà donc j'ai pas trouvé ça très didactique »

E4 : « Les cours en amphi. Plus on était nombreux en fait, plus les cours étaient un peu comme ça (sic : catalogue), et de temps en temps il y avait des super profs, mais c'était plutôt des cours magistraux comme ça (...) Mais y avait quand même de temps en temps des profs qui étaient passionnés par le sujet, et qui et du coup qui parlaient avec le vécu du patient »
E4 salue le relief mis par certains professeurs, et l'on observe que ce relief est nécessairement rattaché au fait d'incarner la donnée théorique abstraite avec un vécu personnel. C'est cette pathologie, pour ce patient, qui le vit de cette manière.

E4 : des attitudes je pense qu'on a un peu tous vécu en tant que ... en tant qu'externe, ou en tant qu'interne, de médecins bah qui vont... qui vont pas du tout prendre le temps... enfin... En stage si tu comprends pas, si tu connais pas, bah c'est que t'es nul, c'est que t'es une merde. (cité page 45)

E4 : « En 3e année de médecine je venais de me casser la jambe, 6 semaines d'arrêt, j'étais revenu au bout de 3 semaines parce que j'avais moins de douleurs et j'étais... j'étais en béquille en stage parce que je voulais quand même participer à mon stage. Et j'avais été au bout de mon stage. Et à l'heure de l'évaluation de stage c'est le chef de service qui fait l'évaluation de stage, qui m'avait très peu vu en stage parce que bah il était pas dans le service, était quasiment jamais dans le service, et voyait peu de patient, il faisait beaucoup de recherches dans son bureau et tout, il avait fait l'évaluation de stage, il m'avait vu en entretien après... et pour lui il y a plein de choses qui n'allait pas... alors que c'était mon premier stage de médecine, mon stage d'avant c'était en chirurgie, en neurochir, donc c'était un premier stage en gériatrie, et il m'avait dit que... ben que l'examen clinique ça n'allait pas du tout... il m'avait dit... bah qu'il me mettait 10 pour me valider, mais que c'est vraiment pour me valider, parce si il mettait moins ça ne validerait pas, et que il voulait quand même valider, mais que pour lui je serai jamais médecin.... des choses comme ça.... il m'a dit que s'adosser contre le mur dans la chambre du patient c'était inadmissible, alors qu'en fait j'avais hyper mal à la jambe parce que j'étais encore .. c'était depuis pas très longtemps que j'avais plus les béquilles, je boitais toute la journée du coup bah... je me tenais un peu contre ce que je trouvais près de moi ... et... et lui il m'a... c'était seule fois qu'il m'avait vu du stage quasiment.... il m'avait accueilli au début et après il m'avait fait mon éval de stage... et il m'avait dit ça... c'était pas très.. très bienveillant de sa part et voilà donc ce genre de choses ... qui avait juste moi j'ai pleuré je crois,

j'avais les larmes aux yeux pendant le pendant l'entretien avec lui ... après tu sors pas bien du truc, et ça t'apporte rien quoi de te de te descendre comme ça.. il m'avait donné aucun conseil particulier ... c'était pas très positif quoi voilà .. ce genre d'attitude pas pédagogique en fait voilà....

E1 : « là j'avais en face de moi un chef de service paternaliste qui jugeait quelqu'un sur sa connaissance »

E7 « et le premier jour enfin ça a commencé comme ça, un premier jour elle tutoie, elle se présente à nous et donc moi comme elle me tutoie je dis « Bonjour Carole », et là d'un seul coup elle me... enfin vraiment elle me ... elle me fusille du regard elle me dit « mais c'est la première fois de toute ma carrière qu'un interne ose me tutoyer, qu'est-ce que ça veut dire ? » enfin je veux dire c'est quand même ... tu vois ça témoigne d'un choc de ... des cultures c'est-à-dire que moi je parle du d'un principe on va dire, humaniste, qui veut que un tutoiement sous-entend un tutoiement réciproque, et la personne en face en fait elle est pas du tout sur ce paradigme-là elle est sur le paradigme du pouvoir et de l'autorité.. »

E6 « moi j'étais le petit bébé stagiaire derrière »

- Désir d'interaction, demande d'interaction avec les pairs. Enseignements salués pour leurs mises en situation, débats, échanges : ECOS, cours en petits groupes

Si les cours magistraux ne sont pas plébiscités par notre échantillon d'étudiant, ils ont néanmoins salué d'autres initiatives pédagogiques. Certaines de ces initiatives ont été institutionnalisées dans la réforme du second cycle, les ECOS.

E1 : « Hormis sur la fin ce que je trouvais bien c'était les ECOS avec ces mises en pratique, ces situations qui font du coup intervenir non pas juste le biomédical mais aussi un petit peu de relationnel, un petit peu d'explication, je me souviens de situation où j'avais... J'avais eu à annoncer un décès imminent, une limitation d'arrêt des soins, j'avais eu aussi à expliquer de A à Z une paralysie faciale « a frigore », donc tu vois c'est ça, c'est des vraies mises en situation que je trouvais intéressantes en petit groupe. »

Ce que E1 apprécie dans ces cours est intéressant à relever pour notre propos :

- Ce sont des « *mises en pratique* », c'est-à-dire que ces cours permettent à un étudiant de passer de l'abstraction théorique à la réalisation d'un acte médical, permettant d'accéder à la finalité de la théorie. Ces cours ont donc une portée herméneutique et performative.
- Ce sont des « *situations* ». Ces cours s'inscrivent dans une perspective d'apprentissage situé
- Ils sollicitent la connaissance biomédicale (« *paralysie faciale a frigore* »), mais aussi « *le relationnel* », donc ils intègrent harmonieusement la dimension de la relation de soin et des qualités humaines.
- Ils intègrent « *un peu d'explication* », donc ils véhiculent par leur format des vertus analytiques, réflexives.
- Ils incluent des questionnements éthiques (« *limitation d'arrêt des soins* »)
- Ils rendent l'étudiant actif grâce au vecteur du théâtre, de l'art oratoire ou de la simulation
- Ils sont en « *petits groupes* », et permettent des interactions entre les pairs et avec un maître, en opposition avec l'anonymat du cours magistral.

E1 : « Ben je pense que les ECOS c'est une bonne idée, c'est à dire mettre l'externe en situation... Peut-être à la limite faire des ECOS en petits groupes je me souviens qu'on avait un truc qui ressemblait à ça en 3e année. On nous avait fait réfléchir sur des cas, et on devait décrire notre prise en charge... Alors ça s'en tenait juste au biomédical à l'époque, on avait un prof ou un CCA qui venait nous parler d'un cas clinique, sur l'asthme par exemple, et donc on devait chercher un peu la physiopath', ensuite décrire un petit peu la clinique que ça peut avoir, les traitements qu'on va mettre... Là l'idée ça serait peut-être, je sais pas, faire des petits groupes tu vois je verrai bien, comme pour les internes hein, tu prends comme les groupes qu'on a en GEP, donc je sais pas une dizaine de personnes ; tu les mets dans une situation un peu complexe, avec une discussion de groupe. Au début de la session tu fais émerger un cas qui a posé problème, un cas conflictuel... je pense qu'on a tous des dizaines... enfin en tout cas moi je peux je peux t'en citer quelques-uns... Donc on essaie de questionner la personne pour avoir une retranscription à peu près fidèle de la manière dont ça s'est passé. Et ensuite on fait interagir deux internes, alors par exemple l'interne qui a vécu la situation devient le patient, et essaye de mimer un petit peu les réactions qu'a eu le patient, et l'autre interne essaie de désamorcer la situation, ou du moins d'accompagner la personne, de lui expliquer de l'informer correctement... Bref enfin tu vois toutes ces qualités de relation quoi. Et ensuite on fait un espèce de débriefing sans être dans l'accusation mais plutôt dans un dans une démarche constructive d'apprentissage, on essaie de les mettre devant leurs points faibles entre guillemets tu vois, « est-ce que t'as été trop assertif », « est-ce que tu t'es trop mis dans une position paternaliste », peut-être « est-ce que t'as pas été assertif », peut-être aussi « est-ce que le patient a senti que t'étais pas sûr de toi, que tu connaissais pas là pathologie » tu vois enfin c'est... je pense que c'est ça, ça serait déjà pas mal. Je sais qu'ils ont ça à Créteil, ma copine qui est à Créteil a ce genre de choses. »

D'autres internes ont tenté de formaliser des formats et de contenus de cours qu'ils apprécient ou qu'ils souhaitent voir développer pendant l'externat.

E2 : « Je pense que si c'est pas des cours à la fac, au moins avoir des discussions entre confrères ou entre médecins à l'hôpital. Ce qui peut se voir certaines fois dans des RCP par exemple, ou dans des présentations de cas qui sont souvent faits par les étudiants, qui amènent souvent un débat sur savoir comment dans cette situation on va s'en sortir. Mais après je sais pas quelle place ça a à la faculté je sais pas en fait... Dans l'agenda actuel des étudiants en médecine quelle place en fait on leur laisse ? Pour l'instant aucune quasiment... »

E2 souligne l'importance d'espaces pédagogiques pour favoriser l'interaction entre les pairs, le débat, la discussion.

E3 : « Des cours de communication, des cours de... un peu de psychologie, des groupes de paroles ou des choses comme ça, où on parle du relationnel, plus des choses comme ça. Et maintenant avec plus de recul bah pourquoi pas des ateliers de médecine narrative ou des groupes d'atelier d'art, ou des cours d'histoire autour de la place du médecin, des groupes de réflexion éventuellement, ou des conférences de réflexion sur la place du médecin, et du patient, et plus de plus de d'interventions de patients experts, ou plus d'associations. »

La variété des supports et des formats pédagogiques est importante pour E3. Il mentionne des « cours », mais souhaite aussi des « ateliers », des « groupes de réflexions », des « conférences », différentes heuristiques ayant vocation à solliciter différents champs cognitifs en vue d'intégrer la connaissance et les compétences. Il mentionne également l'importance de

la variété des types d'intervenants, la variété de disciplines (art, médecine, humanités, éthique, psychologie, communication). Il évoque, en écho avec les autres internes, l'importance des « groupes de paroles », « où on parle », manifestant ainsi le même désir, la même soif d'avoir davantage d'interaction avec les pairs durant le cursus médical.

Nous avons exploré dans une première partie les bases de la construction identitaire des internes. Dans cette seconde partie, nous avons jeté un éclairage sur la manière dont le second cycle des études médicales a formellement et informellement influé sur cette construction identitaire.

Dans une troisième partie, voyons à présent comment le corpus pédagogique de cours de sciences humaines et sociales du département de médecine générale de Sorbonne Université vient s'inscrire dans la formation des internes en médecine.

4. Apport des cours de GISSMED, SMD et Médecine narrative dans le développement de l'identité professionnelle des internes

a. Dimension affective de l'identité

i. Etonnement, nouveauté, surprise

Les étudiants ont relevé la nouveauté de ce type d'enseignement dans le cursus, et cette nouveauté est vecteur d'étonnement, de surprise.

EE1 : « J'étais étonnée la première année d'internat quand j'ai vu les cours, j'ai dit à tout le monde « mais c'est incroyable dans ma fac franchement depuis le début d'année on n'a pas parlé de médecine ou de science médicale on fait que parler d'autres choses, de sociologie, d'humanisme de choses comme ça »... je trouvais ça incroyable (rires) donc oui vraiment pour moi en tout cas c'est ... je sais que certaines personnes ont trouvé ça assez dérangeant, bizarre peut être que ça leur manquait aussi, et moi c'était tout à fait mon kiff en tout cas. Enfin c'était tout à fait ce que je... voilà c'est au-delà de mes attentes, même je pensais pas du tout que c'était possible à ce point. »

E2 : « J'ai trouvé que c'était des choses qui étaient assez intéressantes, et qu'on n'avait jamais abordé »

E2 : « Les intervenants étaient spécialistes dans leur domaine, venaient nous donner un point de vue nouveau »

E1 : « Ça met quand même le point sur des questionnements que je n'ai jamais eus. »

E1 : « Je trouve que ça, on nous a très bien appris le plan éthique, le plan relationnel, il y a des choses qu'on nous dit qui sont hyper intéressantes j'ai assisté à des cours... Ben par exemple je pense au cours qu'on a eu avec le Professeur Cornet où on écrivait un peu sur nous. Ça c'était quelque chose qui... j'avais jamais fait ça ! »

EE1 : « Quand j'ai su que cette fac-là était un peu orientée vers ça, ça m'a beaucoup réjouie »

E1 : « C'était intéressant, parce que c'était une approche que j'avais jamais eue en cours... bah comme tu as pu le comprendre à P7 y avait pas ça. Du coup j'arrive à P6 et on me propose en fait des cours qui se rapprochent de la philosophie... comme je t'ai dit moi tu vois j'aime beaucoup l'histoire, et j'ai toute ma vie fait des études scientifiques, enfin tu vois j'ai fait un bac S, j'ai fait médecine du coup je m'étais jamais frotté à ce côté un peu littéraire il se trouve que j'ai une très bonne pote qui a fait kâgne hypokâgne avec qui je... comment dire... j'avais des grosses discussions philosophiques et tout ça... et

en fait je retrouvais.... j'ai retrouvé un petit peu ce côté-là tu vois il y avait des intervenants qui était hyper pertinent dans leur domaine.... »

On observe la joie, l'appréciation positive dans les expressions suivantes : « *je trouvais ça incroyable* », « *c'est au-delà de mes attentes* », « *je pensais pas du tout que c'était possible à ce point* », « *ça m'a beaucoup réjouie* », ainsi que dans le rapprochement que E1 fait entre ces cours et ses expériences personnelles positives antérieures, et de ses intérêts personnels.

ii. Nourriture, fraîcheur

L'existence de cette nouveauté agréable pointe l'attente sous-jacente qui existait par rapport au cursus universitaire, et qui semble trouver un élément de réponse dans la proposition pédagogique étudiée.

Pour illustrer notre propos autour de l'attente, EE1, E2 et E5 emploient ci-après un vocable autour de la soif, de la fraîcheur, et de la nourriture, c'est-à-dire qu'ils usent d'une terminologie qui pointe les besoins physiologiques et substantiels, d'un être vivant.

E2 « Déjà j'ai trouvé que c'était des cours qui étaient rafraîchissants... qui changeaient un petit peu de ce qu'on avait pu voir avant, un point de vue théorique de la médecine... »

EE1 : « C'était un truc nouveau je n'avais jamais vu ça en 6 ans, qu'on s'intéresse à autre chose que du biomédical presque ! Intérêt parce que c'est un truc qui m'intéressait beaucoup, parce que j'avais soif en fait. J'avais vraiment envie de qu'on changer de ... ces modalités d'enseignement pour aller vers quelque chose d'un peu de nouveau »

E5 : « ça vient participer à cette nourriture que je recherchais ».

iii. Respiration, repos

Dans la continuité de ces vocables autour des besoins substantiels, d'autres vocables évoquent une sensation de respiration et de repos apportée par ces cours.

EE2 : « Il a été très détendant, en fait c'était très reposant de regarder des choses et de les décrire et de ... c'est quand même reposant, c'était quand même assez agréable de réfléchir à d'autres choses de voir d'autres choses euh ouais c'est ça c'était ça calmait bien c'est agréable et après celui... Ben justement celui avec le psychiatre qui nous parlait des voyages pathologiques en Inde, c'était agréable à écouter et ça fait un peu voyager »

E3 « Les cours de SMD de GISSMED, qui était très intéressant, plus le cours de médecine narrative, (...) qui permettent de respirer un peu et de pas être tout le temps dans le médical »

E3 « La médecine narrative (...) Sinon tout ce qui était rédactionnel et puis au savoir voir une histoire, une histoire d'un autre point de vue, savoir se poser. »

iv. Accueillir ses émotions et celles des autres

Le cours de médecine narrative a été particulièrement marquant pour les étudiants, et a été cité plusieurs fois comme le cours le plus marquant. C'est probablement la première fois que, de manière académique, les étudiants sont sollicités de manière personnelle, où leur identité est sollicitée, assumée. Le cours a vocation à assumer l'émotion, l'identité personnelle et

professionnelle, à travers l'heuristique de la narration. Écouter les autres et écouter sa propre narration opère un phénomène d'identification et de différenciation

E6 : « En médecine narrative. Il y avait... on avait fait un travail, on devait écrire une lettre à notre vocation... et ouais en fait moi ça m'avait vraiment... j'avais été touchée par les lettres des gens... et moi-même d'écrire ma lettre (...) J'ai bien aimé, vraiment. Parce que je m'étais dit ... (s'interrompt) En fait ça m'avait ému, ça m'avait touché. Je m'étais dit « Ah ouais, ouais, en fait je sais pourquoi je suis là »... ça rappelle les choses. Et puis d'entendre les autres c'était aussi émouvant... parce qu'en fait on avait tous des parcours différents. Enfin en fait on s'apercevait que y avait pas... enfin on n'était pas là tous par le même biais, pour la même chose, pour les mêmes objectifs ».

On perçoit l'émotion de E6, qui se laisse toucher par sa propre histoire et par celle des autres. Ils sont appelés dans ce cours à se considérer soi-même et les uns les autres comme sujets, comme personnes singulières, et sont amenés, à travers la narration de leur histoire personnelle, de leur rapport à la médecine, à se regarder les uns les autres comme personne en construction identitaire, médecins en construction, et non à travers une fonction impersonnelle de concurrents, de relation de travail, ou d'élève.

E1 : « Le cours qu'on a eu un après-midi avec le professeur Cornet, fallait écrire sur nous-mêmes, ça c'est un cours qui m'a particulièrement marqué, parce que en fait c'était à la fois simple, et à la fois difficile, parce que en fait on a des gens qui se sont mis à pleurer pendant un cours... on a écrit sur nous-mêmes des choses qu'on s'était jamais vraiment dites je pense. Il nous dit « vous allez parler de vous en fait », et du coup on s'assoit, il nous dit « le cours va être divisé de telle manière... c'est le moment où je propose à chacun de partir, y a pas de répercussion, y aura pas de problème, vous inquiétez pas. » Ben sur mes deux potes y en a une qui est partie à ce moment-là. Dès le début du cours elle m'a dit « Ah non on va pas parler sur moi-même, j'ai trop de trucs inavoués et c'est pas possible », du coup elle est partie... Sachant que c'est une pote je sais qu'elle est ... tu vois elle a une grosse période d'anxiété de déprime, elle a pris des antidépresseurs et tout, donc en fait c'est ... c'est quand même quelque chose qui la touche personnellement, et qui a été difficile à aborder au point de partir de cours avant même de l'avoir fait juste à l'évocation de la thématique... alors ça c'est pas la faute des profs hein, mais voilà, donc ça m'a marqué un petit peu quand même... l'autre amie qui est restée, pour le coup elle ce qui s'est passé c'est que elle a refusé d'en parler, en fait elle l'a écrit (sa lettre), elle l'a écrit, elle avait la larme à l'œil, moi j'étais assez sensible à ça, parce que en fait c'est une très bonne amie hein, qui m'a dit des choses que dont j'étais absolument pas au courant »

L'écoute et l'accueil des émotions permis par la médecine narrative invitent l'étudiant à ne pas s'effacer derrière sa fonction, mais au contraire d'intégrer son vécu propre, son identité propre, ses représentations, ses perceptions, dans l'exercice de son métier ; dans la relation de soin, dans les informations qu'il reçoit jour après jour, évènement après évènement. La médecine narrative invite l'étudiant à découvrir ou re-découvrir que l'émotion, le vécu, l'histoire, l'identité personnelle fait partie intégrante de l'exercice médical.

Le vécu dans le travail et les questions soulevées au quotidien par l'exercice médical ne sont plus un « à-côté » du travail, qu'il faudrait nier pour exercer efficacement, mais sont autorisés dans ces cours à devenir un matériau et un support de travail. Il s'agit de les expliciter pour mieux appréhender sa propre manière d'exercer, son vécu au travail, et finalement pour mieux soigner les autres :

E6 « Et nous-mêmes aussi, pour faire en sorte de d'être à l'aise avec cette relation, d'être à l'aise avec ça parce que mine de rien nous aussi on est impacté hein y a pas que le patient non plus et donc voilà je dirais (que ces cours sont) indispensables surtout pour ça »

E6 : « Ça nous donne parfois des clés aussi pour se gérer nous-mêmes, parce que bah des fois c'est dur, des fois on est fatigué, des fois le courant passe pas avec un patient et c'est comme ça »

E3 : « Pour pas que pour les patients, mais pour soi-même »

E2 : « Chacun en fait était amené à donner son point de vue sur la situation euh... sur le texte qu'on venait de lire... sur le mouvement de danse qu'on avait vu.... Qu'est-ce que ça procurait en lui... qu'est-ce que ça posait comme question... quel rapprochement on avait pu faire. quelle situation on avait vue, ou vécue face aux violences... »¹⁰³

b. Dimension cognitive de l'identité : une sortie du tunnel

i. Une ouverture d'esprit et une ouverture culturelle

La proposition pédagogique proposée par le département de médecine générale de Sorbonne Université est fortement perçue par les étudiants interrogés comme une ouverture d'esprit et une ouverture culturelle sur d'autres disciplines :

E3 : « Pour une ouverture personnelle, pour titiller la curiosité des médecins, des étudiants, des personnes, sur des sujets qui pourraient éventuellement leur plaire... ou qui ne pourront peut-être pas leur plaire, mais pouvoir leur présenter différentes choses. Donc je trouve que c'est pas mal de proposer une ouverture culturelle juste comme ça, pour voir pour voir d'autres choses. »

EE1 : « Je me suis dit enfin ! On va arrêter ce délire de science tout le temps, pure et dure, et on va ouvrir un petit peu nos horizons vers d'autres centres d'intérêts quoi ! S'intéresser à autre chose, avoir une autre vision de notre pratique quoi. »

EE1 : « Enfin ce n'est pas tellement le sujet, mais plutôt le fait que dans la salle il y avait plein de gens qui étaient en master de philosophie, et il y avait un peu des experts en philosophie de la santé et je m'étais dit... j'avais pas tellement eu de notion que ces matières-là existaient, je me suis dit « ouais en fait c'est super je savais pas qu'il y avait autant de gens qui réfléchissaient sur la façon dont soigner, sur la philosophie du soin et tout »... C'est un truc, voilà, j'avais pas trop idée de ce qui se passait et ça m'avait ouvert l'esprit, je m'étais dit « Tiens c'est intéressant, on devrait plus connaître ça, même nous on devrait plus avoir accès à ces réflexions, comment faire dans le soin »... enfin voilà cette ouverture sur des professions que je connaissais pas trop, ça m'avait vachement percuté sur ce moment »¹⁰⁴

EE1 : « Après évidemment ça apporte aussi des connaissances générales, qui sont pas biomédicales, des connaissances sur la politique de santé, la philosophie de la santé, tout ce genre de choses »

Le verbatim ci-dessus fait écho au phénomène de tunnelisation de la pensée abordé lors des résultats du second cycle, à travers les expressions d'« œillères », « j'avais pas trop idée de ce qui se passait », « j'avais pas notion que ces matières-là existaient », « ce délire de science tout le temps pure et dure », et évoque justement une impression de sortie d'un tunnel. L'expression « arrêter ce délire » est forte, elle rappelle la prégnance du système et du format du second cycle sur la pensée de l'étudiant.

¹⁰³ Référence à une session du GISMED sur le corps et la danse avec un ancien danseur de l'Opéra de Paris et une interne danseuse

¹⁰⁴ Référence aux séminaires SMD (philosophie et médecine)

Remarquons ci-dessous que, conformément à la manière dont ils ont été formés, cette « ouverture », dans l'esprit des étudiants, est une ouverture sur « autre chose », qui n'est pas vraiment « la médecine » qu'ils connaissent. L'expression « médecine » dans leur esprit, se rapporte au domaine biomédical, le reste étant « en dehors », dans leur perception, cela ne fait pas parti « la médecine » :

EE2 : « C'est important pour montrer que certes il y a la médecine, mais y a pas que ça, il y a d'autres choses auxquelles on peut s'ouvrir et c'est pas parce qu'on a fait ces études qu'on est bloqués là-dedans et que on peut rien faire d'autre, qu'on peut rien voir d'autre »

E3 : « Nous permettre de nous ouvrir à d'autres sciences. Je pense que... enfin c'est pas un truc obligatoire, il y a très peu de gens qui font ça, qui nous permettent de nous ouvrir à tout ce qui est sciences humaines, sciences sociales, auxquelles on s'est jamais intéressé en médecine. Et pour les gens que ça pourrait intéresser, pour avoir un point de vue et d'approche différentes de la médecine et de la maladie, c'est en tout cas c'est dans cette approche là que je m'y intéresse personnellement.

E3 « Pouvoir savoir qu'il y a des choses qui existent en dehors »

E3 : « Pour pouvoir aussi sortir la tête de la médecine »

E4 : Voir aussi qu'il y a autre chose que la médecine, à côté, donc permettre parfois de t'extraire un peu de... voilà, de... du « tout pour la médecine » entre guillemets.

Par ces nouveaux cours, l'étudiant a accès à un ensemble d'opportunités, de rencontres, de réflexions dont il apprécie la plupart du temps le contenu, les intervenants, et qui devient moteur pour sa propre culture :

EE2 : « Ça permet de redonner envie de lire des choses, de voir des choses, »

E1 « Les intervenants étaient toujours hyper intéressants, hyper pertinents sur leur sujet. »

E1 : « On a affaire à des gens qui manifestement ont un très bon niveau intellectuel, qui ont une vraie culture, une vraie connaissance de la médecine, de son histoire, peut-être même de la philo »

E1 : « Ben j'ai eu des cours avec tous ces gens-là, et je j'ai trouvé ça enrichissant... je... j'ai été hyper intéressé par le sujet (...) J'aime bien me poser des questions un peu pointues, un peu compliquées, et en fait tous les textes qu'ils ont pu nous nous faire lire ont un intérêt pour les cours en question. »

ii. Réflexivité, pensée complexe

- Prise de recul, se poser des questions, cerner des sujets

Avant même d'apporter aux étudiants des contenus culturels, les étudiants découvrent que ces cours leur permettent de se poser des questions. Alors qu'ils ont été longtemps dans une démarche de réception passive et de mémorisation technique, robotique, de la connaissance biomédicale, ces cours ouvrent soudain un espace-temps pour faire émerger les questionnements et les réflexions qui, quoique présents, n'étaient pas sollicités. On pourrait presque dire que ces cours *autorisent* ce questionnement : notons ci-dessous le « *on peut* » « *ça peut* », « *tu peux* », le « *permettre* » qui traduisent à la fois une capacité, une possibilité, mais aussi une autorisation morale.

EE1 : « Déjà de se poser des questions (...). Tes patients ça va être maintenant toi qui va les gérer et tu peux te poser des questions et je trouve que ces cours peuvent apporter parfois des réponses mais c'est pas le plus important je trouve, ce qui est important c'est justement le... le fait de nous dire « il y a des choses comme ça qui sont aussi, des gens font ça, on peut parler de ça, on peut réfléchir à ça, ça, ... ».

EE1 : « Et du coup on va se questionner là-dessus, parfois on va rencontrer des situations cliniques ou des ...des choses qui nous ... qui nous travaillent, on sait pas trop comment le prendre et ces cours peuvent apporter certaines clés et après ouais ... surtout ça, surtout le fait que ça puisse permettre de se poser certaines questions »

EE2 : « ça peut aussi permettre bah de de se poser des questions aussi par rapport à sa pratique médicale d'ailleurs... justement de se remettre un peu en question... voilà »

E6 : « Parce que ce sont des choses auxquelles on pensait plus forcément pendant nos études.... Enfin je trouve qu'on a tellement la tête dans le guidon qu'on se pose pas en se disant pourquoi j'ai fait ça. Enfin si des fois on sait pourquoi j'ai fait ça, mais en fait on se pose pas vraiment pour écrire une lettre à notre vocation. »

Les étudiants apprécient la manière dont les cours de sciences humaines et sociales les invitent à réfléchir, à prendre du recul, à apprendre à creuser un sujet et à en voir les différents aspects, que ce soit à propos de la pratique médicale ou bien de réflexions plus théoriques :

E6 : « Ça nous fait aussi nous creuser la tête ! On doit chercher des arguments, des choses comme ça et au final ça nous fait envisager des choses auxquelles on n'aurait pas pensé de base... que ce soit d'un côté ou de l'autre... »

E5 : « Et par exemple les GISSMED ou les trucs comme ça, c'était intéressant parce que ça offrait justement ce temps un peu en plus de réflexion, de se dire bah voilà il y a il y a des sujets qu'on n'a pas forcément pensés, et venir en discuter ça c'est important »

E1 : « A chaque fois ça fait ça m'a fait vraiment réfléchir sur le sujet, et je me suis dit que bah au moins là je j'allais au fond des choses quoi, et ouais ... non franchement c'était cool. »

E6 « Je trouve qu'ils (ces cours) sont utiles, voire même indispensables (...). Quand même enfin voilà je veux dire on fait un métier qui est pas juste technique, donc il faut qu'on ait des bases quand même pour savoir réfléchir autour de ça donc je trouve qu'ils sont.. ouais... indispensables ».

E5 « ça permet de mieux comprendre et de mieux cerner les sujets »

E3 : « Bah principalement l'obésité, la psycho-socio des personnes racisées, c'était plus c'était plus pour avoir un peu de recul sur notre pratique »

- Pensée complexe

E1 : « Alors que je pense qu'en nous faisant ces cours là ils essaient de faire émerger en nous une réflexion un peu j'ai envie de dire supérieure c'est en fait une prise de recul. (...) Mais du coup ce quand je te parle de discussion un peu supérieure, bah j'ai l'impression qu'ils essaient de faire émerger une... ouais... un questionnement. Ou nous amener un peu à... Ah ! je sais pas ... Transcender la vision habituelle de la relation médecin malade qui est un peu juste du « faites-moi une ordo – oui - merci - ça fera 25€ », en fait ils cherchent à ce que tu vois un petit peu plus loin que ça... voilà je me suis un peu perdu mais en tout cas c'est ce que je pensais... »

Ce verbatim de E1 est particulièrement intéressant : il met en évidence, à la fois dans le contenu des propos, mais aussi dans cheminement de la pensée de l'étudiant, l'acquisition d'une forme de complexification de la pensée, capable de saisir les différentes dimensions présentes en même temps dans un même évènement et de dépasser le donné apparent, basique. Le mot « transcender » est fort, il renvoie à la transcendence c'est-à-dire à « l'au-delà » des apparences. Il s'agit d'être à la fois acteur et contemplatif de l'action, gérer des aspects pratiques simples et banals, mais percevoir d'autres dimensions à l'exercice de la médecine. Il s'agit de voir, et de voir plus loin. Rappelons-nous du verbatim de E5 déjà cité dans les résultats de la Partie 1 concernant la pensée complexe :

E5 : « Le sens de la médecine pour moi... je dirais la capacité de passer d'une échelle nanométrique à une à une échelle métaphysique, en prenant en considération donc l'action du néphron jusqu'à l'approche de l'être humain empreint de spiritualité ou même de croyances. Et ... et c'est cette capacité à allier le technique et le philosophique, la relation simple entre deux personnes, la confiance que l'on reçoit ou que l'on peut donner aussi... Et donc ouais je dirais vraiment cette capacité à allier différentes échelles, qui sont inhérentes à l'être humain, c'est ça que j'y trouve, et c'est fou. »

EE1 ci-dessous va dans le même sens en usant la terminologie du sens de la vision :

EE1 : « et dans notre pratique du coup on peut avoir une vision qui devient exacerbée pour certaines choses, qu'on arrivera ensuite mieux à décrypter »

Cette vision exacerbée, qui permet d'appréhender les différents aspects d'un objet ou d'une situation, peuvent concerner de manière variable la perception du patient, l'organisation du système de soins et du parcours soignant, mais aussi le vécu propre de l'étudiant en exercice, la perception qu'il a de son métier :

E3 : « Les cours de SMD, de GISSMED, et de médecine narrative, qui sont vraiment super intéressants, qui permettent de prendre de recul, de s'ouvrir à d'autres manières d'aborder ce métier, de l'aborder d'autres manières »

E3 « moi ça m'a permis d'aborder des choses d'un point de vue un peu différent »

E4 : « T'arrives à... ça apporte pas mal de se dire que bah en fait il y a plein de choses qu'on connaît pas quoi... et du coup et qu'il y a plein de choses qui sont complexes, et qui demandent un peu plus de réflexion que juste... Juste... la préconception qu'on avait ... et comme ça, te permet de d'avoir un peu plus... d'humilité »

E4 : « En fait de comprendre comment ça fonctionne, ça te permet aussi de te montrer que c'est complexe en fait, que c'est pas aussi simple, que par moment c'est un peu plus complexe que dire « la sécu ils nous prélèvent trop de choses quand on est généraliste libéral ». »

E7 : « Il y a davantage de dimensions... en tout cas, enfin moi c'est ça la chose dont j'ai prise conscience, c'est le fait qu'il y a plus de dimensions à prendre en compte ... »

iii. Imaginaire, herméneutique

L'ensemble des éléments sus-cités a permis de voir que ces cours semblent apporter une réflexivité, une pensée plus complexe, une ouverture culturelle, une introspection, en plus des éléments émotionnels présentés plus hauts.

Le corollaire étant que ces cours, par ce qu'ils apportent aux étudiants pour la réflexion sur l'exercice de la médecine, participent à donner du sens à ce qu'ils font, et ont donc une portée herméneutique. On se souvient du verbatim de E6 sus-cité que l'on remet ici pour mémoire, et on notera en ce sens le verbatim de E3 ci-après :

E6 : «*Je m'étais dit : ah ouais... ouais... En fait je sais pourquoi je suis là. Ça rappelle les choses.* »

E3 : «*On peut aussi aborder la médecine d'une manière différente, et parfois ça peut aider à certaines personnes à ré-imaginer leur métier, ou à l'aborder un peu différemment et puis à mieux le vivre.* »

iv. Introspection

Grâce à ces cours, l'étudiant redécouvre sa propre intériorité, sa subjectivité sur la manière qu'il a de vivre les choses et d'exercer son métier.

E1 : «*ça m'aide dans mon introspection, à savoir où j'en suis, où je vais, ça c'est sûr (...). C'est des cours qui chez moi ont évoqué plutôt une introspection que juste un changement de dynamique vis-à-vis du patient* »

EE2 : «*C'est vrai que dans ces cours là on est plus amené à parler, plus amené à réfléchir sur ce qu'on vit* »

E1 : «*C'est un exercice que je pensais pas faire un jour, qui m'a fait réfléchir sur moi-même, et je me suis rendu compte qu'en fait en vingt minutes, euh j'en apprends plus sur moi-même qu'en six mois de pratique à juste ne pas me poser la question tu vois ! (...) Il y avait une vraie introspection, il y avait une ambiance de partage qui était très sympa avec une vraie réflexion derrière ...j'ai trouvé ça hyper intéressant enfin est très pertinent en tout cas* »

E3 : «*La médecine narrative ça c'était plus beaucoup plus intéressant, c'était.... c'était vraiment plus comment nous on se sentait par rapport à la médecine, comment est-ce qu'on pouvait raconter une histoire... raconter une histoire pour remettre les choses... prendre du recul... raconter les choses différemment...* »

E6 : «*Et en fait tout ça là, le fait de de savoir comment on pense, d'avoir un peu compris son propre mécanisme de pensée, et ça permet de plus se poser... de plus relativiser aussi sur certaines choses donc oui oui je pense que tout ça aide clairement enfin ça aide ou en tout cas ça modifie la pratique ça c'est sûr.* »

v. Apport de ces cours pour leur pratique

Si les étudiants perçoivent l'intérêt théorique de ce type de cours pour leur formation et s'ils pressentent un apport, la nature de cet apport est parfois insaisissable pour certains :

E1 : «*Après est-ce que vis-à-vis de ma pratique médicale, c'est à dire face aux patients, dans ce que je vais lui prescrire, dans mon attitude vis-à-vis de lui... Ah c'est dur de dire... peut-être un petit peu, quand même...* »

E2 : «*Je sais pas. Euh ... je dis je dirais pas non... mais je sais pas oui à quel point.* »

E1 : «*Difficile à quantifier, je pense que la réponse au globale c'est oui ça aide(...). C'est plein de vérités, pour ce qui est dit notamment au SMD et GISSMED effectivement, il y a des vrais questionnements qui sont soulevées* »

EE1 : « Dans le sens où ça nous apporte pas des réponses précises mais plutôt une réflexion et un cheminement. Que, au fur et à mesure, quand t'es interne, tu rencontres déjà toi-même. »

EE2 : « Je réfléchis... après ça a pas marqué une grande... enfin il y avait pas un avant et un après, mais je pense que c'est aussi une continuité, et c'est... oui... Aussi quelque chose que ça apporte c'est que ça apporte aussi la réflexion. Et parce que quand on est dans notre truc finalement on arrête de réfléchir, et rien que là parler de tout ça fait aussi réfléchir (rires) (...) C'est ça, y a pas de franche rupture mais je sens quand même une différence un petit peu progressivement qui s'installe aussi... pas forcément en garde à 4h du matin (rires) mais sinon le reste du temps j'essaie de faire plus d'attention et de me poser un peu plus de questions »

EE1 : « Alors je sais pas comment dire... de quelle façon, mais en tout cas c'est sûr que ces petites bribes à chaque fois, de données, d'ouverture de « ça, ça existe ; ça c'est possible », cette ouverture, cette réflexion qu'on se pose, (...) enfin ça nous montre que des réflexions comme ça c'est possible dans notre exercice, que c'est hyper important, c'est essentiel, et pour ça oui je pense que forcément ça influence enfin... ça s'ancre petit à petit en nous et je pense pas qu'il y a un déclic mais petit à petit ça chemine en nous »

E2 : « Je pense que forcément, tu vois, ça peut en un sens ... te modeler... ou au moins te faire une sorte d'introspection... de poser... (s'interrompt). Ça a plusieurs sens pour moi, c'est déjà, toi tu te poses la question, ou alors que peut-être tu ne te l'étais pas posé avant, donc ça te force à te poser la question « toi, ça représente quoi pour toi ? » puis après ça te force à trouver la réponse, ce qui est encore difficile »

Les termes ci-dessus évoquent des processus comme *le cheminement, l'ancrage, le modelage, la continuité*. On voit bien que ces processus sont par nature subtils, respectueux de la forme pré-existante. Le format pédagogique paraît respecter le niveau de questionnement de l'étudiant, de sa participation, de l'engagement de sa réflexion, et implique une intégration progressive, chemin faisant, des concepts, des enjeux de ces cours dans l'identité professionnelle des internes.

Les effets et les apports ne sont donc pas forcément immédiatement palpables, surtout pour des étudiants qui sont en train de suivre le cursus.

Parfois, la perception de l'apport est plus franche, plus accessible, avec et concerne des éléments de l'identité personnelle et l'identité professionnelle.

