



HAL
open science

Comment les internes de médecine générale développent-ils leur professionnalisme en dehors du cursus facultaire? Éclairage sur les apprentissages informels et le curriculum caché. Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès des internes du DES de Clermont-Ferrand issus des promotions 2015 et 16 des ECN

Jean Taillandier

► **To cite this version:**

Jean Taillandier. Comment les internes de médecine générale développent-ils leur professionnalisme en dehors du cursus facultaire? Éclairage sur les apprentissages informels et le curriculum caché. Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès des internes du DES de Clermont-Ferrand issus des promotions 2015 et 16 des ECN. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03594223

HAL Id: dumas-03594223

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03594223v1>

Submitted on 2 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

TAILLANDIER Jean Marie Jacques Robert Pierre

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 mai 2021.

Comment les internes de médecine générale développent-ils leur professionnalisme en dehors du cursus facultaire ?

Éclairage sur les apprentissages informels et le curriculum caché.

Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès des internes du DES de Clermont-Ferrand issus des promotions 2015 et 16 des ECN.

Directeur de thèse : Monsieur TANGUY Gilles, Professeur, Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand.

Président du jury : Monsieur CLÉMENT Gilles, Professeur, Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand.

Membres du jury : Monsieur LAUTRETTE Alexandre, Professeur, Néphrologie Réanimation Médicale, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand.

Madame LAPORTE Catherine, Professeure, Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand.



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

TAILLANDIER Jean Marie Jacques Robert Pierre

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 mai 2021.

Comment les internes de médecine générale développent-ils leur professionnalisme en dehors du cursus facultaire ?

Éclairage sur les apprentissages informels et le curriculum caché.

Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès des internes du DES de Clermont-Ferrand issus des promotions 2015 et 16 des ECN.

Directeur de thèse : Monsieur TANGUY Gilles, Professeur, Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand.

Président du jury : Monsieur CLÉMENT Gilles, Professeur, Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand.

Membres du jury : Monsieur LAUTRETTE Alexandre, Professeur, Néphrologie Réanimation Médicale, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand.

Madame LAPORTE Catherine, Professeure, Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand.

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **FOGLI** Anne
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François

◆◆◆◆

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOIX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes

M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-physiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
------------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

2ème CLASSE

M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
DE MEDECINE GENERALE**

1ère CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

2ème CLASSE

Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mlle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie

Mme MARTEIL Gaëlle
M. PINEL Alexandre

Biologie de la Reproduction
Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre
Mme ESCHALIER Bénédicte
Mme RICHARD Amélie
M. TESSIERES Frédéric
Mme ROUGE Laure

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

REMERCIEMENTS ET DÉDICACES

À Monsieur le Professeur Gilles Clément, pour avoir accepté la présidence de cette thèse et votre implication dans la formation des étudiants, merci pour cet honneur. Nous souhaitons vous proposer une lecture pertinente d'un sujet dont vous connaissez l'importance.

À Monsieur le Professeur Alexandre Lautrette, pour votre participation à notre jury. Nous espérons vous montrer la construction et les bénéfices de la coopération inter-spécialité dans le développement professionnel des étudiants.

À Madame la Professeure Catherine Laporte, pour votre participation à notre jury. Nous souhaitons que ce travail et vos remarques contribuent à améliorer la formation des étudiants de médecine générale.

À Monsieur le Professeur Gilles Tanguy, pour votre proposition de travail sur un thème déroutant de prime abord, mais source de découvertes passionnantes et de réflexivité. Merci pour votre bienveillance dans la direction cette étude.

Aux soignants, collègues et formateurs pour nos échanges constructifs. **Aux patients**, pour vos témoignages et votre gratitude. **Aux relecteurs**, pour votre implication bénéfique à ce travail. **À mes proches**, pour votre affection.

À la Médecine, qui depuis tant d'années m'améliore, puisse-t-elle toujours me faire grandir.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ET DÉDICACES	9
TABLE DES MATIÈRES	10
GLOSSAIRE ET LISTE DES ABRÉVIATIONS	14
INTRODUCTION	16
I. Motivations initiales	16
II. Devenir médecin : apprentissage du professionnalisme médical	17
A. Les études de médecine	17
B. Les compétences du médecin généraliste	18
C. Le professionnalisme médical	20
III. Apprentissages et curricula dans l'éducation médicale	21
A. Approche anthropologique de la pédagogie	21
B. Apprentissages et Curriculum caché dans la Littérature médicale	23
1. Vulgarisation du discours	23
2. Un sujet abondamment exploré de par le monde	25
3. Côté français	31
IV. Définition de la question de recherche	35
MÉTHODE	37
I. Recherche documentaire	37
II. Réalisation d'entretiens	37
A. Échantillonnage	37
B. Recrutement et programmation des entretiens	38
C. Aspects éthiques et formulaire de consentement	39
D. Guide d'entretien	39
E. Retranscription des entretiens	40
RÉSULTATS	41
I. Réalisation d'entretiens individuels semi dirigés	41
A. Réalisation et déroulement des entretiens	41
B. Analyse des données et production des résultats	42
II. Les influences personnelles et familiales	43
A. L'entourage familial	43
1. Participation à la naissance du choix et à la vocation	43
a. Représentations initiales	43
b. Une envie initiale souvent inexplicite	44
2. Pathologie dans l'entourage familial	44
a. Vécu antérieur au service de la vocation	44
	10

b.	Vécu au service de la formation	44
c.	Des sollicitations familiales source d'inconfort	45
d.	Évolution des relations au cours du cursus : construction de la posture	46
B.	Rencontres et expériences antérieures orientantes	48
1.	Les médecins généralistes avant les études	48
a.	Médecins traitants : des modèles surtout négatifs	48
b.	Médecins amis : des modèles positifs	49
2.	Expériences professionnelles antérieures révélatrices et formatrices	49
C.	Vie Privée	50
1.	Vie de couple et vie sociale	50
a.	Équilibre nécessaire entre vie sociale et vie professionnelle	50
b.	Influence de la vie de couple sur les choix de cursus et de carrière	50
c.	Particularité des couples de soignants	51
2.	Vécu d'une pathologie grave : connaissances et empathie	51
3.	Grossesse et parentalité	52
a.	Vécu éprouvant : autoprotection et organisation	52
b.	Vécu professionnalisant : connaissances et changements relationnels	52
4.	Intimité et sexualité : sensibilisation et adaptation de la posture	53
III.	L'influence de la pratique hospitalière	54
A.	Les aspects structurels de l'hôpital	54
1.	Dégoût de l'hôpital « usine » et la posture face aux institutions	54
2.	Intérêt porté pour les petites structures	54
3.	Particularité de la gériatrie : des aspects structurels au service de la vocation	55
B.	Expériences fondatrices à l'hôpital	55
1.	Diversité et multiplicité des expériences de terrain	55
2.	Confrontation brutale aux situations complexes : des études traumatisantes	56
C.	Encadrement et gestion psychique des études	56
1.	Manque d'encadrement en stage	56
a.	Solitude et surcharge de travail	56
b.	Apprentissages par l'Autonomisation forcée	57
2.	Séniorisation positive	57
a.	Familiarisation, gestion de la peur et prise de confiance en soi	57
b.	Discussions informelles, écoute et soutien, échange d'idées	58
3.	Séniorisation négative	59
a.	Condescendance et conflit hiérarchique	59
b.	Harcèlement sexuel et misogynie	59
4.	Manque d'accompagnement individuel dans la gestion psychique des études	60
D.	Effets de modèles des seniors hospitaliers	61
1.	Modèles positifs à l'hôpital	61
a.	Qualité de la relation avec le patient et posture face aux institutions	61
b.	Exigence, investissement, expérience, compétences et rigueur scientifique	62
c.	Particularité de la gériatrie : des modèles positifs au service de la vocation et d'une pratique humaine	62
2.	Modèles négatifs à l'hôpital	63
IV.	L'influence de la pratique ambulatoire	63
A.	Stage d'externat en ambulatoire : catalyseur de la vocation de généraliste	63
B.	Effets de modèle des formateurs en ambulatoires	64
1.	Modèles de rôles positifs	64
a.	Investissement, disponibilité et approche centrée patient	64
b.	Rigueur professionnelle	65
2.	Modèles de rôle négatifs	65
a.	Conflit scientifique : décalage générationnel et médecin « hors recos »	65
b.	Médecine d'abatage et aspect financier	66
c.	Ressenti d'un relationnel inadéquat	66