On relevera des verbatim ci-dessous :

- L'influence sur la perception de son métier et de la complexité de la pratique
- L'influence sur son histoire personnelle et la perception de soi comme médecin
- L'impact sur l'écoute et la considération du patient (détailé au point suivant : dimension relationnelle)
- La sensibilisation et la vigilance sur des sujets complexes (tels que le racisme, l'obésité)
- L'impact sur des compétences professionnelles (comme la communication, l'argumentation ou la structuration de conférences)
- La structuration de son mode d'exercice, le souhait de s'investir dans un travail multidisciplinaire

E4 : « Tous les cours de sciences sociales je pense que... même dans ton identité tout court en fait ! T'apprends plein de choses sur... t'apprends pleins de choses quoi ! (...) Et du coup dans la pratique après, la mise en pratique, bah je pense que, comme tout ce que t'apprends, ça t'influence. Tout ce que tu comprends, ça influence forcément ta pratique. Donc ouais ça... ça influencera... surtout dans l'écoute, et puis bah dans la connaissance (...) Et après ouais de... aussi influencer aussi peut-être ton

choix de pratique plus tard ton choix ton mode d'exercice quoi, où est-ce que tu voudrais exercer... voilà »

E1 « C'est plus dans ma philosophie de vie, dans ma philosophie et mon rapport à la médecine, c'est plus un impact personnel, qu'un impact dans ma pratique »

E3 : « Ah carrément. La médecine narrative c'est plus par rapport à moi-même de comment, comment je vois mon métier de médecin, comment est-ce que je peux écrire des choses dessus, comment est-ce que je peux écrire, écouter l'histoire du patient, et puis écrire avec lui, pour parler, ou des choses comme ça »

E3 : « Celui sur la psychologie des personnes racisées, et celui sur l'obésité ça va beaucoup m'influencer, et puis celui sur la médecine narrative. »

E4 : « Si, en cours un peu plus socio du coup, on avait eu sur les patients les patientes notamment d'origine africaine qui se décolorent la peau et tous les problèmes de santé qui avaient par rapport à la décoloration, et l'utilisation de produits qui qui qui décolorent la peau... Trucs que j'avais pas forcément entendus avant c'était intéressant et toutes les constructions sociales qu'il y avait derrière »

E5 « Ensuite ce GISSMED bah c'était aussi pendant ma césure, et pendant ma césure bah j'y suis allé, ça m'a permis aussi de me dire qu'en fait je peux aussi moi-même structurer des temps où on va aborder certains sujets, qui pourraient être de la médecine-humanité, ou de la philo.. On avait fait venir des philosophes d'ailleurs, pour parler de la mort par exemple... donc ça m'avait aussi permis de savoir comment on pouvait justement aborder des sujets, aborder des discussions, ou même simplement des présentations de point de vue, et voilà. Donc quelque chose pour ma pratique, des éléments pour ma construction dans le temps, et des compétences pour structurer des conférences ou des enseignements de ce type de sujet ce serait les trois points qui m'ont apporté des choses positives. »

E2 Dans quelle mesure je sais pas. Mais, par exemple, forcément, par rapport au racisme, ça peut te sensibiliser, ça peut te faire prendre conscience aussi par exemple que dans les manuels actuellement, on a que des peaux blanches pour la dermatologie, sur certaines choses comme ça, et que c'est vrai que toi t'es confronté au cabinet avec des peaux noires qui ont des boutons et tu sais pas ce que c'est parce qu'on t'a pas appris. Euh ouais pour moi ça continue à poser des questions après peut-être que ça peut pour certains t'orienter aussi dans cette démarche à te dire que peut-être t'as pointé quelque chose du doigt et que peut-être tu peux aller aider dans ce sens, corriger un manque quelque part, ou essayer... je sais pas, je pense que c'est comme ça que tu peux un peu utiliser. Pointer un manque ou au contraire te dire qu'il y a quelque chose à laquelle t'avais pas pensé, et que ça peut avoir un bénéfice pour tes patients. Pourquoi pas l'art pour aider mes patients, j'y avais pas songé mais pourquoi pas. Je pense que ça dépend, je pense que.... bon je vais retourner sur mes pas, mais est-ce que ça te sensibilise à des problèmes comme ...comme le racisme, est-ce que après ça permet de toi.... Est-ce que ça te permet d'être plus vigilant, de prendre conscience que certaines personnes sont victimes, et que tu ne leur as pas forcément posé la question si elles avaient subi ce genre de violence, est-ce que ça permet de les prendre mieux en charge ?... peut être... peut-être... certainement. parce que du coup, on en a parlé un peu plus. »

E5 « J'en retire des choses positives. C'est des ouvertures à des sujets de réflexion, de société... ouais c'est ça, c'est des enseignements que j'ai pu retravailler que j'ai pu réfléchir que j'ai pu aussi mettre en application »

E7 : « Souvent on a l'impression que les échanges sont des choses lisses ou binaires, mais en fait c'est beaucoup plus (...) Et par exemple je me disais par exemple si je fais des entretiens ... c'est vrai qu'on est souvent un à un avec le patient... Mais par exemple on peut envisager un entretien tripartite avec, peut être, des parents tu vois ! Des parents, avec l'enfant comme patient. Donc là pour le coup t'as des vraies dynamiques qui s'opèrent pendant la consultation avec l'ado... Et pourquoi pas avec les autres

acteurs du médico-social, je sais pas... j'ai pas trop réfléchi précisément à cette question-là mais je me dis que... possiblement ça... ça doit s'appliquer ».

c. Dimension relationnelle de l'identité

i. Recentrer l'exercice de la médecine sur la personne

Les étudiants ont soulevé l'apport de ces cours pour l'amélioration de leur perception des enjeux de la relation de soins, et l'amélioration de leurs compétences relationnelles avec le patient, dans la mesure où ils pressentent que ces cours restaurent la finalité de la connaissance médicale : le soin du patient.

E3 : « En particulier en médecine, avec les études qu'on a, c'est on se retrouve vite vite à se concentrer que sur le somatique sur le biomédical, sur tout ça. Et ça se voit notamment, dans toutes les plaintes qu'on a sur le fait de... des médecins qui sont trop paternalistes, sur les associations de patients qui se sont développées à la fin du 20e siècle et le début du vingt-et-unième siècle. Enfin c'est pas juste quelque chose que certaines personnes théorisent, concrètement ça se voit que les médecins, l'hôpital, la médecine a tendance à être déconnectée des patients. Et je pense que (ces cours sont) un outil parmi d'autres pour pouvoir prendre du recul sur sa pratique et pouvoir se reconnecter un peu plus sur les patients. »

EE2 : « je pense que c'est bien, ça rappelle qu'il y a pas que ça, qu'il y a d'autres choses, qu'il y a quelqu'un qui est sensible en face de nous et... c'est ça je pense »

E6 : « Indispensable parce que comme je disais en fait on fait un métier qui est pas simple, où on est dans une relation avec une autre personne, donc déjà ça met en jeu plein de plein de choses d'être comme ça deux personnes... la plupart du temps en plus il y a une sorte de rapport de force entre le médecin qui est la connaissance entre guillemets, et le patient qui vient, qui est en situation de vulnérabilité et qui vient pour être aidé... et du coup je pense que c'est indispensable d'avoir tout ce questionnement éthique pour faire en sorte de rester dans le respect, de ne pas blesser le patient, de ne pas lui nuire »

E1 : « Te faire comprendre que bah en fait, dans le relationnel entre deux personnes, et a fortiori quand c'est un médecin et un patient, il y a énormément de choses à comprendre, à dire, dans les attitudes, dans le ...dans le texte, et que tout ça, ça s'est fait depuis des siècles en fait et qu'il y a énormément de gens qui ont déjà réfléchi tu vois... »

ii. Empathie envers le patient

Parce que le corpus de cours permet une explicitation des enjeux de la relation de soins, qu'ils intègrent la poésie, le témoignage, ou certaines heuristiques, ou encore qu'ils décryptent une situation complexe comme l'obésité, les étudiants sont en mesure de mieux décrypter, analyser une situation donnée, ce qui peut faciliter leur abord des patients :

E5 : « Tu vois quand j'étais en Suisse et que j'avais des patients transgenres, bah voilà je savais en tout cas la théorie sur le changement de genre, sur les étapes, sur ces choses-là, et donc je pense que j'étais capable de plus rentrer en relation avec eux même si c'est des consultations dont j'avais pas l'habitude donc plutôt c'est plutôt difficile, mais voilà chaque fois ils étaient... bon ils étaient pas contents d'être venus voir, parce qu'ils étaient malades (rires), mais en tout cas sereins quand il sortaient. »

E3 Sur les personnes obèses, (...) ça je pense que ça va jouer sur ma manière d'aborder ces personnes

E4 : « Euh qu'est-ce qui m'avait marqué... bah si, l'atelier médecine humanité. Ben je crois que tu étais là d'ailleurs, sur la maladie d'Alzheimer le film *The father*, là... c'était bon. Le film est magnifique donc enfin c'est ça qui avait marqué aussi, et puis la discussion est très intéressante après... Et bah ça te permet tu vois de... d'humaniser énormément, en fait, les patients que tu vois qui ont une maladie d'Alzheimer quoi. Ça c'était hyper intéressant de faire ça... »

iii. Communication avec le patient ou avec les pairs

Que ce soit envers le patient, ou bien que ce soit avec ses collègues et ses pairs, les étudiants ont ressenti pendant ces cours un vrai apport pour aiguiser leur capacité d'écoute, qualité fondamentale pour tout médecin, davantage encore pour la médecine générale.

E6 : « La médecine narrative... les choses comme ça. ça c'était des choses, je trouvais, qui permettaient d'être vachement dans l'écoute avec ...en fait, entre nous ! Mais du coup ça apprend à écouter, voilà... C'est le principal qui me revient. ça permet aussi de s'écouter en entre nous du coup, ça apporte ce côté « je laisse parler, je l'écoute je rebondis ensuite. »

E4 : « Les cours aussi un peu bah... de socio, moi je trouve c'est très important, les cours de qui vont... nous... qui vont nous amener à avoir ... à développer cette qualité d'écoute, et à apprendre à écouter aussi. ça apporte beaucoup mais on en a peu eu... ça apporte beaucoup quand on en a ...ça peut être des cours de manière générale qui nous apprennent à écouter, ou ben par exemple les sciences humaines notamment. »

Parce que la qualité d'écoute grandit, l'interne considère l'autre personne dans sa singularité, et repère avec une meilleure acuité les effets des propos énoncés sur sa propre perception de la situation, sa propre attitude, ainsi que les dynamiques de groupes sous-jacentes.

E3 : « Savoir voir une histoire, une histoire d'un autre point de vue. Savoir se poser, et écouter et voir les choses d'un autre point de vue. Puis surtout écouter, écouter, écouter les histoires des patients, et pas juste leur maladie (...). Écouter les patients, au lieu de se concentrer sur tout ce qui est somatique. »

EE2 : « Tout le monde participait en plus plutôt bien donc c'était vraiment interactif »

EE2 : « On est plus amené à réfléchir sur ce que les patients vivent.... Et c'est vrai qu'effectivement ça me... souvent après j'essaie de faire plus d'attention, j'essaye de... je change un petit peu ma manière de parler. »

E7 : « Je pense que c'est là aussi que se développe toute la théorie du Photolangage c'est-à-dire que en fait on c'est pas simplement des c'est pas simplement plusieurs personnes qui vont décrire des photos c'est aussi ... il y a aussi un effet dynamique qui s'opère et ... d'ailleurs la description peut varier selon l'ordre du groupe dans lequel tu passes, voilà c'est assez complexe en fait je trouve, d'un point de vue théorique, ce qui s'y passe ... Outre une nouvelle méthode pédagogique que je connaissais pas, ça apporte peut-être l'écoute justement ... se dire que dans voilà dans un groupe donné, les propos rapportés, les propos portés par chacun des participants d'une assemblée ne sont pas une simple addition de propos mais c'est mais sont aussi en fait un ensemble dynamique, qui interagissent et qui ... et dont l'ordre aussi est important ...c'est tout ça. Et tout ça s'articule de façon beaucoup plus dynamique en fait qu'on croit ... »

E2 : « Et en fait surtout c'est des échanges... C'était des « groupes de parole » entre guillemets qui étaient en taille restreinte, même s'il y avait quand même je pense une bonne trentaine de personnes dans la salle, (...) qui donnaient la possibilité à chacun de s'exprimer, et qui en fait, surtout, faisait

poser d'autres questions par la suite. En se posant des questions derrière ça enchaîné ça fait un peu un brainstorming entre guillemets où chacun du coup apportait son élément (sa part) à la question. Et finalement on s'est retrouvé d'un cours sur l'art, qui était en fait des écrits, des... des ...un poème voilà, à parler du tatouage en médecine l'importance de la relation au corps quelle place pouvait avoir le tatouage dans la vie d'un patient qu'est-ce que ça voulait dire et cætera et j'ai trouvé que du coup ça avait ... ça posait d'autres questions encore. Et ça m'avait interpellé »

iv. Dépasser ses préjugés : accueillir le point de vue de l'autre avec moins de jugement.

Le fait d'écouter et d'accueillir les propos de l'autre, que ce soit un patient ou un collègue, a comme corollaire d'envisager une perspective différente de la sienne, d'entrer dans un autre référentiel que le sien, d'autres représentations que la sienne, que ce soit un référentiel de valeurs, d'opinions, de convictions, de priorités, de prise de position. E2 va jusqu'à estimer que c'est dans la mesure où les points de vue divergent, voire même où il y a désaccord, que l'apport est riche.

E2 : « Alors les réponses des autres personnes m'ont donné des pistes pour voir différemment de moi. Pour moi, par exemple, la médecine est un art, parce que c'est un art théorique ancestral etc, que c'était une pratique, qui était codifiée, qui pouvait être belle, voilà. Mais pour d'autres raisons, certains évoquaient que la médecine c'est aussi un art parce que, par exemple, il peut y avoir une relation entre la danse et la médecine, que par exemple la danse peut avoir un effet sur le corps, hop il y avait plein d'idées différentes ! Je pense que c'est le fait d'être avec d'autres personnes, de pouvoir échanger, d'avoir un groupe de parole, que ça peut un peu t'ouvrir le... ça peut t'ouvrir un aspect différent... ça peut être sur le corps, sur la pratique, sur des sujets de sociétés... »

E2 : « Ecouter la réponse des autres, puis après tu la mûris, t'essayes de la comprendre, et à ce moment-là t'essayes de rebondir. Et ça te fait beaucoup d'éléments, et puis après ça permet des fois de faire avancer, ou même si des fois t'es en désaccord, au moins tu peux en tirer bénéfice je pense. »

E7 : « En fait ce qui est intéressant c'est que du coup, en observant les moi j'ai participé comme tout le monde, et en fait en observant les autres... je voyais que ce qui m'a assez étonné, c'est de voir que les choses qui ont attiré l'attention d'autres participants n'étaient pas du tout les mêmes que celles qui ont attiré mon attention à moi... »

E6 : « Au final c'est hyper important parce que quand on est dans une relation comme ça avec l'autre qui est face à nous, on n'a pas toujours les mêmes avis, et donc les patients ils arrivent des fois... ils ont des idées des croyances des choses à peu près préconçues ... Parfois ils nous avancent des choses, et en fait nous on dit « non pas du tout ». Alors qu'en fait en fait c'est pas la bonne attitude je pense, de dire « non pas du tout », parce qu'en fait c'est sûr que là ça va créer... ça va... on va pas se comprendre. Alors que si on fait cet exercice très souvent, de se mettre à la place, de chercher des arguments et cætera et ben en fait je pense qu'on pourra plus facilement établir un débat, une conversation avec notre patient donc en fait c'est plus pour faciliter tout ce schéma de pensée en fait, je trouve. »

E4 : « Quand quelqu'un va raconter quelque chose quoi tu vas être à l'écoute avec un peu moins de jugement je pense... Les sciences sociales elle permettent ça aussi. »

E4 : « ça permet de voir un peu différemment certaines situations de vie quoi... Puis de comprendre aussi les gens, certains mécanismes de pensées que certaines personnes ont dans la relation de soin. Comme on est amené à rencontrer plein de gens différents et qui pensent des choses totalement différentes, bah du coup, de comprendre un peu leur façon de penser sans pour autant forcément être

d'accord, mais au moins tu comprends leur façon de penser... c'est intéressant à ce niveau-là je pense. Comprendre tes collègues aussi... »

E7 : « Après j'aime bien la façon dont la parole est partagée en fait entre les différents participants. Au final il n'y a pas de hiérarchie dans les prises de position, et chacun est libre pour participer, je trouve que ça c'est... en tout cas c'est voilà c'est dénigrant pour personne, et c'est plutôt valorisant pour les personnes qui ont des difficultés de confiance en elles... globalement je trouve que c'est un format intéressant quoi ... »

Remarquons la réflexion de E7 qui relève la manière dont les participants s'investissent et sont se considèrent mutuellement dans ces cours. Les caractéristiques s'inscrivent en opposition avec le sentiment de jugement qu'il ressent dans le cadre habituel des relations entre pairs, avec une biomédecine « *froide, sûre d'elle* » (cf Résultats partie 1)

Remarquons également que le format des cours s'inscrit en opposition avec le format habituel qu'ils ont vécus au second cycle :

- Il s'effectue en groupe restreint
- Les internes sont invités à s'exprimer, et participent à l'enrichissement de la construction de la pensée, du débat.
- Il y a une horizontalisation de la parole
- Il n'y a pas de concurrence entre les étudiants
- Les maîtres sont accessibles aux étudiants

d. Écueils, attentes vis-à-vis de ces cours, et perspectives pour le second cycle

Nous rassemblons ici les écueils et les attentes vis-à-vis du corpus de cours. Certaines attentes font écho aux attentes et aux réflexions concernant plus largement la place des sciences humaines et sociales dans le cursus médical, notamment dans le second cycle.

i. Le distanciel

Un écueil circonstanciel, extrinsèque à la nature des cours est qu'une partie des interrogés ont eu leurs cours pendant la période de la crise sanitaire, donc par voie numérique.

EE1 : « Quasiment tous les cours était en zoom, et là c'est une horreur parce que on le faisait un peu à l'arrache, je trouve qu'il y avait pas autant d'implication de la part des étudiants que s'il y avait eu vraiment des réunions présentes et euh peut être des ... des cercles de paroles ou des choses comme ça où il y aurait eu plus une implication des étudiants que par zoom ça vraiment je trouve que c'est très dommage après il y avait le COVID ».

EE2 : « C'était bien c'était bien dommage que ce soit pas en présentiel (...). Comme on est sur zoom on n'est pas du tout concentré donc vraiment je trouve qu'on perd quand même beaucoup, mais du coup c'est en ça je les avais trouvées plus longues parce qu'il y a toute la partie lecture où on attendait un petit peu on ne savait pas trop qui allait dire les choses on prenaitenfin c'est les parties que j'ai un peu moins apprécié parce qu'elle était un peu plus longues et en fait je pense que c'est vraiment lié aussi au format où bah devant un écran au bout d'un moment on perd complètement la concentration pour ce genre de chose... »

E1 : « Après y a un défaut qui est que les gens par zoom, alors moi j'ai surtout fait des zooms parce que c'était pendant ma première année, ne prennent pas la parole ... Tu vois moi j'interagissais mais c'était pas le cas de tous ceux qui se connectaient et du coup le manque de prise de parole nuit à l'échange.

(...) C'était à chaque fois par zoom et moi j'ai un peu le côté... par zoom j'ai du mal à m'investir autant qu'en présentiel »

E6 « En première année je crois que j'avais fait santé médecine décision mais en fait c'était en fait c'était par zoom c'était enfin du coup franchement c'était pas... (s'interrompt). (...) Comme c'était par zoom on n'avait pas vraiment de débat, c'était des gens qui faisaient des présentations sur des livres »

ii. Accessibilité et emploi du temps. La question du volontariat

Un autre écueil, résolu par la suite pour l'année 2023-2024, était la planification du SMD le mercredi, moins facile d'accès pour les étudiants que le jeudi, jour généralement connu par les terrains de stage comme étant le jour consacré aux cours universitaires.

E1 : « Un écueil à ma participation au truc c'est que c'est pas le jeudi. En fait on a des trous dans notre emploi du temps, notamment en SASPAS, avec des journées de cours dédiées le jeudi, et en fait à chaque fois qu'il y a SMD, je me souviens en première année c'était les mercredis soirs ou les mardis soir. Bah en fait je sors d'une consulte à 19h30, je peux pas être connecté à 18h30 à un santé-médecine décision, quand bien même ça m'intéresserait tu vois. (...) Faut qu'on puisse nous libérer tu vois moi j'aurais dit en Maladies Infectieuses « j'ai un santé médecine décision à 18h ».... « Bah non, t'as 4 CRH, en fait » ! c'est ce qu'on m'aurait répondu en tout cas »

Une question s'est posée pour deux étudiants de rendre le corpus pédagogique obligatoire pour les étudiants, afin d'éveiller l'intérêt chez ceux qui pensent *a priori* ne pas en avoir pour ces disciplines, ou bien pour permettre une meilleure assiduité.

E3 : « Moi je sais que c'est un sujet qui m'intéresse et je serais totalement pour qu'il y ait des plages sanctuarisées, mais je suis aussi il y a énormément de mondes qui s'en fout totalement de toutes ces... enfin qui s'en foutent un peu des sciences humaines sociales ou tout ce qui est tout ce qui est discussion de groupe et cætera et qui... elles ça les intéressent pas et ça va pas leur apporter grand-chose, et ça va juste rapporter une rajouter une contrainte en plus dans un emploi du temps chargé. Donc je ne sais pas. Mais pour moi oui. »

E1 : « Je ne trouve pas qu'à la fac on ait une dose aberrante de cours, on a peut-être 6 GEP dans l'année avec des journées compétences, ça c'est les cours obligatoires, bah en fait, rendez vos Santé-médecine décision obligatoires, mettez les jeudis, dites aux internes que en fait ils vont devoir venir que ce soit en visio ou en physique... »

E3 : « Mes demi-journées de formation je les posais pas en avance notamment pour le GIISMED ou des choses comme ça, je les gardais juste pour les pour les cours obligatoires »

iii. Manque de clarté sur les composantes du corpus et la nomenclature

De manière fréquente, plusieurs étudiants ont manifesté des difficultés à comprendre les différents intitulés des cours ou à restituer avec précision leurs contenus :

EE2 : « Alors oui je me souviens pas de tout, je sais plus duquel c'était »

EE2 : « Pour le coup je trouve que c'est pas très clair quel cours est quelle chose et ... et enfin je trouve que tous les cours qu'on a, que ce soit ceux-là où les autres effectivement c'est marqué sur le site, mais on sait pas forcément ce que c'est »

E1 : « je sais plus si c'était un GISSMED »

E1 : « Alors je saurais pas forcément te redire exactement les sujets qui ont été abordés »

E1 : « Je me souviens que le nom du cours était pas forcément hyper évocateur »

E5 : « Je sais plus quel cours c'était »

E5 : « Il y en avait un autre c'était... c'était pas sur la fin de vie... je sais plus sur quoi c'était »

E6 : « Alors.... je saurais en fait je connais pas trop les noms des cours à chaque fois j'y vais comme ça (...) je me rappelle plus juste de de l'intitulé »

Une hypothèse peut être la longueur de certains titres de cours, qui se synthétise sous la forme d'un sigle, pas forcément évocateur pour les étudiants, ou alors un titre trop vague (Santé Médecine Décision). Une autre hypothèse peut être l'hétérogénéité des disciplines traitées, l'aspect transversal des disciplines abordées, avec un manque de rattachement à une discipline théorique claire (telle qu'un cursus de philosophie, d'anthropologie, d'éthique), ce qui peut donner un aspect déstructuré, moins rigoureux, moins bien délimité, au cours.

iv. La question de « l'applicabilité » des sciences humaines et sociales.

Certains étudiants ont été désarçonnés par le fait que le corpus pédagogique, et la valence spécifique de Sorbonne Université sur les sciences humaines et sociales, soit au premier plan du cursus.

E1 « Ça rejoint un tout petit peu le manque de biomédical, je trouve que bien que ce soit pertinent, ils le mettent peut-être très au premier plan.... Enfin c'est très au premier plan de notre apprentissage (...) effectivement l'éthique c'est hyper important, la relation médecin-malade c'est hyper important, mais partir du principe qu'on a tout appris à l'ECN et que bah après faut apprendre par nous-mêmes je suis pas tout à fait d'accord et je me demande si c'est pas quelque chose qui va donner des médecins parfois un peu limite niveau reco... Enfin des pratiques pas très uniformes au sein des internes qui sortiront de P6... ça franchement je sais pas si c'est vérifiable... en tout cas je trouve ça dommage qu'on n'ait pas au moins 2-3 cours genre « prise en charge de l'hypertension », « prise en charge du diabète », au même titre qu'on a des cours sur relationnel médecin-malade... »

E3 : « Et pour l'internat de médecine générale par contre je me dis que... bah maintenant, que j'aimerais bien... c'est chouette qu'on ait des cours de relationnel, mais ça me saoule qu'on n'ait que du relationnel (rires et s'arrête). »

Un étudiant a relevé la nécessité de mieux contextualiser l'intérêt de ces cours, en expliquant davantage l'intérêt de leur présence dans le cursus de médecine générale.

E1 : « J'ai trouvé ça hyper intéressant... mais mal amené, dans le sens peut-être mal contextualisé. Enfin tu vois, c'est genre « OK, qu'est-ce qu'on en fait maintenant ? ». Pris individuellement je trouve que les cours sont extrêmement intéressants mais remis dans le contexte d'un cursus d'interne de médecine générale j'ai du mal à voir où ils veulent en venir, tu vois (...). C'est peut-être pas assez réintégré dans le contexte tu vois. J'ai extrêmement beaucoup de mal à t'expliquer ce que je veux dire mais en tout cas j'ai l'impression qu'on se détache un petit peu de la pratique (...), je trouvais que ça manquait un tout petit peu de remise en contexte : ben en fait, à quoi ça peut nous servir dans une consulte tu vois ? Enfin juste une petite question comme ça ! C'est pas pour critiquer et pour dire qu'ils ne faisaient pas bien,

loin de là, je trouve que c'est extrêmement intéressant de faire la démarche de faire ces cours-là, que c'est que c'est très pertinent mais je me dis en fait quand t'as un interne... (s'interrompt) enfin tu vois, moi spontanément je suis curieux, je m'intéresse aux choses, et j'ai trouvé ça intéressant leurs cours mais je sais qu'il y a des gens qui m'ont dit « mais enfin qu'est-ce que je vais foutre de ça dans ma consult de tous les jours tu vois qu'est-ce que ça va m'apporter » ? (...) Tu vois là quand tu suis par exemple sur des groupes d'internes ou quand j'ai des retours de certaines personnes de la promo ou autre, les gens me disent « mais enfin c'est quoi ces gars ? ils sont à 10 000 lieues de la médecine générale qu'on pratique quoi ! » alors qu'en fait je pense qu'il faut vraiment s'intéresser au cours quoi, et essayer de comprendre pourquoi tel cours va m'aider. »

Une des hypothèses de ce désarçonnement est que les internes sortent d'un cursus de second cycle très axé sur le biomédical, et sont tiraillés par un ratio de temps réparti entre le bachotage du programme de l'ECN d'un côté, et le temps de pratique en stage, avec un *a priori*: plus l'étudiant emmagasine d'*item* au programme, et meilleur est son classement. D'où le ressenti de la nécessité que le temps passé à aller en cours ou à étudier doit se traduire par un résultat pratique pour être jugé comme pertinent.

Une autre hypothèse peut être l'absence d'environnement de travail et d'organisations favorables à ces ouvertures et à ces réflexions :

E5 « On peut essayer la théorie, mais si c'est pas mis en pratique en stage, en pratique dans le sens où si l'étudiant arrive dans un stage où c'est très... c'est... où il y a pas cet élément de sciences humaines qu'il retrouve dans la pratique, il pourra pas savoir comment le faire lui à sa façon, donc je dirais qu'il y a oui les enseignants qui sont importants mais aussi voir comment c'est mis en pratique dans le stage, et les environnements dans lequel évoluent l'étudiant. (...) C'est à dire que le mieux c'est d'avoir des chefs de service qui pensent vraiment qui réfléchissent leur lien au patient, au monde, et qui peuvent te dire « bah oui, moi je suis cardiologue ultra spécialisé mais je ne perds pas cet élément essentiel qui est qui est : en face de moi ce que c'est un cœur ou, est ce que c'est un patient qui a une maladie cardiaque ? »... Plutôt que des personnes qui viennent avec des théories qui sont à des siècles de la réalité de l'étudiant qui doit se poser des questions face à un patient »

v. L'accessibilité intellectuelle des cours

Cette accessibilité est variable selon l'étudiant. Dans la continuité du manque de contextualisation, E1 a estimé que les concepts ou les éléments de langage utilisés rendaient manifeste un écart de formation et de niveau intellectuel entre les maîtres et les étudiants, ce qui n'aiderait pas à rendre le cours accessible pour les étudiants moins réceptifs :

E1 : « Je dirais peut-être que c'est fait d'une manière un peu trop académique et un peu détachée... enfin comment dire.... je sais pas si on pourrait dire détaché de l'interne. »

E1 : « Y a peut-être un petit gap entre eux, qui sont en train de parler d'un truc hyper élevé au sens intellectuel, et toi qui essayes de suivre et de comprendre en même temps en quoi ça peut t'aider. »

E1 : « J'ai l'impression qu'ils ont leur « parler » entre eux tu vois enfin ils ont un... un langage qui leur est propre - je parle des professeurs, et que nous internes, quand on arrive en première année... »

E1 : « Et puis comme eux peut-être vivent ça au quotidien, c'est à dire qu'ils ont souvent des discussions sur ce sujet-là ils ont préparé leur cours, probablement qu'au sein du DMG ils ont des réunions des discussions sur ce genre de cours, toi tu sors de ta consulte, t'arrives là-dedans.... enfin t'es sur une autre planète quoi ! »

E1 : « Les sujets pouvaient paraître un tout petit peu... comment dire... complexes, de prime abord. Moi ça me choque pas de dire à un interne « lis 5 passages de livres » qui étaient vraiment bien choisis par rapport au thème, sauf que quand t'as un interne qui arrive au cours et qui a rien lu... bah du coup il comprend rien quoi »

A l'inverse, d'autres étudiants ont spontanément exprimé leur regret que les cours ne soient pas assez poussés, en restant en superficie des sujets ou en n'en présentant qu'un aspect parmi d'autres :

E3 : « C'est vrai que ces cours c'est souvent fait par des intervenants de médecine générale et c'est intéressant, mais c'est beaucoup de discussions, et ça j'ai ...j'ai souvent l'impression que ça va pas très en profondeur...c'est très intéressant, il y en avait un sur l'art qui avait été super pertinent, mais j'ai trouvé que les ceux qui étaient les plus pertinents et les plus intéressants, c'était lorsqu'on fait intervenir les personnes d'un autre domaine donc celui avec une historienne de l'art ou celui avec une psychologue sociale, là ça a été particulièrement intéressant et pertinent... »

E5 « J'avais été un peu sur ma faim, parce que c'était plus la personne qui était venue parler, et les échanges étaient pas hyper... enfin il y avait pas de discussion ou de débat, c'est-à-dire qu'il fallait penser de la même façon, et enfin ouais y avait, j'avais l'impression qu'il y avait un peu un sens unique dans la, dans la discussion »

E5 « J'ai toujours cette appréhension des sciences humaines qui est de réduire l'homme à une science, et de s'assurer d'être juste « bienveillant ». C'est hyper caricatural comme truc mais j'ai toujours cette peur. Et alors que finalement les sciences humaines, c'est plus... comment tu enseignes à l'étudiant de penser par lui-même, de chercher la vérité »

E5 « Parfois il y avait le risque qu'il n'y ait pas vraiment de débat... ces cours se voulaient un peu en débat ou en discussion constructive et cetera, mais en fait déjà il y avait souvent les intervenants qui présentaient, il y avait pas forcément beaucoup de place à des discussions, ou à des questionnements différents de ce qu'on nous proposait. C'était pas justement un cours de philo où on vous aide à mieux penser, mais on nous apportait une manière de penser un sujet... Voilà je dirais comme ça, c'est à dire que le cours nous aidait à construire une autre pensée par rapport à une façon de voir le sujet, mais pas à questionner le sujet pour nous aider à nous outiller au questionnement, et aux manières d'aborder différemment un même sujet... je sais pas du tout c'est clair mais c'était comme ça que je ressentais et j'y allais à chaque fois. Au début je pensais que c'était un sujet et plusieurs intervenants avec différents points de vue, et en fait c'était un seul point de vue qui était présenté ensuite il y avait des questions pour mieux comprendre les subtilités du point de vue, mais pas d'autres points de vue abordés.

Ici, E3 et E5 ont le sentiment que les cours ne permettent pas assez de questionner en profondeur un sujet, ce qui pose la question du type d'intervenants, qui conditionne la manière de présenter un sujet (témoignage, point de vue, présentation d'ouvrage), et du type de cours (cours académique, ou bien conférence)

Relevons des verbatim ci-dessus :

- L'attente d'intervenants spécialistes du domaine abordé
- L'importance d'approfondir un sujet sous plusieurs angles,
- Le refus d'une pensée unique.
- L'importance du débat, de l'échange.

vi. Perspectives

- Le souhait de développer les humanités médicales avant l'internat

Les internes interrogés seraient plutôt favorables à l'augmentation de la part des sciences humaines et sociales dans le programme du second cycle :

EE1 : « Donc je pense qu'en soi c'est une bonne idée, enfin, dans le sens où il y avait déjà rien donc pourquoi pas »

EE2 : « Alors je pense que c'est une bonne chose, c'est pas trop tôt »

E6 « Bah je trouverais ça bien ... je trouverais ça bien ... (...) c'est très bien que ce soit réformé c'est très bien que ça aille vers plus d'humanités vers plus d'échanges, vers plus de d'écoute des étudiants aussi... »

E5 : « Les sciences humaines pourquoi pas... je sais pas si j'aurais été content, parce que en soi j'en ai pas beaucoup eu formellement. Mais c'est toujours important effectivement de de... de penser. »

E1 : « Je pense que c'est une très bonne chose de d'amener aux externes dès le départ ce côté sciences humaines qui est inhérent au métier de médecin, et qui est en fait une grosse partie du truc quoi... »

Ils ont exprimé des idées sur le contenu ou une forme qu'ils aimeraient voir être proposés. Nous pouvons relever parmi les verbatim ci-après différents points d'intérêt :

- Les sciences humaines, comme la philosophie, l'éthique, la psychologie, l'histoire de la médecine
- La sociologie, dont les inégalités sociales de santé
- Des cours en organisation : L'organisation du système de santé, et de l'offre de soins
- Des cours de communication, de développement relationnel
- Et des heuristiques telles que la discussion, le jeu de rôle, le débat, le témoignage, l'art (peinture, écriture, dessin)

E4 : « ah oui j'y suis favorable (...) C'est sûr, les sciences humaines, ou les inégalités sociales de santé des choses comme ça, de nous en mettre un peu plus avant aussi ça pourrait être intéressant, pendant l'externat tu vois, mettre une fois dans l'année ou deux fois dans l'année, les sujets des inégalités sociales de santé... pour comprendre vraiment ce que bah ce que... ce que les populations défavorisées peuvent... peuvent vivre.... comment dire... pouvoir mettre en perspective justement le risque que les populations défavorisées ont. Avoir cette connaissance-là, c'est quand même intéressant.... Et puis ça éviterait d'avoir parfois pour certaines personnes ...de donner... de... de faire des réflexions... ouais... genre « les cassos » ... ce genre de réflexion en stage tu vois qui sont en fait pas intéressantes en fait (...) Ça permet de comprendre un peu plus je pense... donc ouais, les inégalités sociales de santé, le système de soins, le fonctionnement, les sciences humaines, et la socio, la socio, on n'a pas beaucoup de sociologie hein ! et puis dans les sciences humaines, ouais bah, la philosophie aussi, on n'en voit pas tant que ça.. On fait un peu d'éthique mais on fait pas tant de philosophie en médecine. On en fait très peu au lycée, donc après c'est un peu de la lecture personnelle ... mais au moins qu'on nous dise... pas forcément des cours très réguliers, mais si on a un cours par semestre, nous dire « bah je vous conseille de lire ça, je vous conseille de lire ça » déjà ça sensibilise un petit peu ce que tu peux lire en philo quoi. (...) »

E3 : « Je me suis pas beaucoup attardé sur la R2C, mais bah du coup je trouve que ce serait une super bonne idée d'avoir plus de cours de sciences humaines et sociales, et justement oui bah d'avoir un peu plus principalement, en priorité, des cours de relationnels, des outils de communication, et un peu de psychologie des patients, et puis de son propre ressenti... un peu des témoignages... des témoignages ou des discussions avec des personnes qui ont vécu différents parcours en médecine... et ensuite tout ce que les sciences humaines et sociales peuvent apporter, ainsi que la médecine narrative, un peu de l'art, de la peinture, l'écriture d'un texte, des dessins, des petits ateliers comme ça pas forcément obligatoire, et puis pourquoi pas des cours des cours de d'histoire sur la place du médecin et des choses comme ça »

E1 : « Si c'est des débutants en la matière, ben il faut des cours adaptés aux débutants, qui fassent émerger des interactions éventuellement... je sais pas tu vois, un texte, tu donnes à un des deux externes un texte avec un patient méga relou, et l'autre doit interagir tu vois, sans parler de connaissance médicale ou quoi que ce soit, juste dans l'interaction dans le ... dans le questionnement de l'autre, ouais ça serait pas mal voilà... »

E6 : « Par exemple si c'est une question théorique, et que on avait un groupe-débat où nous attribue le Oui ou le Non, et ben en fait je trouverais ça super intéressant, parce que bah ça nous forcerait à réfléchir, pas comme on réfléchit d'habitude entre guillemets, puisque aller parfois même contre ce qu'on aurait pensé de base, mais au final c'est hyper important parce que quand on est dans une relation comme ça avec l'autre qui est face à nous, on n'a pas toujours les mêmes avis »

- L'importance de la construction d'une pensée plus que le corpus de connaissance

Les sciences humaines et sociales doivent permettre à l'étudiant en médecine de se forger tout au long de ses études une conscience éclairée, réflexive, curieuse, capable de critiquer, d'écouter, d'argumenter.

E2 : « Je pense que c'est intéressant de ... de sensibiliser. Sensibiliser les étudiants à se poser des questions éthiques, à se poser des questions déontologiques, juridiques. En fait se poser des questions ! Donc dans un premier temps, ce serait peut-être déjà de juste mettre un pied à l'étrier, se rendre compte qu'on peut se poser des questions dans ces domaines-là, même si on n'a pas forcément beaucoup de connaissances sous-jacentes, qu'on peut aller chercher ... Aussi, se rendre compte qu'il y a des choses qui nous intéressent plus que d'autres, et que tout le monde aura pas forcément la même sensibilité, qu'il y en a qui vont se découvrir une passion pour la politique, et que y en a d'autres qui voudront faire que des RCP, se poser des questions d'éthique... Et commencer du coup pendant l'externat, je pense que c'est une bonne chose, peut-être que ça pourrait, au cours de l'internat où il y a plus de temps et plus de cours qui sont proposés, orienter un peu les vocations pour certains, et creuser certains sujets. »

Cette nécessité de construire sa propre pensée, sa propre manière de voir le monde introduit forcément la philosophie comme domaine de prédilection en la matière.

E5 Alors il y a bon les humanités, qui sont qui sont bien, mais la pensée philosophique est aussi importante à avoir. Mais c'est ce que tu peux retrouver en stage quand t'as un bon maître de stage, qui pense vraiment son métier, et sa pratique, son lien au monde, et sa place pour l'autre. »

E4. « La philo, pour comprendre. Enfin ouais je pense pour donner justement un peu de recul et un peu de... je pense que c'est un apport, un apport sur toi, ton vécu des études et de la médecine, c'est-à-dire prendre du recul sur ce que c'est que le soin, en fait. Par exemple le stoïcisme tu vois, bah ça peut t'apporter des réponses en fait (...) Quand en stage par exemple, j'appelle, j'appelle, je vis mal la situation parce qu'aux urgences j'appelle le radiologue, et c'est compliqué parce que le système est compliqué, et du coup je perds près d'une heure et demie à essayer de joindre un spécialiste, le radiologue après il me répond, il me parle super mal.... ça c'est énervant ! Ou encore voilà, le brancardage il va mettre une heure à arriver tu vois, toutes ces petites choses-là ! Et en fait bah si tu fais un peu de philosophie, de stoïcisme, tu vas te dire « bah voilà, en fait moi, j'ai fait les choses nécessaires en temps voulu, j'ai fait mes appels, j'ai fait, j'ai poussé, j'ai insisté. Si je sens que j'ai pas fait ce qui était nécessaire ben j'essaye de trouver la solution pour faire ce qui est nécessaire de mon point de vue, ce que moi je peux faire, mais tout ce qui n'était pas de mon ressort en fait j'ai pas à mal le vivre entre guillemets, parce que j'ai fait le maximum, et je suis là, enfin je ... j'ai pas d'impact en fait sur... sur ces choses qui ne sont pas de mon ressort, et donc du coup il faut pas que moi j'en sois malheureux quoi ». Donc le stoïcisme apporte ça. »

Dans ce long extrait de l'entretien de E4, on perçoit très bien comment un courant de philosophie morale, le stoïcisme, loin de se cantonner à un enseignement hors-sol, peut aider, dans une stratégie d'ajustement (*coping*) un étudiant en médecine, en garde, avec des évènements médicaux et organisationnels vecteurs de stress. On perçoit le mécanisme réflexif, qui opère une relecture et une analyse des situations concrètes vécues, et la prise de recul permise par l'apport de la philosophie.

E5 ci-après va dans le même sens, en rappelant que l'enjeu principal de la philosophie et des cours de sciences humaines en médecine n'est pas d'étudier l'histoire des idées de manière détachée, à la façon d'un catalogue, mais bien de penser par soi-même, c'est-à-dire de s'outiller pour être en mesure de questionner le monde, son propre être-au-monde, et donc sa propre identité.

E5 « Dans le fond, le plus important dans la pensée de Canguilhem, c'est comment il a construit sa pensée, et comment tu construis ta propre pensée face à une situation, et comment tu vas la chercher (...) Et donc je questionnerais plutôt ça, de de se dire : quels sont les enseignements qu'on va donner, quel sera le but de ces enseignements ? Parce que si c'est des enseignements, qui à la lumière des sciences humaines, aideront l'étudiant à penser par lui-même par rapport aux situations, et à savoir ce qui est juste, et ce qui est vrai, ça ce serait génial ! Si c'est enseigner des textes théoriques de grands penseurs qui sont très bien, hein, à faire lire, j'en ai découvert des géniaux pendant mon internat mais (s'arrête)... mais ouais je questionne juste le... (s'arrête). Plus, d'accord, mais pourquoi plus, et si c'est passer toujours plus de temps à prendre des étudiants et à les extraire du stage, je sais pas... ouais je dirais que... C'est important, la question c'est la manière dont c'est fait. Et c'est pas forcément des questions de quantité tu vois. »

Autrement dit, en ordre d'importance, ce n'est pas tant la pensée de Canguilhem (en tant qu'élément culturel) qui prime, mais l'exemple de Canguilhem (en tant que personne), qui cherche, qui pense par lui-même et qui nourrit sa pensée par des éléments culturels.

- L'importance d'une pédagogie qui part du vécu de l'étudiant

Une pédagogie axée sur la construction de la pensée se concentre sur le vécu phénoménologique de l'étudiant d'abord, pour expliciter les enjeux de la situation vécue ensuite. On voit chez E5 ci-après, l'importance de son vécu lors de ses stages d'externat, où il décrit l'émergence de la construction de sa pensée, grâce à des interlocuteurs et des formateurs qui opèrent en lui une véritable maïeutique de la pensée.

E5 : En stage c'est en voyant faire et ensuite en prenant conscience. En explicitant ce que j'avais perçu ce que j'avais compris. Et on m'a permis de l'expliciter. Parce que au début on te montre, toi t'observe, et puis à un moment donné, on te fait comprendre ce que t'es en train d'observer. (...) Il faut expliciter, rendre visible ce que certains pensent dans leur tête, ça c'était toujours ce qui ce qui était pertinent c'était : face à cette situation comment on se place, qu'est-ce qui se passe. (...) Ta première question, c'est qu'est-ce qu'un bon médecin et c'est bien d'avoir des penseurs, mais il faut avoir des cliniciens, quelqu'un qui est capable de mettre en pratique ses connaissances scientifiques pour traiter une maladie, et en même temps avoir conscience de l'être humain qui est en face de lui, de la personne, de son entièreté (...) Après il y a l'aspect théorique, les textes de Canguilhem, des philosophes, des médecins qui réfléchissent aux sciences humaines et sociales, ça c'est toujours important d'avoir le théorique mais dans le fond ce qui m'a le plus marqué et le plus construit, c'était vraiment ces personnes qui me permettaient de voir en pratique ce qui se passait, et pourquoi ça se passait et comprendre les ressorts qu'il y avait derrière. (...)

E1 illustre ci-après la nécessité d'enseignements qui suivent le processus phénoménologique de partir du vécu de l'étudiant :

E1 (Dans) le cours avec la médecine narrative, bah en fait tu te mettais au niveau de l'interne, tu le questionnais pour faire émerger quelque chose, alors que pour le coup les SMD, les GISSMED, on a une discussion qui est beaucoup plus détachée... pas que je sois un vaniteux, ou un narcissique mais en fait je pense qu'en se rapprochant de l'interne enfin il y aura une meilleure adhésion au cours quoi (...) il y aurait moyen de vraiment, d'avoir une bonne adhésion des gens si on se mettait un tout petit peu plus au niveau de leur vécu quoi en fait... (...) je trouve qu'en se mettant au niveau de l'interne on aura une introspection de l'interne et à ce moment-là on fera émerger des nouvelles pratiques tu vois c'est comme ça que je vois les choses en tout cas.

Partir du vécu suppose nécessairement une forme d'interaction et de relation maître-élève et questionne le format du cours magistral :

E1 si c'est juste des cours magistraux ça fonctionnera pas il faut que ce soit un truc plus interactif... notamment pour captiver les nouvelles générations je pense qu'il faut quelque chose d'interactif, qui se mette à leur niveau... sans parler de valeur, tu vois y a pas de de plus fort, de moins fort, c'est juste à leur niveau de vécu quoi, quelle est leur expérience

EE1 : « Alors que s'il y a une discussion s'il y a un dialogue évidemment ça, il y a pas le même niveau de d'apprentissage, le même niveau d'expérience tu vois, si t'es vraiment avec quelqu'un, tu peux en discuter... C'est des sujets où, quand même, la transmission comme ça verticale du « je sais » à « tu vas apprendre » ça a pas trop d'intérêt, vu que c'est une question de ressenti, de ce qui peut se passer de comment on vit les choses, c'est une question d'émotions c'est hyper subtil, donc pour moi pourquoi pas... mais il y a besoin que la forme soit intéressante, le fond évidemment que c'est bien que ce soit mis au programme, mais la forme a besoin d'être peut être réfléchie pour que ça puisse marcher et être intéressant pour les étudiants. »

EE1 : « Aussi la rencontre avec les professeurs du DMG, les enseignants du DMG, les médecins généralistes du DMG, qui ont aussi un peu cette sensibilité-là je trouve que... être en leur contact ça nous apporte aussi. »

- Le refus d'une superposition avec le format biomédical

Certains étudiants sont circonspects quant au format des cours, leur mode d'évaluation. Ils craignent un modèle de cours et d'évaluation calqué sur l'enseignement biomédical, comme cela a pu être le cas pendant leur propre internat (CF Partie 2 des résultats). Ils ont l'intuition qu'on ne peut pas évaluer ces cours par des QCM, et souhaite un format qui puisse évaluer la réflexivité de l'étudiant, par oral ou par écrit.

EE1 : « J'avais vu qu'ils avaient mis de nouveaux items un peu comme « la mort » (elle mime des guillemets avec ses doigts) ou des choses comme ça ...Euh après comment c'est amené ? si c'est juste un item « la mort », un item en fait, si c'est amené encore une fois sous la forme d'un livre où on te balance des connaissances je trouve que c'est ... OK, tu vas les prendre, tu vas peut-être y réfléchir un petit peu, mais encore une fois, ça manque d'intérêt tu vois. »

EE2 : « Après l'autre question qui se poserait ce serait comment les évaluer, comment évaluer ses cours de sciences humaines et là pour le coup, faudrait pas que ce soit non plus quelque chose de... parce que c'est vrai que c'est hyper intéressant mais il faudrait voir les modalités, les manières de faire ça. C'est sûr que ce format QCM ce serait une très, très, mauvaise idée je pense. Mais quelque chose de plus justement dans le dialogue, dans les choses comme ça... Après c'est sûr qu'il y a aussi des étudiants qui aiment pas forcément parler ou qui ont pas forcément... qui se sentent pas forcément à l'aise. Après ça peut être un bon exercice justement pour les aider à se sentir plus à l'aise, d'autant plus que la plupart vont exercer avec un contact humain... en étant amené à discuter... »

E5 : « L'évolution de ta pensée ou ton appropriation des sciences humaines, tu l'apprends pas en cochant des cases c'est et, donc tu peux pas savoir si la pensée de la personne est juste ou fausse en cochant une case. On n'avait pas de rédaction c'est probablement ça qui manquait : avoir des vraies dissertations, alors pas forcément longues tu vois, mais limitées dans le nombre de pages... trois pages... pour synthétiser, savoir synthétiser sa pensée, savoir poser une pensée. Je dirais que c'est ça. Être forcé à bien rédiger. »

D'autres remarques expriment la crainte de la surenchère de volume de cours, dans les études déjà connues pour être les plus longues de France, et qui connaissent déjà un accroissement de connaissances exponentiel par rapport à l'évolution de la science.

E5: « Je dirais que...il y a des appels à toujours plus ! Plus de cardio, plus de sciences humaines, plus de... (s'interrompt) je connais pas la proportion des sciences humaines sociales actuellement dans le cursus, je dirais que c'est important d'avoir des sciences humaines, la question c'est comment c'est enseigné, et comment après c'est mis en pratique (...) Donc il faut juste s'assurer qu'on forme des bons médecins, et pas juste qu'on s'assure qu'on ait bien 40 h de sciences humaines et sociales chaque année parce que il faut avoir 40 h de sciences humaines et sociales. Et pas dissocier les sciences humaines et sociales de la clinique.»

EE2 : « Faudra juste que ça soit pas quelque chose qui alourdisse, il faudra pas que ce soit forcément en plus, mais que ce soit en complément, et que d'autres choses soient moins présentes... parce que si on c'est des heures qui sont simplement rajoutées sur le programme qu'ils ont déjà, ça risque d'être très très lourd... et justement des choses un peu trop précises, des connaissances médicales dont on aura pas forcément besoin plus tard, il faudrait que ce soit un peu épuré et que ce soit ...enfin avec une balance... pas juste des cours en plus qui alourdisserent encore plus la charge de travail. »

5. Association verbale

Les données dont nous disposons nous ont permis de les croiser afin de consolider notre analyse catégorielle et ainsi nous permettre de relever les congruences quant aux représentations émergeantes. Notre méthode a permis de compiler 72 induits (Tableau 2) qui a constitué notre base d'analyse.

| | Induit 1 3 points | Induit 2 2 points | Induit 3 1 point |
|---|-------------------------|----------------------|----------------------------|
| 1 | Discussion | Ouverture | Culture générale |
| 2 | Sciences humaines | Réflexion adaptée | Psychologie ¹⁰⁵ |
| 3 | Ouverture d'esprit | Échange | Relation aux autres |
| 4 | Humanité ¹⁰⁶ | Médecine | Littérature |
| 5 | Cours | Vision | Première fois |
| 6 | Arts | Partage | Sciences |

¹⁰⁵ Interrogé, l'étudiant a indiqué « mieux comprendre l'autre »

¹⁰⁶ Interrogé, l'étudiant a indiqué « le fait d'être humain », donc de se sentir humain

| | | | |
|----|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 7 | Interdisciplinarité | Décloisonnement | Humanité ¹⁰⁷ |
| 8 | Ouverture | Culture | Discussion |
| 9 | Arts | Ouverture | Transposition ¹⁰⁸ |
| 10 | Écriture | Émotion | Être |
| 11 | Introspection | Réflexion | Échange |
| 12 | Intéressant | Pertinent | Mal amené ¹⁰⁹ |
| 13 | Diversité | Ouverture d'esprit | Surprise |
| 14 | Ouverture | Souffle nouveau | Intérêt |
| 15 | Différent | Ouverture | Enrichissant |
| 16 | Ennui | Alzheimer ¹¹⁰ | Lecture |
| 17 | Psychologie ¹¹¹ | Histoire ¹¹² | Obésité ¹¹³ |
| 18 | Réflexion | Approche sur l'être humain | Littérature |
| 19 | Social | Découverte | Apprentissage |
| 20 | Philosophie | Intéressant | Approche ¹¹⁴ |
| 21 | Débat | Différent | Réflexion |
| 22 | Enrichissant | Ouverture | Pensée |
| 23 | Réflexion | Surprenant | Collégial |
| 24 | Partage | Analyse | Bienveillance |

Tableau 2 - Présentation des induits de l'association verbale

A partir du tableau général des induits nous avons procédé à une catégorisation liée à la question de recherche. Ce travail a permis de mettre en évidence six catégories (Tableau 3)

| CATEGORIES | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Composantes de l'identité professionnelle | Autres catégories |
| Relation | Disciplines |
| Processus cognitifs | Contenu des cours |
| Émotions et affectivité | Contenu de jugement / Appréciations |

Tableau 3 - Tableau récapitulatif des catégories

¹⁰⁷ *Idem*

¹⁰⁸ Interrogé, l'étudiant a indiqué « appliquer le contenu des cours à la relation médecin-patient »

¹⁰⁹ L'étudiant E1 a précisé sa position dans l'entretien

¹¹⁰ Interrogé, l'étudiant a indiqué « parce que c'est le film The Father qu'on a vu en cours »

¹¹¹ Interrogé, l'étudiant a indiqué qu'il s'agissait de la discipline

¹¹² Interrogé, l'étudiant a indiqué « c'est reconnecter avec son histoire »

¹¹³ Interrogé, l'étudiant a précisé qu'il s'agissait d'un contenu de cours

¹¹⁴ Interrogé, l'étudiant a précisé que « ça me rapproche des autres »

Dans un second temps nous avons procédé à un regroupement catégoriel en assignant à chaque induit sa pondération en fonction de son rang dans l'énonciation (Tableau 4).

| | PROCESSUS COGNITIFS | DISCIPLINES | EMOTION | RELATION | JUGEMENT | CONTENUS COURS |
|-------|--------------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|------------------|----------------|
| 1 | Ouverture d'esprit (3) | Sciences humaines (3) | Humanité (3) | Discussion (3) | Intéressant (3) | Alzheimer (2) |
| 2 | Ouverture d'esprit (2) | Cours (3) | Introspection (3) | Débat (3) | Diversité (3) | Obésité (1) |
| 3 | Ouverture (3) | Arts (3) | Ennui (3) | Partage (3) | Différent (3) | |
| 4 | Ouverture (2) | Arts (3) | Décloisonnement (2) | Partage (2) | Enrichissant (3) | |
| 5 | Ouverture (2) | Interdisciplinarité (3) | Émotion (2) | Échange (2) | Pertinent (2) | |
| 6 | Ouverture (3) | Écriture (3) | Souffle nouveau (2) | Psychologie (1) | Intéressant (2) | |
| 7 | Ouverture (2) | Psychologie (3) | Histoire (2) | Relation aux autres (1) | Différent (2) | |
| 8 | Ouverture (2) | Social (3) | Découverte (2) | Discussion (1) | Mal amené (1) | |
| 9 | Réflexion (3) | Philosophie (3) | Surprenant (2) | Transposition (1) | Intérêt (1) | |
| 10 | Réflexion adaptée (2) | Médecine (2) | Première fois (1) | Échange (1) | Enrichissant (1) | |
| 11 | Réflexion (3) | Littérature (1) | Humanité (1) | Approche (1) | | |
| 12 | Réflexion (2) | Littérature (1) | Être (1) | Collégial (1) | | |
| 13 | Réflexion (1) | Lecture (1) | Surprise (1) | Bienveillance (1) | | |
| 14 | Pensée (1) | Sciences (1) | | | | |
| 15 | Analyse (2) | | | | | |
| 16 | Vision (2) | | | | | |
| 17 | Culture générale (1) | | | | | |
| 18 | Culture (2) | | | | | |
| 19 | Apprentissage (1) | | | | | |
| 20 | Approche sur l'être humain (2) | | | | | |
| TOTAL | 41 | 33 | 25 | 21 | 21 | 3 |

Tableau 4 - Tableau récapitulatif des induits par catégories, avec somme totale des induits par catégories, selon leur pondération propre.

Ouverture est l'induit le plus représenté de notre tableau (Tableau 4). Nous considérons synonymes les induits *ouverture* et *ouverture d'esprit*. En se fondant sur les définitions du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales¹¹⁵, nous avons classé cet induit dans la catégorie des cognitions, car ouverture peut s'entendre de ces trois manières :

- En tant que facilité de comprendre, de s'intéresser aux choses.

¹¹⁵ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, <https://cnrtl.fr/definition/ouverture>

- En tant que processus de rendre accessible à quelqu'un une chose qui ne l'était pas (par exemple des concepts, des questionnements éthiques, des situations complexes).
- En tant que spécification désignant la capacité humaine d'appréhender, de saisir quelque chose.

Remarquons que cet induit se situe soit dans la première, soit dans la deuxième colonne, c'est-à-dire qu'il se situe parmi les induits les plus spontanés, ce qui en fait un induit puissant dans les représentations inconscientes.

Concernant la répartition des catégories, nous pouvons remarquer que :

- La catégorie des processus cognitifs est la plus représentée, ce qui témoigne de la richesse de l'activité réflexive permise par le corpus pédagogique. *Réflexion* est d'ailleurs le deuxième induit le plus représenté.
- La catégorie des « disciplines » est la plus représentée dans la première colonne. Ce sont les contenus académiques, qui désignent ce que l'inducteur est par nature. On observe les ramifications disciplinaires et l'interdisciplinarité sous-jacente au corpus de cours, qui témoignent de la complexité des contenus abordés.
- Les induits de la catégorie des cognitions sont les plus représentés dans la 2^e colonne, suivis de la catégorie des émotions : après avoir défini ce que l'inducteur est par nature, l'étudiant évoque ce que l'inducteur lui évoque et lui fait éprouver, de manière plus intérieure.
- Les induits de la catégorie relationnelle ont la pondération la plus forte dans la troisième colonne : après avoir évoqué ce que l'inducteur est, ce qu'il procure comme émotion, l'étudiant restitue comment cela le mobilise dans la relation.

| | Induits 1 3 points | Induits 2 2 points | Induits 3 1 point | TOTAL |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------|
| Disciplines | 27 | 2 | 4 | 33 |
| Cognitions | 15 | 22 | 4 | 41 |
| Émotions | 9 | 12 | 4 | 25 |
| Relation | 9 | 4 | 8 | 21 |
| Contenu de jugement/ appréciation | 12 | 6 | 3 | 21 |

Tableau 5 - Détail de la pondération des induits par catégories et somme totale des induits par catégories

Nos résultats d'association verbale, qui explorent les représentations de manière plus inconscientes par rapport aux entretiens, sont en congruence avec les résultats des entretiens concernant la partie sur l'apport du GISSMED, SMD, Médecine Narrative (Tableau 6) :

- Nous retenons le phénomène de *l'ouverture*, en contraste avec la tunnelisation ressentie par rapport au cursus habituel. Remarquons en ce sens le terme *décloisonnement*, très fort, car évoquant dans le même temps la cloison, donc le tunnel dans lequel l'étudiant se sent pris.
- Nous retenons la réflexion comme 2^e induit le plus représenté, renvoyant à la complexité et la réflexivité.
- Nous retrouvons également *surprise*, *première fois*, *surprenant*, *souffle nouveau*, qui rappelle les résultats des entretiens concernant la fraîcheur, la nouveauté de ces cours.

- Nous notons aussi l'*ennui*, qui rappelle la perplexité retrouvée dans les entretiens de ne pas saisir le but et l'intérêt de ces cours.

| ENTRETIENS | |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Catégorie | Sous-catégorie |
| Dimension cognitive | Ouverture d'esprit : <i>transdisciplinarité</i> |
| Dimension cognitive | Ouverture culturelle : <i>lecture, art</i> |
| Dimension cognitive | Réflexivité, pensée complexe <i>Prise de recul, se poser des questions, prise de conscience, changements de perception</i> |
| Dimension cognitive | Introspection |
| Dimension cognitive | Imaginaire, herméneutique : <i>réimaginer son métier</i> |
| Dimension cognitive | Modification progressive de sa pratique : <i>cheminement, prise de conscience, s'adapter</i> |
| | |
| Dimension affective | Nouveauté, surprise |
| Dimension affective | Nourriture, fraîcheur |
| Dimension affective | Respiration, repos |
| Dimension affective | Accueillir ses émotions et celles des autres |
| | |
| Dimension relationnelle | Recenter la médecine sur la relation de soin |
| Dimension relationnelle | Empathie |
| Dimension relationnelle | Faciliter l'abord du patient |
| Dimension relationnelle | Communication avec le patient et avec les pairs : écouter, laisser parler |
| Dimension relationnelle | Accueillir le point de vue de l'autre : dépasser ses préjugés |

Tableau 6 - Résumé des catégories et sous-catégories des entretiens (Résultats 4. Apports des cours de GISSMED, SMD, Médecine Narrative)

IV- DISCUSSION

Nous rappelons qu'il s'agit d'une étude antérieure à la réforme PASS/LAS et la réforme de la R2C

1. Forces et limites de cette étude

- Limites de l'étude

La première limite est l'inexpérience de la chercheure en recherche qualitative. Cela a pu occasionner des biais d'induction ou des interprétations au cours des entretiens. Le biais de désirabilité des interrogés est possible du fait de la qualité de médecin de la chercheure.

Une limite inhérente à l'objet de recherche de la thèse est la difficulté conceptuelle des notions étudiées, de l'identité et des sciences humaines et sociales, qui sont des composantes très complexes, avec une délimitation complexe.

La population d'études concernée ne comprend pas d'étudiant issue de la réforme PASS et LAS, ni de la R2C, donc cette thèse étudie des phénomènes antérieurs à ces réformes pédagogiques.

L'inducteur utilisé pour le tableau d'association verbale était complexe : « GISSMED, SMD, Médecine Narrative » et l'un des inducteurs a changé de nom en cours de recherche (GISSMED est devenu Atelier Médecine Humanités), ce qui a pu perturber la fluidité de la restitution spontanée des induits.

Une limite à souligner, mais qui est inhérente à la recherche qualitative, est que le corpus d'études est propre à Sorbonne Universités. Néanmoins, nous pouvons supposer que les fondements disciplinaires et les heuristiques employés peuvent bien sûr se généraliser à d'autres facultés et à d'autres internes.

Une critique peut être faite sur le faible nombre d'induits concernant l'association verbale. Comme pour toute étude la quantité de données permet d'assurer leur diversité, même si, rappelons-le, les méthodes qualitatives n'ont pas vocation ni à la représentativité, ni à l'exhaustivité. Par ailleurs les derniers induits n'ont pas apporté de nouvelles informations. Ceci permet d'avancer que nous avions atteint une forme de saturation des données.

Une autre limite est que nous avons choisi une population d'études ayant suivi le corpus pédagogique en tout ou en partie, donc qui *a priori* est réceptive à ce type d'enseignement. Ce choix est orienté par la question de recherche : nous ne pouvions pas y répondre en interrogeant des étudiants qui n'ont suivi aucun cours. Mais cela a pu introduire à nouveau des biais de désirabilité. Une thèse quantitative pourra par la suite étudier deux populations.

- Forces de l'étude

Beaucoup d'études se sont intéressées au curriculum caché, mais aucune étude à notre connaissance ne s'est intéressée à la manière dont le curriculum formel influence l'identité professionnelle des étudiants, et influence le curriculum caché par les représentations qui lui sont associées. Cette thèse, bien qu'elle soit une thèse de médecine et non une thèse de

sociologie, a eu l'ambition d'étudier l'interaction de phénomènes complexes, à savoir la construction identitaire, le curriculum formel et implicite et la place des humanités médicales.

Cette étude arrive en pleine réforme de la R2C et des conclusions d'études contemporaines qui ont étudié le vécu des étudiants en médecine et l'importance des humanités médicales, donc elle s'inscrit comme une étude supplémentaire sur le vécu des études antérieurement à la R2C et vient soutenir les réformes nationales et les initiatives locales pédagogiques, telles que les modules pédagogiques de Sorbonne Université comme PréMed, Relation-Médecin-Malade, Relations de soins ou encore Ethique qui ont eu lieu dans le sens d'un rééquilibrage du curriculum formel, avec une plus grande place pour les oraux, le parcours personnel, les compétences cliniques, réflexives et relationnelles et une volonté d'inclure et de développer l'identité professionnelle de l'étudiant.

2. La construction de l'identité professionnelle des internes

Les résultats mettent en évidence un chemin de maturation de l'identité professionnelle tout au long du processus de socialisation des études de médecine, avec un point d'orgue particulier au moment de l'internat. Cette maturation, issue de l'ensemble d'expériences planifiées et non planifiées par lesquels des profanes s'approprient la culture médicale des professionnels¹¹⁶, est due à la formation, qui comporte à la fois l'apprentissage de *rôles* – on retrouve ici la terminologie du théâtre chère à Goffman, et l'étude des techniques. Lave et Wenger estiment que l'interaction sociale entre les individus favorise l'apprentissage et qu'une *communauté de pratique* se crée lorsque ceux qui souhaitent partager un ensemble commun de connaissances s'engagent dans des activités dont le but est de devenir compétents dans un domaine défini¹¹⁷. Le terme est admis comme la capacité de répondre à une sollicitation avec les outils adaptés, dont ces outils correspondent usuellement aux aptitudes, comportements et performances sur lesquels le mouvement de la compétence met actuellement l'accent.

Etymologiquement, *cum-petere*, « *convenir* » indique que la compétence consiste à pouvoir accomplir une tâche, c'est-à-dire transformer un état initial vers un état final souhaité¹¹⁸. Il s'agit d'être adapté à la situation. L'apprentissage s'effectue dans le domaine défini et est donc « *situé* ». Pour ces auteurs, tout au long de cet apprentissage, l'individu passe d'une participation périphérique légitime à une pleine participation à la communauté de pratique. Le passage de la participation périphérique à la pleine participation s'effectue par étapes, passant de l'observation à l'imitation, puis à l'exécution de tâches simples, aboutissant à des activités plus complexes.

A l'aide des travaux de Hugues, un des premiers théoriciens de la construction identitaire des médecins, et des travaux de Jarvis-Selinger et al., ainsi que de Cruess et al., on peut identifier

¹¹⁶ Rothier Bautzer E., La fabrication d'un médecin, (trad. de Everett C. Hugues, The Making of a Physician, Human Organization (1956)). Numéro thématique " La Formation des soignants ", Revue *Les sciences de l'éducation - Pour l'ère nouvelle*, 2003, 36 (2) : 57-70, p.60

¹¹⁷ Lave J, Wenger E Apprentissage *situé* : participation périphérique légitime, 1991, Angleterre, La Presse de l'Université de Cambridge in : Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. *A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators*. Academic Medicine. juin 2015;90(6):718-25, p.720

¹¹⁸ Von Der Weid, G. Santé Mentale. 2023 [cité 17 août 2024]. *Compétence ou compétition ?* Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2023/03/competence-ou-competition/>

ci-après chez les étudiants des processus dynamiques dans la construction identitaire médicale^{119, 120}:

a. L'entrée à l'université : Les représentations idéales du bon médecin et du soi-médecin.

Hugues identifie comme première étape la séparation du futur professionnel et du monde profane avec l'entrée à l'université. L'admission à l'école de médecine est symboliquement significative car elle marque le début du long processus de socialisation par lequel les étudiants passent du statut de membre du public profane à celui de professionnels qualifiés.¹²¹ Nos résultats mettent en évidence *l'identité visée* par l'étudiant en entrant en médecine, l'idéal du *bon médecin*. Cet idéal est fondé sur trois aspirations : être *utile* à l'autre, être *en relation* avec l'autre, et une dimension morale pouvant se résumer à *faire le bien*, ou *être bon, être juste*. Ces dimensions de base se matérialisent dans les trois dimensions du bon médecin retrouvées par Ibanez, dans sa revue de la littérature sur la définition bon médecin : avoir des compétences médicales, avoir des compétences relationnelles appliquées avec le patient et avec les soignants, et avoir des valeurs morales, éthiques.¹²²

Les résultats sur le bon médecin suggèrent une alliance complexe et harmonieuse entre d'une part, l'usage des compétences techniques et biomédicales, hautement associée à une notion de performance, et d'autre part la capacité à considérer les multiples dimensions inhérentes à l'être humain (culture, psychologie, croyances, histoire de vie)¹²³. La pondération de chaque partie se modifie au fur et à mesure du processus de socialisation professionnelle et des expériences individuelles, ainsi que l'identité individuelle de l'étudiant, son étayage personnel, familial, culturel et intellectuel. L'étudiant a un idéal du soi-médecin : il y a un jeu d'anticipation de son rôle de médecin, il se projette effectuant un travail qu'il ne connaît pas encore, dans des situations auxquelles il n'a pas encore participé.

b. La traversée du miroir et la façade extérieure

Ensuite, il y a l'expérience plusieurs fois vécues au cours du processus de socialisation que Hugues nomme la *traversée du miroir*¹²⁴. Tout au long de sa formation, l'étudiant ne cesse de passer d'une culture médicale profane, avec une élaboration limitée et parfois stéréotypée de la représentation du bon médecin, à une culture médicale professionnelle, réalité plus complexe. Cette traversée du miroir, du fait de l'identité attribuée par la socialisation, décale l'individu dans ses conceptions, et induit un décalage entre l'identité visée et l'identité attribuée. Les individus assument un rôle professionnel, selon ce qu'ils comprennent des codes, des règles,

¹¹⁹ Jarvis-Selinger S, Pratt DD, Regehr G. *Competency Is Not Enough: Integrating Identity Formation Into the Medical Education Discourse*. Academic Medicine. sept 2012;87(9):1185-90.

¹²⁰ Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. *A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators*. Academic Medicine. juin 2015;90(6):718-25.

¹²¹ Hilton SR, Slotnick HB. *Proto-professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education*. Med Educ. janv 2005;39(1):58-65.

¹²² Ibanez G, Cornet P, Minguet C. *Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Pédagogie Médicale. 2010; 11(3) : 151-65, p.161

¹²³ Bory OM, Brami C, Souchu H, Ribault S, Taddei F, Rode G. *Enseigner la complexité dans les études médicales*. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 juin 2021;205(6):574-8, p.575

¹²⁴ Il est vraisemblable que ce “*Through the Looking-Glass*” est une référence directe au livre de Lewis Caroll dont la première traduction française fut « de l'autre côté du miroir », cette rupture avec la frontière du réel donne accès dans le livre à un monde merveilleux mais dont la complexité est figurée par celle du jeu d'échec.

selon l'observation de leurs pairs et l'imitation qu'ils font de leurs pairs, mais ce rôle n'est pas pleinement intégré à leur identité. Ils « jouent le rôle ». Ils adoptent le « manteau » d'un médecin, mais ce manteau n'est pas intériorisé dans leur « être médecin ». Ils sont sensibles à l'aspect extérieur du rôle, à la crédibilité du rôle, à ce que Goffman nomme *la façade*¹²⁵. Ils sont sensibles à la façon dont les autres les perçoivent, à savoir s'ils correspondent aux attentes. L'étudiant veut connaître les règles d'action appropriées et se tourne vers les figures d'autorité pour obtenir des directives et être rassuré sur le fait qu'il réussit et s'intègre.

Leur motivation et leurs performances reposent sur une compréhension partielle et étroitement définie du système dans lequel ils évoluent, et dans lequel de nombreux aspects leurs échappent (continuité des soins, parcours de soin, organisations, tâches, responsabilités). De ce fait, et nous développerons ce point ultérieurement, leur point d'attention est restreint à l'acquisition de la compétence clinique, technique, et la plupart sont souvent très sensibles à ce qui leur est plus immédiatement et plus intuitivement accessible : la relation de soin avec le patient, auquel l'apprenti-médecin s'identifie avec une *sympathie* naturelle, dans la mesure où il subit lui aussi des processus dynamiques organisationnels et de prise en charge qui lui échappe en tout ou en partie.

Du fait de la traversée du miroir, ils découvrent les réalités de l'apprentissage et de l'exercice médical, avec une transaction de l'idéal du bon médecin et du soi-médecin à la « vraie vie » qui se traduit comme un choc de la réalité.

c. Négociations identitaires

On observe qu'un aspect important de la pleine participation de l'étudiant est l'acquisition de l'identité associée à la communauté, qui implique des *négociations identitaires*¹²⁶ plus ou moins conflictuelles et conscientes au sein de l'individu, entre l'identité héritée et visée, entre l'identité attribuée et incorporée. C'est un phénomène très intérieur. Chaque étudiant progresse à un rythme différent. La transition d'une étape à l'autre n'est pas un processus de changement linéaire mais est plutôt marquée par des discontinuités abruptes et est précipitée par l'émergence de crises¹²⁷, dues à l'écart entre la compréhension de soi dans le rôle professionnel et la compréhension des expériences et des défis vécus. Ces crises sont une période de vulnérabilité, de bouleversements, et de potentiels accrus.

L'étudiant expérimente l'inconfort du rôle d'apprenti-médecin, du fait de ces décalages multiples. Il est en recherche de cohérence, et cherche à intégrer ses différents statuts et rôles, ainsi que ses diverses expériences, dans une image cohérente de soi et de ses représentations de la profession¹²⁸. Il est donc sensible aux décalages entre ce qui lui est enseigné en théorie et les expériences vécues sur le terrain¹²⁹, que ce soit dans l'accompagnement thérapeutique du patient qui ne correspond pas toujours à la théorie livresque, ou bien dans les valeurs véhiculées sur le terrain, imprégnées du dogme du médecin infaillible, avec la crainte d'être au niveau, le désir de performance; il négocie les interactions avec les collègues, l'empathie qu'il a pour son patient, la préoccupation de comprendre les enjeux de la prise en charge et de progresser. Il négocie le décalage entre les responsabilités qui lui sont données et le manque de connaissances ou de maîtrise de la technique, entre la proximité souhaitée avec les patients et les tâches à

¹²⁵ Goffman E., *Op. cit.*, p.29

¹²⁶ Cruess et al, *Op. cit.* p.720

¹²⁷ Jarvis-Selinger S, Pratt DD, Regehr G. *Op. cit.* P.1186

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ Chuang AW, Nuthalapaty FS, Casey PM, Kaczmarczyk JM, Cullimore AJ, Dalrymple JL, et al. *To the point: reviews in medical education—taking control of the hidden curriculum*. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2010 Oct;203(4):316.e1-316.e6

exécuter. Nos résultats montrent que ces décalages peuvent occasionner des doutes, des remises en question vocationnelles.

Les résultats suggèrent que la considération de ces processus de constructions identitaires passe sous les radars de la formation. Ces négociations, partiellement accessibles à la conscience de l'étudiant, sont donc souvent un exercice solitaire, quasiment un tabou, et trouvent rarement un lieu pour être exprimé librement avec les pairs. Il est probable que la difficulté à exprimer ces négociations, les émotions vécues et les situations traversées puisse participer à ce que l'empathie des étudiants en médecine, présente au début du cursus, ait tendance à diminuer avec les années d'études, même si ce n'est pas la seule explication¹³⁰. Puisque ces processus de construction identitaire échappent à la formalisation pédagogique, ces négociations vont donc être hautement soumises au curriculum caché, à la merci des aléas des soins et de l'exposition clinique des étudiants¹³¹, à la hiérarchie.

Les modèles de rôles sont un déterminant majeur de la construction de l'identité professionnelle¹³². L'identité se construit par des phénomènes d'identification, les uns selon les rencontres, et les autres selon les principes partagés de la communauté médicale. L'aspirant médecin trouve ses *autrui signifiants*¹³³, auquel il veut s'identifier pour intégrer la communauté de pratique. La hiérarchie prend une place importante dans ces modèles de rôle, de manière silencieuse : les cliniciens n'explicitent pas souvent à l'intention des étudiants les justifications, les raisons sur lesquelles ils basent leurs actions¹³⁴. L'exposition à une conduite non professionnelle des professeurs, des pairs et du personnel durant l'internat est associée à une hausse du *burnout* et du cynisme parmi les internes en médecine¹³⁵.

Le processus d'intégration s'apparente à un conformisme dont tout écart, s'il est trop important, contient un risque avéré de malaise personnel. Certains modèles de rôle hautement inspirants permettent d'assumer un positionnement à distance du standard, laissant au jeune médecin un espace émotionnel plus vaste et surtout plus solide. L'*autrui signifiant* se trouve parfois être le patient, parfois le pair. Il passe d'un autrui signifiant à l'autre au cours du temps, au fil des expériences.