C.	Encadrement en stage ambulatoire : bénéfices de l'équilibre personnel du formateur et des relations sincères	67
D.	Intérêt de la multiplicité des expériences : prendre et laisser de chacun	68
1.	Dans la construction de l'identité professionnelle : celui que je veux être	68
2.	Dans la construction du choix de carrière et d'exercice : ce que je veux faire	69
3.	Évolutions au cours des stages : acquisition de la démarche réflexive	69
E.	Remplacements en ambulatoire	70
1.	Pratique des remplacements : un passage obligé	70
2.	Intérêt des remplacements	70
a.	Découvrir, gagner en autonomie, acquérir de nouvelles compétences	70
b.	Se projeter dans l'exercice futur	71
V.	L'influence des patients	71
A.	Expériences marquantes et fondatrices	71
1.	Les « premières fois »	71
2.	Histoires de patients mettant en jeu l'émotionnel	72
3.	Confrontation à la mort et aux soins palliatifs	72
B.	Relations positives	73
1.	Retours gratifiants : reconnaissance et valorisation du métier	73
2.	Reformulation du propos de certains spécialistes	74
3.	Le patient expert	74
4.	Bienveillance en cas d'erreur et peur du retour négatif	74
C.	Relations soignant-soigné difficiles	75
1.	Refus de soins	75
2.	Situations conflictuelles	75
3.	Patient intrusif ou agressif	76
4.	Gestion des familles difficiles	76
VI.	L'influence des échanges entre pairs	77
A.	Échanges entre co-internes	77
1.	Vie de l'internat et amitiés constructives	77
2.	Décontraction, catharsis et soutien psychique spontané	78
3.	Échanges informels de trucs et astuces, apprentissage par mimétisme	78
B.	Compagnonnage et réseau professionnel	79
1.	Échanges intergénérationnels et inter-spécialités	79
2.	Internes de spécialité : ébauche du réseau et légitimité du généraliste	79
C.	Vie Syndicale et posture face à l'institution	80
D.	Au décours de l'internat : groupes de pairs et cabinets de groupe	81
VII.	L'influence des autres ressources externes de formation	82
A.	Les revues médicales	82
1.	Pratique et intérêt	82
a.	Découverte et incitation à la lecture	82
b.	Contenus porteurs de sens	82
c.	Une lecture occasionnelle et diagonale	82
d.	Freins à la lecture : profusion, coût, fiabilité, contenu jugé inadapté à la pratique	83
B.	Échanges numériques : Blogs, forums et réseaux sociaux numériques	84
1.	Intérêt perçu en début d'internat	84
2.	Évolution dans les échanges : une pratique qui s'amenuise au fil du temps	84
3.	Des ressources pouvant manquer de fiabilité	85
C.	Recherche médicale sur internet	85
1.	Un outil quotidien	85
2.	Constitution d'un corpus d'outils numériques : FMC « à la carte »	85
D.	Influence de l'actualité	86
E.	Congrès et formation médicale continue	86
1.	Rien ne remplace les contacts directs	86

2.	Besoin et désir de formation	87
VIII.	Rétrospective globale du cursus	87
A.	Rencontres et expériences au fil du cursus construisent le projet professionnel	87
B.	Étapes charnières et périodes de transition	88
1.	De l'externat à l'internat	88
2.	De l'hôpital à l'ambulatoire : comparaison et adaptation de sa pratique	89
C.	Rétrospective globale de la professionnalisation du généraliste	90
1.	La vision de la relation médecin patient pour la pratique future	90
2.	Comment globalement devient-on médecin généraliste, en dehors de la faculté et des enseignements ?	90
a.	Par la pratique ambulatoire	90
b.	Par la multiplicité des expériences, en gardant le positif sans reproduire les erreurs	91
	DISCUSSION	92
I.	Discussion autour de la méthodologie et des critères de qualité des résultats	92
A.	Choix de la méthode de recherche	92
B.	Forces et limites méthodologiques	93
C.	Validité scientifique des résultats (40)	94
1.	Confirmabilité	94
2.	Fiabilité	94
3.	Crédibilité	95
4.	Transférabilité	95
II.	Discussion autour des résultats : Les apports de notre étude concernant le développement du professionnalisme des médecins généralistes	95
A.	Sphère personnelle	96
B.	Formateurs, collègues et patients	99
C.	Gestion des ressources de formation	102
III.	Implications et ouverture	103
A.	Pistes d'amélioration	103
B.	Ouverture	105
	CONCLUSION	106
	BIBLIOGRAPHIE	108
	ANNEXES	117
	SERMENT D'HIPPOCRATE	122

GLOSSAIRE ET LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVC : Accident Vasculaire Cérébral.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

D1 : première année du deuxième cycle des études médicales, première année de l'externat, troisième année des études de médecine.

D4 : quatrième année du second cycle des études médicales (externat), sixième année des études de médecine.

DES : Diplôme d'Études Spécialisées.

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire.

EBM : Evidence-Based Medicine : Médecine fondée sur les preuves.

ECN : Épreuves Classantes Nationales, concours d'entrée à l'internat.

Externat : de la troisième à la sixième année, période alternant cours et stages.

FMC : Formation Médicale Continue.

Internat : après la sixième année, formation à la spécialité.

Méd. Gé. : médecin généraliste, ou médecine générale.

MG : Médecine Générale.

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle.

MSU : Maître de Stage Universitaire.

PH : Praticien Hospitalier.

Prat : i.e. praticien, au sens médecin généraliste maître de stage.

Réa : réanimation.

Recos : recommandations de bonne pratique.

Remplas : remplacements de médecins généralistes.

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Supervisé : stage d'internat de deuxième niveau en médecine générale.

SMS : Short Message Service.

Stage en central : stage au Centre Hospitalier Universitaire.

Stage de niveau 1 : stage d'internat de premier niveau en médecine générale, en supervision directe.

SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française.

Splénectomisé : avoir subi une splénectomie, ablation chirurgicale de la rate.