L'étoyage individuel de l'étudiant, notamment dans nos résultats son socle familial et amical, ses ressources artistiques, littéraires, culturelles, lui permettent de négocier avec plus ou moins de facilités les expériences vécues et de lutter contre les effets du curriculum caché.

¹³⁰ Chauvel H., Santini C., Layat Brûler C. & al. *Évolution de l'empathie des étudiants en médecine français de quatrième année suite à un module obligatoire sur les relations médecin-patient*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Vol. 181, N°10, déc. 2023, pp. 871-879

¹³¹ Te P., Galam E., Bientôt médecin : ressentis des internes de médecine générale, éclairages sur le hidden curriculum (coursus caché). [Thèse] Université Paris Diderot - Paris 7. 2016, 154 pages, p.12

¹³² Cruess et al., Op. cit., p.721

¹³³ Emprunté à la linguistique de F. Saussure le phonème « signifiant » a été développé en psychanalyse par J. Lacan comme la composante, consciente ou inconsciente, du langage qui oriente le devenir d'un individu. Par extension une situation d'existence, une rencontre, peut peser de façon spécifique sur la trajectoire de vie d'une personne. « L'autrui-signifiant » relève de cette approche. J. Lacan approche la question de l'individu en écrivant que le signifiant représente un sujet pour un autre signifiant (Livre XII du Séminaire). Nous y retrouvons ici le rôle de l'altérité pour définir l'identité que nous avons abordée dans l'introduction.

¹³⁴ Chamberland M, Hivon R. *Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique*. Pédagogie Médicale. mai 2005;6(2):98-111. P.107

¹³⁵ Billings ME, Lazarus ME, Wenrich M, Curtis JR, Engelberg RA. *The Effect of the Hidden Curriculum on Resident Burnout and Cynicism*. Journal of Graduate Medical Education. 1 déc 2011;3(4):503-10, page 507

d. Incorporation du rôle professionnel : identification, différenciation et dissonance identitaire

En étant immersés dans la profession, les étudiants intérieurisent pas à pas les attentes sociales, les comportements et les valeurs de la communauté de pratique, qui exerce une influence sociale impérieuse sur ses membres, en souhaitant que le respect des normes professionnelles finisse par émerger de l'intérieur de l'individu.

Si l'intention de l'étudiant et de l'enseignant en médecine est, par le processus de socialisation professionnelle, que l'étudiant développe une identité cohérente avec les valeurs et les compétences de la profession médicale¹³⁶, et que se développe le sentiment d'appartenance à la communauté de pratique, la réponse de chaque individu à la socialisation varie : nous avons vu que tous entrent dans une série de négociations personnelles à mesure qu'ils avancent. Du fait des négociations identitaires, l'étudiant vit des phénomènes d'*identification* ou de *différenciation* au rôle professionnel¹³⁷. Ces négociations peuvent conduire à une *dissonance identitaire* lors d'un conflit durable entre les identités¹³⁸, compromettant l'incorporation profonde, authentique, de l'identité professionnelle avec les autres identités durables définissant le soi.

Peu à peu, et notamment pendant l'internat, les individus prennent du recul sur leur formation et apprennent à poser eux-mêmes leur définition du bon médecin. Leur perception du système dans lequel ils évoluent se complexifie peu à peu, en même temps que leurs responsabilités augmentent. Ils sont en mesure d'identifier ou de remettre en question certains aspects de leur profession ou de leur formation. Il incorpore ou renonce à certains aspects de l'identité attribuée.

3. Influence du curriculum formel sur la construction identitaire des internes en médecine

Il y a un réel impact du curriculum formel sur la construction identitaire de l'étudiant en médecine¹³⁹. Notons que, selon le dictionnaire de l'Académie française¹⁴⁰, le terme « formation » désigne trois réalités très liées : à la fois l'action de former, mais aussi le résultat de cette action, et enfin l'éducation intellectuelle et morale. La formation est donc à la fois éducative et performative.

Si la thèse ne porte pas directement sur la perception du professionnalisme par les étudiants, l'analyse de la perception du professionnalisme s'est révélée être une porte d'entrée intéressante pour cette discussion. En effet, les résultats suggèrent une réduction de l'assimilation de cette compétence à son champ biomédical, technique. Alors que les définitions du CIDMEF et du CNGE proposaient une vision complexe du professionnalisme, intégrant théoriquement les trois dimensions du bon médecin évoquée précédemment, nos résultats suggèrent que ce qui est effectivement assimilé ou perçu par l'étudiant puisse être un stéréotype technique, froid, polarisé sur les compétences cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

¹³⁶ Sharpless J, Baldwin N, Cook R, Kofman A, Morley-Fletcher A, Slotkin R, et al. *The Becoming: Students' Reflections on the Process of Professional Identity Formation in Medical Education*. Academic Medicine. juin 2015;90(6):713-7.

¹³⁷ Cruess et al. *Op cit.* p.719

¹³⁸ Monrouxe LV. *Identity, identification and medical education: why should we care?* Medical Education. 2010;44(1):40-9.

¹³⁹ Cruess et al. *Op. cit.* p.722

¹⁴⁰ Dictionnaire de l'Académie française, 9^e édition (actuelle) <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9F1287>

Cette assimilation stéréotypée du professionnalisme se révèle être due à un *habitus*¹⁴¹ lié au curriculum formel, qui axe l'apprentissage et l'évaluation de la médecine en compétences mesurables¹⁴², et plus particulièrement sur la compétence biomédicale.

Ainsi, définie comme savoir complet, la compétence semble désigner une puissance autonome qui fonctionnerait toute seule, sur le mode algorithmique, et se mesurerait dans la performance à acquérir et appliquer une somme de savoir figés¹⁴³.

Le curriculum formel est susceptible d'orienter le curriculum caché, et d'entraîner l'étudiant dans un stéréotype identitaire. Pour y résister, leurs stratégies d'ajustement vont beaucoup déprendre de leur étayage personnel, de leurs ressources personnelles, et nous verrons par la suite, de certaines propositions pédagogiques.

a. L'influence du paradigme biomédical sur la construction identitaire

Les résultats montrent que les étudiants prennent progressivement conscience d'un paradigme biomédical extensif, quasi-totalisant, dans leur mode de formation et de sélection. Les étudiants n'évacuent pas la nécessité de la connaissance théorique : cette étape est jugée nécessaire dans l'acquisition de la connaissance. En revanche, si cette étape est nécessaire, elle ne peut être suffisante : ils critiquent la totalisation de ce mode d'enseignement et de sélection, qui ne suffit pas à rendre compte de la complexité des enjeux que les étudiants sont amenés à rencontrer dans leur pratique.

Cette considération sur les études de médecine n'est pas nouvelle, puisque Canguilhem remarquait déjà que « *la formation des médecins dans les facultés les préparent très mal à admettre que la guérison ne se détermine pas par des interventions exclusivement d'ordre physiques ou physiologiques* »¹⁴⁴. Pour autant, ce paradigme scientifique grandit avec l'avancée de la connaissance scientifique et avec les choix pédagogiques universitaires du curriculum formel. Le diplôme d'études de médecine est aujourd'hui un diplôme de « *science médicale* »¹⁴⁵.

Ce paradigme biomédical formel priorise les connaissances médicales et les compétences techniques sur les autres compétences, ce qui oriente le curriculum caché sur le terrain. Les compétences valorisées et sélectionnées par le curriculum formel du deuxième cycle ne suffisent pas à répondre par elles seules aux attendus du bon médecin. Les étudiants vivent un conflit entre ce qu'ils perçoivent du bon médecin et les négociations qui ont été nécessaires pour intégrer la communauté de pratique¹⁴⁶.

¹⁴¹ Rodrigo, Pierre. « Chapitre VI. La dynamique de l'*Hexitis* chez Aristote ». *Aristote. Une philosophie pratique*, Vrin, 2006, 160 pages, <https://doi.org/10.4000/books.vrin.722> : *Hexitis* est un terme grec du vocabulaire technique aristotélicien traduit par Thomas d'Aquin comme « *habitus* », « manière d'être » : il s'agit du pli, de l'habitude morale contractée par la personne elle-même qui oriente son action. Bourdieu infléchit la notion d'un point de vue social, et en fait un pli imposé du dehors pour expliquer les comportements sociaux. Ici, l'*habitus* peut être assumé dans ces deux acceptations.

¹⁴² Jarvis-Selinger S. et al, Pratt DD, Regehr G. *Op. cit.* p.185

¹⁴³ Von der Weid, *Op. cit.*

¹⁴⁴ Canguilhem G, Ecrits sur la médecine, 2002, Editions du Seuil, p.85 *in* : Le Breton D, Médecine et sciences humaines in Penser le soin. Pour une médecine humaine. Dir. P. Cornet. In Press, 2023, p.54

¹⁴⁵ Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales, JORF n°00087 du 13 avril 2011, Texte n° 34

¹⁴⁶ Te P., Galam E. *Op. cit.* p.12

Ainsi, on observe que le processus de socialisation professionnelle peut engendrer une dissonance identitaire entre l'identité attribuée par les études de médecine et l'identité visée du bon médecin. Dissonance que résume de façon générale Goffman lorsqu'il dit que « *si une organisation veut réaliser ses idéaux les plus fondamentaux, elle est parfois obligée d'en mettre provisoirement certains autres entre parenthèses tout en continuant à donner l'impression qu'ils sont encore en vigueur* »¹⁴⁷.

i. Sur le plan cognitif : une tunnelisation et automatisation des cognitions

- L'appauvrissement de la réflexivité, de la culture et de la pensée complexe

La connaissance théorique simplifie méthodologiquement le réel en isolant les éléments de leur contexte, et en faisant abstraction du sujet. A plus forte raison, le paradigme biomédical extensif du curriculum formel influence le curriculum caché du fait des représentations qui lui sont associées : en effet, en polarisant l'attention de l'étudiant et du formateur sur les processus physiopathologiques, biologiques, techniques, thérapeutiques, déconnectés de la relation de soin ou du vécu de l'étudiant, il oriente l'étudiant et le formateur dans un *habitus* qui efface les sujets ; il influence la perception de soi en tant que médecin, la perception du patient en tant que sujet souffrant. De plus, il pérennise des lacunes découlant du manque de polarisation sur d'autres domaines de compétences, dont certaines relèvent des sciences humaines et sociales dans leurs fondements disciplinaires (la perception des organisations et de la complexité ; l'adaptabilité face au stress, l'analyse réflexive et l'argumentation ; le processus décisionnel ; la communication, la prise en compte de la subjectivité, la psychologie du patient ou de ses collègues ; la prise en compte de la culture du patient).

La complexité désigne ce qui est composé d'éléments divers et entremêlés¹⁴⁸. La complexité caractérise l'humain, en particulier son fonctionnement mental, qu'il s'agisse de ses capacités de perception, d'action ou d'interaction avec les autres et l'environnement. Appréhender la complexité en santé repose sur la capacité à tenir ensemble des dimensions de nature différente (biologique, physique, psychologique, sociale et spirituelle)¹⁴⁹ mais aussi éthique, organisationnelles et culturelle.

En adhérant au format des études, du fait de l'accroissement de savoirs au programme de l'ECN, la capacité de mémorisation de l'étudiant est sollicitée de manière excessive, au détriment d'autres composantes cognitives, dont l'enrichissement culturel. Les initiatives pédagogiques locales du deuxième cycle rencontrées par les étudiants dans leur faculté d'origine (éthique, relation de soin), qui ont tenté de contrebancer l'hégémonie du programme biomédical et de favoriser l'interdisciplinarité et les autres capacités cognitives ont été saluées par les étudiants, mais du fait de leur caractère sporadique, et d'un mode d'enseignement et d'évaluation calqués sur la méthodologie des connaissances biomédicales, elles ne réussissent pas à offrir une compensation forte¹⁵⁰.

¹⁴⁷ Goffman E. (2015). *Op. cit.*, p. 49

¹⁴⁸ Dictionnaire de l'Académie française, 9^e édition (actuelle) <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C3260>

¹⁴⁹ Bory O et al. *Op. cit.*

¹⁵⁰ Sur ces points il faut noter les initiatives récentes dont nous avons parlées dans notre introduction, développées à Sorbonne-Université accordant une part croissante à des enseignements, en particulier de terrain, issus des sciences humaines avec des modes d'évaluation différents des enseignements bio-médicaux (Relation de soins, relation médecin-malade, PREMED, éthique, Écoutes SOS Amitié et autres associations, maraudes ...) Ces initiatives par leur nombre et leur diversité constituent une exception au sein des facultés de médecine.

Il s'ensuit une entrée dans un tunnel didactique qui appauvrit sa capacité réflexive et sa capacité à appréhender la complexité, du fait d'une déconnexion entre la quantité de données algorithmiques à apprendre dans une succession d'objectifs à court terme, et l'intégration, le vécu, la critique, et la contextualisation de ces données.

Le *verbatim* révèle que la pratique en stage, initialement prévue pour permettre l'ancrage de la théorie dans la pratique réelle, sont perçus par les étudiants eux-mêmes comme majeurs pour la formation, mais sont insuffisants pour remédier à cette déconnexion. Au contraire, cette déconnexion est susceptible de mettre l'étudiant en difficulté sur le terrain, dans sa capacité à mobiliser efficacement ses connaissances, et dans ses moyens d'expliciter, de nommer, de rendre compte de ce qu'il vit dans la pratique, que ce soit dans la relation de soin, dans la prise de décision, l'adaptation face au stress, à l'incertitude, à l'imprévu. Voire même, le temps passé en stage est mis en concurrence avec le temps estimé nécessaire pour encoder la connaissance théorique pour le programme de l'ECN. Il ressent une dichotomie pédagogique entre l'impératif d'honorer le programme de la connaissance théorique et l'impératif du terrain et de la pratique clinique, que leurs maîtres de stage défendent (qui sont souvent ceux qui assurent les enseignements facultaires !).

Paradoxalement à cette avalanche de connaissances, Reach affirme que l'Evidence-Based Medicine (EBM) présente, dans son ambition de proposer des recommandations et de les enseigner aux étudiants, un caractère simplificateur qui contraste avec la pensée complexe des patients et des médecins, et ne sauraient remplacer l'intelligence pratique du médecin¹⁵¹. Morin souligne que « *la pathologie moderne de l'esprit est dans l'hyper-simplification, qui rend aveugle à la complexité du réel* »¹⁵². La complexité nécessite d'appréhender plusieurs dimensions entremêlées, qui peuvent en apparence se contredire et Morin affirme que l'acceptation de la complexité, c'est l'acceptation de la contradiction. Il dénonce l'insuffisance d'une rationalisation « *qui enferme le réel dans un système d'idées cohérent, mais partiel et unilatéral, et qui ne sait ni qu'une partie du réel est irrationalisable, ni que la rationalité a pour mission de dialoguer avec l'irrationalisable* ».¹⁵³

La qualité d'apprentissage et l'usage que l'on fait de ses connaissances dépend grandement de l'outil et du moyen par lequel cette connaissance a été enseignée puis évaluée. On perçoit alors que la proposition QCM, qui vise l'exactitude y compris jusque dans la syntaxe de la proposition, peut conduire l'étudiant à une position simplificatrice et inadaptée à la complexité des situations. Ce système d'évaluation réduit la médecine à une standardisation théorique biomédicale déconnectée de l'épaisseur du réel, ne tenant compte ni du tout, des parties du tout, ni de leur interdépendance, et entretient l'idée que l'erreur n'est pas possible, puisque source de déclassement au concours. Galam observe qu'il y a « *une discordance entre une pratique chargée d'incertitude, où la connaissance est insatisfaisante et des erreurs amenées à se produire, et un environnement encourageant une culture de perfection, dans laquelle les erreurs ne sont pas tolérées* »¹⁵⁴.

Si le curriculum formel réduit la complexité de l'enseignement médical à l'acquisition de la donnée médico-scientifique par le bachotage, l'exécution de gestes techniques, et fonde l'évaluation des étudiants sur des critères biomédicaux par QCM sur tablettes, il réduit les

¹⁵¹ Reach G. *Simplicity and Complexity in Medicine*. Bull. Acad. Natle Méd., 2018, 202, nos 1-2, 241-253, séance du 6 février 2018

¹⁵² Morin E. Introduction à la pensée complexe. Paris: Seuil, 2005, p.23

¹⁵³ *Ibid.*, pp. 23-24

¹⁵⁴ Galam É. (2014) *Op. cit.* page 361

dimensions constitutives de l'identité personnelle et professionnelle de l'étudiant à ses capacités d'encodage et de restitution des encodages.

- Huis clos physique et psychique, phénomène d'habituation

Lajzerowicz et Landi ont identifié un huis-clos physique et psychique des étudiants en médecine¹⁵⁵, relié au curriculum caché et au curriculum formel, et susceptible d'empêcher la réflexivité de l'étudiant. Le huis-clos physique venait de l'espace-temps entièrement consacré aux études de médecine afin d'honorer le programme du curriculum formel, avec l'isolement social, familial qui peut en découler. Ajoutons au regard de nos résultats l'isolement culturel lié au manque d'ouverture du curriculum formel aux humanités (perçues comme « hors-médecine »), l'entre-soi social des étudiants en médecine confinés dans le même cursus, la connaissance livresque, et l'infaisabilité de la reconversion professionnelle.

Le huis-clos psychique était directement lié au curriculum caché des études de médecine, et comprenait le poids de la hiérarchie, le dogme du médecin infaillible, le tabou des difficultés incluant la répression émotionnelle, la conformité à la norme¹⁵⁶, qui comprend la crainte d'être critiqué voire disqualifié par les enseignants et les collègues^{157, 158}.

Nos résultats retrouvent ce phénomène de huis-clos, et mettent en évidence le phénomène d'habituation avec lequel les étudiants évoluent dans le système proposé. Dans une certaine mesure, ils ont conscience de la dissonance identitaire qu'ils vivent, mais du fait des exigences du curriculum formel, de la nécessité d'avancer dans leur cursus, de l'impossibilité de faire autrement ou de se reconvertir, de l'impératif de participer à la communauté de pratique, ils adhèrent au système proposé et s'y habituent, voire banalisent les situations problématiques vécues. Nous nous souvenons de l'expérience de E3 concernant ce qu'il a entendu de ses co-internes concernant les violences gynécologiques : sa supérieure hiérarchique rapporte qu'ils ont été « *formés comme cela* », donc « *il ne faut pas leur en vouloir* », c'est-à-dire que cette cheffe pointe l'origine pédagogique à *l'habitus* du regard technique qui, se focalisant sur cet aspect, en oublie tous les autres. Et E3 estime que s'il avait été à la place de ses collègues internes, il aurait fait la même chose. On retrouve les étapes expliquées plus haut : en « jouant le rôle » de médecin en formation, l'étudiant imite ses pairs et s'il n'a pas les ressources pour identifier ou critiquer les effets du curriculum caché, ou s'il y a un tabou de ses difficultés ou la peur de la critique, il incorpore les codes. Et plus il y adhère, plus le huis-clos est fort. Galam remarque que la faible acceptation des critiques entre collègues peut conduire au maintien sous silence de problèmes médicaux ou éthiques sérieux.¹⁵⁹

Ce phénomène n'est pas sans évoquer l'état agentique de la célèbre expérience de Milgram¹⁶⁰, désignant « *les modifications qui se produisent quand l'individu autonome est inséré dans une*

¹⁵⁵ Lajzerowicz M, Landi C et al. *Perceptions et représentations des étudiants en médecine concernant leur exposition aux risques psychosociaux au cours du deuxième cycle des études médicales en France. Modèle conceptuel du huis clos psychique et enjeux pédagogiques*. Pédagogie Médicale. 2021;22(3):103-15

¹⁵⁶ Lajzerowicz M, Landi C et al., *ibid*

¹⁵⁷ Galam E, (2014) *Op. cit.* p.361

¹⁵⁸ Dans Bachelard G. La poétique de l'espace. Quadrige, PUF, 2023, p.259, Bachelard estime que : « *Dès que nous sommes immobiles, nous sommes ailleurs ; nous rêvons dans un monde immense. L'immensité est le mouvement de l'homme immobile* ». ce qui nous amène à penser que le huis-clos crée les conditions carcérales d'une pensée vagabonde, qui souhaite échapper à la situation présente.

¹⁵⁹ Galam E, (2014) *Op. cit.* p. 361

¹⁶⁰Pour mémoire, l'expérience de Milgram consiste à demander à une personne d'infliger un courant électrique d'une intensité toujours plus forte à un patient cobaye, sous la demande d'une parole d'autorité, en l'occurrence la

structure sociale où il fonctionne non plus de manière indépendante, mais en tant que partie intégrante d'un système »¹⁶¹. L'individu qui entre dans un système d'autorité « ne se voit plus comme l'auteur de ses actes, mais plutôt comme l'agent exécutif des volontés d'autrui. À partir de ce stade, son comportement et son équilibre interne subissent des altérations si profondes que l'attitude nouvelle qui en résulte met l'individu dans un état différent. »¹⁶²

Selon Milgram, l'individu en état agentique, qui suppose une obéissance à une autorité morale ou hiérarchique, accepte le contrôle de cette autorité et ne se sent plus responsable de ses actes. Laurens, qui analyse l'expérience de Milgram, nuance ce propos en estimant que les sujets ne se comportent pas comme des automates¹⁶³, mais en fait ils sont stimulés par le but de l'expérience qu'on leur propose, ce qui fait écho à un autre verbatim de E3 : « *j'étais juste là pour les examiner (...) et je comprenais qu'il fallait que j'apprenne... mais* ». Dans l'expérience de Milgram, les effets observés seraient donc le résultat de la capacité de l'expérimentateur à convaincre les participants qu'ils collaborent à un projet contribuant au progrès, au nom de la science¹⁶⁴. Par analogie pour nos résultats, et dans les verbatim de E3, la progression de l'étudiant sur ses propres compétences biomédicales et techniques est communément admise par la communauté de pratique comme *le facteur déterminant de la formation, au détriment éventuel d'autres aspects du soin, voire même au détriment de la considération du patient en tant que personne*. Il y a un assujettissement de l'intelligence et de la responsabilité individuelle à la parole d'autorité, en l'occurrence la parole hiérarchique et technico-scientifique, et la nécessité de faire taire une partie de soi au bénéfice d'attitudes et de discours stéréotypés jugés adaptés.

ii. Sur le plan émotionnel :

Les représentations sociales sont telles que ni la société, ni ses patients, ni ses collègues ne sollicitent du médecin l'expression de ses émotions ou de ses difficultés¹⁶⁵ ; la question de la subjectivité du praticien est taboue, alors même que la médecine traite de la vie, de la souffrance et de la mort, c'est-à-dire de conditions, qui par leur nature même sont physiquement et émotionnellement perturbantes¹⁶⁶. Ce constat est d'autant plus troublant que la subjectivité du patient, elle, tend à être davantage reconnue, confrontant le praticien à un sentiment d'impuissance grandissant devant la demande sociétale qui mêle le désir de reconnaissance subjective, et l'exigence illusoire de maîtrise définitive des processus morbides¹⁶⁷. Sans que sa propre subjectivité n'entre en considération. Galam remarque que : « *le médecin doit être excellent, il n'existe pas, l'important c'est le patient (ou la médecine) ; il ne compte pas, il doit fonctionner dans l'intérêt de ses patients et de la collectivité ; il ne flanche pas, il surmonte*

parole d'un scientifique. La véritable nature de l'expérience consiste à examiner l'obéissance de l'expérimentateur à la figure d'autorité, et le patient cobaye est un acteur qui fait semblant de recevoir des décharges électriques.

¹⁶¹ Milgram S, Soumission à l'autorité, Calmann-Levy, 1994, pages 158 in : Laurens S. *Ordre et influence : de la réalité des conduites sociales à leurs interprétations individualistes fallacieuses. Retour sur l'expérience de Milgram et son interprétation.* Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 2015;Numéro 105(1):7-32.

P.11

¹⁶² Ibid

¹⁶³ Haslam, S. A., Reicher, S. D., Millard, K., McDonald, R., (2014). *Happy to have been of service : The yale archive as a window into the engaged followership of participants in Milgram's obedience experiments.* British Journal of Social Psychology, 54(1), 55-83 in : Laurens S. *Op cit.*, p.29

¹⁶⁴ Stengers, I. (1993). L'invention des sciences modernes. Paris : Flammarion in : Laurens S. *Op. cit.* p.28

¹⁶⁵ Cattan S. *Le praticien enrichit-il sa compétence en s'ouvrant à sa propre subjectivité ? Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique.* 1 avr 2008;7(2):98-103.

¹⁶⁶ Ibid.

¹⁶⁷ Ibid.

(fais des efforts !) ; il ne se plaint pas, il assume et on attend aussi de lui qu'il soit admirable (sois parfait !). »¹⁶⁸

Nos résultats suggèrent que le processus universitaire entretient sans le vouloir ce manque de prise en compte de la subjectivité du futur médecin. Le processus universitaire, par les orientations pédagogiques qu'il prend, participe à définir les conditions de la professionnalisation des médecins, et participe au cadre dans lequel les médecins se comportent en société et sont considérés par elle. En ce sens, il est d'ailleurs intéressant de relire attentivement la définition du professionnalisme selon le CNGE : le médecin généraliste a une injonction à « assurer » ; à « répondre aux attentes » de la société, à « privilégier le bien être des personnes » (c'est-à-dire des personnes autres que lui-même), à « assumer la responsabilité »¹⁶⁹. Cette définition est très axée sur la performance, la façade du médecin. Elle ne tient pas compte de la subjectivité du praticien en formation, de sa construction identitaire, qui passe sous les radars de la formation. De plus elle n'envisage pas un conflit de loyauté entre la réponse aux attentes sociétales et la priorité au bien-être des personnes dont les intérêts peuvent être contradictoires.

La priorisation des objectifs biomédicaux sur les autres compétences du futur médecin, avec ce qu'il comporte tout au long du processus universitaire de concours, de successions d'échéances à court ou moyen terme, de bachotage des algorithmes de recommandations, entretient l'étudiant dans une compétitivité, une course au savoir, un esprit de performance qui plonge certains étudiants dans un sentiment d'absurde, une perte de sens. Il tend à évacuer la construction identitaire de l'étudiant, qui dans une stratégie d'ajustement se drape d'un professionnalisme stéréotypé et froid, technique, exécutant. Il ne se sent pas invité à analyser son vécu, à accueillir les émotions et les contradictions, que ce soit celles du patient mais aussi les siennes propres. Nous avons vu que le curriculum caché, envers du décor, comporte justement la neutralisation émotionnelle¹⁷⁰ justifiée au nom de l'objectivité scientifique qui isole les éléments de son contexte, et légitimée par le besoin de protéger le patient comme le médecin¹⁷¹. Elle se défend parfois même au nom d'un rite initiatique : celui qui se laisse toucher, ou pire, qui dénoncerait ce processus indicible est perçu comme faible, novice du système, encore peu expérimenté, pas assez endurci pour faire ce métier, ce qui peut accentuer la sensation d'isolement¹⁷² et de huis clos psychique. Selon Cattan, le praticien « *se protège d'une tension excessive en anesthésiant ses émotions. Le praticien entre alors dans un cercle vicieux dont la finalité est d'annuler son vécu subjectif. Et, plus il s'éloigne de sa subjectivité, plus il devient dépendant de mécanismes de protection adaptatifs. L'attachement plus ou moins conscient à ces frêles refuges exacerbant sa vulnérabilité plus qu'il ne la réduit.* »¹⁷³

Cette répression émotionnelle fragilise l'étudiant dans la dimension symbolique de ce qu'il fait et de ce qu'il vit, et participe à la dissonance identitaire. Frustré, le médecin se sent peu à peu devenir un exécutant de tâches itératives, automatiques, sans forcément distinguer les nombreux aspects de l'exercice, notamment organisationnels, communicationnels, managériaux, psychologiques, qui ne relèvent pas d'abord de son niveau de connaissance médicale personnel, qui structurent et déterminent les expériences vécues, et qui échappent en partie à son agir

¹⁶⁸ Galam É. 2014. *Op. cit.* p.361

¹⁶⁹ CNGE, les six compétences du médecin généraliste : <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>

¹⁷⁰ Lempp H, Seale C. *Op. cit.*

¹⁷¹ Galam E. 2014, Op cit. p 361

¹⁷² *Ibid.*

¹⁷³ Cattan S. *Op. cit.* p.102

individuel. Il dénonce le sentiment d'être un prestataire de service, de ce qu'il identifie comme les *desiderata* du patient, de son supérieur hiérarchique du moment, du système de santé, des recommandations qu'il a apprises. Il dénonce une normalisation et une banalisation de sa charge de travail, une attente de sa disponibilité qu'il estime être totale, dans la continuité du format demandé par ses études. Il y a une incompréhension de ce rôle qui entre en conflit avec sa représentation de soi en tant que médecin et son aspiration initiale : il souhaitait être *utile*, il se sent *utilisé*. Il souhaitait être disponible, il se sent dépassé.

La déception de la voie qu'il s'est choisie et la solitude qu'il ressent peut le pousser à la recherche d'autres activités, de ne pas travailler à temps plein, de renforcer l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, voire la réorientation professionnelle ; la nécessité d'un suivi psychologique, ou d'un coaching.

iii. Sur le plan relationnel

L'anthropologue français Le Breton estime que « *la médecine classique fait du corps un alter ego de l'individu. Elle écarte de ses soins l'homme souffrant, son histoire personnelle, sa relation à l'inconscient, pour ne considérer que les processus organiques qui se jouent en lui* »¹⁷⁴. Si la pensée de Le Breton s'applique au patient, l'originalité de ces résultats est qu'elle s'applique de manière analogue au futur médecin, dans la mesure où la formation médicale ne considère que les processus, non pas organiques bien sûr, mais d'apprentissage technique et théoriques qui se jouent dans ses étudiants, en manquant de s'intéresser aux effets de ces apprentissages sur la construction identitaire. Il y a une abstraction de la personne au bénéfice de l'apprentissage de la maladie : une abstraction du patient que l'on soigne ; mais aussi une abstraction de la subjectivité du médecin qui apprend à soigner.

Les parties sont donc réduites à des stéréotypes identitaires, ce qui appauvrit la relation de soins : d'une part le patient est réduit à sa maladie, à un « cas » que le futur médecin doit apprendre à « gérer », lequel cas résulte souvent d'une globalité de facteurs qui ne coïncident pas toujours avec le découpage imposé par les catégories nosographiques que le milieu médical est habitué à prendre en considération¹⁷⁵ ; et le médecin en formation est réduit à sa compétence, c'est-à-dire à sa fonction, à ses objectifs pédagogiques, à sa grille de lecture biomédicale et théorique des évènements et des situations. Il est focalisé par cet aspect technique, par le respect des recommandations, par la succession de tâches à effectuer, de données à prendre en compte, et par une anxiété de sa propre compétence.

L'abstraction de la subjectivité des médecins peut également participer à un appauvrissement de la relation entre pairs. Même si le compagnonnage est théoriquement une composante majeure de la formation, les résultats suggèrent souvent l'esprit de solitude, les relations impersonnelles ou verticales avec les séniors ou les universitaires, ce qui souligne encore combien la relation entre les pairs est très axée sur la *façade*, sur l'idéal du *médecin-machine* ou le dogme du médecin infaillible. Dans une stratégie d'ajustement à cette tension, on peut observer le déni, la minimisation ou la banalisation, le blindage¹⁷⁶, le cynisme ou l'évitement, le mensonge de circonstance¹⁷⁷, mais aussi la rationalisation jargonnante qui distancie le patient (et parfois le pair !). Dans cette perspectives la relation peut osciller entre un esprit

¹⁷⁴ Le Breton D. Anthropologie du corps et modernité, PUF, Ed 2010, 336 pages, p. 14

¹⁷⁵ Dominicé P. *Op. cit.*, p.108

¹⁷⁶ Galam E. 2014 *Op. cit.* p.361

¹⁷⁷ Cattan S. *Op. cit.* p.102

communautariste stéréotypé, défensif, cynique, algorithmique, qui devient un code culturel collectif, et un esprit de crainte d'être disqualifié, critiqué sur les compétences et les performances biomédicales et techniques - reliquat du mécanisme de sélection et de l'esprit de compétition.

Parfois, le comportement non-professionnel de certains de leurs aînés peut les faire douter de la pertinence des grands principes appris dans les salles de cours¹⁷⁸, ce qui peut les conforter dans l'idée que les valeurs humaines sont moins importantes que les connaissances médicales ou les compétences techniques¹⁷⁹, les démoraliser et les décourager, les conduisant au cynisme et eux-mêmes à des comportements non professionnels¹⁸⁰. Il en résulte la discordance avec les aspirations initiales et l'idée du bon médecin communément admis, mais cette discordance peut rester indicible. Il est paradoxalement plus facile de s'ouvrir et de se confier aux paramédicaux, ou à d'autres personnes de l'équipe, qu'à ses propres pairs, à cause du tabou des difficultés.

Pour autant, les étudiants identifient sans difficultés les expériences positives et les modèles de rôles positifs qui imprègnent leur mémoire et les accompagnent tout au long de leur cursus, ce qui montrent l'impact déterminant des expériences positives sur la construction identitaire. Certains sont marqués par l'écoute d'un médecin envers le patient ou des équipes, le respect des capacités de compréhension de chacun, de ses perceptions et ses représentations. Certains ont vraiment rencontré des mentors qui ont su cerner et accompagner les besoins pédagogiques de l'étudiant, lui communiquer leurs analyses, leurs réflexions, expliquer leurs actions et à chercher la participation active de l'étudiant ainsi que son ressenti des situations.

Certains étudiants sont édifiés par leur expérience des réunions pluridisciplinaires, par la discussion entre pairs, certains ont pu participer à des débats d'idées. D'autres soulignent les cours universitaires qui les ont marqués, que ce soit en amphithéâtre, dans lequel le professeur s'affranchissait de l'aspect catalogue jargonnant et cherchait à situer l'apprentissage du point de vue du patient ou du point de vue de l'étudiant, ou dans les cours en groupe restreint, tels que les premiers ECOS. Nos résultats évoquent une soif de ce type de proposition pédagogique et de ce type de discours. Nous notons que la R2C a pris en considération ces attentes des étudiants, et c'est en grande partie dans cet esprit que les groupes Balint ont vu le jour au sein du département de médecine générale de Sorbonne-Université, et que s'inscrit la proposition pédagogique des sciences humaines et sociales que nous étudions.

b. Modèle explicatif sur la place des sciences humaines et sociales dans la construction identitaire

Kumagai, professeur de médecine et vice-président de la chaire humanités de l'université de Toronto, estime que les sciences humaines et sociales ont vocation à « *rendre étrange, troubler ses hypothèses, ses perspectives, ses manières d'être, afin de porter un nouveau regard sur soi, sur les autres, sur le monde* »¹⁸¹. Elles décalent l'individu dans ses certitudes, ses vues d'esprit,

¹⁷⁸ Ibid

¹⁷⁹ Chuang AW, Nuthalapati FS, Casey PM, Kaczmarczyk JM, Cullimore AJ, Dalrymple JL, et al. To the point: reviews in medical education—taking control of the hidden curriculum. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1 oct 2010;203(4):316.e1-316.e6.

¹⁸⁰ Billings ME, Lazarus ME, Wenrich M, Curtis JR, Engelberg RA, *Op cit.*

¹⁸¹ Kumagai AK, Wear D. “*Making strange*”: a role for the humanities in medical education. Acad Med. 2014;89(7):973–7 in : Volpe RL, Hopkins M, Van Scy LJ, Wolpaw DR, Thompson BM. Does Pre-clerkship Medical Humanities Curriculum Support Professional Identity Formation? Early Insights from a Qualitative Study. Med Sci Educ. 15 mars 2019;29(2):515-21.

sa façon d'être au monde. Il s'opère en lui une réorganisation de sa pensée, de ses représentations, de ses valeurs et de ses convictions, mais également de ses émotions, de la manière dont il s'éprouve lui-même.

De ce décalage – *stricto sensu* un mouvement, une vectorisation – il s'ensuit un phénomène de triple ouverture. Le terme *ouverture* est l'induit ayant le plus d'occurrence dans le tableau d'association verbale, et ce n'est pas un hasard : cette ouverture indique une mise en mouvement, un *décloisonnement* de l'émotion, de la relation et de la pensée. Cette *ouverture* s'inscrit en opposition à la *tunnelisation* éprouvée par les étudiants au cours du second cycle.

i. *Sur le plan émotionnel*

Le cursus pédagogique des sciences humaines et sociales a comme premier effet la nouveauté, l'inattendu. L'entrée dans ces cours induit un phénomène de ralenti dans le rythme effréné de la formation et de l'exercice médicale, car ces cours invitent à « *interrompre l'automaticité de la pensée et de l'action* », « *d'introduire une pause dans la perception, la réflexion et l'action* »¹⁸². De ce fait, les étudiants éprouvent une forme de stupeur, puis d'ambivalence : ils perçoivent la valeur positive liée à la respiration induite par l'espace de réflexion qu'apportent ces cours ; mais ils sont perplexes devant les modalités pédagogiques de cours qui s'inscrivent différemment dans le corpus des enseignements reçus. Ils passent par une impatience ou une incompréhension par rapport à l'usage pratique de ces cours. Ils ont été habitués à évoluer dans une logique utilitariste, de rentabilité de temps passé à l'étude, en vue d'une augmentation perçue de compétences pratiques, cliniques, techniques, ce qui poussent certains à ne pas investir davantage dans cette proposition pédagogique.

Mais lorsqu'ils acceptent de laisser de côté cette logique utilitariste, c'est-à-dire lorsqu'ils rentrent dans la gratuité de la formation intellectuelle, la gratuité du moment, et renoncent à comprendre l'utilité ultérieure, ils entrent dans une perspective de la médecine qu'ils n'avaient pas l'habitude d'envisager, une invitation à la réflexion et à la contemplation des phénomènes qu'ils vivent quotidiennement dans l'exercice de leur fonction, qu'ils sont invités à faire émerger, à les discuter, à les approfondir, et ils en découvrent parfois l'émotion. Le Breton estime que « *ce travail du sens exhorte à l'étonnement et à la curiosité* »¹⁸³.

Les heuristiques telles que le Photolangage®, le cinéma, la littérature ou les essais, la poésie, l'art, leur permettent de se confronter et d'associer le beau dans le cadre de leur profession. Ces heuristiques, ainsi que le contenu des cours, préparent de manière plus ou moins immédiate l'étudiant à reconnaître, à accueillir ce beau dans son quotidien ; à garder dans l'exercice quotidien médical, même très agité, même sous pression, une vision poétique, contemplative, de son métier, du patient, des enjeux de l'exercice.

La médecine narrative est à ce titre l'heuristique qui garde la prégnance émotionnelle la plus forte chez les étudiants. Elle introduit l'importance de la narration, cette manière de raconter le réel qui « *résiste à la simplification et célèbrent l'unique* »¹⁸⁴, qui « *permet de reconnaître, d'absorber, d'interpréter les histoires de maladie, et d'être ému par elles* »¹⁸⁵. Remarquons que

¹⁸² Kumagai AK. Beyond “Dr. Feel-Good”: A Role for the Humanities in Medical Education. Academic Medicine. déc 2017;92(12):1659.