INTRODUCTION

I. Motivations initiales

J'ai débuté l'exercice de la médecine générale en tant que remplaçant en 2019 après trois années d'internat en région Auvergne. Aujourd'hui je prévois de m'installer à la campagne, en cabinet de groupe. Si l'on m'avait dit au début de mes études que je ferais ce choix, je n'y aurais sans doute jamais cru. Durant ma formation, bien que nous ayons bénéficié d'un tutorat en petits groupes de travail environ une fois par mois mis en place par le DMG, au regard de l'enchaînement des concours, des partiels semestriels, basés sur de la pure théorie, puis l'enchaînement des semestres d'internat à la cadence soutenue, peu de place était laissée dans la formation à la réflexivité sur les pratiques, à l'encadrement personnalisé, à la relation soignant-soigné, à la socialisation dans l'acquisition des compétences professionnelles. Tout ce qui fait de moi le médecin que je suis et l'avenir professionnel qui se dessine, ne sont pas les fruits du hasard. Cet état, les différentes décisions prises ont été guidées au cours de mon parcours par des rencontres, choix, réflexions, échecs et réussites, par un vécu aussi et surtout en dehors des amphithéâtres ou des salles de cours, pour être bref, via un processus de maturation multifactoriel.

Rétrospectivement : Pourquoi ai-je choisi la médecine générale ? Qu'est ce qui fait que je me sens aujourd'hui capable d'exercer ? Quels éléments facilitants et quelles difficultés m'ont forgé ce destin ? Pourquoi ai-je décidé de m'installer dans un désert médical ? Pourquoi et comment mes collègues ont-ils fait d'autres choix ? Comment chaque étudiant mène

singulièrement sa construction professionnelle, après des années de formation commune théorique ? Finalement, comment devient-on médecin généraliste ?

L'idée originale de cette recherche est venue d'une proposition de mon directeur de thèse, chez qui je suis passé en stage durant l'internat. Étant sensible aux vécus, aux émotions, aux parcours de vie, de tous ces patients, collègues et formateurs rencontrés au cours de mon cursus, il m'a semblé digne de sens de me pencher sur ces expériences informelles, parfois cachées, dans le domaine de l'acquisition des compétences professionnelles et du choix de carrière. C'est de cette manière que j'ai découvert les notions de curriculum caché et d'apprentissages informels. La formation des internes ayant lieu quasiment exclusivement en stage, l'acquisition de leurs compétences professionnelles se fait en grande partie en dehors de la faculté et des enseignements. Ils apprennent leur futur métier surtout par la pratique. Sur le thème de la professionnalisation du médecin généraliste, notre problématique était d'étudier l'impact des influences extérieures aux enseignements universitaires sur la professionnalisation des jeunes médecins généralistes. Notre question de recherche initiale était donc d'éclaircir ces apprentissages informels et cachés des étudiants en médecine générale, afin d'en faire un état des lieux, et de potentiellement proposer des pistes d'amélioration en pédagogie médicale.

II. **Devenir médecin : apprentissage du professionnalisme médical**

A. **Les études de médecine**

En France, les études de médecine sont organisées en trois cycles. Pour les futurs généralistes, les premier et second cycle sont une période d'apprentissages quasiment

exclusivement théoriques, alors que le troisième, correspondant à l'internat, est essentiellement pratique, en stage. C'est durant cette phase, qu'au-delà de l'apprentissage des compétences professionnelles relevant du savoir-faire, les internes doivent acquérir celles relatives au savoir-être. Dans un cadre pédagogique et d'évaluation, les départements de médecine générale ont mis en place au cours du troisième cycle différents modes d'enseignement interactifs des compétences professionnelles, jugés en contrôle continu présentiel par des tutorats en petits groupes réalisant les GEASP, ainsi que des ateliers pédagogiques, et par la soutenance d'un mémoire de DES. Le passage de l'étudiant au professionnel apte à exercer la médecine est l'objectif de ces apprentissages.

B. Les compétences du médecin généraliste

Dès 1996, l'OMS prône une réorientation de l'enseignement de la médecine dans une stratégie de recherche d'efficacité des apprentissages (1), ouvrant la voie au développement de l'**approche par compétences**, et l'élaboration de « référentiels métiers et compétences » dès 2003 en France sous l'impulsion d'une mission gouvernementale confiée au Pr Yves Matillon (2). Le premier référentiel métier et compétences du généraliste a été publié en 2009 sous l'égide du CNGE (3). Un consensus d'experts a précisé en 2013 les définitions des 6 compétences nécessaires à la formation des internes en médecine générale (4) initialement produites en 2002 par la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) :

- Approche globale, prise en compte de la complexité : C'est la capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (*evidence-*

based medicine, approche bio-psycho-sociale proposée par Engel, etc.), quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de médecine générale.

- Éducation, prévention, santé individuelle et communautaire : C'est la capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.
- Premier recours, urgences : C'est la capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quel que soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient : C'est la capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient, engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.
- Relation, communication, approche centrée patient : C'est la capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.
- Professionalisme : C'est la capacité à assurer **l'engagement envers la société** et à répondre à ses attentes, à développer une activité professionnelle en privilégiant le **bien-être des personnes** par une pratique **éthique** et déontologique, à améliorer ses compétences par une **pratique réflexive** dans le cadre de la médecine basée sur des **faits probants**, à assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

C. Le professionnalisme médical

Le professionnalisme est la compétence qui englobe toutes les autres. En médecine, il correspond au **contrat conclu entre le praticien et la société**. Une charte pour le professionnalisme médical, élaborée initialement par le Medical Professionalism Project de l'American Board of Internal Medicine (ABIM) foundation, a été rédigée en français 2004 par Daniel Sereni, vice-président du comité exécutif de l'European Federation of Internal Medicine (EFIM). Elle se fonde sur trois principes que sont le **bien-être du patient**, le **respect de son autonomie**, et la **justice sociale**, dont découlent dix responsabilités de la part du médecin (5,6):

- L'engagement envers la compétence professionnelle, c'est-à-dire actualiser tout au long de sa carrière ses connaissances pratiques et théoriques selon l'évolution des données acquises de la science.
- L'engagement d'honnêteté à l'égard des patients dans la décision médicale, y compris dans le cadre de l'erreur médicale.
- L'engagement de confidentialité des informations relatives aux patients.
- L'engagement dans l'entretien de rapports convenants avec les patients.
- L'engagement dans l'amélioration constante de la qualité et de la sécurité des soins.
- L'engagement dans l'amélioration de l'accès aux soins pour tous.
- L'engagement dans la juste répartition des ressources limitées, par une gestion prudente et rentable de la ressource, et la collaboration intelligente avec les autres intervenants en santé.
- L'engagement pour l'utilisation de la connaissance scientifique basée sur des preuves et la promotion de la recherche.

- L'engagement envers le maintien de la confiance par la gestion des conflits d'intérêts, sans aucun compromis.
- L'engagement envers les responsabilités professionnelles, par la collaboration et le respect entre confrères, les enseignements et les évaluations.