¹⁸³ Le Breton D (2023), *Op. cit.*, p. 62

¹⁸⁴ Kumagai AK. (2017), *Op.cit.*, p.1660

¹⁸⁵ Charon, R. 2006. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, New York, Oxford University Press, trad. fr. R. Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladie*, Paris, Sipayat, 2015, p.13, in : Rossi S. Médecine narrative. In: Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique. Toulouse: Érès; 2019 p. 236-8.

Charon parle des histoires de maladie, mais on peut plus largement parler « des histoires » : celle de nos collègues de travail, de nos pairs, celle du patient, et la sienne propre. Ainsi, la narration instaure chez le futur médecin une attitude contemplative, qui arrête le mécanisme automatique de sa pensée pour se laisser atteindre, rejoindre, par la situation qu'il vit, si difficile soit-elle, et la personne qui lui parle, si peu avenante soit-elle. Ce faisant, il perçoit un relief dans le déroulement successif des événements vécus au sein de sa profession, dont il tire une saveur, une nourriture.

Loin d'une neutralisation émotionnelle, loin de mettre de côté une émotion perçue comme un obstacle au soin efficace et impartial, il accueille sa propre émotion dans l'exercice de sa fonction, il s'ouvre à sa propre subjectivité et s'accueille lui-même en tant que médecin en exercice, avec ce que cela comprend d'ambiguïté, d'incertitude, de limites dans ses savoirs ou ses perceptions. Ses émotions comptent, elles disent quelque chose du réel vécu. Évidemment, il n'est pas question que son exercice soit dicté par sa subjectivité seule, il doit secondairement apprendre à composer avec elle, mais l'accueillir est « *la condition qui rend possible le souci d'autrui car pour prendre soin d'autrui, il faut d'abord prendre soin de soi-même. Non pas de façon égoïste, ni en construisant méticuleusement une armure inviolable, mais en s'ouvrant à soi-même* »¹⁸⁶. L'étudiant passe de l'exécutant, de la « bête à concours », de la pensée robotique et algorithmique, au sujet faisant l'expérience du soin, des études, de l'hôpital. Pour le philosophe Buber, il passe du Je-Cela, relatif au statut d'objet, au Je-Tu¹⁸⁷. Le sentiment d'identité professionnelle surgit, avec une acuité particulière en fin de cursus, avec la construction d'un Je apprenant¹⁸⁸.

ii. Sur le plan relationnel

C'est dans la mesure où le médecin s'ouvre d'abord à sa propre subjectivité qu'il est en capacité de s'ouvrir à la subjectivité du patient, et non sous l'impéritosité d'un diktat moral ou déontologique, qui a comme un effet un comportement extérieur dénué d'authenticité. Tant qu'il écarte sa propre subjectivité du soin, le médecin se déconnecte aussi de ce qui lui permet d'accueillir la subjectivité d'autrui, et notamment la souffrance d'autrui. En passant du Cela au Je, le médecin fait aussi passer le patient du Cela au Tu, le Tu étant un autre Je par effet d'une reciprocité d'humanité. La relation de soin confronte deux subjectivités qui doivent bien être prises en considération si l'on recherche une authentique alliance thérapeutique¹⁸⁹.

Ainsi, les sciences humaines et sociales participent à cette bascule dans la perception du futur médecin en s'inscrivant à contre-courant du paradigme biomédical et de l'objectivité scientifique. Elles réordonnent le point d'ancrage de l'exercice de la médecine, à la fois sur le patient en tant qu'il est une personne, qui dépasse les processus physiopathologiques qui se jouent en lui, mais aussi sur le médecin en exercice, en tant que son travail est traversé d'enjeux et de phénomènes divers qui dépasse le champ biomédical pur, lui qui est « *le pourvoyeur de sens, qui restaure le patient dans son existence* »¹⁹⁰.

¹⁸⁶ Cattan S. *Op cit.*, p.100

¹⁸⁷ Buber M. [1923]. Je et tu. Coll. Philosophie, Aubier, 2012. Dans cet ouvrage Buber analyse les postures relationnelles au travers de « mots-principes », notamment le Je-Tu, et le Je-Cela. Dans une relation d'égalité humanité c'est le Je-Tu qui est en jeu, l'un faisant advenir l'autre dans la plénitude respectée de son être. A l'opposé le Je-Cela organise une relation hiérarchisée où l'autre est saisi comme objet, comme chose. C'est en cela que cette proposition philosophie de la relation d'altérité reciproque est intéressante concernant la relation de soin.

¹⁸⁸ Nadjafizadeh M. *L'identité professionnelle, subtile alliance entre l'individualité et la collectivité*. Pédagogie Médicale. 2021;22(2):53-5.

¹⁸⁹ Cattan S. *Op. cit.*

¹⁹⁰ Le Breton D. (2023). *Op. cit.*, p. 61

Les humanités médicales situent le médecin et le patient dans leurs contextes sociaux, psychologiques, culturels, et révèlent les enjeux existentiels, anthropologiques et sociétaux de la relation de soin et de la médecine : « *Les sciences humaines et sociales rappellent que le patient n'est pas une addition d'organes et de fonctions physiologiques, mais un sujet souffrant, immergé dans une condition sociale et culturelle, un homme ou une femme, un enfant ou une personne âgée ayant une histoire personnelle, des valeurs, une relation affective au monde qui l'entoure.* »¹⁹¹, ce qui s'applique tout autant au médecin. Cette éducation du regard permet d'apprendre à accueillir l'autre, les questions qu'il pose, ses réticences, ses objections, ses ambivalences, et exhorte le praticien à dépasser le jugement de valeur expéditif, parfois méprisant, qu'il porte sur les croyances de son patient, voire sur l'avis de ses collègues. Ainsi fortifiée, la relation de soins permet une alliance thérapeutique efficace et efficiente, dans ce qu'elle comporte notamment d'effet placebo ou d'irrationalité, ce qui fait dire à Cornet que « *il ne s'agit pas de rationaliser mais de symboliser. Peu importe que le récit soit irrationnel au regard de la science, il est face au désarroi une première tentative d'une nouvelle recomposition du monde au travers le réajustement des représentations* »¹⁹².

Cette ouverture à sa propre subjectivité et à celle du patient est permise par les heuristiques artistiques et les contenus du programme des cours, qui invitent l'étudiant à écouter, regarder, formuler et communiquer sa pensée, mais également par une des heuristiques les plus fondamentale à l'acquisition de la connaissance : celle de la rencontre authentique avec les pairs, les maîtres et les autres étudiants, dans le cadre d'un groupe restreint interactif. Car naturellement, tout ce que nous venons de formuler au sujet de la relation avec le patient est aussi valable pour la relation avec les pairs, et avec une équipe de soins.

Ce format en petit groupe, auquel les étudiants sont attachés, contraste avec l'anonymat et la verticalité des grands amphithéâtres, la solitude de la bibliothèque et l'interface de l'écran de la tablette électronique. Les professeurs y enseignent en faisant émerger les questions chez les étudiants, dans une maïeutique de la réflexion et de l'échange, ils invitent l'expression de chacun, dont le propos enrichit la réflexion et le débat. La réflexion avec un maître ou un mentor est fondamentale pour le développement de l'identité professionnelle¹⁹³. Le maître est davantage qu'un professeur. Un professeur, c'est celui qui transmet formellement la connaissance à un ou plusieurs étudiants, il y a une dimension impersonnelle. C'est typiquement le professeur d'un amphithéâtre qui fait son cours de manière verticale. Le maître, c'est celui qui transmet un savoir, ou un savoir-faire, ou encore une expérience personnelle, de manière personnelle, dans un face à face, dans une rencontre. On se met à son école. Pour Rancières¹⁹⁴, le maître c'est celui qui est capable d'enseigner ce qu'il ignore en guidant l'étudiant dans sa recherche, c'est aussi celui qui, sachant quelque chose, ne le transmet pas de manière impersonnelle, mais aide l'étudiant à le trouver par lui-même.

Cette heuristique s'inscrit dans la lignée des groupes Balint, des groupes de pairs (GEP). Ces espaces d'enseignements et de rencontres permettent à l'étudiant d'approcher ses pairs autrement que dans le cadre de l'action en stage ou des révisions, ce qui leur permet aussi de considérer différemment ses pairs, de les écouter, d'écouter le point de vue de l'autre, d'entrer dans son référentiel de représentations : ils ne sont plus des sachants en concurrence : chacun

¹⁹¹ *Ibid.*, p.62

¹⁹² Cornet P. Du corps objet à l'être souffrant. Pour une herméneutique du soin. In Comprendre le soin, dir. Gault & Poreau, éd. Matériologiques, 2023, p. 9

¹⁹³ Cruess RL, et al. *Op. cit.* (2015)

¹⁹⁴ Rancières J., Le Maître ignorant : cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle. Poche, 10/18, 2004

fait part humblement de son exercice singulier de la médecine et des enjeux rencontrés, ce qui rejoint un des aspects des qualités du bon médecin retrouvés dans les résultats, l'acceptation de ses limites, du doute, des remarques.

iii. Sur le plan cognitif

Lorsque E1 dit que ces cours lui permettent de « *transcender* » ce qu'il vit, il exprime le mouvement de dépassement lié à la réflexivité induite par le contenu du cours. Il y a une transcendance des faits vécus dans une pratique baignée de succession itérative de tâches à la même réalité perçue dans sa complexité, dont la perception de lui-même, le fait de s'éprouver lui-même comme un Je-secourant¹⁹⁵, un Je-soignant un Tu-patient. Le *verbatim* révèle que ces cours permettent de complexifier la perception, les représentations et les réflexions des étudiants.

Les sciences humaines et sociales agissent comme un compagnonnage réflexif et artistique ayant pour action de dévoiler et d'expliquer les phénomènes vécus¹⁹⁶ dans l'apprentissage et dans l'exercice de la médecine, et notamment le curriculum caché. Pour Perrenoud, « *Le curriculum n'est caché qu'à ceux qui ne veulent pas voir.* »¹⁹⁷ Ces phénomènes concernent à la fois le rapport aux patients, à l'hôpital, au système de soins, mais aussi le propre rapport de l'étudiant à la médecine, les épreuves qu'il vit sur le terrain, les difficultés perçues et celles moins immédiatement perceptibles.

La pratique réflexive consiste à prendre son action pour objet de réflexion. Elle définit une composante majeure de la formation de l'identité professionnelle¹⁹⁸. Le terme réflexivité renvoie d'abord à la réflexion de l'image dans un miroir et donc à une introspection, qui a secondairement pour but de se matérialiser dans une pratique: « *Le praticien réflexif est un praticien qui se regarde agir comme dans un miroir et cherche à comprendre comment il s'y prend, et parfois pourquoi il fait ce qu'il fait, éventuellement contre son gré.* »¹⁹⁹ Ce processus est individuel ou collectif lorsqu'il s'inscrit dans une interaction, que ce soit dans un travail coopératif, un processus de décision, une supervision, une demande d'aide ou de conseil, un débat contradictoire, une évaluation²⁰⁰.

Au cours du second cycle, cette pratique réflexive est liée à l'encodage de données, et fortement réduite à la binarité de la proposition QCM, qui pose dans une dialectique réflexive minimale liée au fait d'avoir juste ou d'avoir faux à la proposition. La pratique en stage est théoriquement le terrain majeur de l'exercice de la pratique réflexive de l'étudiant. Ils identifient sans difficultés les quelques expériences majeures de leur formation en stage, souvent dans le cadre d'une rencontre personnelle ou d'une expérience partagée avec un maître de stage, hautement féconde pour leur propre réflexivité. Cependant, nous avons vu que, bien qu'elle soit une valeur éminemment collective dans la profession médicale, et que les médecins la développent tout au long de leur vie professionnelle, le *verbatim* montre que la pratique réflexive semble cantonnée

¹⁹⁵ Sur ce point on peut se référer au texte de L. Benaroyo sur E. Levinas, la vocation médicale de l'homme. In Les classiques du soins, dir. C. Lefèvre, L. Benaroyo, F. Worms. Coll. Questions de soins, PUF, 2020, pp. 104-115

¹⁹⁶ Perrenoud P (1993) *Op. cit.*

¹⁹⁷ *Ibid.*

¹⁹⁸ Perrenoud P. *Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation*, Education Permanente, n° 160, septembre 2004, pp. 35-60.

¹⁹⁹ Perrenoud P., *ibid.*, p.38

²⁰⁰ Perrenoud P., *ibid.*, p.38

à la seule introspection, à la sphère privée, à l'intime du futur praticien²⁰¹. Elle trouve rarement la dimension collective en faculté ou en stage qui permettrait de renforcer le phénomène d'identification, le sentiment d'appartenance et enfin la construction identitaire. Hormis les évaluations de stage ou les remarques pédagogiques des maîtres de stage, qui sont parfois davantage l'occasion de sanctions arbitraires perturbant la construction identitaire que d'une pratique réflexive féconde, l'étudiant évolue en solitude avec ses réflexions, ses questionnements intérieurs, sans interlocuteur, dans un course effrénée à l'exécution des tâches et le bachotage, et il tire ses propres conclusions à partir des évènements vécus, du sens commun à sa portée, des grilles d'objectifs pédagogiques et des composantes du curriculum caché. La pratique réflexive peut alors se confondre avec une remise en cause abusive de ses compétences voire de sa légitimité à exercer, une dévalorisation des possibilités d'action, de la perception du métier, ou bien de l'estime de soi. Il s'ensuit un renforcement de la dissonance identitaire.

La proposition pédagogique des sciences humaines et sociales, par la nature même de ce dont elle traite, intègre la pratique réflexive de l'étudiant au sein sa formation médicale et l'enrichit par des éléments culturels, philosophiques, psychologiques, sociologiques lui permettant de mieux saisir et de mieux analyser la complexité ce qu'il vit et ce qu'il pressent, de tolérer l'ambiguïté des situations, l'incertitude. Car « *la complexité coïncide avec une part d'incertitude, soit tenant aux limites de notre entendement, soit inscrite dans les phénomènes.* »²⁰², et comment mieux comprendre les phénomènes du soin, de la souffrance, de la maladie, de la relation de soin, autrement qu'en se penchant ne serait-ce qu'un minimum, sur leurs aspects sociologiques, psychologiques, philosophiques, éthiques, voire spirituels ?

Perrenoud affirme que : « *On peut penser qu'un praticien réflexif qui n'a aucune formation, aucun bagage en sciences de l'action et du travail, n'a pas les moyens de comprendre entièrement sa propre action, son habitus et le système d'action collective dont il participe. Ce manque est plus visible lorsqu'on observe un groupe d'analyse de pratiques au travail : si l'animateur et les participants n'ont aucune formation en anthropologie, ergonomie, sociologie, psychologie sociale, psychologie cognitive ou psychanalyse, le groupe s'en tient au sens commun, passant parfois à côté d'interprétations et d'hypothèses plus riches et fécondes, mais qu'on ne peut formuler qu'à partir des sciences sociales. Les mêmes manques affaiblissent la pratique réflexive individuelle* »²⁰³.

Ainsi le corpus pédagogique en humanités médicales pondère le curriculum biomédical et participe au dévoilement du curriculum caché, ce qui a pour conséquence de lutter contre les valeurs qu'il véhicule. Il affermit la représentation de soi en tant que médecin, et favorise l'appropriation de l'identité professionnelle, en agissant comme une mise en sens de la pratique personnelle et collective par l'éclairage des perspectives, des fondements et des conceptions du soin qui sous-tendent la manière dont le futur praticien exerce en propre, et en collectif, la médecine.

Selon Morin, il ne s'agit pas seulement de « *renouveler la conception de l'objet* », c'est-à-dire de se demander comment un étudiant peut-il mieux encoder les données biomédicales

²⁰¹ On retrouve avec le travail de KW. Fulford, psychiatre anglais, un remède très fécond à cette question par son modèle « Values-Based Practice » qui tend à revisiter l'EBM en la transcendant par une approche réflexive des interactions médecin-patient autour des valeurs partagées. Une traduction de son ouvrage fondateur est disponible en français : KWM Fulford, Peile E., Carroll H. La clinique fondée sur les valeurs. De la science aux personnes. Trad. Sous la direction de A. Plagnol et B. Pachoud, Coll. La personne en médecine, Doin, 2017

²⁰² Morin, E. (2005). *Op.cit.* p.49

²⁰³ Perrenoud P (2004). *Op. cit.*, p.48

nécessaire à sa compétence technique. Il y a d'abord la nécessité du « *renversement des perspectives épistémologiques du sujet* »²⁰⁴, c'est-à-dire le renversement de la manière dont on estime que le sujet, en l'occurrence le futur médecin accède à la connaissance, mais aussi comment ce qu'il apprend, selon la manière dont cela lui est enseigné, influence sa conception du savoir, sa perception du réel, et donc son identité personnelle et professionnelle. Il s'agit de questionner les postulats sous-jacents de la valeur des savoirs, comment sont-ils ordonnés et perçus par les formateurs, et les postulats sous-jacents des méthodes de professionnalisation.

« *Toute prétention au monopole de la science est par là-même non scientifique. On m'accablera jusqu'à la mort (la mienne et leur mort) pour les innocentes vérités que je profère ici-même. Mais il faut que je les dise, car la science est devenue aveugle dans son incapacité à contrôler, prévoir, et même concevoir son rôle social, dans son incapacité à intégrer, articuler, réfléchir ses propres connaissances. Si effectivement, l'esprit humain ne peut appréhender l'ensemble énorme du savoir disciplinaire, alors il faut changer, soit l'esprit humain, soit le savoir disciplinarisé* »²⁰⁵.

Et Klein de préciser : « *Nous devons envisager que les critères de nos discours scientifiques ne soient plus une neutralité illusoire ou une objectivité rigide, mais puissent être, par exemple, la capacité de ces mêmes discours à ouvrir des possibles et à dévoiler des questionnements nouveaux. Il nous faut nous orienter maintenant vers une scientificité qui prendrait acte de la construction éminemment sociopolitique de nos savoirs et même de notre épistémologie.* »²⁰⁶

Dans cette perspective, il faut entendre que la connaissance scientifique ne fait figure que d'outil, et ne peut suffire à valider et évaluer la formation d'un médecin, ni suffire à son professionnalisme. La performativité du savoir doit conduire à intégrer la réflexivité et la complexité dans l'enseignement délivré, et dans les contenus, et dans les heuristiques, dans la perspective du développement harmonieux de l'identité professionnelle de l'étudiant.

Piccoli remarquait que : « *les jeunes médecins peuvent devenir des caméléons sur le plan de l'éthique, en se redéfinissant lentement comme des techniciens primaires, en amenuisant l'identité professionnelle et en rejetant le professionnalisme explicite au profit du détachement professionnel.* »²⁰⁷ Davantage qu'un professionnalisme technique de façade, qui se concentre sur l'agir et sur le comportement extérieur coupé de toute intériorité, le corpus pédagogique permet à l'étudiant lui-même de mûrir son identité professionnelle, c'est-à-dire d'identifier sa propre *façon d'être*²⁰⁸, son être-au-monde, son être-au-patient, son être-soi-médecin, et permettre finalement au futur praticien d'apprendre à s'éprouver lui-même comme médecin.

En accord avec les travaux de Fleury, ce corpus ne souhaite pas d'abord transmettre un contenu pour lui-même, mais bien de former les acteurs de la santé de demain, de cultiver chez eux une certaine disposition aux humanités qui constituent « l'humanité » elle-même. La portée de ce corpus se veut double : il constitue un champ d'enseignement et de recherche apte à nourrir le médecin ; et il relève du professionnalisme médical, dans la mesure où il tend à développer l'humanisme des médecins en agissant comme un rempart face à toutes les logiques de déshumanisation à l'œuvre dans nos systèmes de soin.²⁰⁹

²⁰⁴ Morin E. (2005). *Op.cit.*, p.49

²⁰⁵ Morin E. *Ibid.* p.70

²⁰⁶ Klein A. *Op. cit.* p.71

²⁰⁷ Piccoli M. *Passer de l'Étudiant-Médecin au Médecin Responsable : Malaise et problématiques éthiques des étudiants en Médecine*. 2011/2012- Université Paris Descartes - Laboratoire d'éthique médicale et de Médecine légale – EA 4569. 146, p.28

²⁰⁸ Sharpless J et al. *Op cit.* p.713

²⁰⁹ Fleury C. *Op cit.* 2018, P.12

Nous concluons cette discussion par une citation de Serres, qui illustre l'ensemble de notre thèse :

« *Étudiant, mon ami, comment peux-tu apprendre ton art sans cet art, comment équilibrer ta tête à statistiques si tu n'amènes pas l'autre à entrer dans les humanités ? Les grands écrivains travaillèrent pour toi. Depuis l'aurore de la parole, ils traitent, comme toi, du problème du mal, dans le même cadre que toi, la singularité blessée, si pathétique qu'elle oublie même qu'elle va mourir. Sauras-tu comprendre comment bat le cœur d'une femme enceinte, si jamais ne bâtit le tien à ouïr la magnificence du psaume entonné par Marie chez sa cousine Élisabeth lorsque celle-ci conçut, quoique vieille ? La culture t'apprendra donc la médecine, mieux que l'amphithéâtre, car ces auteurs explorent et décrivent des expériences individuelles telles que tu les rencontreras immanquablement, et qu'assurément tu les manqueras si, limité à la raison brute, tu restes un instruit inculte.* »²¹⁰

²¹⁰ Serres M. *L'éducation médicale vue par un philosophe*. Pédagogie Médicale. août 2006;7(3):135-41, p.141

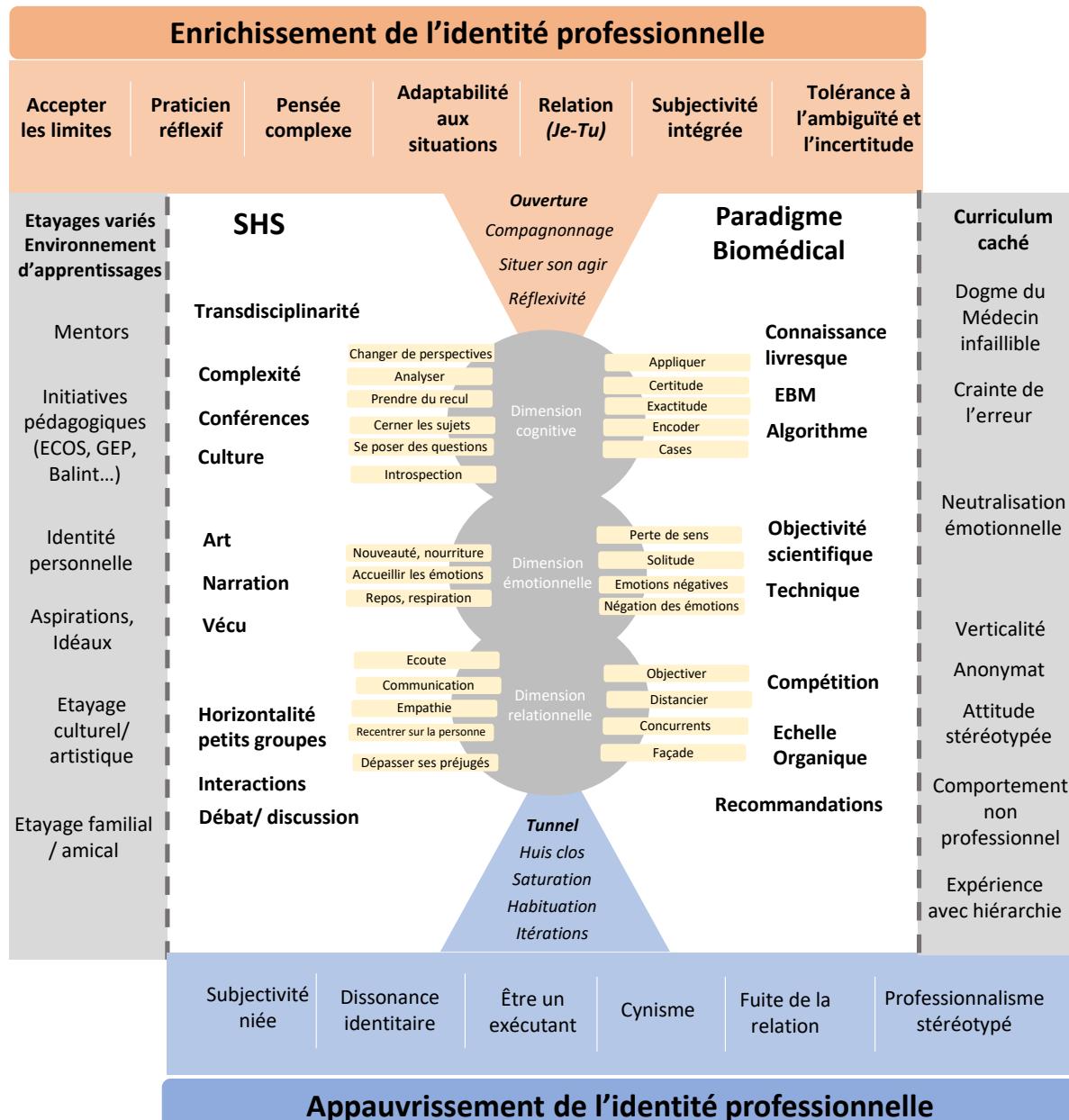


Figure 3 - Schéma du modèle explicatif de la thèse

V- CONCLUSION ET PERSPECTIVES

1. Conclusion

La compétence, selon Beckers, consiste en un savoir-agir (mobilisant des savoirs, savoir-faire) en situation complexe²¹¹. Perrenoud ajoute que « *Penser en termes de compétence, c'est penser la synergie, l'orchestration de ressources cognitives et affectives diverses pour affronter un ensemble de situations présentant des analogies de structures* »²¹².

Les situations sont porteuses d'enjeux qui nécessitent d'être compris : le sujet doit être capable de replacer la situation dans son contexte plus large pour saisir les enjeux qui la sous-tendent²¹³. Or « *le propre de la science était jusqu'à présent d'éliminer l'imprécision, l'ambiguïté, la contradiction* »²¹⁴. Tout protocole, même s'il a pour prétention de décrire la tâche à mener dans sa totalité, ne peut prendre en compte l'entièreté de l'action effectuée, ni la manière dont l'opérateur aura mis en œuvre ses compétences dans l'action²¹⁵. Les algorithmes et les protocoles échouent par elles-seules à prendre en compte le contexte exact dans lequel s'inscrit la situation. Celle-ci est singulière, elle a ses caractéristiques et ses contraintes spécifiques, son lot d'ambiguïtés et d'incertitude.²¹⁶

Ainsi, la compétence médicale est bien une puissance multidimensionnelle où se mêlent technique, expérience, coopération, intelligence émotionnelle et sociale, et inclue donc nécessairement l'identité professionnelle de l'opérateur²¹⁷, ainsi que des outils pédagogiques telles que les sciences humaines et sociales.

Beckers voit dans la formation initiale des métiers de l'interaction humaine une mission essentielle dans le fait de considérer les effets qu'elle va produire sur l'identité des sujets qu'elle forme, et non pas seulement de considérer les compétences professionnelles. C'est bien l'ensemble, à la fois les compétences et l'identité professionnelle, qui se mobilise dans les situations professionnelles²¹⁸ et qui doit être prise en compte par la formation. Car l'opérateur lui-même est singulier, et a construit sa compétence d'une manière qui lui est propre, son histoire et ses expériences sont singulières. C'est pourquoi la tâche et les caractéristiques de l'opérateur sont à envisager conjointement.²¹⁹

Selon Beckers, une formation qui vise donc une construction identitaire doit organiser délibérément trois types d'expérience humaine²²⁰ :

- des *activités opératives* qui privilégient l'interaction directe avec un environnement professionnel : les terrains de stages qui, par les tâches qu'ils offrent, permettent prioritairement la construction de savoirs d'action et l'exercice des rôles ; Cette dimension est déjà largement proposée dans la formation des médecins et constitue, avec l'apprentissage formel de la connaissance biomédicale, le terrain de base de l'apprentissage de la médecine. Remarquons

²¹¹ Beckers J. *Op. cit.* (2007), p.88

²¹² Perrenoud P. (1996). Enseigner, agir dans l'urgence décider dans l'incertitude. Paris : ESF Editeur, p.15-16, In: Terraneo F, Avvanzino N. *Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives*. Recherche en soins infirmiers. 2006;87(4):16-24.

²¹³ Terraneo F, Avvanzino N. *Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives*. Recherche en soins infirmiers. 2006;87(4):16-24. P.19

²¹⁴ Morin, E. (2005). *Op.cit.* p.50

²¹⁵ Terraneo F, Avvanzino N. *Op. cit.* p.17

²¹⁶ *Ibid.*

²¹⁷ Von der Weid G. *Op. cit.*

²¹⁸ Beckers J. *Op. cit.* (2007), p.197-198

²¹⁹ Terraneo F, Avvanzino N. *Op. cit.* p.17

²²⁰ Beckers J. *Comment amorcer la construction identitaire d'un praticien réflexif par la formation initiale ?* Recherche & formation. 2004;46(1):61-80

que nous plaçons ici les connaissances médicales théoriques, car ce sont des apprentissages à visée opérative.

- des *activités de pensée ou de conceptualisation* qui favorisent la transformation des représentations, l'organisation de la pensée, l'incorporation des significations offertes par l'action professionnelle. La condition de cette évolution est que les formés donnent, eux, du sens à ces significations offertes par le dispositif de formation.
- et des *activités de communication* invitant à partager, à offrir, à confronter les significations reçues.

C'est dans ces deux derniers types d'expériences que s'inscrivent les humanités en médecine. Elles s'inscrivent dans *compagnonnage réflexif*, qui propose un espace-temps propice à saisir cette complexité des situations, et à amorcer une réflexion *dans l'action et sur l'action*. Elles offrent aux étudiants des éléments de structure de la pensée (philosophiques, sociologiques, psychologiques,) à partir des activités opératives de l'étudiant, et en les associant à des activités de pensée et des activités de communication. Par l'organisation systématique de ces dernières, ce compagnonnage réflexif tente de créer chez les formés des effets de sens et d'accueil des émotions propices à l'intériorisation des significations offertes.

S'il paraît évident qu'un bon médecin ne se juge pas à l'aune de ses crédits ECTS en sciences humaines et sociales, cette thèse participe à mettre en évidence que les sciences humaines et sociales influencent la perception du métier et de la complexité de la pratique ; elles intègrent la narration de la perception de soi comme médecin ; elles améliorent la tolérance à l'ambiguïté, l'écoute du patient mais aussi de ses collègues et de sa propre intériorité ; elles éclairent les praticiens sur des sujets complexes et éthiques. Au total, elles édifient les compétences professionnelles retrouvées dans la marguerite des compétences du CNGE, en enracinant ces compétences, non dans un professionnalisme de façade, mais dans l'identité professionnelle.

Les sciences humaines et sociales en médecine participent à l'émergence du Je-médecin, à l'appropriation progressive du soi-médecin. Morin disait « *La science n'a pas les moyens de concevoir son rôle social et sa nature propre dans la société. Plus profondément : la science ne contrôle pas sa propre structure de pensée. La connaissance scientifique est une connaissance qui ne se connaît point. Cette science, qui a développé des méthodologies si étonnantes et habiles pour apprêhender tous les objets qui lui sont extérieurs, ne dispose d'aucune méthode pour se connaître et se penser elle-même (...). L'élimination par principe du sujet observateur, expérimentateur et concepteur de l'observation, de l'expérimentation et de la conception, a éliminé l'acteur réel, le scientifique, homme, intellectuel, universitaire, esprit inclus dans une culture, une société, une histoire. On peut même dire que le retour réflexif du sujet scientifique sur lui-même est scientifiquement impossible* »²²¹.

Lorsqu'il tend à totaliser le curriculum formel, le paradigme biomédical réduit l'identité professionnelle du médecin dans un professionnalisme technique désincarné, échouant par lui seul à rendre compte des enjeux sociaux, éthiques, et relationnels du soin, attendus par les patients et la société, mais aussi par les médecins eux-mêmes. Par la réflexivité qu'elles proposent sur la portée et les fondements philosophiques, sociologiques, psychologiques et existentiels de l'exercice médical, les sciences humaines et sociales ont une action herméneutique de l'acte médical. Elles éclairent le rôle social de la médecine, la portée de l'acte médical. Par les composantes cognitives, relationnelles et émotionnelles qu'elles sollicitent, elles participent à une incorporation progressive et respectueuse de l'identité professionnelle des étudiants.

²²¹ Morin, E., *Science avec conscience*, (1990), Editions du Seuil, 1982, 315 pages, p.20

Les sciences humaines et sociales participent à prendre soin de la formation et de l'identité professionnelle des médecins, pour prendre soin des patients.

Cette thèse retrouve et conforte les intuitions et les réformes de la R2C et de l'organisation des modalités d'accès au 3^e cycle, notamment une meilleure prise en considération de l'identité et du parcours professionnel des étudiants²²², ainsi que l'intégration officielle des sciences humaines et sociales dans le curriculum formel du second cycle.

2. Perspectives

A partir des résultats, nous proposons quelques axes de réflexions qui pourront faire l'objet d'initiatives pédagogiques ou de projets de recherches ultérieurs.

a. Au niveau local : clarifier, préciser et enrichir la proposition pédagogique

Il est nécessaire à chaque début d'année scolaire de faire une présentation des composantes du corpus pédagogique et de ses enjeux. Cette présentation pourra sensibiliser l'étudiant sur l'intérêt d'ouvrir les champs de la connaissance médicale à d'autres aspects qui n'ont pas forcément été développé durant leur externat, même si des enseignements en ont amorcé les prémisses comme nous l'avons signifié plus haut. A visée de clarification de la nature des sous-groupes de cours, dont les titres et les contenus ne sont pas toujours clairs pour les étudiants, il pourrait être proposé les composantes suivantes, que nous agrémentons ici de propositions de contenus :

- Une entité *Arts, Rencontres et Médecine* : une entité focalisée sur les heuristiques artistiques et créatives de la connaissance (arts plastiques, arts vivants, Photolangage, poésie, médecine narrative, cinématographie) afin de créer par elle une porte d'accès à la réflexion sur l'exercice médical et les phénomènes sociaux.
- Une entité *Médecine et Humanités*, plus académique, fondée sur la lecture et l'analyse de texte, la conférence-débat, et des enseignements magistraux et interactif d'éthique, de sociologie et de philosophie. Ces enseignements pourraient être étaisés sur 3 ans, de manière cyclique.

b. Enseigner avec une méthode inductive : partir du réel... pour y revenir.

Certains étudiants ont pu critiquer l'aspect hors-sol des enseignements. Nous estimons que cette critique se trouve moins dans le contenu de la proposition pédagogique que dans la manière de le concilier avec le vécu expérientiel de l'étudiant. La méthode inductive paraît intéressante car elle invite à partir du particulier, du sensible, de l'exemple isolé pour pouvoir secondairement accéder aux concepts et aux phénomènes qui sous-tendent ces éléments expérientiels particuliers. Le professeur doit pouvoir faire un aller-retour entre le conceptuel et l'expérientiel, et régulièrement illustrer ce qu'il propose par des exemples concrets. A titre d'illustration dans une éthique au quotidien, comment approcher une décision médicale quant à dire la vérité au malade ou à sa famille, quelle qu'en soit la nature, dans une perspective déontologique ou bien téléologique ?

c. Un bagage de contenus pédagogiques nécessaire, mais difficile à doser.

Une des principales difficultés de l'élaboration des programmes est que les étudiants ont un bagage inégal en sciences humaines et sociales, selon le curriculum de leur faculté d'origine et leurs intérêts, leurs lectures ou leurs réflexions personnels. Nous estimons que malgré cette situation, les étudiants ont la capacité de recevoir un contenu solide et approfondi, et

²²² Arrêté du 21 décembre 2021 relatif à l'organisation des épreuves nationales donnant accès au troisième cycle des études de médecine.

qu'idéalement, ces enseignements doivent se faire en tandem entre un professionnel de la discipline concerné et un médecin généraliste initié à ces disciplines.

d. Perspective d'enseignements de SHS durant l'externat : oui... à certaines conditions

En se fondant sur nos résultats, nous proposons l'idée d'un enseignement philosophique académique, obligatoire dès les premières années de médecine, qui donne les éléments et la structure de pensée permettant secondairement d'aborder les autres disciplines. La philosophie ne se définit pas d'abord par ses contenus, mais par sa fonction : elle interroge à chaque instant l'étudiant sur les informations et les perceptions qu'il reçoit, les conceptions qu'il a. Il pourrait y avoir d'abord un socle philosophique élémentaire, puis secondairement au moment de la phase clinique de l'externat, l'éthique et d'autres disciplines pourraient être introduites (sociologie, psychologie).

Le mode d'enseignement serait double, à la fois un enseignement magistral en tandem par des professeurs de la spécialité enseignée et un médecin, et des ateliers en groupe restreint, avec davantage de place pour la discussion et l'explicitation. Deux fois par an, des ateliers uniques seront proposés aux étudiants (Photolangage, médecine narrative, ciné-débat, conférence-débat autour d'une thématique particulière, grand témoin). La participation serait optionnelle. Certains ateliers pourraient être partagés avec des étudiants d'autres filières (philosophie). Des enseignements à visée de sensibilisation porteraient sur le curriculum caché, la prévention de l'épuisement professionnel. Chaque année durant l'externat, l'étudiant reçoit une liste de références bibliographiques ou cinématographique qu'il est invité à découvrir ou approfondir par lui-même. Il reçoit chaque année par la faculté un recueil imprimé d'extraits de textes propres à nourrir sa réflexivité et sa sensibilité. La lecture en est optionnelle.

En accord avec nos résultats, nous voyons que le danger est de surcharger un curriculum formel déjà dense, et nous rejoignons l'idée de ne pas évaluer ce corpus pédagogique sur le même plan que le plan biomédical. Nous pensons que le mode d'évaluation le plus adapté à ces disciplines est la rédaction (critique de texte, dissertation), et non les QCM ou les systèmes de mots clefs.

Enfin, nous encourageons la formation et la valorisation des double-cursus Médecine-Humanités.