L'objectif du cursus de l'étudiant en médecine générale est donc l'**acquisition du professionnalisme**, qui passe par le biais d'**apprentissages**. Outre les apprentissages « formels » de pure théorie, mis en forme et prescrits par les autorités compétentes, et sur quoi elles ont un pouvoir quantifiable en termes de contrôle et d'évaluation, il existe bel et bien d'autres apprentissages moins « formels ».

III. Apprentissages et curricula dans l'éducation médicale

A. Approche anthropologique de la pédagogie

Les apprentissages composent le **parcours éducatif** des apprenants. Ce cursus, curriculum pour les anglo-saxons, revêt plusieurs facettes explicitées sous divers regards au fil du temps.

L'origine du concept de **curriculum caché**, le « **Hidden curriculum** » en anglais, est attribuée à Philip Jackson, dans son ouvrage *Life in classrooms* paru en 1968 (7), où il réalise une analyse comportementale et des expériences des élèves et des enseignants dans une école élémentaire. Pour lui l'éducation doit être comprise comme un **processus de socialisation**. Le psychiatre Benson Snyder, du Massachusetts Institute of Technology (MIT) dans son livre intitulé *The Hidden Curriculum* (8), publié en 1971, défendait la thèse selon laquelle les conflits et l'anxiété des étudiants à l'université résultent de **normes sociales non**

déclarées, implicites, qui vont à l'encontre de leur développement et de leur pensée créative.

Dans un ouvrage de pédagogie publié en 1993 sous la direction de Jean Housaye, Philippe Perrenoud, alors enseignant en psychologie et sciences de l'éducation à l'université de Genève, a explicité **deux approches pédagogiques** éclairant différemment la réalité de l'action éducative et des processus d'apprentissage (9). La première se concentre sur **l'intention éducative** et les **failles dans sa mise en œuvre** liées à la singularité des enseignants comme des apprenants et se décrit comme suit :

- Le **curriculum prescrit** correspond au programme officiel, il est prescrit par l'institution dans l'intention d'instruire, c'est donc une **programmation d'expériences**.
- Le **curriculum réalisé** résulte de la suite des expériences formatrices effectivement réalisées, dépendant tant de la mise en œuvre du programme par l'enseignant, que de la réceptivité de l'élève, c'est donc un **compromis avec la réalité**.

Il en révèle et favorise une seconde, plus **anthropologique**, où l'éducation est vue comme un **processus de socialisation global**, s'intéressant à « **tout ce qu'un individu a appris au cours de son existence** », ou du moins à « **tous les moments de sa vie qui ont contribué à amorcer, développer ou simplement consolider un apprentissage quelconque, à enrichir son capital culturel, à transformer son habitus** », ceci plaçant les actions éducatives prescrites comme ponctuelles dans « une dynamique alimentée par bien d'autres expériences », et où la pédagogie instruira en structurant l'expérience de l'apprenant, qu'elle soit ou non sous le contrôle d'une institution. Dans cette approche on distingue alors :

- Le **curriculum réel**, succession cohérente d'expériences formatrices.
- Du **curriculum formel**, structuration des expériences formatrices.

Cette vision anthropologique du curriculum réel permet d'ouvrir un champ d'investigation majeur, allant de la structuration **involontaire et inconsciente** de la suite cohérente des expériences formatrices, à la structuration **organisée et intentionnelle**, qu'elle soit **institutionnelle ou non**. Ainsi émerge la notion de **curriculum caché**, où les expériences formatrices se déroulent **dans le cadre institutionnel** et produisent des **apprentissages qui échappent à la conscience des intéressés**, enseignants, apprenants, ou tiers. Ceci dit, pour Perrenoud tout n'est pas si tranché, car ce qui est caché peut l'être **implicitement** par évidence, il est alors non-dit et partiellement pensé, ou **réellement** par ignorance ; Il peut encore l'être **volontairement** par manque de transparence. Il écrit également qu'« **il n'y a pas de curriculum caché une fois pour toute et pour tout le monde** » et qu'il « **n'est caché qu'à ceux qui ne veulent pas voir** ».

B. Apprentissages et Curriculum caché dans la Littérature médicale

1. Vulgarisation du discours

Le sujet a été tellement étudié par les pays anglophones, que nous ne saurons être exhaustif mais tenterons de dresser une description synthétique et compréhensive. Les concepts étant évolutifs et la recherche médicale se nourrissant des travaux antérieurs, nous avons opté pour une description chronologique. N'ayant trouvé de consensus tant sur les définitions que sur les visions à donner aux différents termes -la littérature s'en fera l'écho-, nous souhaitons d'ores et déjà pour simplifier donner au lecteur quelques éléments de langage appuyés d'exemples :

- Les **apprentissages formels** relèvent exclusivement du programme officiel mis en œuvre (cours facultaires, formations, groupes de parole...) et évalués car diplômants.

- Le **curriculum caché** -ou plutôt peut-être « les **apprentissages cachés** » -, est un concept vague et multidimensionnel, correspondant à tout ce qui est **transmis implicitement** par les formateurs, sans que l'étudiant n'en ait conscience. Ces apprentissages peuvent alors être bénéfiques (observer un bon exemple -modèle de rôle- et reproduire inconsciemment sa gestuelle...) ou inversement négatifs (faire des blagues douteuses sur un patient comme on a pu l'observer de nos supérieurs, sans en mesurer réellement la négativité...). Ils peuvent être également transmis par un **contexte culturel** et relever des croyances et représentations de chacun, ou **institutionnel**, l'organisation étant à l'origine d'une acceptation inconsciente de certains codes (les étudiants prêtent le serment d'Hippocrate mais en vérité quel message est transmis par ce rituel si ce n'est les valeurs souhaitable et attendues du médecin par les institutions et la société)
- Les **apprentissages informels** sont relatifs à des acquisitions **en dehors du cursus universitaire organisé** (dans la vie personnelle, le quotidien, par les échanges entre collègues...) Ils n'ont pas de définition claire et parfois se confondent avec le curriculum caché.
- Les apprentissages **non formels** ont été décrits récemment et relèvent plutôt de l'**autoformation**, de ce que l'étudiant met en place **volontairement** pour apprendre pour son compte propre (inscription à une revue médicale...), ou qu'il reçoit **implicitement**, de manière involontaire (telle actualité médicale s'impose et apporte une connaissance à l'étudiant)
- Tous ces apprentissages sont en réalité **intriqués et interdépendants**, et la différence entre eux semble souvent bien mince. Ils sont relatifs tant aux **apprenants** qu'aux **enseignants**, mais aussi à l'**environnement d'apprentissage**.

2. Un sujet abondamment exploré de par le monde

Les précurseurs en la matière, Frederic Hafferty et ses collègues, ont publié dans *Academic Medicine* en 1994 une étude (10) portant sur l'enseignement de l'éthique médicale, où ils rapportent que les déterminants essentiels de la construction de l'identité d'un médecin ne s'inscrivent pas dans le cursus officiel mais **en majorité dans un « programme caché »** subtil et méconnu. Dans un contexte de réforme de la formation médicale en Grande-Bretagne, Hafferty proposera ensuite en 1998 (11) que la faculté de médecine soit considérée comme un « environnement d'apprentissage », et recommandera de **tenir compte de ce que les étudiants apprennent plutôt que de ce qu'on leur enseigne**, proposant un cadre alternatif distinguant trois composantes **interdépendantes** de la formation médicale : le **curriculum formel** (lié aux **objectifs et contenus**), **informel** (lié aux **interactions** interpersonnelles: supervision et modèles de rôles) et **caché** (véhiculé par les structures organisationnelles et décisionnelles des **institutions**), ce dernier devant faire l'objet d'explorations particulières. Il suggère que le curriculum caché **lié à l'institution** pourrait se faire par le biais des **politiques** institutionnelles, des **activités d'évaluations**, des **décisions** relatives aux allocations de ressources, et du **jargon institutionnel**.

En 2004, Heidi Lempp et Clive Seale, prenant acte des changements majeurs dans le curriculum formel mis en œuvre par la réforme, et voyant le peu d'attention porté sur l'impact, le processus et la structure du curriculum caché dont les étudiants en médecine font l'expérience, ont publié dans le *British Medical Journal* une étude qualitative sur leur **perception de l'enseignement**, où les apprenants font état de **modèles positifs** d'enseignants efficaces et accessibles, mais aussi d'une **atmosphère hiérarchique et compétitive** où l'enseignement est aléatoire et se fait parfois par l'humiliation, entraînant une **perte**

d'idéalisme, une **neutralisation émotionnelle**, une **construction de l'identité professionnelle basée sur les rituels**, le **silence face à la hiérarchie** et **l'érosion de l'intégrité éthique** (12).

La même année sous l'égide de Nancy Bennett, une équipe américaine publiait dans *Journal of Continuing Education in the Health*. Pour eux existe un **curriculum caché** puissant qui **influence les actions des médecins** dans le soin et affecte leurs **performances**. Leur étude suggérait de déterminer si celui-ci entre en **conflit** avec les messages délivrés dans la formation afin d'en améliorer l'impact (13).

C'est dans un article de synthèse au sujet de **l'enseignement du professionnalisme des médecins en formation**, publié dans *The New England Journal of Medicine* en 2006 (14), que David Stern et Maxime Papadakis ont reformulé la nécessité pour les enseignants de s'inscrire dans une **démarche d'enseignement inclusif et global** ne passant pas à côté des **expériences informelles** (conversations de couloir, blagues entre pairs...), fondée sur trois actions : **définir les attentes** professionnelles et fixer des objectifs explicites aux étudiants, **fournir des expériences** d'apprentissage aux étudiants, et **évaluer** les résultats. Les enseignants doivent être conscient de leur **rôle de modèle** pour les apprenants, et doivent engager une **démarche réflexive** avec ce dernier par des discussions après l'observation, mettre en œuvre un **environnement de travail** favorable, récompenser les bons **comportements** et identifier les mauvais afin de les corriger.

En 2007, dans *BMC Medical Education* paraît une étude **nord-américaine** étudiant l'influence des **facteurs personnels** (bien-être / difficultés, caractéristiques individuelles, qualités interpersonnelles) et **environnementaux** (culture institutionnelle, programme d'études formel et informel, caractéristiques de la pratique) sur le professionnalisme dans l'enseignement médical (15). Les auteurs, Colin West et Tait Shanaflet, ont acté que **la santé et le bien-être du soignant** sont essentiels au professionnalisme, et qu'il faut améliorer les

stratégies de leur promotion. L'**environnement de travail** était pour eux également très influent, et il faut tendre à le rendre plus propice au professionnalisme, en modélisant et en soutenant les comportements souhaitables dans les **programmes formel et caché**, qui doivent concorder pour atteindre le même objectif.

Une étude parue en 2009 dans *Asia Pacific Family medicine* (16), explorant la perception des étudiants japonais de leur curriculum caché dans leur formation médicale, a révélé des similitudes avec les résultats observés en Grande-Bretagne, mais aussi des **différences liées aux contextes démographiques, culturels et philosophiques**. Ont été identifiés 7 thèmes relatifs au **curriculum caché** : la **prévalence des modèles de rôles positifs ou négatifs**, la **hiérarchie humiliante**, le **dénigrement des collègues**, les **conflits de genre et le harcèlement sexuel**, la **surcharge de travail administratif** au détriment de la relation médecin patient, les bénéfices de **relations humaines entre collègues**, le **renforcement positif de la part des patients** notamment lors des **premières expériences** cliniques.

Les **récits réflexifs des étudiants** de l'IUSM (Indiana University School of Medicine) concernant leur apprentissage du professionnalisme ont fait l'objet d'une publication en 2010 dans *Academic Medicine* (17). Les auteurs de cette analyse thématique ont trouvé une **prépondérance des expériences positives** en lien avec des **modèles incarnant positivement les valeurs professionnelles**, par rapport aux expériences négatives. Ils ont observé que **les expériences de comportements positif ou négatif ont façonné la perception qu'ont les étudiants de la profession et de ses valeurs** et que **ces récits sont une source riche d'information sur les éléments des programmes informel et caché**.

Sally Mahood, dans *Canadian Family Physician* (18), a publié en 2011 un article **mettant en garde contre le curriculum caché** dans l'éducation médicale. Selon son étude, il participe au **dénigrement de la médecine générale** et à la **glorification des spécialités**, à

l'érosion de l'empathie et de l'idéalisme, et conduis au **détachement émotionnel** et au **cynisme** par le biais **du poids de la hiérarchie**, les étudiants étant souvent plus impressionnés par le statut de leurs formateurs que par leurs qualités humaines, pouvant ressentir de **l'impuissance à faire changer une situation**, voir la **crainte de représailles**, et pouvant confondre professionnalisme et bonne entente avec leurs supérieurs, tout ceci modifiant leur éthique professionnelle. Selon Mahood, les **leçons informelles, ayant lieu dans la vie quotidienne**, dans les couloirs et les salles de garde, en dehors de tout milieu d'enseignement formel, constituent un **facteur majeur de socialisation** et donc d'apprentissages, par la **transmission souvent implicite de valeurs**, plus simples à retenir que le cursus formel explicite. Elle a noté certains **facteurs immunisant** partiellement les étudiants contre le curriculum caché, comme le **sex féminin**, les **expériences antérieures** à la médecine, les **engagements en dehors** de la médecine, et le fait de s'orienter vers la **médecine générale**. Afin de lutter contre les effets néfastes du curriculum caché, Mahood appelait à **briser le silence** face aux mauvais comportements, à **revoir les politiques institutionnelles**, à maximiser les **expériences longitudinales**, à **valoriser la médecine générale et les bonnes relations** entre collègues et avec les patients, à **insister sur le professionnalisme** et aux **façons de l'évaluer**, à **reconnaitre la difficulté des études** par un **dialogue franc** entre formateurs et étudiants.

Une équipe italienne a exploré en 2012 **les perceptions qu'ont les étudiants** en médecine de troisième année, après leur stage clinique, **des messages véhiculés par le programme caché**, en les faisant réfléchir sur les valeurs, attitudes et règles implicites qu'ils auraient remarquées au cours de leurs stages, permettant aux chercheurs, sous la houlette de Giulia Lamiani, de révéler la transmission d'un **modèle paternaliste de la relation médecin patient**. Leur étude publiée dans *Medical Teacher* (19) suggérait que le curriculum caché

présente une **forte composante culturelle** pouvant compromettre les valeurs souhaitées par le programme formel. Encourager un **changement organisationnel** et **l'autonomisation des étudiants** pourrait permettre de contrecarrer ces effets négatifs du curriculum caché.