ANNEXES

1. Bibliographie et références

1. Arrêté du 20 juillet 2015 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales, Article 7
2. Arrêté du 21 décembre 2021 relatif à l'organisation des épreuves nationales donnant accès au troisième cycle des études de médecine.
3. Arrêté du 21 décembre 2021 relatif à l'organisation des épreuves nationales donnant accès au troisième cycle des études de médecine.
4. Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales, JORF n°0087 du 13 avril 2011, Texte n° 34
5. Article 5, Chapitre II : Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (Articles 4 à 20), Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. Legifrance.fr
6. Article 6, Chapitre II : Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (Articles 4 à 20), Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. Legifrance.fr
7. Article 6, Chapitre II : Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (Articles 4 à 20), Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. Legifrance.fr, modifié par arrêté du 21 décembre 2021 portant modification de plusieurs arrêtés relatifs aux formations de santé
8. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative, Exercer, 2008;84:142-5.
9. Auslender V., Omerta à l'hôpital, Michalon Eds, 2017, 367 pages.
10. Barbier, J-M, L'analyse des pratiques : Questions conceptuelles. In : Blanchard-Laville et Fablet D., L'analyse des pratiques professionnelles, Paris, L'Harmattan, 1996, p.40. In : Beckers J., Compétences et identités professionnelles, De Boeck, 2007.
11. Barrier JH, Brazeau-Lamontagne L, Colin R, Quinton A, Llorca G, Ehua FS. *La formation au professionnalisme des futurs médecins. Recommandations du Conseil Pédagogique de la CIDMEF*. Pédagogie Médicale. mai 2004;5(2):75-81.
12. Beckers J. Compétences et identités professionnelles, De Boeck, 2007.
13. Beckers J., *Comment amorcer la construction identitaire d'un praticien réflexif par la formation initiale ?* Recherche & formation. 2004;46(1):61-80
14. Béjà V. Identité-Ipseté. *Le changement en thérapie*. Gestalt. 2005;29(2):165-75.
15. Billings ME, Lazarus ME, Wenrich M, Curtis JR, Engelberg RA. *The Effect of the Hidden Curriculum on Resident Burnout and Cynicism*. Journal of Graduate Medical Education. 1 déc. 2011;3(4):503-10.
16. Bory OM, Brami C, Souchu H, Ribault S, Taddei F, Rode G. *Enseigner la complexité dans les études médicales*. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 juin 2021;205(6):574-8
17. Bouffard C, Lapointe G, Drouin R. *Regard anthropologique sur la médecine personnalisée*. Journal de médecine légale et droit médical. 1 déc 2015; 58:21-6.
18. Buber M. [1923]. Je et tu. Coll. Philosophie, Aubier, 2012.
19. Cabestan P. *Qui suis-je ? Identité-ipse, identité-idem et identité narrative*. Le Philosophoire. 2015;43(1):151-60.
20. Canguilhem G., Ecrits sur la médecine, 2002, Editions du Seuil, p.85 *in* : Le Breton D, chapitre 2, Médecine et sciences humaines, *in* : Cornet et al. Penser le soin, pour une médecine humaine et sociale, Editions in press, 2023, 256 pages.

21. Canguilhem G., Essai sur quelques problèmes concernant le Normal et le Pathologique, Paris, PUF, coll « Quadrige », 1943 [1989], p.52, in : Gorge H. et al, Santé, consommation et marchés, 2022, EMS Editions; 364 p.
22. Castanat V. Les Fossoyeurs, Ed Fayard, 2022, 400 pages.
23. Cattan S. *Le praticien enrichit-il sa compétence en s'ouvrant à sa propre subjectivité ? Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique.* 1 avr 2008;7(2):98-103.
24. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
25. Chamberland M, Hivon R. *Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique.* Pédagogie Médicale. mai 2005;6(2):98-111.
26. Charon, R. 2006. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, New York, Oxford University Press, trad. fr. R. Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladie*, Paris, Sipayat, 2015, p.13, in : Rossi S. Médecine narrative. In: Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique. Toulouse: Érès; 2019 p. 236-8.
27. Chauvel H., Santini C., Layat Brûler C. & al. *Évolution de l'empathie des étudiants en médecine français de quatrième année suite à un module obligatoire sur les relations médecin-patient.* Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Vol. 181, N°10, déc. 2023, pp. 871-879
28. Chuang AW, Nuthalapaty FS, Casey PM, Kaczmarczyk JM, Cullimore AJ, Dalrymple JL, et al. *To the point: reviews in medical education—taking control of the hidden curriculum.* American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2010 Oct;203(4):316.e1-316.e6
29. CNGE, les six compétences du médecin généraliste : <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>
30. Comeau Y., *L'analyse des données qualitatives*, Cahiers du CRISES, Collection Études théoriques, ET9204, 1994.
31. Cordonnier D, Bouteiller M, Chatelard S, Imbert P, Gaboreau Y. *Contraintes et souffrances des internes en médecine.* Exercer, 2019;150:74-9,
32. Cornet P. Du corps objet à l'être souffrant. Pour une herméneutique du soin. In Comprendre le soin, dir. Gault & Poreau, éd. Matériologiques, 2023.
33. Cornet P. & al. Réflexion à propos de la place des SHS dans l'exercice de sa médecine. In Penser le soin. Pour une pratique médicale humaine. Dir. P. Cornet, In Press, 2023
34. Corti L. Dans l'enfer de l'hôpital, Robert Laffont, 2022, 198 pages.
35. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. *A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators.* Academic Medicine. juin 2015;90(6):718-25.
36. Dechalotte M. Le livre noir de la gynécologie, Ed. First, 2017. 490 pages.
37. Décret no 2021-1156 du 7 septembre 2021 relatif à l'accès au troisième cycle des études de médecine
38. Dictionnaire de l'Académie Française, 9^e édition
39. Dominicé P. *Du silence de la souffrance à la parole des patients.* Le sujet dans la cite. 2010;n° 1(1):107-19.
40. Dubar C., et Tripier P., Sociologie des professions, Armand Colin, 1998, In : Beckers J., Compétences et identités professionnelles, De Boeck, 2007.
41. Dubar C., La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, 2000, Armand Colin. In : Beckers J., Compétences et identités professionnelles, De Boeck, 2007.

42. Dubar C., *Usages sociaux et sociologiques de la notion d'identité*. Education permanente, numéro 128, 1996, 37-44, p.38. In : Beckers J., Compétences et identités professionnelles, De Boeck, 2007.
43. Fleury C, Berthelier B, Nasr N. *Enseigner l'éthique et les humanités en santé dans les facultés de médecine françaises : état des lieux et perspectives*. Chaire humanités et santé (conservatoire national des arts et métiers-cnam) chaire de philosophie à l'hôpital – ghu paris psychiatrie et neurosciences, 2018, 93 pages.
44. Fleury C, Berthelier B, Nasr N. L'enseignement des humanités dans les facultés de médecine françaises. Soins. janv 2020;65(842):51-4.
45. Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B. *Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis*. European Psychiatry. janv 2019;55:36 42.
46. Fray AM, Picouleau S. *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail*. Management & Avenir. 2010;38(8):72-88.
47. Galam É. *Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale*. La Presse Médicale. avr 2014;43(4, Part 1):358-62.
48. GOFFMAN E., [1973] La Mise en scène de la vie quotidienne – 1. La présentation de soi, Paris : Minuit, 2015.
49. Gohier C., Alin C., *Enseignant-Formateur : la construction de l'identité professionnelle*, L'Harmattan, Collection Education et formation. 2000, In : Fray AM, Picouleau S. *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail*. Management & Avenir. 2010; 38(8):72-88.
50. Gorge H. et al, Santé, consommation et marchés, EMS Editions, 2022 ; 364 pages.
51. Halpern et al., Identité(s), [2009], Editions Sciences Humaines, 2016.
52. Haslam, S. A., Reicher, S. D., Millard, K., McDonald, R., (2014). *Happy to have been of service : The yale archive as a window into the engaged followership of participants in milgram's obedience experiments*. British Journal of Social Psychology, 54(1), 55-83 in : Laurens S. *Op cit*.
53. Haute Autorité de Santé. *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
54. Hersch, J., L'étonnement philosophique, Folio, 1993. 464 pages.
55. Hilton SR, Slotnick HB. *Proto-professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education*. Med Educ. janv 2005;39(1):58-65.
56. Hunyadi M, La santé-je, -tu, -il : retour sur le normal et le pathologique, 19-54p, p.21 in : Ferry J-M, Penser la santé, Paris, PUF, 2010, 200 pages, in : Gorge H. et al, Santé, consommation et marchés, 2022, EMS Editions, 364 pages.
57. Ibanez G, Cornet P, Minguet C. *Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Pédagogie Médicale. 2010; 11(3) : 151-65.
58. Jarvis-Selinger S, Pratt DD, Regehr G. *Competency Is Not Enough: Integrating Identity Formation Into the Medical Education Discourse*. Academic Medicine. sept 2012;87(9):1185-90.
59. Klein, A. *Quelle médecine pour l'homme augmenté ?* 2014, Figura ;(37):55-71.
60. Kumagai AK, Wear D. "Making strange": a role for the humanities in medical education. Acad Med. 2014;89(7):973–7 in : Volpe RL, Hopkins M, Van Scoy LJ, Wolpaw DR, Thompson BM. *Does Pre-clerkship Medical Humanities Curriculum Support Professional Identity Formation? Early Insights from a Qualitative Study*. Med Sci Educ. 15 mars 2019;29(2):515-21.
61. Kumagai AK. Beyond "Dr. Feel-Good": A Role for the Humanities in Medical Education. Academic Medicine. déc 2017;92(12):1659.

62. Lajzerowicz M, Landi C et al. *Perceptions et représentations des étudiants en médecine concernant leur exposition aux risques psychosociaux au cours du deuxième cycle des études médicales en France. Modèle conceptuel du huis clos psychique et enjeux pédagogiques*. Pédagogie Médicale. 2021;22(3):103-15
63. Lave J, Wenger E Apprentissage situé : participation périphérique légitime, 1991, Angleterre, La Presse de l'Université de Cambridge in : Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. *A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators*. Academic Medicine. juin 2015;90(6):718-25.
64. Le Bohec, G. *Examen pour avis du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681)*. Assemblée Nationale; 2019.
65. Le Breton D. L'interactionnisme symbolique, Presses Universitaires de France ; 2012, 256 pages.
66. Le Breton D, Médecine et sciences humaines in Penser le soin. Pour une médecine humaine. Dir. P. Cornet. In Press, 2023
67. Le Breton D. Anthropologie du corps et modernité, PUF, 2010, 336 pages.
68. Lebeau JP et al., Initiation à la recherche qualitative en santé, Global Média Santé, 2021, 196 pages
69. Lefèvre C., Thoreau F., Zimmer A., Les humanités médicales: l'engagement des sciences humaines et sociales en médecine. Arcueil, Doin éditions, coll. « La personne en médecine », 2020, 330 pages.
70. Lempp H, Seale C. *The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching*. BMJ 2004;329:770-3.
71. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
72. Marra D., *Qualité de vie des étudiants en santé*, 2018, Ministère des Solidarités et de la Santé ; Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.
73. Mattei, Jean François. *Le pouvoir médical*. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 mars 2021;205(3):277-83.
74. Merleau-Ponty M. [1945], Phénoménologie de la Perception. Paris, Gallimard, 1976. 560 pages.
75. Michel F-B, et al. *Un humanisme médical pour notre temps*. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 juin 2011;195(6):1345-68.
76. Milgram S, Soumission à l'autorité, Calmann-Levy, 1994, pages 158 in : Laurens S. *Ordre et influence : de la réalité des conduites sociales à leurs interprétations individualistes fallacieuses. Retour sur l'expérience de Milgram et son interprétation*. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 2015;Numéro 105(1):7-32. P.11
77. Moliner P., Lo Monaco G., Méthodes d'association verbale pour les sciences humaines et sociales. Coll. « Vies sociales », PUG, 2017, 192 pages.
78. Monrouxe LV. *Identity, identification and medical education: why should we care?* Medical Education. 2010;44(1):40-9.
79. Morin E. Introduction à la pensée complexe. Paris: Seuil, 2005, 160 pages.
80. Morin, E., (1982), Science avec conscience, Editions du Seuil, 1990, 315 pages.
81. Mourguès JM., Le Breton Lerouville G., La santé des étudiants et jeunes médecins. CNOM-DATA, Commission jeunes médecins – section santé publique et démographie médicale, 2016, 99 pages
82. Nadjafizadeh M. *L'identité professionnelle, subtile alliance entre l'individualité et la collectivité*. Pédagogie Médicale. 2021;22(2):53-5.
83. Organisation Mondiale de la Santé, Préambule de la constitution, site internet officiel <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

84. Perrenoud P. Curriculum : le formel, le réel, le caché, 1993, in : Houssaye, J., La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd’hui, Paris, ESF, 1993, pp. 61-76.
85. Perrenoud, Ph. (1996). Enseigner, agir dans l’urgence décider dans l’incertitude. Paris : ESF Editeur, p.15-16, In: Terraneo F, Avvanzino N. *Le concept de compétence en regard de l’évolution du travail : Définitions et perspectives*. Recherche en soins infirmiers. 2006;87(4):16-24.
86. Perrenoud P. *Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation*, Éducation Permanente, n° 160, septembre 2004, pp. 35-60.
87. Piccoli M. *Passer de l’Étudiant-Médecin au Médecin Responsable : Malaise et problématiques éthiques des étudiants en Médecine*. 2011/2012- Université Paris Descartes - Laboratoire d'éthique médicale et de Médecine légale – EA 4569. 146, p.28
88. Pietschmann IS, Mertz M. *Humanisme médical et médecine complémentaire, alternative et intégrative*. Archives de Philosophie. 2020;Tome 83(4):83-102.
89. Rancières J., Le Maître ignorant : cinq leçons sur l’émancipation intellectuelle. Poche, 10/18, 2004
90. Rapport de synthèse des États généraux de la bioéthique, Comité Consultatif National d’Ethique Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/rapport-de-synthese-des-etats-generaux-de-la-bioethique>
91. Reach G. *Simplicity and Complexity in Medicine*. Bull. Acad. Natle Méd., 2018, 202, nos 1-2, 241-253, séance du 6 février 2018
92. Ricœur P. Chapitre I. La substance sensible : la substance comme substrat. p. 271-92. page 272. In: Être, essence et substance chez Platon et Aristote, Paris: Le Seuil; 2011, 348 pages
93. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris, Le Seuil, 1990, 424 pages
94. Rodrigo, Pierre. « Chapitre VI. La dynamique de l’Hēxis chez Aristote ». *Aristote. Une philosophie pratique*, Vrin, 2006, 160 pages
95. Rothier Bautzer E., La fabrication d’un médecin, (trad. de Everett C. Hugues, The Making of a Physician, Human Organization (1956)). Numéro thématique " La Formation des soignants ", Revue *Les sciences de l'éducation - Pour l'ère nouvelle*, 2003, 36 (2) : 57-70.
96. Serres M. L'éducation médicale vue par un philosophe. Pédagogie Médicale. août 2006;7(3):135-41.
97. Sharpless J, Baldwin N, Cook R, Kofman A, Morley-Fletcher A, Slotkin R, et al. *The Becoming: Students' Reflections on the Process of Professional Identity Formation in Medical Education*. Academic Medicine. juin 2015;90(6):713-7.
98. Stengers, I. (1993). L’invention des sciences modernes. Paris : Flammarion in : Laurens S. *Op cit* p.28
99. Te P., Galam E., Bientôt médecin : ressentis des internes de médecine générale, éclairages sur le hidden curriculum (cursus caché). [Thèse] Université Paris Diderot - Paris 7. 2016, 154 pages.
100. Terraneo F, Avvanzino N. Le concept de compétence en regard de l’évolution du travail : Définitions et perspectives. Recherche en soins infirmiers. 2006;87(4):16-24.
101. Von Der Weid, G. Santé Mentale. 2023 [cité 17 août 2024]. *Compétence ou compétition ?* Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2023/03/competence-ou-competition/>
102. Winckler M., Les Brutes en Blanc, Flammarion, 2016, 368 pages

2. Grille d'entretien

Présentation

- Réponses plus libres et personnelles possibles. Il n'y a pas de bonnes réponses. Il n'y a pas de piège. Il n'y a pas d'attentes. Il n'y a pas de jugement ou de pré requis. Tu as le droit de tout dire et tu peux tout dire.
- Tout sera anonymisé, et tout enregistrement vidéo, audio, et écrit sera détruit après la thèse
- Transcrit qui sera restitué

1. ASSOCIATION VERBALE

Durant l'internat à Sorbonne Universités, des cours de sciences humaines et sociales comme le GISSMED, le SMD la médecine narrative sont proposés... est-ce que tu peux me donner 3 mots qui traduisent ton expérience de ces cours ?

2. ENTRETIEN

1. Est-ce que tu peux me parler de toi, quel âge as-tu, peux-tu me raconter pourquoi tu as choisi la médecine générale ? »
2. Pourquoi as-tu fait médecine ? Quel sens a la médecine pour toi ?
4. Comment tu as vécu la manière dont nos études sont enseignées depuis la 1^e année de médecine à aujourd'hui ? Raconte-moi comment tu as vécu la manière dont les études de médecines sont enseignées ?
5. Identité professionnelle :
 1. Pour toi, qu'est-ce qu'un bon médecin ?
 2. C'est quoi le professionnalisme pour toi ? Comment tu l'appliques tous les jours avec les patients ? avec les professionnels ?
 3. Sur quoi tu t'es appuyé pour construire ton identité de médecin ? (Personnes, ressources, lectures, conférences, expériences) Qu'est ce qui dans les études de médecine a aidé à faire de toi un bon médecin et qu'est ce qui n'a pas aidé à faire de toi un bon médecin ?
 4. La vision que tu as d'un bon médecin a-t-elle évolué au cours de ta formation ?
6. SHS : Durant l'externat (au sein ou en dehors de ton cursus universitaire), te souviens-tu de cours, de conférences autour des sciences humaines ? en éthique, en philosophie, en sociologie, ça peut être aussi l'art.
 1. Qu'est-ce que ça t'a apporté ?
 2. Qu'est-ce qui a manqué ? Qu'est-ce que tu aurais attendu ? Qu'est-ce que t'aurais voulu voir ?
7. SHS : Internat. Concernant les cours de SHS de Sorbonne Universités :
 1. Quels cours as-tu davantage suivi ?

2. Peux-tu me raconter un souvenir / une expérience qui t'a particulièrement marqué ?
3. Dirais-tu que ces cours t'ont apporté quelque chose ? Penses-tu que ces acquis peuvent influencer ta pratique médicale ?
4. Actuellement il y a une réforme du 2nd cycle avec un appel à plus de sciences humaines pendant l'externat, qu'est-ce que tu en penses ?

3. Entretien 1 – Transcrit brut

ENTRETIEN 1
13/12/22
TRANSCRIT BRUT + commentaires
Durée entretien : 1H

Est-ce que tu peux me parler de toi, quel âge as-tu, et pourquoi tu as choisi la médecine générale ?

OK alors moi j'ai 26 ans, je vis à Paris, je suis maintenant en 3e année de médecine générale en 5e semestre. Pourquoi j'ai choisi la médecine générale... en fait ce qui se passe c'est que moi l'ECN, je m'étais dit OK, peut-être je vais essayer la chirurgie, si j'ai pas la chirurgie, je prendrai une spécialité médicale très transversale parce que de toute façon je suis pas du genre à être spécialiste d'un organe, à prescrire toujours la même chose, à avoir tout le temps la même pathologie, ça c'était pas pour moi... Il se trouve qu'au final au classement des ECN j'aurais pu éventuellement avoir certaines chirurgies mais pas dans Paris... Or moi j'ai ma copine, mes amis, j'ai ma famille sur Paris, et je pense que j'étais pas assez fanatique de la chirurgie, du bloc opératoire pour vraiment me lancer là-dedans... j'ai eu l'attrait pour la médecine générale de par son côté transversal, de par l'internat qui était plus court aussi on va pas se mentir, et il y a un dernier point qui m'a fortement orienté vers ça c'est j'ai éliminé la pédiatrie, parce que je me suis dit les enfants c'est très sympa à examiner d'une manière générale ça va bien mais par contre tout le temps c'est insupportable j'ai besoin de voir des adultes, j'ai besoin d'avoir une vraie communication, une vraie discussion, du coup il me restait urgence ou médecine générale. En regardant le DES d'urgence il y avait des stages en réanimation et ça me plaisait pas plus que ça parce que ça m'attire pas du tout ; en méd gé il y avait un stage en gynéco qui m'attirait pas du tout... et en fait j'ai tranché en me disant que le DES d'urgence tel qu'il existe te bloque un petit peu trop à l'hôpital, alors que la med gé te permet d'être en cabinet et d'être à l'hôpital... j'avais vu à l'époque il y avait des postes internat ville hôpital qui existait, et du coup je me suis lancé dans la med gé en me disant « bah OK tu vas faire med gé et tu vas y aller à fond, tu vas essayer d'être bon dans ce que tu fais » et voilà... je fais ça maintenant depuis 2 ans et demi je t'avoue que l'internat y a un petit peu des hauts et des bas, il y a des choses qui me plaisent des choses qui me plaisent moins. Dans l'ensemble je trouve que l'internat de med gé me permet de d'apprendre quand même mon futur métier même si j'ai quelques petits trucs à redire sur la façon dont ça nous est enseigné et voilà. Là mon projet pro c'est un poste d'assistant aux urgences de tenon en 2023, j'ai déjà dit OK avec une chef de service de tenon. Donc à priori pour le moment pas de médecine générale, on avait discuté soit un mi-temps ville hôpital soit un plein temps il se trouve que pour des raisons éventuellement d'accès au secteur 2 et parce que j'ai envie de compléter ma formation par un peu de « dur » entre guillemets, j'ai décidé de faire 2 ans d'urgence et on verra, après voilà.... et sinon pour compléter un petit peu le tour de ma personnalité, de mon mode de vie, je vis à Paris dans le 20e dans un appartement, je vis avec ma copine qui est elle-même médecin généraliste avec un an de moins que moi, donc en actuellement en 2e année, et qui a pour projet une installation en cabinet ou alors en maison de santé voilà...

OK merci c'est complet et intéressant. Tu as évoqué nos études, je voulais savoir comment tu as vécu la manière dont nos études sont organisées et enseignées ?

Alors au niveau de l'organisation on va séparer en 2, on va parler déjà des stages donc au niveau des stages je trouve que si on reprend : première année urgences et chez le prat' : c'est pas mal parce que tu vois un petit peu les 2 bords, tu vois des trucs très divers, très variés ça, ça me va très bien... la 2e année avec la pédiatrie je trouve que la pédiatrie c'est un passage

indispensable, ça plaît pas à beaucoup de monde mais franchement on est obligé d'y aller parce que ça fait vraiment partie de notre pratique future à part si on reste à l'hôpital dans une spé particulière, mais si on exerce en ville on est obligé de maîtriser un minimum de pédiatrie, et ensuite stage adulte polyvalent.... bon ben voilà, ça fonctionne, ça fonctionne aussi, je trouve qu'on apprend des choses... même si tel que ça nous est imposé, il y a très peu de services qui respectent vraiment le temps de travail des internes c'est un stage que j'ai petit peu subi personnellement parce que ça m'empêche de travailler à côté, j'avais pas de temps pour la thèse alors que, comme je te l'ai dit j'ai un poste en 2023, donc en fait, il faut que je sois thésé en 2023, j'ai pas le choix si je suis pas thésé j'ai pas le poste donc en fait moi, tout ce qui représente un frein à l'avancée de ma thèse, c'est un peu un problème quoi... et là en l'occurrence, faire 60 h par semaine dans un service de maladies infectieuses bah j'ai beaucoup appris mais j'ai pas beaucoup avancé sur ma thèse. Ensuite par contre j'ai un petit problème avec la 3e année, le SASPAS pour l'instant j'y suis, et j'ai juste l'impression d'être un remplaçant déguisé... je vois 30 patients par jour j'ai pas vraiment de retour sur ma pratique... que ce soit dans un cabinet ou dans l'autre d'ailleurs... c'est à dire t'as plus de vacances mais par contre tu es... t'es un peu un remplaçant quoienfin c'est à dire je vois mes 30 patients et puis basta. L'autre cabinet c'est un peu plus sournois je dirais, c'est à dire que on au prime abord ils font des retours sur tes patients, mais ils vont pinailler sur certains petits trucs.... ils te mettent les patients qu'on est censé avoir c'est à dire 20 patients par jour mais par contre t'as des rajouts en veux-tu en voilà quoi c'est enfin j'ai 5,6,7 patients qui se rajoutent dans la journée, au final j'ai des très grosses journées. Sachant que franchement si... si je prends un petit peu de recul sur moi je suis quelqu'un de plutôt carré je donne, enfin je rends des dossiers qui sont complets, j'essaie d'aller au fond du problème même pour quelqu'un qui a une angine. Un gamin qui a une angine je vais vérifier son carnet, je vais vérifier son poids, sa taille, enfin tu vois je fais... j'essaie d'avoir un exercice le plus complet possible, mais quand les seuls retours que j'ai c'est du pinaillage sur du détail j'apprécie pas trop. Et ensuite le 2nd stage de 3e année bah... je dirais que la gynéco ça.... je pense... je crois savoir que c'était une option avant, c'était soit péd, soit gynéco et j'aurais préféré ça. Parce que je ne me vois pas moi faire de la gynéco, j'ai eu une mauvaise expérience à Robert Debré en tant qu'externe. Je suis un mec d'1,88m qui faitqui fait plus ours sorti de la forêt que gentil médecin peut-être, en tout cas j'ai des patientes qui refusaient que je les examine donc bon... ça c'était un bon tiers des patientes.... sans même que j'ai ouvert la bouche.... et du coup j'appréhende beaucoup mon stage de gynéco et je.... voilà c'est pas forcément un truc qui me qui me plaît.

*Ensuite 2e partie de ta question sur la fac, comment ça nous est enseigné, alors je reste sur p6, pour ce qui est d'être un bon médecin généraliste je dirais globalement on va nous l'apprendre correctement... maintenant je déplore un tout petit peu le fait qu'on s'éloigne du biomédical parce que mine de rien ce que je traite au quotidien, c'est des pathologies, c'est de la médecine quoi, donc effectivement l'éthique c'est hyper important, la relation médecin-malade c'est hyper important, (sic : mais) partir du principe qu'on a tout appris à l'ECN et que bah après faut apprendre par nous-mêmes je suis pas tout à fait d'accord et je me demande si c'est pas quelque chose qui va donner des médecins parfois un peu limite reco ou ou autres enfin des pratiques pas très uniformes au sein des internes qui sortiront de P6... ça franchement je sais pas si c'est vérifiable... en tout cas je trouve ça dommage qu'on n'ait pas au moins 2-3 cours genre « prise en charge de l'hypertension », « prise en charge du diabète », au même titre qu'on a des cours sur relationnel médecin-malade... et ça c'est super parce que j'ai appris énormément sur le plan... enfin depuis mon internat pour le coup ! je trouve que ça, on nous a très bien appris le plan éthique, le plan relationnel, il y a des choses qu'on nous dit qui sont hyper intéressantes j'ai assisté à des cours... Ben par exemple je pense au cours qu'on a eu avec le Professeur *** où on écrivait un peu sur nous ça c'était quelque chose... quij'avais jamais fait ça ! C'est un exercice que je pensais pas faire un jour, qui m'a fait réfléchir sur moi-même, et je me suis rendu compte qu'en fait en 20 min euh... j'en apprends plus sur moi-même que en 6 mois de pratique à juste ne pas me poser la question tu vois enfin c'est....*

c'est ce côté introspection ça c'était intéressant... mais du coup à la fac ouais je déplore le côté absence de biomédical, je salue l'effort de nous apprendre à être de bons médecins sur le plan éthique, sur le plan relationnel... ça, c'est c'est... c'est très bien fait... je dirais peut-être que c'est fait d'une manière un peu trop académique et un peu détachée... enfin comment dire.... je sais pas si on pourrait dire détaché de l'interne mais en fait j'ai l'impression qu'ils ont leur « parler » entre eux tu vois enfin ils ont un... un langage qui leur est propre - je parle des professeurs, et que nous internes, quand on arrive en première année.... et ...et je vois tu vois là quand tu suis par exemple sur des groupes d'internes ou quand j'ai des retours de certaines personnes de la promo ou autre, les gens me disent « mais enfin c'est quoi ces gars ? ils sont à 10 000 lieues de la médecine générale qu'on pratique quoi » alors qu'en fait je pense qu'il faut vraiment s'intéresser au cours quoi, et essayer de comprendre pourquoi tel cours va m'aider moi je sais que par exemple les cours que j'avais fait en première année, parce que j'avais beaucoup plus de temps, j'ai un peu abandonné en 2e année, mais j'avais fait du GISSMED et du Santé Médecine Décision, bah franchement les intervenants étaient toujours hyper intéressants, hyper pertinents sur leur sujet... mais effectivement les sujets pouvaient paraître un tout petit peu... comment dire... complexes, de prime abord. Moi ça me choque pas de dire à un interne « lis 5 passages de livres » qui étaient vraiment bien choisis par rapport au thème, sauf que quand t'as un interne qui arrive au cours et qui a rien lu... bah du coup il comprend rien quoi... voilà... donc ça peut êtreon était un peu trop loin de l'interne... et peut-être d'être plus dans l'interaction ça aurait été mieux je dirais-je ne sais pas si je suis clair...

Comment tu as vécu la manière dont nos études sont organisées et enseignées pendant l'externat ?

Alors moi j'étais à Paris 7, j'étais pas à la Sorbonne. A Paris 7 les études c'est un peu la jungle, franchement c'est t'as des cours auxquels personne ne va, limite il y a 10 personnes dans l'amphi, et personne ne va aller chercher ceux qui sont... enfin tu vois y a aucun effort qui est fait pour ramener les gens dans l'amphi et essayer d'avoir un apprentissage uniforme. Moi concrètement l'externat j'ai appris la médecine tout seul hein j'ai acheté les bouquins comme un grand et j'ai bossé jour et nuit jusqu'à avoir une connaissance, non pas parfaite, mais au moins suffisante pour avoir une pratique que je considère comme correcte... mais les cours en tout cas à la fac, j'avais très peu de cours en petits groupes... Hormis sur la fin ce que je trouvais bien c'était les ECOS avec ces mises en pratique, ces situations qui font du coup intervenir non pas juste le biomédical mais aussi un petit peu de relationnel un petit peu d'explication je me souviens de situation où j'avais... j'avais eu à annoncer un décès imminent, une LATA, une limitation d'arrêt des soins, j'avais eu aussi à expliquer de A à Z une paralysie faciale à frigore, donc tu vois c'est ça, c'est des vraies mises en situation que je trouvais intéressantes en petit groupe. Les amphithéâtres pour moi n'avaient aucun intérêt parce que c'était... enfin on avait l'impression de voir quelque chose qui était déjà passé d'actualité enfin ça paraissait un peu.... ouais je sais pas c'est le vieux prof qui vient faire son cours qu'il a déjà fait 40 fois, il a jamais changé le diapo... bon ça c'est un peu une perte de temps. Sinon on avait des conférences le soir une fois par semaine. Les conférences de la fac étaient pas trop mal, mais dans un esprit hyper compétitif. Le gars qui gérait les conférences c'était un chef de service de Lariboisière. Lui il est arrivé il a dit « votre rang à l'ECN c'est votre qualité de médecin ». Bon bah c'est un peu triste quoi de penser comme ça enfin c'est mon avis en tout cas...

Pourquoi c'est un peu triste ?

C'est triste de penser comme ça parce que je... enfin je pense pas avoir cette mentalité du PH du PUPH, je sais reconnaître quelqu'un quand il est vraiment compétent mais pour moi la compétence d'un médecin ne se mesure pas juste par un concours qui est à 10 000 lieux de la pratique réelle en fait pour moi un bon médecin c'est quelqu'un qui certes détecte la maladie, mets le bon traitement si jamais il y en a un, mais qui aussi va avoir l'empathie d'expliquer

aux patients, de l'informer correctement et qui surtout va savoir rassurer quand il faut rassurer, être alarmiste quand il faut être alarmiste, et qui va avoir ces qualités humaines de comprendre l'autre, comprendre en fait ce qu'ils ont vécu, et essayer d'être comment dire... de coller au mieux pour l'informer correctement et l'accompagner dans sa prise de décision quoi... là j'avais en face de moi un chef de service paternaliste qui jugeait quelqu'un sur sa connaissance des sous-classes d'entérobactéries tu vois... ce qui pour moi est un peu aberrant ...

Tu trouves que l'externat favorise le développement des qualités humaines dont tu parles ?

Non non pas du tout. Enfin, rien que le fait d'avoir un concours... alors moi je parle de mon point de vue de mec qui a passé les ECN en 2020, aujourd'hui j'ai pas trop suivi comment ça fonctionne, je crois qu'il y a le concours en fin de 5e année la 6e année il me semble que y a des entretiens ou quelque chose comme ça, j'ai une connaissance très vague de comment ça fonctionne maintenant, en tout cas moi à mon époque je trouve que l'externat ne t'apprend pas à être un médecin humain et au contraire ça te casse, ça te casse mentalement pour devenir une machine de guerre, à être comment dire un compétiteur. Alors de base j'aime pas perdre j'aime pas j'aime pas être 2e ça c'est sûr mais du coup enfin tu vois ça, ça c'est ça s'est un poil renforcé, et je... en sortie d'externat je me suis rendu compte que en fait ça avait eu un impact sur moi au niveau sociabilité dans le sens où en fait que ce soit mon groupe de potes à la fac ou dans mon groupe de potes d'enfance le fait de m'isoler dans mon travail en permanence de refuser éventuellement les sorties ça aussi ça m'a mis un petit peu à l'écart après donc ça en fait je l'ai vécu comme une diminution de mes relations sociales. Je suis de nouveau très inséré dans mon groupe de potes j'ai beaucoup d'amis ça c'est pas un problème mais quand je reviens sur cette période-là les quelques personnes avec qui j'ai eu des petits soucis relationnels me disent qu'effectivement on sentait que j'avais une espèce de tension permanente quoi et voilà, donc ça c'était pas fou... Et sinon sur le fait de m'avoir appris à être humainement quelqu'un de correct, non, c'est un travail que j'ai fait sur moi-même et franchement je pense que c'est en stage où tu rencontres des médecins desquels tu peux t'inspirer plus que par des cours... les quelques cours d'éthique que j'ai eu à p7 étaient certes corrects en termes de qualité parce que les professeurs d'éthique sont dans la majeure partie des gars intéressants maintenant j'ai pas l'impression que ça m'ait transcendé dans ma pratique voilà...

Qu'est ce qu'il aurait fallu pour développer les qualités humaines des étudiants en médecine ? Qu'est-ce qu'il faudrait changer pendant l'externat pour développer les qualités humaines ?

Bon je pense que les ECOS c'est une bonne idée, c'est à dire mettre l'interne - enfin l'externe en situation, peut-être à la limite de faire des ECOS en petits groupes je me souviens qu'on avait un truc qui ressemblait à ça en 2e en 3e année on nous fait réfléchir sur des cas et on devait décrire notre prise en charge... alors ça s'en tenait juste au biomédical, on avait un prof ou 1CCA qui venait nous parler d'un cas clinique genre de l'asthme par exemple, et donc qu'on devait faire une recherche sur la physiopath' ensuite décrire un petit peu la clinique que ça peut avoir les traitements qu'on va mettre... Là l'idée ça serait peut-être, je sais pas, faire des petits groupes tu vois je verrai bien, comme pour les internes hein tu prends comme les groupes qu'on a en GEP, donc je sais pas une dizaine de personnes et tu les mets tu les mets dans une situation... je sais qu'ils ont ça à Créteil, ma copine qui est à Créteil a ce genre de choses, tu les mets dans une situation un peu complexe donc tu fais par une discussion de groupe au début de la session tu fais émerger un cas qui a posé problème, un cas conflictuel... je pense qu'on a tous des dizaines... enfin en tout cas moi je peux je peux t'en citer quelques-uns... on essaie de questionner la personne pour avoir une retranscription à peu près fidèle de la manière dont ça s'est passée, et ensuite on fait interagir 2 internes, éventuellement l'interne

qui a vécu la situation devient le patient, et essaye de mimer un petit peu les réactions qu'a eu le patient, et d'autres internes essaient de désamorcer la situation ou du moins d'accompagner la personne de lui expliquer de l'informer correctement, enfin tu vois toutes ces qualités de relation quoi et ensuite on fait un espèce de débriefing sans être dans l'accusation mais plutôt dans un dans une démarche constructive d'apprentissage, on essaie de les mettre devant leurs points faibles, entre guillemets tu vois, « est-ce que t'as été trop assertif », « est-ce que tu t'es trop mis dans une position paternaliste », peut-être « est-ce que t'as pas été assertif », peut-être aussi « est-ce que le patient a senti que t'étais pas sûr de toi, que tu connaissais pas là pathologie » tu vois enfin c'est... je pense que c'est ça, ça serait déjà pas mal... c'était juste sur les externes c'est ça que tu me demandais ?

Oui, pendant l'externat, qu'est-ce qu'il faudrait changer dans les études de médecine pour développer les qualités humaines que tu trouves qu'il manque dans les études de médecine ?

j'ai envie de te dire, il faudrait arrêter, faudrait enlever le fait que ça soit un concours... je pense que franchement, la compétitivité du concours draine draine les gens et les met dans un mindset qui est qui est trop orienté compétition , et qui est à l'antithèse de ce qu'est un médecin tu vois... enfin un médecin, c'est l'aide, c'est apporter du soin, c'est prendre soin de quelqu'un, porter de l'attention, de l'empathie et moi j'étais à des kilomètres de ça, enfin pas moi personnellement parce que je suis quelqu'un qui est spontanément assez empathique et qui est plutôt dans l'aide des gens, et je considère que aider quelqu'un ponctuellement bah c'est pas lui qui va prendre la place de mes rêves à l'ECN tu vois mais j'ai l'impression qu'il y avait une ambiance malsaine très très liée au concours, et quand pour ma thèse j'interroge des internes, il est pas inhabituel que quelqu'un me dise « le concours, quel enfer, j'ai l'impression que tout le monde se tirait des balles dans le dos, et j'étais très isolé, et j'étais pas bien ».... J'ai eu des... des internes qui m'ont dit qu'ils étaient sous antidépresseurs, sous benzo, enfin c'est pas c'est pas quelque chose qui est sain ou normal pour quelqu'un qui est en 5^e, 6^e année, sachant qu'en plus qu'on est confronté ...alors confronté... en tant qu'externe, on est un peu protégé quand même parce qu'on n'est pas les mains dans le cambouis, même s'il y a certains stages où on l'est, mais je dirais qu'on est quand même confronté à des gens qui meurent ! A des choses... enfin tu vois, moi quand je parle de ce que je vis au quotidien à mes potes, ils hallucinent ! Enfin eux ils traitent des excel toute la journée, moi j'ai des gens qui meurent dans mes bras quoi enfin... c'est... je... ouais, peut-être... enfin, posez la question aux externes de leur ressenti quoi, je pense que des... je pense que les... alors après j'ai pas forcément de retour sur les jeunes...Enfin j'ai l'impression d'être un vieux en disant ça (rires) mais tu vois les troisièmes, quatrièmes, cinquièmes années d'aujourd'hui, je sais pas cette génération-là comment ils réagissent, mais je pense que le... la clé, ce serait quand même de leur poser la question de comment vous allez, comment ça se passe dans vos stages, comment vous vivez les situations difficiles tu vois mettre l'accent sur des groupes de parole, sur... enfin donner, donner la parole à... à l'externe , plutôt que juste du « faites lui un cours sur un sujet obscur de pneumo ou de cardio » ou je sais pas quoi, pour un concours qui va l'envoyer à l'autre bout de la France s'il le réussit bien... enfin tu vois, c'est ... je trouve ça aberrant quoi, tu vois quand j'ai mis les pieds dans l'internat je me suis dit « d'accord, donc en fait j'ai appris tout seul, on ne m'a pas du tout préparé à ce qui va suivre, et j'ai pris sur moi, et j'ai foncé dedans, mais parce que voilà je suis comme ça, mais je me suis dit que d'autres gens à ma place ils peuvent s'effondrer tu vois, ils peuvent se dire « bah c'est trop dur en fait »... tu vois tu commences Jour 1 aux urgences, qu'est-ce que tu fais d'une famille d'un patient qui est en train de décéder, que t'as mis sous hypno-morphine dans un coin de l'UHCD, qu'est-ce que tu fais d'un AVC ou des chocs, comment t'expliques à la famille, enfin tu vois, c'est même de la gestion du stress tu vois, enfin juste ça personne ne nous.. personne ne nous éduqué là-dessus quoi ... t'as tout un pan ... ouais je suis pas de... je dirais le bien-être de l'interne... et puis ouais

son apprentissage relationnel qui qui pèche sérieusement quoi oui je me suis un peu éloigné de la question parce que j'ai répondu ou pas...