Anna Macleod de l'université canadienne de Dalhousie, dans une réflexion personnelle publiée en 2014 dans *Medical Teacher* (20) se demandait quant à elle si le concept de curriculum caché n'avait pas fait son temps, arguant que la profusion des articles traitant de ce sujet dans le domaine de l'éducation médicale, depuis qu'il a été mis sous le feu des projecteurs par Hafferty et Franks, plaide en faveur de **l'identification aboutie de pratiques et problématiques disparates mises par défaut dans le même panier, et donc en réalité pas si cachées** qu'on ne le laisse entendre. Elle incitait les chercheurs à opter pour des recherches engagées dans la résolution des problèmes éducatifs pervers, qui sont finalement bien visibles, et à **étudier plus largement les effets de l'éducation médicale non académique**.

Asif Doja et son équipe de l'université d'Ottawa ont réalisé une étude qualitative transversale exploratoire sur les **connaissances et perceptions des apprentissages informels et cachés des enseignants et des apprenants** en premier et second cycle du cursus médical au Canada, publiée en 2015 dans *Medical Teacher* (21), faisant ressortir le **privilège de certaines spécialités** par rapport à d'autres, le renforcement des **hiérarchies**, l'importance du **modèle de rôle** dans la **construction des identités professionnelles**, et la **détérioration de l'idéalisme**, concluant que ces problèmes relatifs au curriculum caché étaient **communs à tous les niveaux d'apprenants et au corps enseignant**, d'où la nécessité de sensibiliser davantage à ces questions et développer les méthodes d'apprentissages en abordant le curriculum caché.

En 2015 est parue dans *Academic Medicine* (22) une revue de la littérature explorant **l'utilisation du concept de curriculum caché** appliqué dans la réforme de l'éducation

médicale, relative à l'**humanisme**. Il apparaît à l'équipe de recherche, dont font partie Maria Martimianakis et Frederic Hafferty, une **confusion fréquente entre humanisme et professionnalisme**, une forte préoccupation sur les effets négatifs du curriculum caché, comme **l'érosion éthique et l'affaiblissement des valeurs humanistes**, et si le corps étudiant et professoral est ciblé dans les propositions de réforme de l'éducation médicale, le rôle des **organisations institutionnelles** dans la contribution aux mauvais comportements est délaissé. Les auteurs suggèrent alors de ne plus voir l'humanisme et le curriculum caché systématiquement comme deux antithèses (« le bien » et le « mal »), et d'explorer au contraire la nécessité de leur coexistence dans l'éducation médicale.

Carlton Lawrence et son équipe ont analysé les définitions et applications du terme « hidden curriculum » dans la littérature par une revue systématique publiée en 2018 dans *Academic medicine* (23) et ont découvert que les deux tiers des études sur le sujet ont été réalisées par des écoles américaines et canadiennes, que le terme était avant tout **compris négativement** et que **sa définition restait vague**, malgré 4 champs conceptuels observés : **institutionnel / organisationnel, interpersonnel / social, contextuel / culturel et motivationnel / psychologique**, correspondant respectivement à 4 domaines : **politique, sociologique, anthropologique et psychologique**. L'équipe de recherche incite les futurs chercheurs à **préciser les limites conceptuelles** qu'ils appliquent au terme de curriculum caché et à **se concentrer davantage sur ses effets positifs** et les méthodes spécifiques qui pourraient améliorer sa puissance éducative plutôt que sur ses effets néfastes. Cette étude sera saluée la même année dans le même journal par Hafferty et Martimianakis (24), qui en revanche insisteront sur **l'hétérogénéité conceptuelle du parcours caché**, qui n'est pas toujours nommé en ces termes dans les études, ce qui peut laisser inabouties les revues de la

littérature portant sur le sujet si celles-ci ne cherchent pas à cartographier le sujet sous des mots-clés différents.

Une équipe italienne a exploré en 2019 le curriculum caché **dans la formation en soins infirmiers**. Cette étude exploratoire de la littérature publiée dans *Medical Education* (25) lui attribue un **cadre conceptuel plus large que celui d’Hafferty, englobant le curriculum informel**, auquel se rattachent notamment les aspects relationnels. Les italiens mettent en évidence dans la littérature les **connotations surtout négatives du curriculum caché** telles que la difficulté de transmission des valeurs éthiques, et afin de les limiter, incite les futures recherches à **se concentrer sur ses conséquences positives**.

3. Côté français

Dans leur article sur les compétences de l’enseignant clinicien et les modèles de rôles publié en 2005 dans la revue *Pédagogie Médicale* (26), Martine Chamberland et René Hivon ont rappelé les trois curricula d’Hafferty et Prank (**formel, informel et caché**), leurs **interrelations** possibles et leurs **influences sur les apprentissages**, et ont résumé les caractéristiques des **bons modèles de rôle** que sont **l’expertise clinique** (raisonnement, décisions, communication avec les patients), les **habiletés d’enseignant** (approche centrée patient et communication efficace avec l’étudiant), et les **qualités personnelles** (compassion, intégrité, honnêteté, esprit de recherche, engagement pour l’excellence et l’enseignement...), déjà décrites avec clarté par le modèle conceptuel de Wright en 2002 (27). Chamberland et Hivon ajoutent aux modèles de rôles une deuxième modalité pédagogique favorable à l’acquisition de compétences : **la supervision** de l’étudiant par l’enseignant, ou les positions sont inversées.

Jean Jouquan et Dominique Maillard ont cosigné en 2008 un éditorial dans la revue *Pédagogie médicale* (28) soulignant le manque de place accordée à la **parole des étudiants**,

(qui permet pourtant l'accès aux expériences tacites désignées sous les termes de curricula informel et caché) dans la littérature, et lancent l'inauguration d'une rubrique relative à de tels récits.

Une journée d'étude organisée en 2011 sur les **apprentissages informels** par la revue *Savoirs* (29) y a été retracée et nous éclaire sur ce « **continent caché de la formation tout au long de la vie** », non sanctionné par des diplômes mais riche en apprentissages. Pour Philippe Carré de l'université Paris Ouest la défense, **toute autre façon d'apprendre que par le biais d'une formation organisée (formelle) entre dans le cadre de la formation informelle**. Ceci peut se manifester par la transmission de valeurs, les représentations, les expériences autodidactes, délibérées ou incidentes. Pierre Dominicé, professeur honoraire en sciences de l'éducation de l'université de Genève, qui voit « **l'histoire de vie comme processus de formation** » (30), intervient au cours de cette journée et souligne que **les apprentissages informels sont une condition de l'acquisition de savoirs**, qu'ils permettent aux apprenants de penser par eux même, et que **leur révélation passe par l'étude des récits biographiques**.

Comme l'écrivait Éric Galam en 2014 dans *La Presse Médicale* (31), « **constamment imprégnée par des influences externes**, historiques, sociologiques, médiatiques ou autres et par une intégration par une collectivité professionnelle, voire un compagnonnage, **l'éducation médicale se revendique aussi comme un processus culturel** ». Dans cet article il décrit l'importance des **périodes de transition** lors de la formation et définit trois registres en interaction dans l'environnement d'apprentissage :

- Le curriculum **formel** : programme officiel des études.
- Le curriculum **informel** : implicite, latent et lié aux **interactions interpersonnelles**.
- Le **programme d'études caché**, « hidden curriculum », fondé sur des **rituels** évidents (comme la soutenance de thèse et le serment d'Hippocrate) et le cadre de vie organisé

par les **institutions**, qui se construit dès le début de la formation, impacte grandement les identités professionnelles et les pratiques, et dont la prise de conscience et une meilleure compréhension s'avère nécessaire.

Afin d'éclairer la notion de curriculum caché, Il se penche notamment sur les difficultés de revenir sur les **erreurs médicales**, du fait du **contexte culturel de perfection** et de sens fort des responsabilités, et la **neutralisation des émotions** liée aux **standards d'excellence** imposés par la socialisation des médecins dans la profession.

Max Budowski ira plus en profondeur en 2015 dans sa thèse (32) expérimentant trois dispositifs pédagogiques utilisés en sciences médicales, cherchant à caractériser les **implications de tout ce qui peut correspondre à des ressources pédagogiques dites informelles** (expériences professionnelles, vie quotidienne, échanges entre pairs...) dans **l'amélioration des compétences professionnelles** du médecin. Il y décrit les différents types d'apprentissages, explicitant la réalité d'un véritable **continuum** entre eux :

- L'apprentissage **formel** : programme officiel aux objectifs clairs, dispensé dans les lieux d'enseignement (université, stage).
- L'apprentissage **non formel** : intentionnel ou fortuit, **organisé par l'étudiant** lui-même pour son compte.
- L'apprentissage **informel** : en dehors du programme universitaire et des institutions d'enseignement, dans la **vie quotidienne**.
- Le **curriculum caché** : correspondant aux **normes sociales et professionnelles** pouvant agir sur les préjugés et les représentations des apprenants vis-à-vis des contenus et des objectifs d'apprentissage, et ayant une influence sur leur capacité à s'épanouir ou non dans ces apprentissages et dans leur pensée créatrice et réflexive.

Pauline TE de l'université Paris 7 en 2016 a étudié le ressenti, les craintes et aspirations des internes de médecine générale en fin de cursus et a mis en évidence un **curriculum caché relatif à l'hôpital, à l'enseignement, et à la considération des étudiants** (33). Ses résultats encouragent au développement d'un **apprentissage plus collaboratif et réflexif**, d'une **sensibilisation des seniors** à l'enseignement, de la mise en place **d'espaces d'expression anonyme** pour les étudiants et de **groupes de pairs** pendant et après l'internat.

En 2017, Amboise Fivel de l'université Paris 7 a exploré quant à lui le ressenti des internes de MG en première année d'internat (34) et constaté que le **curriculum caché**, s'il a des **aspects positifs** comme l'acquisition de compétences liée aux **modèles de rôles positifs** du **compagnonnage** ou le **sentiment d'utilité** mis en avant par la **reconnaissance des malades**, a également des **aspects négatifs** majeurs comme le **manque de supervision**, les **modèles de rôles négatifs**, le **poids de la hiérarchie** ou la **dévalorisation**. Il propose une amélioration du curriculum caché par la mise en place d'une **meilleure évaluation des stages** à mi semestre et de **tutorats par des internes de promotions plus anciennes**.

En 2017 encore, Noémie Klein de l'université de Strasbourg, s'est intéressée au **curriculum caché des maitres de stages universitaires (MSU) de médecine générale** et à son influence sur l'enseignement du professionnalisme (35). Ses travaux soulignent l'importance **d'intégrer la notion de curriculum caché aussi bien auprès des étudiants que des enseignants** et rappellent l'utilité du **modèle de rôle positif** nécessaire au développement du professionnalisme, suggérant qu'il pourrait d'ailleurs passer par l'existence d'un **tuteur accompagnant l'étudiant sur la durée du cursus**.

En 2020, Marion Lajzerowicz et Claudia Landi de l'université de Toulouse ont éclairé le curriculum caché par le biais d'une étude sur la perception des étudiants en médecine des risques psychosociaux auxquels ils sont exposés en deuxième cycle (36). Elles concluent

qu'amener les étudiants et leurs formateurs à **reconnaitre et légitimer les difficultés** présentes dans les études de médecine s'inscrit dans une démarche de **promotion du bien-être** et de **renforcement des compétences humaines**, pouvant permettre de **développer le professionnalisme**.

IV. Définition de la question de recherche

Comment se construit le professionnalisme des généralistes (engagement envers la société, privilégier le bien-être des personnes, pratique éthique basée sur les faits probants, décision partagée assumée) (4-6) en dehors de la faculté et des enseignements ? Une exploration non exhaustive de la littérature nous a permis de comprendre la professionnalisation comme un **processus de socialisation global, une construction évolutive, interactive, et multifactorielle** (9), qui se fait de façon importante **en dehors des programmes officiels** (10), mettant en jeu les **apprenants, les enseignants, et l'environnement d'apprentissage**. Nous avons découvert les difficultés de donner une définition précise à ces apprentissages (24,27,28,33) que nous qualifieront d'« autres que formels » ou de « non prescrits », et nous n'aurons pas la prétention d'en donner une autre que celle proposée initialement par Hafferty (formel, informel, caché) (10). Dans une **approche inclusive** (30-32), sans préjugé initial d'un curriculum caché principalement néfaste (18-19), nous avons plutôt cherché à nous centrer sur la globalité et la multiplicité de ces **influences, externes au cursus officiel universitaire prescrit**, de ces apprentissages « autre que formels », par l'intermédiaire d'entretiens individuels nous fournissant des **récits biographiques**, comme préconisé par de nombreux chercheurs (19,29,31).

Notre objectif principal était donc d'**explorer comment les internes de médecine générale** du DES de Clermont-Ferrand issus des promotions 2015 et 16 des ECN **ont développé leur professionnalisme en dehors du cursus facultaire**, afin d'**éclairer leurs apprentissages informels et leur curriculum caché**. L'objectif secondaire était de repérer des **pistes d'amélioration pédagogique** pour la formation des étudiants du DES de médecine générale.

MÉTHODE

I. Recherche documentaire

Initialement une **recherche bibliographique** a été effectuée afin de préciser la question de recherche. Partant du thème du « curriculum caché », nous avons interrogé entre autres les bases de données numériques suivantes : HAL, PubMed, Google Scholar, le SuDOC, en utilisant des mots clés comme : « curriculum caché, hidden curriculum, apprentissages, étudiant en médecine, medical student, physician, professionalism ». Les articles découverts étaient souvent connexes d'autres études, ce qui a contribué à enrichir la bibliographie. Une documentaliste de la bibliothèque de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand a donné au thésard **deux sessions de formation à la recherche documentaire**, et lui a permis d'obtenir en prêt pour consultation des thèses en format papier déjà produites sur le sujet.