Non, t'as bien répondu, c'est très intéressant tout ce que tu dis. Pour toi quelle place à la médecine dans la société ?

La place de la médecine dans la société.. Ben je pense qu'elle a changé d'une part... moi j'aime beaucoup l'histoire, c'est un sujet qui me qui me passionne pas mal, et du coup bah comme je suis médecin l'histoire de la médecine aussi, et en fait de tout temps le médecin ça a un peu été le un espèce de référent érudit quelqu'un de respecté, il y avait ce respect de la connaissance, alors bien sûr avec la religion parfois c'était un peu un peu compliqué on avait des gens qui étaient condamnés pour ce qu'ils faisaient, et ça se pratiquait un peu de manière cachée mais je pense qu'on avait jusqu'à encore très récemment je sais pas je j'étais peut-être pas né mais je dirais la fin du la fin du 20e siècle il y avait ce côté le médecin comme personne de savoir, qui a une compétence, qui a fait des études assez poussées, il y avait un vrai respect du vrai respect du médecin et du coup de la médecine, je trouve que ça a un peu changé... Maintenant la médecine - et ça j'y suis un peu arrivé par ma thèse et mes entretiens - je trouve que la médecine est devenue un bien de consommation comme un autre dans notre société très mondialisée très globalisée ou tout le monde consomme de gauche à droite en fait... tu vas chez le médecin faire une consultation donc tu sollicites quelqu'un qui a fait à minima 9 ans d'études comme t'achèterai un truc sur Amazon tu vois et ça je trouve que la société voit... voit la médecine maintenant comme moyen de conso quoi et ça je trouve ça assez déplorable ... alors après je pense qu'on est encore dans une phase de transition... tu vois moi par exemple j'ai très peu de patients qui me prennent pour un bien de conso, mais parce que j'essaye d'avoir cette attitude, certes ouverte, mais qui exige un minimum de respect... Tu vois moi je vois là je suis en stage en ça se passe à Noisy-le-Sec donc avec des populations qui sont très défavorisées je sais qu'il ya des MSU qui tolèrent que le mec en face soit sur son portable et que en fait juste il a filé sa carte avec sa CMU et il te dit fais-moi une ordo de ça et basta... Ben en fait non on est là tu es dans mon cabinet tu sollicites ma connaissance entre guillemets donc je te je vais t'aider ça y a pas de problème mais par contre j'exige en retour que tu sois respectueux c'est le minimum syndical donc ça voilà sur le plan de la manière dont je moi je vois la médecine et la manière dont la société voit la médecine c'est pas tout à fait pareil mais la société je dirais la médecine est devenue un bien de consommation avant c'était quelque chose de peut-être plus respectable le médecin était un notable enfin une personne notable dans dans le village ou dans la ville peu importe ou du moins quelqu'un d'éminent moi comment je vois la médecine parce que c'était ça la question à la base c'était comment moi je vois la médecine c'est ça ? et la place de la médecine dans la société.... c'était ça la question ?

Oui, ne t'arrêtes pas, continue sur ta lancée c'est très bien

Moi franchement j'aimerais bien que la médecine redevienne... j'ai fait médecine parce que c'est un métier hyper valorisé... Bon là, je m'ouvre un petit peu dans l'entretien, mais je fonctionne beaucoup au regard de l'autre c'est à dire c'est quelque chose qui va m'importer en tout cas je pense que ça m'affecte que les gens me renvoient une image négative donc le fait d'avoir fait médecine, ben je me suis buté pendant 9 ans c'est un métier que je pense pouvoir faire longtemps sans m'ennuyer mais je vais pas te mentir il y a aussi ce côté, j'attends un certain respect de par le fait que je vois des choses qui sont extrêmement difficiles au quotidien... j'avais une co-interne qui me disait souvent quand on était en mal inf y a 95% des gens qui sauraient pas faire ce qu'on fait et qui tiendraient pas une semaine dans le service avec les trucs qu'on voit quoi... et c'est un peu ça... tu vois je trouve que ouais, la médecine dans la société ça devrait revenir quelque chose un petit peu à part tu vois on est quand même en train de parler de la vie des gens et en fait... t'as beau gagner des millions d'euros, t'as beau être un patron du CAC 40, quand t'as un cancer t'es équivalent, peut-être pas au clodo du coin de la rue parce que lui il est tabagique, mais t'es équivalent au mec lambda qui gagne un smic

tu vois, et en fait je trouve que dans la société actuelle où tout le monde ne pense que à faire de la thune, on a trop inscrit la médecine dans cette dynamique de gagner de l'argent, d'être rentable, alors que pour moi la médecine n'a pas du tout cette vocation-là... la médecine bah en fait tu vois quand il y a un quand là j'ai vu y a un médicament pour les moches Libé qui est sorti à 3000000 d'euros la dose mais qui est en gros tu te prends une piquouse et t'es guéri Ah OK 3000000 d'euros c'est cher mais en fait ça peut sauver la vie des gens donc est-ce que la société ... je pense qu'à un moment elle doit s'élever un peu au-dessus du des soucis financiers et se dire bah est-ce que le système de santé français est pas le truc à privilégier, la médecine n'est pas quelque chose qu'il faut remettre au premier plan en disant Ben en fait on investit pour nous-mêmes au final c'est des gens qui vont nous faire du bien tu vois ça c'est c'est quelque chose que je je... Loin de moi l'idée de commencer à faire de la politique mais c'est quelque chose que j'aurais voulu revenir faire revenir au premier plan et peut-être que plus tard je m'investirai là-dedans quoi parce que j'estime que là on est trop en train de devenir l'hôpital... tu vois tu rentres aux urgences quand tu rentres comme tu rentrerais dans une boulangerie. La chef de service des urgences de tenon elle me disait en parlant de certains patients putain mais lui il a vu de la lumière il est rentré quoi ! c'est... ils ont...ils sont même pas vraiment malades ouais tout le monde consulte pour n'importe quoi et et y a plus trop de respect quoi en tout cas c'est c'est le retour que j'ai de la plupart des gens que j'ai pu côtoyer dans mon exercice.

Quel sens ça à la médecine pour toi en fait pourquoi t'as fait médecine... tu disais j'ai fait médecine parce que c'était un métier valorisé... qu'est-ce qui te fait tenir dans ce métier ?

Franchement j'ai dit que c'est dur mais je me suis bien habitué, le sens c'est que ça m'intéresse, avant tout j'y trouvé mon compte en termes d'intérêt intellectuel, je ne m'ennuie pas et ça c'est hyper important parce que j'ai pas envie de faire un boulot alimentaire pendant 50 ans, et où je me fais chier toute la journée, et quand je rentre le soir je pourrais enfin faire quelque chose qui m'intéresse chez moi... ça c'était pas l'idée... l'idée c'était quand même de faire quelque chose d'intéressant...je pense qu'il y a 3 piliers, il y a ça, faire quelque chose d'intéressant, en 2e position il y a le fait que tu vois mes parents c'était des anciens patrons de grosses boîtes informatiques donc en fait on mesurait leur qualité au salaire qu'ils gagnaient grossio modo et aux chiffres qu'ils engrangeaient dans leur boîte c'est quelque chose que j'ai beaucoup remis en question de par leur présence quand j'étais petit tu vois c'était ils étaient très absents et au final ils m'ont apporté tout l'amour dont j'avais besoin mais mine de rien j'ai pas trouvé dans le commerce ou dans l'école d'ingénieurs quelque chose qui me permettrait deje sais pas.... de de ne pas reproduire le schéma que j'ai eu avec mes parents et je me suis dit bah voilà autant faire quelque chose de radicalement différent qui me qui me chauffe.... Ensuite dernier point en fait j'ai en 2004 j'ai eu j'ai eu une péritonite, j'avais un énorme abcès qui a pété dans le bide et je vais pas passer loin de décéder en fait et j'ai eu un contact avec des médecins qui étaient top, c'était à Troussseau, et je les ai revus d'ailleurs j'ai été en stage avec certains des médecins qui m'ont opéré quand j'avais 8 ans et du coup j'ai un peu parlé avec eux et bah c'était sympa.... bon eux tu vois j'étais un petit qui arrivait sur une de leurs garde tu sais ils ont pas un souvenir inébranlable de moi alors que moi je revois très bien leur visage tu vois même c'était quoi c'était 1000 ans après et du coup ça tu vois ce cette bonne image du médecin, et je pense que c'est quelque chose qui m'est resté vraiment fondamentalement, c'est que voilà pour moi médecin c'était être quelqu'un de bien et du coup j'ai fait cette association-là de manière inconsciente je pense que j'en ai pris conscience là récemment mais en tout cas moi j'ai trouvé mon compte parce que ça me plaît et parce que je me sens valorisé dans ce que je fais et parce que aussi j'ai besoin intellectuellement d'être stimulé avec des choses complexes et du coup la médecine tu vois par exemple les urgences mais même la médecine générale en fait quand t'es tout seul à ton cabinet voilà t'as des situations complexes qui te stimulent intellectuellement et toi pour moi

c'est cool et en plus tu bosses qu'avec des gens plutôt intelligents donc t'es dans un milieu très stimulant quoi voilà

Durant l'externat, ça peut être au sein de ton cursus universitaire, ou en dehors de ton cursus universitaire, est-ce tu te souviens de cours ou de conférences autour des sciences humaines ? ça peut être éthique philosophie sociologie, ça peut être de l'art...qu'est-ce que ça t'a apporté ?

Durant l'externat des cours liés à ça c'était surtout des cours d'éthique de prise en charge de patients de fin de vie, c'était éventuellement par les ECOS dont je t'ai déjà parlé avec des mises en situation... je me souviens pas d'un cours qui m'ait marqué sur le plan des sciences humaines comme j'ai pu avoir pendant l'internat pour le coup ouais comme ça je vais pas avoir grand-chose à te à te raconter... P7, enfin l'université de paris maintenant, c'était très limité à l'époque sur ce terrain-là

...

ça peut être en dehors aussi... est-ce que t'as cherché ailleurs des conférences, des cours autour de ça ...

Ouais en fait il y a un moment où je comprenais pas trop les conditions de limitation des soins et puis j'ai voulu essayer dans une démarche de professionnalisme de comprendre un peu comment tout ça se passait et donc j'ai beaucoup posé de questions en stage, j'ai suivi pendant quelques temps les unités de soins pal' des hôpitaux où j'étais notamment parfois à Bichat à Saint Louis aussi, j'ai eu pas mal de discussions, alors des fois c'était juste après le après le taf avec des internes et des chefs des stages, mais on avait souvent des discussions politiques et c'est là que j'ai le plus appris en soi, c'est avec les discussions très ancrées dans le dans le réel, dans les prises en charge je pense que c'est là où je me suis vraiment en forme sur ce côté relationnel et éthique après j'avais quand même trouvé quelques mais là pour le coup je serai pas trop donner les noms, mais j'avais trouvé en ligne des extraits d'ouvrages sur des sujets bien précis de limitation et de comment en fait aborder le sujet, qu'est-ce qu'il fallait dire, qu'est-ce qu'il fait fallait pas dire enfin tu vois, j'ai pris ça plus comme des conseils que comme une vérité absolue, mais en tout cas ça m'a un petit peu aidé et c'est certainement pas la fac qui m'a appris ça en tout cas pendant l'externat.

Durant l'internat à Sorbonne Universités comme tu le sais il est proposé des cours de sciences humaines et sociales à travers le GISSMED, le SMD la médecine narrative... est-ce que tu peux me donner 3 mots qui traduisent ton expérience de ces cours ?

3 mots... c'était intéressant, c'était pertinent, mais c'est un peu mal...moi je dirais mal amené en fait.... tu veux que je détailles un petit peu ?

Vas-y je t'écoute, c'est très bien, vas-y

*OK. C'était intéressant, parce que c'était une approche que j'avais jamais eue en cours... bah comme tu as pu le comprendre à P7 y avait pas ça du coup j'arrive à P6 et on me propose en fait des cours qui se rapprochent de la philosophie... comme je t'ai dit moi tu vois j'aime beaucoup l'histoire, (sic : or) j'ai toute ma vie fait des études scientifiques, enfin tu vois j'ai fait un bac S, j'ai fait médecine du coup je m'étais jamais frotté à ce côté un peu littéraire il se trouve que j'ai une très bonne pote qui a fait kâgne hypokâgne avec qui je... comment dire... j'avais des grosses discussions philosophiques et tout ça... et en fait je retrouvais.... j'ai retrouvé un petit peu ce côté-là tu vois il y avait des intervenants qui était hyper pertinent dans leur domaine.... je crois qu'il y avait la compagne de ***... et puis même-lui hein quand il intervenait, mais je pense à d'autres hein bien sûr, j'avais eu des cours avec le Professeur*

***. pour le coup et avec.... Ah je sais plus comment elle s'appelle, c'est *** quelque chose comme ça...

C'est * tout à fait...**

Ouais voilà exactement... Ben j'ai eu des cours avec tous ces gens-là, et je j'ai trouvé ça enrichissant... je... j'ai été hyper intéressé par le sujet... Quand je dis pertinent bien sûr, je pense que ça a un intérêt après.... comment dire ça rejoint un tout petit peu le manque de biomédical, je trouve que bien que ce soit pertinent, ils le mettent peut être très au premier plan.... Enfin c'est très au premier plan de notre apprentissage, ou du moins des cours qui sont proposés... et c'est peut-être pas assez réintégré dans le contexte tu vois Je.... J'ai extrêmement beaucoup de mal à t'expliquer ce que je veux dire mais en tout cas j'ai l'impression qu'on se détache un petit peu de la pratique et que, même s'il y a un vrai questionnement philosophique qui est hyper intéressant, parce qu'au final voilà j'aime bien me poser des questions un peu pointues, un peu compliquées, et en fait tous les textes qu'ils ont pu nous nous faire lire ont un intérêt pour les cours en question, je trouvais que ça manquait un tout petit peu de remise en contexte ... Ben en fait, à quoi ça peut nous servir dans une consulte tu vois... enfin juste une petite question comme ça... c'est pas pour critiquer, et pour dire qu'il ne faisait pas bien, loin de là, je trouve que c'est extrêmement intéressant de faire la démarche de faire ces cours là que c'est que c'est très pertinent mais je me dis en fait quand t'as un interne... enfin tu vois, moi spontanément je suis curieux, je m'intéresse aux choses, et j'ai trouvé ça intéressant leur cours mais je sais qu'il y a des gens qui m'ont dit « mais enfin qu'est-ce que je vais foutre de ça dans ma consult de tous les jours tu vois qu'est-ce que ça va m'apporter » ? Alors que je pense qu'en nous faisant ces cours là ils essaient de faire émerger en nous une réflexion un peu j'ai envie de dire supérieure c'est en fait une prise de recul, et te faire comprendre que bah en fait, dans le relationnel entre 2 personnes, et à fortiori quand c'est un médecin et un patient, il y a énormément de choses à comprendre, à dire, dans les attitudes, dans le ...dans le texte, et que tout ça, ça s'est fait depuis des siècles en fait et qu'il y a énormément de gens qui ont déjà réfléchi tu vois... Même si l'histoire de la médecine ça m'intéresse, je me suis pas intéressé aux philosophes qui parlait de la relation médecin-patient, enfin tu vois j'ai découvert en PACES Canguilhem par exemple bah j'ai un peu lu ce qu'il avait à raconter ... bon, je t'avoue que je suis un peu pris dans ma vie de tous les jours donc je ne lis pas tous les jours du Canguilhem, mais voilà, c'est des trucs que j'ai découvert aussi et redécouvert avec les cours des gens que je t'ai cités et j'ai trouvé ça hyper intéressant... mais mal amené, dans le sens peut ou peut être mal contextualisé enfin tu vois, c'est genre « OK qu'est-ce qu'on en fait maintenant ? ». Pris individuellement je trouve que les cours sont extrêmement intéressants mais remis dans le contexte d'un cursus d'interne de médecine générale j'ai du mal à voir où ils veulent en venir, tu vois...

Très bien c'est très intéressant tout ce que tu dis. Je reprends tes termes, tu dis « j'ai l'impression qu'ils veulent nous amener à une sorte de réflexion supérieure », tu peux développer un peu ça ?

Oui alors je pense que conscientement ou inconsciemment on a affaire à des gens qui manifestement ont un très bon niveau intellectuel, qui ont une vraie culture, une vraie connaissance de la médecine, de son histoire, peut-être même de la philo, enfin tu vois j'ai pas leur cursus personnel en tête, mais à chaque fois on a affaire à des gens qui sont très intelligents, et qui du coup... je sais pas... ils ont une façon de te présenter le sujet où des fois tu te dis « Ah ouais OK bon j'ai que 25 piges, ils ont peut-être 10 ans de plus que moi, mais c'est quand même des gens qui ont vraiment beaucoup réfléchi à ce dont ils sont en train de me parler », et tu te sens un peu ...non pas petit, mais t'as vraiment ce rapport de de supériorité ou tu dis bah ouais sur le plan relation médecin-malade « ouais okay donc en fait il connaît très bien le sujet il le maîtrise mieux que moi. » Ah je pense que je mets le doigt sur

quelque chose, en fait j'imagine que j'aimerais bien avoir un relationnel avec ces gens-là qui soit plus de l'ordre de l'échange que du cours à proprement parler, après y a un défaut qui est que les gens par zoom, alors moi j'ai surtout fait des zooms parce que c'était pendant ma première année, ne prennent pas la parole ... Tu vois moi j'interagissais mais c'était pas le cas de tous ceux qui se connectaient et du coup le manque de prise de parole nuit à l'échange et du coup renforce ce côté euh... professeur qui connaît, qui sait tout entre guillemets, c'est très caricatural hein et c'est pas du tout leur prétention à eux, mais en tout cas c'est un peu mon ressenti... et y a peut-être un petit gap entre eux, qui sont en train de parler d'un truc hyper élevé au sens intellectuel, et toi qui essayes de suivre et de comprendre en même temps en quoi ça peut t'aider... Et puis comme eux peut-être vivent ça au quotidien, c'est à dire qu'ils ont souvent des discussions sur ce sujet-là ils ont préparé leur cours, probablement qu'au sein du DMG ils ont des réunions des discussions sur ce genre de cours, toi tu sors de ta consulte... t'arrives là-dedans.... t'es... enfin t'es sur une autre planète quoi ! Mais du coup ce quand je te parle de réflexion un peu supérieure, bah j'ai l'impression qu'ils essaient de faire émerger une... ouais... un questionnement où nous amener... un peu... Ah je sais pas ... Transcender la vision habituelle de la relation médecin malade qui est un peu juste du « faites-moi une ordonance merci ça fera 25€ », en fait ils cherchent à ce que tu vois un petit peu plus loin que ça... voilà je me suis un peu perdu mais en tout cas c'est ce que je pensais...

Tu trouves qu'ils réussissent leur objectif ?

Objectivement je pense que oui... en fait j'aurais bien aimé en avoir peut-être plus. Je pense qu'un écueil à ma participation au truc c'est que c'est pas le jeudi. En fait on a des trous dans notre emploi du temps, notamment en SASPAS, avec des journées de cours dédiées le jeudi, et en fait à chaque fois qu'il y a SMD, je me souviens en première année c'était les mercredis soirs ou les mardis soir. Bah en fait je sors d'une consulte à 19h30, je peux pas être connecté à 18h30 à un santé-médecine décision, quand bien même ça m'intéresserait tu vois. Je ne trouve pas qu'à la fac on ait une dose aberrante de cours, on a peut-être 6 GEP dans l'année avec des journées compétences, ça c'est les cours obligatoires, bah en fait, rendez vos Santé-médecine décision obligatoires, mettez les jeudi, dites aux internes que en fait ils vont devoir venir que ce soit en visio ou en physique... parce que c'est ça aussi, c'est faut qu'on puisse nous libérer tu vois moi j'aurais dit en Maladies Infectieuses « j'ai un santé médecine décision à 18h ».... « Bah non, t'as 4 CRH, en fait » ! c'est ce qu'on m'aurait répondu en tout cas, et tu vois, je pense que le rendre peut-être plus accessible sur le plan horaire, sur le plan participation de l'interne, mais aussi peut-être en se mettant un tout petit peu plus au niveau de l'interne dans la discussion , même si après on peut élargir et être sur le niveau général médecin malade tu vois, je pense qu'en en partant initialement du point de vue de l'interne on aura une meilleure adhésion au cours.

Et après, est-ce que moi ça m'a transcen... en fait quand j'ai eu ces cours là, alors je saurais pas forcément te redire exactement les sujets qui ont été abordés, mais à chaque fois ça fait ça m'a fait vraiment réfléchir sur le sujet, et je me suis dit que bah au moins là je j'allais au fond des choses quoi, et ouais ... non franchement c'était cool.

Est-ce que tu veux me raconter un souvenir ou une expérience de cours qui t'a particulièrement marquée ?

*Et Ben... je sais c'est le cours avec le... enfin je sais plus si c'était un GISSLMED ou autre mais en tout cas le cours qu'on a eu un après-midi avec le professeur ***fallait écrire sur nous-mêmes, ça c'est un cours qui m'a particulièrement marqué, parce que en fait c'était à la fois simple, et à la fois difficile, parce que en fait on a des gens qui se sont mis à pleurer pendant un cours.... on a écrit sur nous-mêmes des choses qu'on s'était jamais vraiment dites je pense.... quand tu vois moi j'ai aucun problème hein, j'ai rien à cacher, donc j'y suis allé en toute honnêteté, mais tu vois par exemple j'y suis allé avec 2 amis, le professeur *** au début du cours nous dit*

« voilà on va faire.... » enfin je me souviens que le nom du cours était pas forcément hyper évocateur...

Médecine narrative.

Ouais médecine narrative exactement. « vous allez parler de vous en fait », et du coup on s'assoit, il nous dit « le cours va être divisé de telle manière... c'est le moment où je propose à chacun de partir, y a pas de répercussion, y aura pas de problème, vous inquiétez pas. » Ben sur mes 2 potes y en a une qui est partie à ce moment-là, donc déjà dès le début du cours elle m'a dit « Ah non on va parler sur moi-même, j'ai trop de trucs inavoués et c'est pas possible », du coup elle est partie... Sachant que c'est une pote je sais qu'elle est ... tu vois elle a une grosse période d'anxiété de déprime, elle a pris des antidépresseurs et tout, donc en fait c'est ... c'est quand même quelque chose qui la touche personnellement, et qui a été difficile à aborder au point de partir de cours avant même de l'avoir fait juste à l'évocation de la thématique... alors ça c'est pas la faute des profs hein, mais voilà, donc ça m'a marqué un petit peu quand même... et ensuite l'autre qui est qui est qui est restée, pour le coup elle ce qui s'est passé c'est que elle a refusé d'en parler, en fait elle l'a écrit, elle l'a écrit, elle avait la larme à l'œil, moi j'étais assez sensible à ça, parce que en fait c'est une très bonne amie hein, qui m'a dit des choses que dont j'étais absolument pas au courant, et ouais il y avait une vraie introspection, il y avait une ambiance de partage qui était très sympa avec une vraie réflexion derrière ...j'ai trouvé ça hyper intéressant enfin est très pertinent en tout cas, et après je, enfin pour le coup j'ai eu des retours ... j'étais avec ***, mais il y avait d'autres personnes qui ont eu ce cours-là, tu vois mes co internes en stage de pédiatrie ont aussi assisté à ce moment-là m'ont dit « ouais ce cours était génial » et ils étaient pas avec le même prof, ils étaient avec un autre mais qui a aussi su amener la chose... voilà donc... c'est ce cours-là qui m'a particulièrement marqué... Je t'avoue que les santé médecines décision, les GISSMED, j'en ai gardé un une très bonne opinion, maintenant c'était à chaque fois par zoom et moi j'ai un peu le côté... par zoom j'ai du mal à m'investir autant qu'en présentiel ... ouais et pour le coup ils étaient un tout petit peu moins marquants, même si la réflexion était hyper intéressante, comme il ne m'avait pas fait intervenir... tu vois justement ça revient à ce que je te disais, le cours avec la médecine narrative, bah en fait tu te mettais au niveau de l'interne, tu le questionnais pour faire émerger quelque chose, alors que pour le coup les SMD, les GISSMED, on a une discussion qui est beaucoup plus détachée... pas que je sois un vaniteux, ou un narcissique mais en fait je pense qu'en se rapprochant de l'interne enfin il y aura une meilleure adhésion au cours quoi, et voilà c'est... je pense que c'est à peu près tout ce que je devais dire là-dessus.

D'une certaine manière est-ce que tu penses que ces acquis, ces cours, peuvent influencer, imprégner ta pratique médicale ?

Est-ce que ça peut le faire, oui est-ce que ça le fait là, en l'état... je dirais pas tout à fait... En fait ça m'aide, ça m'aide dans mon introspection, à savoir où j'en suis, où je vais, ça c'est sûr, après est-ce que vis-à-vis de ma pratique médicale, c'est à dire face aux patients, dans ce que je vais lui prescrire, dans mon attitude vis-à-vis de lui... Ah c'est dur de dire... peut-être un petit peu, quand même... Il y a ce côté de prendre en compte le vécu de la personne, ouais... en fait la mesure dans laquelle il y a un impact est difficile à quantifier je pense que la réponse au globale c'est oui ça aide parce que ça met quand même le point sur des questionnements que je n'ai jamais eu et y a y a c'est plein de vérités, pour ce qui est dit notamment au SMD et GISSMED effectivement, il y a des vrais questionnements qui sont soulevés mais par cette distanciation vis-à-vis du vécu de l'interne je trouve que c'est un poil... non c'est plus dans ma philosophie de vie, dans ma philosophie et mon rapport à la médecine, c'est plus un impact personnel, qu'un impact dans ma pratique parce que ma pratique, ça concerne surtout les patients, ça concerne pas ma personne tu vois ... je pense que oui ça sert ... en fait ça sert mais euh... mais on peut toujours faire mieux et il y aurait moyen de vraiment, d'avoir une bonne adhésion des gens si on se mettait un tout petit peu plus au niveau de leur vécu quoi en fait...

on parle beaucoup du vécu du patient mais comme c'est des cours qui chez moi ont évoqué plutôt une introspection que juste une un changement de dynamique vis-à-vis du patient je trouve qu'en se mettant au niveau de l'interne on aura une introspection de l'interne et à ce moment-là on fera émerger des nouvelles pratiques tu vois c'est comme ça que je vois les choses en tout cas.

Une dernière question je sais pas si t'es au courant mais il y a une réforme en cours du 2nd cycle avec un appel à beaucoup plus de sciences humaines, que penses-tu de cette idée ?

Je pense que c'est une bonne chose... en fait si tu veux moi y a un truc qui m'a marqué c'est que j'ai une amie qui est quelqu'un d'humainement très bien, qui est très empathique, et qui s'est fait recaler de P1 parce qu'elle avait pas le classement, alors que ça aurait fait un excellent médecin ça, j'en suis sûr et certain, ça l'a fait recaler pour dix places... Partant de cette dynamique-là je considère qu'en fait tout ce qui peut aider un externe à être un bon médecin sur le plan humain est bon à prendre, je pense que c'est indispensable qu'avant la 6e année et le concours notamment, ou bien le concours de 5e année, on sache si quelqu'un est carrément apte à prendre en charge des patients. Je dirais qu'il faudrait même plus que des cours il faudrait aussi qu'il y ait des évaluations sur ce terrain là alors j'imagine que s'ils ont mis des cours il y a peut-être des évaluations qui sont en projet... Mais enfin tu vois moi j'ai un pote externe de 5e année il a débranché une patiente en réa parce qu'il était un peu autiste et complètement inadapté quoi, et bon ça l'a suivi, et il a été fléché vers de l'anapath ou de la biologie, je sais plus mais tu vois enfin, il faut... ouais il faut que nos médecins, nos futurs médecins soient formés autrement que sur juste du biomédical. T'as quand même un changement de paradigme qui est incroyable t'es externe on t'apprend le biomédical 100% du temps tu passes interne plus de biomédical beaucoup de relationnel et beaucoup d'éthique et en fait on t'a pas du tout sensibilisé à ce sujet-là enfin Genre moi, j'ai bouffé du biomédical tout tout mon externat et d'un coup on m'a demandé de passer sur du relationnel tout ça je pense que c'est une très bonne chose de d'amener aux externes dès le départ ce côté sciences humaines qui est inhérent au métier de médecin, et qui est en fait une grosse partie du truc quoi... enfin pour moi le biomédical c'est 50% du travail mais 50% du travail, à fortiori en médecine générale, c'est surtout de rassurer les gens et de leur expliquer pourquoi leur motif au final c'est un peu de la merde et c'est pas grave quoi enfin tu vois et ça, ça nécessite une grosse partie de relationnel, et une grosse partie d'écoute que en fait on t'apprend pas, voilà, donc je pense que c'est une très bonne chose qu'ils incluent ça... Après faut voir quelle forme ça prendra, encore une fois je pense que plus on fera discuter les gens, plus on fera émerger chez eux en fait des schémas de pensées qui seront bons ou mauvais quoi, enfin c'est encore une fois si c'est juste des cours magistraux ça fonctionnera pas il faut que ce soit un truc plus interactif... notamment pour captiver les nouvelles générations je pense qu'il faut quelque chose d'interactif, qui se mette à leur niveau... sans parler de de valeur, tu vois y a pas de de plus fort, de moins fort, c'est juste à leur niveau de vécu quoi, quelle est leur expérience, si c'est des débutants en la matière, ben il faut des cours adaptés aux débutants, qui fassent émerger des interactions éventuellement... je sais pas tu vois, un texte, tu donnes à un des 2 externes un texte avec un patient méga relou, et l'autre doit interagir tu vois, sans parler de connaissance médicale ou quoi que ce soit, juste dans l'interaction dans le dans le questionnement de l'autre, ouais ça serait pas mal voilà...

4. JOURNAL DE BORD

EXTRAIT 1

Dans ces études, très tôt, dès la D1, qui coïncidait pour moi avec le début de l'externat, je ne me sentais pas satisfaite de ces études. Une amertume bizarre, souvent cachée. En D2, je suis partie faire un an de césure pour m'ouvrir à la philosophie, à l'anthropologie. Cela m'a apporté une respiration : j'avais l'impression que mon cerveau vivait, n'était pas enfermé dans cinq propositions de QCM à cocher. On me demandait de réfléchir, de me poser des questions. C'était extraordinaire. Tout au long de mon externat, j'écoutais des conférences, je suivais des cours d'éthique.

Je trouvais de plus en plus un décalage entre l'expérience intellectuelle vécue en dehors de mes études et mon quotidien d'externe. Je me souviens des Etats généraux de la bioéthique, avec des questions cruciales sur l'usage de la médecine, sa finalité : ça n'intéresse quasiment aucun étudiant en médecine autour de moi. Personne n'en avait entendu parler. J'allais dans des conférences sur les Etats généraux de la bioéthique à Sciences Po par exemple, avec beaucoup d'étudiants de toute filières hors-santé : mais mes propres pairs, les futurs praticiens qui seraient un jour concerné par la prescription des techniques abordées, n'étaient pas vraiment intéressés.

Par ailleurs j'assiste comme tous les étudiants à la montée des études sur le burn out dans les études de médecine. Il y a aussi ce rapport de Donnata Marra sortit récemment, sur la qualité de vie des étudiants en santé, et qui pointe un mal-être important. Des jeunes dans la force de l'âge. Je regarde les chiffres, ils sont effarants. Je me dis que s'il y a autant d'étudiants qui ne vont pas bien, c'est bien que quelque chose dysfonctionne dans les études de médecine. Je lis beaucoup de témoignages d'internes en souffrance, d'entretiens qualitatifs sur le burn out. Une fois, j'écoute un interne me dire qu'il a été quinze jours en arrêt de travail suite à un décès de patient dont il n'avait pu débriefer avec personne dans son service.

EXTRAIT 2 :

Janvier 2021

Philippe et moi, on en vient du coup à se demander comment les internes vivent les cours de SHS qu'ils ont avec notre faculté. Comment ces cours ont éclairé leurs parcours de soignants, leurs pratiques, leur façon de voir l'être humain, le patient, la souffrance, etc. Est-ce que cela change quelque chose pour eux ? Est-ce qu'ils y trouvent un lieu d'expression, ou un lieu de réflexion, dans ces cours ? Un exutoire peut être ? comment évaluent ils la formation reçue dans les humanités médicales, comment perçoivent ils la nécessité de l'intégration d'une formation solide en éthique, et dans le domaine des humanités médicales, manifestée par le CCNE. Est-ce que les RSCA (travaux à vocation réflexive) des étudiants de P6 sont de meilleure qualité selon que les étudiants qui les ont écrits sont exposés aux sciences humaines et sociales ? Comment les internes de MG perçoivent-ils l'apport des sciences humaines et sociales dans leur cursus pour le développement de la réflexivité ?

En fait on se dirige vers un travail:

- sur la réflexivité
 - interrogeant la formation
 - et évaluant la répercussion sur le bien-être.
-

EXTRAIT 3

18/11/2022 : reprise du travail de la thèse après 6 mois de mise en parenthèse.

Je me sens épuisée par mon stage de pédiatrie. Pendant 6 mois, je n'ai pas touché à la thèse. J'ai cravaché, travaillé, travaillé, avec des horaires difficiles et un nombre de gardes conséquent. C'était métro boulot bébé mari. Restriction des activités, tunnel. Médecine et famille.

Pendant 6 mois, j'ai évolué en suivant les réformes de l'internat qui s'annoncent : 4^e année d'internat pour les internes de médecine en générale, dans les zones sous-denses... durcissement des règles d'exercice. Licence de remplacement en danger... interdiction des vacations avant un minimum de temps d'exercice... Je me sens assommée par un système qui nous écrase, une administration qui régit nos faits et gestes, nos stages, nos déplacements, et au fond, qui façonne notre manière d'exercer. J'ai aussi vu la dégradation des conditions d'exercices à l'hôpital et du manque de personnel conduisant à prendre en charge de manière inimaginable les patients : hospitaliser dans les box d'urgences, transférer les patients en hélicoptère à Rouen, faire de l'optiflow dans les couloirs.

Je me décourage de ce sujet de thèse qui me paraît à côté de la plaque et qui me paraît enfoncer des portes ouvertes. Qui a envie de faire des SHS aujourd'hui, quand le système nous broie ou qu'il s'effondre sur place.. Tous les jours, je vois passer des publications d'internes en détresse sur les réseaux sociaux. Des internes désabusés, dégoûtés des études de médecine, des internes qui veulent arrêter, des internes révoltés mais pas assez pour tout plaquer, des internes en burn out ou déçus. Même les syndicats d'internes ont du mal à mobiliser les grévistes. Il y a comme un découragement global, une anesthésie, une torpeur. On est fatigué de se battre.

Quel interne aura envie de me répondre sur l'intérêt des SHS aujourd'hui, alors que le système de soins est au bord du précipice et que le système devient absurde. Moi-même, si je n'étais pas bien classée dans les stages ambulatoires de SASPAS et que je n'avais pas eu le luxe de pouvoir choisir le stage de GO, j'aurai pu être envoyé à >1h30 de chez moi alors que j'ai un bébé en crèche. Les autres camarades n'ont pas eu forcément la possibilité de choisir, et ont dû choisir sur le vif entre des terrains de stages tous très lointains. Je suis marquée par le fait qu'on ait reçu le fichier des terrains de stage de SASPAS 2 jours avant les choix de stage, pour un terrain de stage inconnu, loin de chez nous, que nous allons devoir suivre pendant 6 mois. Et marquée par le fait que notre équipe administrative et pédagogique locale fait pourtant tout ce qu'elle peut, entre divers impératifs, divers composants, et qu'elle-même est dépassée ou frustrée de ne pas pouvoir faire mieux. Tout le monde semble être à bout de souffle. Ça prend l'eau de toute part, et moi je fais quoi ? je fais une thèse sur l'apport des humanités médicales en médecine. J'ai à la fois l'impression d'arriver après la bataille, car mon projet arrive après les réformes des études de médecine et les travaux majeurs sur l'apport des SHS dans les études de médecine, et j'ai aussi l'impression d'être à côté de la plaque par rapport à la situation des études de médecine en France. J'ai l'impression qu'on en n'est plus là. Quand je parle de mon sujet de thèse avec d'autres internes ou médecins, ils me regardent comme si je parlais d'une autre planète, comme si j'étais en train de fumer la moquette dans la stratosphère.

Je ne sais pas quoi dire à mon directeur de thèse. Je ne sais pas comment lui dire que je doute, que tout cela me paraît vain.

EXTRAIT 4

Après Entretien avec E3

Marquée par le sourire de E3, un sourire qui veut bien dire, et bien faire. Souvent j'ai l'impression que les internes n'arrivent pas toujours à dire, à formuler ce qu'ils ont envie de dire.

Parfois, j'ai aussi l'impression qu'ils cherchent la bonne réponse à donner. Comme s'il y en avait une. Ils raisonnent encore comme pour un examen. Peut être que c'est à cause du sujet ?

Parfois, je me demande aussi si la façon dont les questions sont formulées est la bonne. Est-ce qu'elles tapent aux bons endroits ?

Je trouve que E3 n'avait pas l'air épanoui. J'aurai peut être du lui demander cash, lui poser la question. Je n'arrive pas toujours à expliciter ce que je vois.

J'ai été beaucoup trop directive dans ma façon de poser des questions. L'entretien était directif. C'est terrible. Ai-je induit ? Jusqu'où ? Ai-je biaisé mon étude ?

En plus c'est frustrant, c'est seulement au dernier entretien avec PC la semaine dernière qu'on a passé en revue la grille d'entretien et qu'il m'a dit ce qu'il ne fallait pas faire. Mais j'avais déjà mené cet entretien.

Maintenant, je me dis qu'au moins, je m'améliorerai sur les entretiens suivants.

Après Entretien E4 56 minutes

E4 est surpris par les questions. On sent qu'elles les désarçonnent, qu'il ne s'était pas posé autant de questions. Il bute, il cherche ses mots. Il paraît aussi assez déconnecté de ses émotions. C'est étonnant, pour quelqu'un qui pratique beaucoup de théâtre.

J'ai envie de me cacher, j'ai l'impression parfois de poser des questions très perchées, ou trop vaste.

Je me demande encore une fois si ma grille est la bonne.

A la fin, on discute de façon informelle, une fois que l'entretien formel est terminé. Et je le sens plus détendu. Il me demande d'expliquer mon sujet de thèse, et il dit pleins de choses intéressantes, des choses que j'aurai aimé entendre pendant l'entretien comme « c'est vrai que si on avait des cours de SHS plus tôt dans le cursus, on se sentirait mieux préparer à affronter le terrain ».

5. Récépissé CNIL



Référence CNIL :
2235333 v0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 31 juillet 2024

Madame Eleonore LE CESNE

78000 VERSAILLES

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Madame LE CESNE Eleonore

Service :

Adresse :

CP : 78000

Ville : VERSAILLES

N° SIREN/SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0608157450

Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 1 août 2024

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

6. Liste des MCU-PH

| Nom | Prénom | Corps | Site | Discipline |
|--------------------|----------------|--------|-------------------|-------------------------------------------------|
| BOREL | Stéphanie | MCU | Faculté | Sciences de la rééducation et réadaptation |
| FAURE | Pascaline | MCU | Faculté | Etudes anglophones |
| SAUVEGRAIN | Priscille | MCU | Faculté | Maïeutique |
| LEBLANC | Judith | MCU | Faculté | Sciences infirmières |
| LALOI | Aude | MCU | Faculté | Sciences de la rééducation et réadaptation |
| CHASTANG VALENTIN | Julie | MCU-MG | DMG | Médecine générale |
| CADWALLADER | Jean Sébastien | MCU-MG | DMG | Médecine générale |
| SALDANHA-GOMES | Cécilia | MCU-MG | DMG | Médecine générale |
| LAFUENTE-LAFUENTE | Carmelo | MCU-PH | Charles Foix | Médecine interne . Gériatrie |
| ALLAIRE | Manon | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Gastroentérologie; hépatologie; Addictologie |
| AMOUYAL GALAND | Chloé | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Endocrinologie diabète et maladies métaboliques |
| ARMAND | Marine | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Hématologie biologique |
| BASSEZ | Guillaume | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Histologie embryo et cytogénétique |
| BELLANNE CHANTELOT | Christine | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Génétique |
| BELLOCQ | Agnès | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Physiologie |
| BENUSIGLIO | Patrick | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Génétique |
| BOISSAN | Mathieu | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Biologie cellulaire |
| BOUGLE | Adrien | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| BOUTOLLEAU | David | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Bactériologie ; Virologie ; Hygiène |
| BUFFET | Camille | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Endocrinologie diabète et maladies métaboliques |
| CHAPIRO | Elise | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Hématologie biologique |
| CHARLOTTE | Frédéric | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Anatomie pathologique |
| COUVERT | Philippe | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Biochimie et biologie moléculaire |
| DANZIGER | Nicolas | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Physiologie |
| DAVAINÉ | Jean Michel | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire |
| DECAVELE | Maxens | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Médecine intensive- réanimation |
| DEMONDION | Pierre | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| DENIS | Jérôme | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Biologie cellulaire |
| DROUIN | Sarah | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Urologie |
| FEKKAR | Arnaud | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Parasitologie et mycologie |
| FOY | Jean-Philippe | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| GALLO | Antonio | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Nutrition |
| GARDERET | Laurent | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Hématologie clinique |
| GAY | Frédéric | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Parasitologie et mycologie |
| GENSER | Laurent | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie viscérale et digestive |
| GOUMARD | Claire | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie viscérale et digestive |
| GUIHOT | Amélie | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Immunologie |
| HABERT | Marie Odile | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Biophysique et médecine nucléaire |
| JAMES | Arthur | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| JARY | Aude | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière |
| JERU | Isabelle | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Génétique |
| LAHLOU | Ghislène | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Oto-rhino-laryngologie |

| | | | | |
|------------------|--------------|--------|-------------------|----------------------------------------------|
| LAMBRECQ | Virginie | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Physiologie |
| LAURENT-LEVINSON | Claudine | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Pédo psychiatrie |
| LE BIHAN | Johanne | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Biologie cellulaire |
| MAKSUD | Philippe | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Biophysique et médecine nucléaire |
| MARIANI | Louise-Laure | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Pharmacologie clinique / neurologie |
| MARIE-HARDY | Laura | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| MATHON | Bertrand | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Neurochirurgie |
| NABET | Cécile | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Parasitologie et mycologie |
| NAVA | Caroline | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Génétique |
| PALICH | Romain | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Maladies infectieuses ; Maladies tropicales |
| PATOUT | Maxime | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Pneumologie; Addictologie |
| PEYRE | Matthieu | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Neurochirurgie |
| PHILIPPON | Anne-Laure | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Médecine d'urgence |
| PLU | Isabelle | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Médecine légale |
| RENAUD | Florence | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROHAUT | Benjamin | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| ROSENZWAIG | Michelle | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Immunologie |
| SEISEN | Thomas | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Urologie |
| SERRESSE | Laure | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Médecine palliative |
| STERLIN | Delphine | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Immunologie |
| THELLIER | Marc | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Parasitologie et mycologie |
| TOUAT | Madhi | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| TOUHAMI | Sarah | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Ophthalmologie |
| VILLAIN | Nicolas | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| VULSER | Hélène | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Psychiatrie d'adultes; Addictologie |
| ZEITOUNI | Michel | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Physiologie/Cardiologie |
| ZERAH | Lorène | MCU-PH | Pitié-Salpêtrière | Médecine interne . Gériatrie |
| COLBOC | Hester | MCU-PH | Rothschild | Médecine interne . Gériatrie |
| HADDAD | Rebecca | MCU-PH | Rothschild | Médecine physique et réadaptation |
| BRISSOT | Eolia | MCU-PH | Saint-Antoine | Hématologie clinique |
| CAMBON | Adeline | MCU-PH | Saint-Antoine | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| CERVERA | Pascale | MCU-PH | Saint-Antoine | Anatomie pathologique |
| COHEN | Romain | MCU-PH | Saint-Antoine | Cancérologie ; Radiothérapie |
| COURTIES | Alice | MCU-PH | Saint-Antoine | Rhumatologie |
| ECKERT | Catherine | MCU-PH | Saint-Antoine | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| EGUETHER | Thibaut | MCU-PH | Saint-Antoine | Biochimie et biologie moléculaire |
| GOZLAN | Joël | MCU-PH | Saint-Antoine | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| GRABAR | Sophie | MCU-PH | Saint-Antoine | Biostatistiques, informatique médicale et .. |
| GUITARD | Juliette | MCU-PH | Saint-Antoine | Parasitologie et mycologie |
| HIRSCH | Pierre | MCU-PH | Saint-Antoine | Hématologie biologique |
| JOFFRE | Jérémie | MCU-PH | Saint-Antoine | Médecine intensive-réanimation |
| KIRCHGESNER | Julien | MCU-PH | Saint-Antoine | Gastroentérologie; hépatologie; Addictologie |
| LAMBERT-NICLOT | Sidonie | MCU-PH | Saint-Antoine | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| LAPIDUS | Nathanael | MCU-PH | Saint-Antoine | Biostatistiques, Informatique médicale et |
| LEMOINNE | Sara | MCU-PH | Saint-Antoine | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| MORENO-SABATER | Alicia | MCU-PH | Saint-Antoine | Parasitologie et mycologie |

| | | | | |
|--------------------|-----------|--------|---------------|---------------------------------------------------|
| SURGERS | Laure | MCU-PH | Saint-Antoine | Maladies infectieuses ; Maladies tropicales |
| TANKOVIC | Jacques | MCU-PH | Saint-Antoine | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| TEZENAS DU MONTCEL | Sophie | MCU-PH | Saint-Antoine | Biostatistiques, Informatique médicale et |
| VALLET | Hélène | MCU-PH | Saint-Antoine | Médecine interne . Gériatrie |
| VATIER | Camille | MCU-PH | Saint-Antoine | Biologie cellulaire |
| VERDONK | Franck | MCU-PH | Saint-Antoine | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| VIMONT BILLARANT | Sophie | MCU-PH | Saint-Antoine | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| VORON | Thibault | MCU-PH | Saint-Antoine | Chirurgie viscérale et digestive |
| BARRAL | Matthias | MCU-PH | Tenon | Radiologie et imagerie médicale |
| BEURTON | Alexandra | MCU-PH | Tenon | Médecine intensive-réanimation |
| CHASSET | François | MCU-PH | Tenon | Dermato-vénéréologie |
| CRISTOFARI | Sarra | MCU-PH | Tenon | Chirurgie plastique, reconstrutrice et esthétique |
| DOIZI | Steeve | MCU-PH | Tenon | Urologie |
| DUPONT | Charlotte | MCU-PH | Tenon | Biologie et médecine de la reproduction |
| FAJAC-CALVET | Anne | MCU-PH | Tenon | Histologie embryo et cytogénétique |
| GARNIER | Marc | MCU-PH | Tenon | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| GEROTZIAFAS | Grigoris | MCU-PH | Tenon | Hématologie immunologie |
| HENTZEN | Claire | MCU-PH | Tenon | Médecine physique et réadaptation |
| LUQUE | Yosu | MCU-PH | Tenon | Néphrologie |
| MAITRE | Thomas | MCU-PH | Tenon | Pneumologie |
| RIVIN DEL CAMPO | Eléonor | MCU-PH | Tenon | Cancérologie ; Radiothérapie |
| SOUSSAN | Patrick | MCU-PH | Tenon | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| VOIRIOT | Guillaume | MCU-PH | Tenon | Médecine intensive-réanimation |
| BACHY | Manon | MCU-PH | Trousseau | Chirurgie infantile |
| BENAROUS | Xavier | MCU-PH | Trousseau | Pédo psychiatrie |
| BRIOUDE | Frédéric | MCU-PH | Trousseau | Physiologie |
| CHOLLAT | Clément | MCU-PH | Trousseau | Pédiatrie |
| DELORME | Pierre | MCU-PH | Trousseau | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| DHOMBRES | Ferdinand | MCU-PH | Trousseau | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| EL KHATTABI | Laïla | MCU-PH | Trousseau | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| GIABICANI | Eloïse | MCU-PH | Trousseau | Physiologie |
| GIURGEA | Irina | MCU-PH | Trousseau | Génétique |
| GUEDJ | Romain | MCU-PH | Trousseau | Pédiatrie |
| GUILBAUD | Lucie | MCU-PH | Trousseau | Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale |
| LALLEMANT | Pauline | MCU-PH | Trousseau | Médecine physique et réadaptation |
| RAMBAUD | Jérôme | MCU-PH | Trousseau | Pédiatrie |
| SCHNURIGER | Aurélie | MCU-PH | Trousseau | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| SIMONIN | Mathieu | MCU-PH | Trousseau | Pédiatrie |
| TAYTARD | Jessica | MCU-PH | Trousseau | Physiologie |

7. Liste des PU-PH

| Nom | Prénom | Corps | Site | CNU | Discipline |
|------|------------|-------|-------------------|-------|-------------------------------------------|
| ACAR | Christophe | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-03 | Chirurgie thoracique et cardio vasculaire |

| | | | | | |
|----------------|---------------|-------|-------------------|-------|----------------------------------------------------|
| AIT OUFELLA | Hafid | PU-PH | Saint-Antoine | 48-02 | Médecine intensive-réanimation |
| ALAMOWITCH | Sonia | PU-PH | Saint-Antoine | 49-01 | Neurologie |
| ALLENBACH | Yves | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| AMARENCO | Gérard | PU-PH | Tenon | 49-05 | Médecine Physique et Réadaptation |
| AMOURA | Zahir | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| AMSELEM | Serge | PU-PH | Trousseau | 47-04 | Génétique |
| ANDRE | Thierry | PU-PH | Saint-Antoine | 47-02 | Cancérologie ; Radiothérapie |
| ANDREELLI | Fabrizio | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 54-04 | Endocrinologie , Diabétologie |
| APARTIS | Emmanuelle | PU-PH | Saint-Antoine | 44-02 | Physiologie |
| ARNULF | Isabelle | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie |
| ARON WISNEWSKY | Judith | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 44-04 | Nutrition |
| ARRIVE | Lionel | PU-PH | Saint-Antoine | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |
| ASSOUAD | Jalal | PU-PH | Tenon | 51-03 | Chirurgie thoracique et cardio vasculaire |
| ASTAGNEAU | Pascal | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 46-01 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| ATLAN | Michaël | PU-PH | Tenon | 50-04 | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique |
| AUBART COHEN | Fleur | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| AUBRY | Alexandra | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 45-01 | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| AUDO | Isabelle | PU-PH | 15/20 | 55-02 | Ophthalmologie |
| AUDRY | Georges | PU-PH | Trousseau | 54-02 | Chirurgie infantile |
| BACHELOT | Anne | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 54-04 | Endocrinologie |
| BACHET | Jean Baptiste | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-01 | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| BAGNIS | Corinne | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-03 | Néphrologie |
| BALLADUR | Pierre | PU-PH | Saint-Antoine | 52-02 | Chirurgie viscérale et digestive |
| BARBAUD | Annick | PU-PH | Tenon | 50-03 | Dermatologie |
| BAUJAT | Bertrand | PU-PH | Tenon | 55-01 | ORL |
| BAYEN | Eléonore | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-05 | Médecine Physique et Réadaptation |
| BAZOT | Marc | PU-PH | Tenon | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |
| BEAUGERIE | Laurent | PU-PH | Saint-Antoine | 52-01 | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| BELMIN | Joël | PU-PH | CharlesFoix | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| BENVENISTE | Olivier | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| BERENBAUM | Francis | PU-PH | Saint-Antoine | 50-01 | Rhumatologie |
| BERTOLUS | Chloé | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 55-03 | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| BIELLE | Franck | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 42-03 | Anatomie pathologique |
| BLONDIAUX | Eléonore | PU-PH | Trousseau | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |
| BOCCARA | Franck | PU-PH | Saint-Antoine | 51-02 | Cardiologie |
| BODAGHI | Bahram | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 55-02 | Ophthalmologie |
| BODDAERT | Jacques | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| BODINI | Benedetta | PU-PH | Saint-Antoine | 49-01 | Neurologie |
| BOELLE | Pierre Yves | PU-PH | Saint-Antoine | 46-04 | Biostatistiques, Informatique médicale et |
| BOFFA | J-Jacques | PU-PH | Tenon | 52-03 | Néphrologie |
| BONNET | Marie-Pierre | PU-PH | Trousseau | 48-01 | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| BORDERIE | Vincent | PU-PH | 15/20 | 55-02 | Ophthalmologie |
| BOUHERAOUA | Nacim | PU-PH | 15/20 | 55-02 | Ophthalmologie |

| | | | | | |
|------------------|-----------------|-------|-------------------|-------|---------------------------------------------------|
| BOURRON | Olivier | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 54-04 | Endocrinologie |
| BRICE | Alexis | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-04 | Génétique |
| BROCHERIOU | Isabelle | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 42-03 | Anatomie pathologique |
| BRUNETEAU | Gaëlle | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie |
| BUOB | David | PU-PH | Tenon | 42-03 | Anatomie pathologique |
| CACOUB | Patrice | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| CADRANEL | Jacques | PU-PH | Tenon | 51-01 | Pneumologie |
| CALVEZ | Vincent | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 45-01 | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| CAMUS DUBOC | Marine | PU-PH | Saint-Antoine | 52-01 | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| CANLORBE | Geoffroy | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 54-03 | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| CARBAJAL | Diomedes | PU-PH | Trousseau | 54-01 | Pédiatrie |
| CARPENTIER | Alexandre | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-02 | Neurochirurgie |
| CARRAT | Fabrice | PU-PH | Saint-Antoine | 46-04 | Biostatistiques, Informatique médicale et |
| CARRIE | Alain | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 44-01 | Biochimie et biologie moléculaire |
| CATALA | Martin | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 42-02 | Histologie embryo et cytogénétique |
| CAUMES | Eric | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 45-03 | Maladies infectieuses |
| CHABBERT BUFFET | Nathalie | PU-PH | Tenon | 54-04 | Endocrinologie |
| CHARRON | Philippe | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-04 | Génétique |
| CHARTIER KASTLER | Emmanuel | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-04 | Urologie |
| CHAZOUILLERES | Olivier | PU-PH | Saint-Antoine | 52-01 | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| CHICHE | Laurent | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-04 | Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire |
| CHRISTIN-MAITRE | Sophie | PU-PH | Saint-Antoine | 54-04 | Endocrinologie |
| CLARENCON | Frédéric | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |
| CLEMENT LAUSCH | Karine | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 44-04 | Nutrition |
| CLUZEL | Philippe | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |
| COCHENNEC-PALIWO | Frédéric | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-04 | Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire |
| COHEN | Laurent | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie |
| COHEN | David | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-04 | Pédo psychiatrie |
| COHEN | Aron | PU-PH | Saint-Antoine | 51-02 | Cardiologie |
| COMBES | Alain | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-02 | Médecine intensive-réanimation |
| CONSTANT | Isabelle | PU-PH | Trousseau | 48-01 | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| CONSTANTIN | Jean-Michel | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-01 | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| CONTI-MOLLO | Filomena | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 44-03 | Biologie cellulaire |
| COPPO | Paul | PU-PH | Saint-Antoine | 47-01 | Hématologie clinique |
| CORDIER | Anne-Gaël | PU-PH | Tenon | 54-03 | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| CORVOL | Jean Christophe | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie |
| CORVOL | Henriette | PU-PH | Trousseau | 54-01 | Pédiatrie |
| COULET | Florence | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-04 | Génétique |
| COULOMB | Aurore | PU-PH | Trousseau | 42-03 | Anatomie pathologique |
| DARAI | Emile | PU-PH | Tenon | 54-03 | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| DAVI | Frédéric | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-01 | Hématologie biologique |
| DECHARTRES | Agnès | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 46-01 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |

| | | | | | |
|------------------|-------------|-------|-------------------|-------|----------------------------------------------|
| DEGOS | Vincent | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-01 | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| DELHOMMEAU | François | PU-PH | Saint-Antoine | 47-01 | Hématologie biologique |
| DEMOULE | Alexandre | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-02 | Médecine intensive-réanimation |
| DOMMERGUES | Marc | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 54-03 | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| DORMONT | Didier | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |
| DRAY | Xavier | PU-PH | Saint-Antoine | 52-01 | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| DRES | Martin | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-02 | Médecine intensive-réanimation |
| DUBERN | Béatrice | PU-PH | Trousseau | 54-01 | Pédiatrie |
| DUCOU LE POINTE | Hubert | PU-PH | Trousseau | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |
| DUGUET | Alexandre | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-01 | Pneumologie |
| DUPONT DUFRESNE | Sophie | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 42-01 | Anatomie / SSR |
| DURR | Alexandra | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-04 | Génétique |
| DUSSAULE | Jean-Claude | PU-PH | Saint-Antoine | 44-02 | Physiologie |
| DUVAL | Alex | PU-PH | Saint-Antoine | 44-01 | Biochimie et biologie moléculaire |
| EL KAROUI | Khalil | PU-PH | Tenon | 52-03 | Néphrologie |
| FAIN | Olivier | PU-PH | Saint-Antoine | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| FARTOUKH | Muriel | PU-PH | Tenon | 48-02 | Médecine intensive-réanimation / Pneumologie |
| FAUTREL | Bruno | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 50-01 | Rhumatologie |
| FERRERI | Florian | PU-PH | Saint-Antoine | 49-03 | Psychiatrie adultes |
| FEVE | Bruno | PU-PH | Saint-Antoine | 54-04 | Endocrinologie |
| FITUSSI | Frank | PU-PH | Trousseau | 54-02 | Chirurgie infantile |
| FLAMAND ROZE | Emmanuel | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie |
| FOIX L'HELIAS | Laurence | PU-PH | Trousseau | 54-01 | Pédiatrie |
| FONTAINE | Bertrand | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie |
| FOSSATI | Philippe | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-03 | Psychiatrie adultes |
| FRANCOIS-PRADIER | Hélène | PU-PH | Tenon | 52-03 | Néphrologie |
| FRERE | Corinne | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-01 | Hématologie biologique |
| FREUND | Yonathan | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-05 | Médecine d'urgence |
| GALANAUD | Damien | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |
| GALICHON | Pierre | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-03 | Néphrologie |
| GANDJBAKHCH | Estelle | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-02 | Cardiologie |
| GAUJOUX | Christophe | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-02 | Chirurgie viscérale et digestive |
| GEORGIN-LAVIALE | Sophie | PU-PH | Tenon | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| GIRARD | Xavier | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-04 | Thérapeutique / Endocrino |
| GLIGOROV | Joseph | PU-PH | Tenon | 47-02 | Cancérologie ; Radiothérapie |
| GONZALEZ | Jésus | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-01 | Pneumologie |
| GOROCHOV | Guy | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-03 | Immunologie |
| GOSSEC | Laure | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 50-01 | Rhumatologie |
| GRABLI | David | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie |
| GRIMPREL | Emmanuel | PU-PH | Trousseau | 54-01 | Pédiatrie |
| GUIDET | Bertrand | PU-PH | Saint-Antoine | 48-02 | Médecine intensive-réanimation |
| HAJAGE | Damien | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 46-04 | Biostatistiques, Informatique médicale et |
| HAMMOUDI | Nadjib | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-02 | Cardiologie |
| HAROCHE | Julien | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| HARTEMANN | Agnès | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 54-04 | Endocrinologie , Diabétologie |

| | | | | | |
|----------------|---------------|-------|-------------------|-------|-------------------------------------------|
| HATEM | Stéphane | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 44-02 | Physiologie / Cardio |
| HAUSFATER | Pierre | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-05 | Médecine d'urgence |
| HAYMANN | Jean Philippe | PU-PH | Tenon | 44-02 | Physiologie |
| HELFT | Gérard | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-02 | Cardiologie |
| HENNEQUIN | Christophe | PU-PH | Saint-Antoine | 45-02 | Parasitologie |
| HERITIER | Sébastien | PU-PH | Trousseau | 54-01 | Pédiatrie |
| HOANG XUAN | Khê | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie |
| HUGUET | Florence | PU-PH | Tenon | 47-02 | Cancérologie ; Radiothérapie |
| IDBAIH | Ahmed | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie |
| IRTAN | Sabine | PU-PH | Trousseau | 54-02 | Chirurgie infantile |
| ISNARD | Richard | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-02 | Cardiologie |
| JOUANNIC | Jean Marie | PU-PH | Trousseau | 54-03 | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| KALAMARIDES | Michel | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-02 | Neurochirurgie |
| KARACHI | Carine | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-02 | Neurochirurgie |
| KAS | Aurélie | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 43-01 | Biophysique et médecine nucléaire |
| KAYEM | Gilles | PU-PH | Trousseau | 54-03 | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| KERNEIS | Mathieu | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-02 | Cardiologie |
| KINUGAWA | Kiyoka | PU-PH | CharlesFoix | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| KLATZMANN | David | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-03 | Immunologie |
| LACOMBE | Karine | PU-PH | Saint-Antoine | 45-03 | Maladies infectieuses |
| LACORTE | Jean Marc | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 44-03 | Biologie cellulaire |
| LAMAZIERE | Antonin | PU-PH | Saint-Antoine | 44-01 | Biochimie et biologie moléculaire |
| LANDMAN-PARKER | Judith | PU-PH | Trousseau | 54-01 | Pédiatrie |
| LAPILLONNÉ | Hélène | PU-PH | Trousseau | 47-01 | Hématologie biologique |
| LAVENEZIANA | Pierantonio | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 44-02 | Physiologie |
| LAZENNEC | Jean Yves | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 42-01 | Anatomie/Chirurgieorthopédique |
| LE FEUVRE | Claude | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-02 | Cardiologie |
| LE GUERN | Eric | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-04 | Génétique |
| LEBRETON | Guillaume | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-03 | Chirurgie thoracique et cardio vasculaire |
| LEFEVRE | Jérémie | PU-PH | Saint-Antoine | 52-02 | Chirurgie viscérale et digestive |
| LEGER | Pierre Louis | PU-PH | TRS | 54-01 | Pédiatrie |
| LEGREND | Olivier | PU-PH | Saint-Antoine | 47-01 | Hématologie clinique |
| LEHERICY | Stéphane | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |
| LEPRINCE | Pascal | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-03 | Chirurgie thoracique et cardio vasculaire |
| LETAVERNIER | Emmanuel | PU-PH | Tenon | 44-02 | Physiologie |
| LEVERGER | Guy | PU-PH | Trousseau | 54-01 | Pédiatrie |
| LEVY | Richard | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie |
| LEVY | Rachel | PU-PH | Tenon | 54-05 | Biologie et médecine de la reproduction |
| LORROT | Mathie | PU-PH | Trousseau | 54-01 | Pédiatrie |
| LOTZ | Jean-Pierre | PU-PH | Tenon | 47-02 | Cancérologie ; Radiothérapie |
| LOUAPRE | Céline | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie |
| LUBETZKI | Catherine | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie |
| LUCIDARME | Olivier | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |
| LUSSEY | Charlotte | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 43-01 | Biophysique et médecine nucléaire |

| | | | | | |
|-----------------|---------------------|-------|-------------------|-------|---------------------------------------------------|
| LUYT | Edouard | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-02 | Médecine intensive-réanimation |
| MAINGON | Philippe | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-02 | Cancérologie ; Radiothérapie |
| MALARD | Florent | PU-PH | Saint-Antoine | 47-01 | Hématologie clinique |
| MANESSE-CONSO | Angèle | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-04 | Pédo psychiatrie |
| MARCELIN | Anne Geneviève | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 45-01 | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| MARIN | Benoit | PU-PH | Trousseau | 46-01 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MAURY | Eric | PU-PH | Saint-Antoine | 48-02 | Médecine intensive-réanimation |
| MEKINIAN | Arsène | PU-PH | Saint-Antoine | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| MENEGAUX | Fabrice | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-02 | Chirurgie viscérale et digestive |
| MESNARD | Laurent | PU-PH | Tenon | 52-03 | Néphrologie |
| MILLET | Bruno | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-03 | Psychiatrie adultes |
| MIYARA | Makoto | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-03 | Immunologie |
| MOCHEL | Fanny | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-04 | Génétique |
| MOHTY | Mohamad | PU-PH | Saint-Antoine | 47-01 | Hématologie clinique |
| MONSEL | Antoine | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-01 | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| MONTADESCOT | Gilles | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-02 | Cardiologie |
| MONTRAVERS | Françoise | PU-PH | Tenon | 43-01 | Biophysique et médecine nucléaire |
| MORAND | Laurence | PU-PH | Saint-Antoine | 45-01 | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| MORELOT PANZINI | Capucine | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-01 | Pneumologie |
| MOZER | Pierre | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-04 | Urologie |
| NACCACHE | Lionel | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 44-02 | Physiologie / Neurologie |
| NATHAN MOULIN | Nadia | PU-PH | Trousseau | 54-01 | Pédiatrie |
| NAVARRO | Vincent | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie |
| NETCHINE | Irène | PU-PH | Trousseau | 44-02 | Physiologie |
| NGUYEN | Yann | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 55-01 | ORL |
| NGUYEN KHAC | Florence | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-01 | Hématologie biologique |
| NGUYEN QUOC | Stéphanie | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-01 | Hématologie clinique |
| NIZARD | Jacky | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 54-03 | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| OPPERT | Jean Michel | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 44-04 | Nutrition |
| PÂQUES | Michel | PU-PH | 15/20 | 55-02 | Ophthalmologie |
| PARC | Yann | PU-PH | Saint-Antoine | 52-02 | Chirurgie viscérale et digestive |
| PASCAL | MOUSSELLAH RuDgu es | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 50-02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| PATERON | Dominique | PU-PH | Saint-Antoine | 48-05 | Médecine d'urgence |
| PAUTAS | Eric | PU-PH | CharlesFoix | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| PAYE | François | PU-PH | Saint-Antoine | 52-02 | Chirurgie viscérale et digestive |
| PERETTI | Charles-Siegrid | PU-PH | Saint-Antoine | 49-03 | Psychiatrie adultes |
| PETIT | Arnaud | PU-PH | Trousseau | 54-01 | Pédiatrie |
| PHE | Véronique | PU-PH | Tenon | 52-04 | Urologie |
| PIALOUX | Gilles | PU-PH | Tenon | 45-03 | Maladies infectieuses |
| PIARROUX | Renaud | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 45-02 | Parasitologie |
| POITOU BERNERT | Christine | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 44-04 | Nutrition |
| POURCHER | Valérie | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 45-03 | Maladies infectieuses |
| PUYBASSET | Louis | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-01 | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| PYATIGORSKAYA | Nadya | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |

| | | | | | |
|------------------|------------|-------|-------------------|-------|-------------------------------------------|
| QUESNEL | Christophe | PU-PH | Tenon | 48-01 | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| RATIU | Vlad | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-01 | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| RAUX | Mathieu | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-01 | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| REDHEUIL | Alban | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |
| RENARD PENNA | Raphaële | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |
| RIOU | Bruno | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-05 | Médecine d'urgence |
| ROBAIN | Gilberte | PU-PH | Rothschild | 49-05 | Médecine Physique et Réadaptation |
| ROBERT | Jérôme | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 45-01 | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| RODRIGUEZ | Diana | PU-PH | Trousseau | 54-01 | Pédiatrie |
| ROOS-WEIL | Damien | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-01 | Hématologie clinique |
| ROSMORDUC | Olivier | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-01 | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| ROSSO | Charlotte | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie / urgences |
| ROTGE | Jean-Yves | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-03 | Psychiatrie adultes |
| ROUPRET | Morgan | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-04 | Urologie |
| RUDLER | Marika | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-01 | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| SAADOUN | David | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| SALEM | Joe Elie | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-03 | Pharmacologie clinique |
| SANSON | Marc | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 42-02 | Histologie embryo et cytogénétique |
| SARI ALI | El Hadi | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 50-02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| SAUTET | Alain | PU-PH | Saint-Antoine | 50-02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| SCATTON | Olivier | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-02 | Chirurgie viscérale et digestive |
| SCHMIDT | Mathieu | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-02 | Médecine intensive-réanimation |
| SCHOUMAN | Thomas | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 55-03 | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| SEILHEAN | Danielle | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 42-03 | Anatomie pathologique / neurologie |
| SEKSIK | Philippe | PU-PH | Saint-Antoine | 52-01 | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| SELLAM | Jérémie | PU-PH | Saint-Antoine | 50-01 | Rhumatologie |
| SEROUSSI FREDEAU | Brigitte | PU-PH | Tenon | 46-04 | Biostatistiques, Informatique médicale et |
| SILVAIN | Johanne | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-02 | Cardiologie |
| SIMILOWSKI | Thomas | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 51-01 | Pneumologie |
| SIMON | Tabassome | PU-PH | Saint-Antoine | 48-03 | Pharmacologie biologique |
| SOKOL | Harry | PU-PH | Saint-Antoine | 52-01 | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| SORIA | Angèle | PU-PH | Tenon | 50-03 | Dermatologie |
| SPANO | J-Philippe | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 47-02 | Cancérologie ; Radiothérapie |
| STANKOFF | Bruno | PU-PH | Saint-Antoine | 49-01 | Neurologie |
| STEICHEN | Olivier | PU-PH | Tenon | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| STRAUS | Christian | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 44-02 | Physiologie |
| SVRECK | Magali | PU-PH | Saint-Antoine | 42-03 | Anatomie pathologique |
| TANKERE | Frédéric | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 55-01 | ORL |
| THABUT | Dominique | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-01 | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| THOMASSIN-NAGGAR | Isabelle | PU-PH | Tenon | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |
| TOUBOUL | Cyril | PU-PH | Tenon | 54-03 | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| TOUITOU | Valérie | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 55-02 | Ophthalmologie |
| TOUNIAN | Patrick | PU-PH | Trousseau | 54-01 | Pédiatrie |

| | | | | | |
|----------------|--------------|-------|-------------------|-------|---------------------------------------------------|
| TOURNAINE | Philippe | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 54-04 | Endocrinologie |
| TOURRET-ARNAUD | Jérôme | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-03 | Néphrologie |
| TRAXER | Olivier | PU-PH | Tenon | 52-04 | Urologie |
| TUBACH | Florence | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 46-01 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| ULINSKI | Tim | PU-PH | Trousseau | 54-01 | Pédiatrie |
| UZAN | Catherine | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 54-03 | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| VAILLANT | J-Christophe | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 52-02 | Chirurgie viscérale et digestive |
| VERNY | Marc | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 53-01 | Médecine interne . Gériatrie |
| VEZIRIS | Nicolas | PU-PH | Saint-Antoine | 45-01 | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| VIALLE | Raphaël | PU-PH | Trousseau | 54-02 | Chirurgie infantile |
| VIDAILHET | Marie-José | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 49-01 | Neurologie |
| VIGOUROUX | Corinne | PU-PH | Saint-Antoine | 44-03 | Biologie cellulaire |
| WAGNER | Mathilde | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 43-02 | Radiologie et imagerie médicale |
| WEISS | Nicolas | PU-PH | Pitié-Salpêtrière | 48-04 | Thérapeutique/reà médicale / neuro |
| WENDUM | Dominique | PU-PH | Saint-Antoine | 42-03 | Anatomie pathologique |
| WORBE | Youlia | PU-PH | Saint-Antoine | 44-02 | Physiologie/neurologie |
| YORDANOV | Youri | PU-PH | Saint-Antoine | 48-05 | Médecine d'urgence |

8. Serment d'Hippocrate

SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, 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 moeurs 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.*

RESUME

Introduction : Les rapports entre la médecine et la société évoluent. La médecine moderne était fondée sur le remède d'une pathologie, le paradigme de la santé du 21^e siècle oriente la médecine vers une amélioration de la santé, ce qui médicalise les sphères de l'existence et sollicitent les enjeux sociaux du soin. Les attentes des patients et de la société évoluent. Par ailleurs, l'insatisfaction de la relation de soin et un sentiment de diminution de l'humanisme médical grandit, ainsi qu'un contexte de mal-être des étudiants en médecine. L'ensemble de ces observations a conduit les responsables pédagogiques à se pencher sur le curriculum formel des étudiants, et de considérer l'influence de ce curriculum formel sur la construction de leur identité professionnelle (IP). Le contexte de la réforme R2C transforme peu à peu la formation médicale française, en variant le profil de recrutement des étudiants et dans l'attention aux outils pédagogiques enseignés, avec une plus grande valence pour les sciences humaines et sociales (SHS). A Sorbonne Université, le département de médecine générale anticipe certaines intuitions de la R2C et propose depuis plusieurs années un corpus pédagogique de SHS aux internes en médecine générale, composé de trois modules : Atelier Médecine-Humanités, Santé Médecine Décision, Médecine Narrative.

Question de recherche : Quel est l'apport du corpus pédagogique de SHS du département de Médecine Générale de Sorbonne Université dans la construction de leur identité professionnelle ?

Matériaux et méthodes : Cette thèse qualitative s'inspire de la théorisation ancrée, et utilise une triangulation des méthodes par association verbale et entretiens individuels semi-dirigés. La population d'études concerne les T2 et T3 de Sorbonne Université qui ont participé à au moins 1 cours.

Résultats : Le recrutement a lieu entre février 2022 et septembre 2023. Alors que l'idée du bon médecin tend vers une incorporation harmonieuse de compétences biomédicales, relationnelles, et cognitives (réflexivité, pensée complexe) dans une subjectivité assumée, les résultats suggèrent une polarisation du professionnalisme sur le champ biomédical, technique, lié au paradigme biomédical extensif du curriculum formel antérieurement à la R2C. Ce paradigme, par son aspect totalisant, est susceptible d'appauvrir l'identité professionnelle de l'étudiant, dans ses composantes cognitives (saturation cognitive, perte de réflexivité, impréparation à la complexité), émotionnelles (neutralisation émotionnelle, négation de la subjectivité, perte de sens) et relationnelles (anonymat, verticalité des rapports et réduction des individus à des stéréotypes identitaires). Le corpus pédagogique étudié s'insère comme une proposition qui permet une ouverture, un décloisonnement des composantes cognitives, émotionnelles et relationnelles.

Discussion : Les internes en médecine entrent dans une série de négociations identitaires tout au long de leur cursus, en fonction des informations reçues, avec l'identité visée du bon médecin. Le paradigme biomédical plonge l'étudiant et le formateur dans un *habitus* qui efface le sujet (médecin ou patient) derrière sa fonction. Il oriente le curriculum caché en priorisant les connaissances médicales ou les compétences techniques sur les autres compétences, ce qui va ne suffit pas à répondre aux attendus du bon médecin, et pérennise des lacunes découlant du manque de polarisation sur d'autres domaines de compétences, dont certaines relèvent des sciences humaines et sociales dans leurs fondements disciplinaires.

Les SHS décalent l'étudiant dans ses certitudes, ses vues d'esprit, sa façon d'être au monde. Il s'opère en lui une réorganisation de sa pensée, de ses représentations, de ses valeurs et de ses convictions, mais également de ses émotions, de la manière dont il s'éprouve lui-même. Cette *ouverture* perçue par les étudiants s'inscrit en opposition à la *tunnelisation* éprouvée au cours du second cycle.

Conclusion Les SHS s'inscrivent à contre-courant du paradigme biomédical et de l'objectivité scientifique. Elles réordonnent le point d'ancrage de l'exercice de la médecine, sur le patient et sur le médecin, dont l'exercice est traversé d'enjeux et de phénomènes divers qui dépasse le champ biomédical pur. Les SHS situent le médecin et le patient dans leurs contextes sociaux, psychologiques, culturels, et éclairent les perspectives, les fondements et les conceptions du soin qui sous-tendent la manière dont le futur praticien exerce en propre, et en collectif, la médecine. Cette thèse soutient certaines intuitions de la R2C et encourage le développement des SHS dans le curriculum formel des études de médecine.

Mots clefs : identité professionnelle, curriculum caché, sciences humaines et sociales, humanités médicales, pédagogie médicale, médecine générale