II. Réalisation d'entretiens

A. Échantillonnage

Afin d'obtenir un maximum de richesse et de diversité dans les données, l'échantillonnage a été réalisé selon la technique de **variation maximale** afin de refléter l'hétérogénéité de la population. Les critères d'inclusion et de diversité étaient les suivants :

- Avoir validé les 6 semestres du DES de médecine générale au sein de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand, à partir de la promotion des ECN 2015 incluse.

- Avoir soutenu sa thèse d'exercice ou non, être installé ou non, avoir un projet professionnel ou non quel que soit son degré d'avancement, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier.
- Il n'y avait pas de restriction liée à l'âge, au sexe, aux origines géographiques et socioculturelles, ni au déroulement du cursus (profil typique ou atypique, année de césure, formations complémentaires, réorientation, reconversion), ou encore au contexte personnel et familial (entourage médical...).

Tous ces critères et données d'échantillonnage ont été notifiés et regroupés dans un **tableau des caractéristiques de l'échantillon** (Annexe 4), afin de rendre compte de l'hétérogénéité de l'échantillon, et de nous donner des outils dans l'analyse des résultats.

B. Recrutement et programmation des entretiens

Le recrutement s'est fait sur la base du **volontariat**. Les premiers candidats à l'enquête sont des **amis et connaissances, médecins généralistes, et anciens co-internes** de l'enquêteur, selon les critères d'inclusion. L'objectif était de constituer un **échantillon d'enquêtés le plus diversifié possible**, afin d'avoir un panel d'enquêtés aux origines et parcours différents. Les médecins enquêtés ont été contactés par SMS sur la messagerie instantanée Messenger, ou par téléphone. Toutes les personnes sollicitées ont répondu favorablement et ont accepté de donner les noms d'un ou de plusieurs candidats, réalisant ainsi un **échantillonnage par effet boule de neige**. Les participants ont été laissés libres de choisir le lieu et les modalités de l'entretien.

C. Aspects éthiques et formulaire de consentement

Chaque interviewé a reçu par mail ou en mains propres, et nous a retourné après signature, un **formulaire de consentement** (Annexe 2), pour la retranscription intégrale des entretiens et leur analyse, avec un droit de retrait à tout moment.

Au plan éthique, nous avons utilisé le questionnaire en ligne LimeSurvey proposé par Adeline Jouannin, chef de clinique universitaire de médecine générale à Rennes, et Mathieu Lorenzo, maître de conférences universitaires de médecine générale à Strasbourg, disponible sur l'espace numérique de travail de l'université de Clermont-Ferrand afin de prendre connaissance des formalités réglementaires à mettre en œuvre. Notre étude était hors champ de la Loi Jardé. En vue d'une éventuelle publication, nous avons considéré qu'elle ne relevait pas de la recherche impliquant la personne humaine, et avons soumis notre travail au délégué de la protection des personnes (DPO) de la faculté de Clermont-Ferrand afin de réaliser un engagement de conformité à la méthodologie de référence 004 de la CNIL (MR-004). Notre projet de recherche a également été soumis pour étude au comité d'éthique de notre établissement.

D. Guide d'entretien

L'enquêteur disposait d'un **guide d'entretien** (Annexe 1) réalisé initialement, selon les indications de Blanchet et Gotman (37). Il a été élaboré sous forme de questions ouvertes et relances, de manière souple, afin de se centrer sur les 5 thèmes de recherche préalablement repérés comme pouvant avoir une influence sur la professionnalisation des médecins :

- Influence des séniors hospitaliers, des autres internes.
- Influence des médecins généralistes (maitres de stage ou autre).

- Influences des expériences familiales (maladies dans la famille, traitement, décès).
- Influence des pathologies personnelles (bénignes ou plus graves, automédication).
- Influence des autres ressources (blogs, forums, groupes, lectures, revues, recherches).

La chronologie initialement posée n'a pas été la même pour tous les entretiens puisque les réponses pouvaient laisser l'enquêteur rebondir sur une réponse. Au cours des entretiens, les questions et relances ont permis de couvrir l'ensemble des thèmes. Le guide a été une ligne directrice tout en laissant l'entretien se dérouler au fil de l'expression libre des enquêtés.

E. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été **rendus entièrement anonymes après la retranscription et l'analyse des données**. Seules les données de localisation ont été conservées à dessein durant l'analyse. Seul l'enquêteur avait connaissance des données personnelles relatives à chaque entretien. Ils ont tous été retranscrits sous forme de **verbatim** en fichier Word. Les retranscriptions ont été réalisées de façon intégrales, mot pour mot, y compris avec les onomatopées, abus et fautes de langage. Les messages non verbaux (gestes, sourires, silences...) ont également été retranscrits afin de donner à l'analyse une précision supérieure. Les retranscriptions ont duré en moyenne 8 heures par entretien. Des notes de terrain prises de façon manuscrite et consignées dans un **carnet de bord** ont aidé à la retranscription et à l'analyse, en retraçant les points subjectivement ressentis comme marquants par l'enquêteur, et les éléments de langage non verbaux.

RÉSULTATS

I. Réalisation d'entretiens individuels semi dirigés

A. Réalisation et déroulement des entretiens

Il s'agissait d'**entretiens individuels semi-dirigés**, d'une durée de 30 minutes à 1 heure, avec une moyenne de 43 minutes. Le thésard était le seul enquêteur. 12 entretiens numérotés (E1 à E12) ont été réalisés entre juillet et octobre 2020. Les entretiens se sont déroulés au domicile d'enquêtés (E1, E2), en terrasse de café (E4), par visioconférence du domicile de l'enquêteur et de l'enquêté sur la plateforme numérique Zoom US (E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11), et par téléphone en mode « haut-parleur » selon le souhait d'un enquêté (E12). Ils ont tous été enregistrés sur dictaphone, avec un double enregistrement audio et vidéo pour les visioconférences. Ayant été réalisés à différents moments, en différents lieux, et auprès d'un échantillon diversifié, le recueil de ces entretiens a réalisé une **triangulation des données**. Tous les entretiens se sont passés dans un contexte calme et sans interruption. Leurs principales caractéristiques ont été consignées dans un **tableau des caractéristiques des entretiens** (Annexe 3). Les trois premiers entretiens ont été réalisés sans information préalable sur le sujet abordé (E1, E2, E3), hormis le formulaire de consentement mentionnant le sujet de l'enquête. Après le troisième entretien, devant une difficulté pour les enquêtés à cerner le sujet, il a été décidé de les en informer par une courte discussion avant l'entretien (E4), puis pour les suivants par une information écrite envoyée par mail quelques jours avant et un rappel oral de quelques minutes avant l'entretien.

B. Analyse des données et production des résultats

Il s'est agi au cours de l'analyse de réaliser **plusieurs lectures des verbatim** (38), afin de faire émerger des **thèmes** importants, de rechercher les liens, interactions, similitudes, connections, différences, échos, contradictions entre les différents entretiens. L'analyse a eu lieu par **retranscription intégrale** des entretiens sur fichier Word, et par **surlignage** et **annotation de commentaires** pour chaque idée intéressante. À mesure de l'analyse ont émergé des **thématiques**. Les entretiens ont été analysés indépendamment les uns des autres. Les thématiques émergentes ont été regroupées puis analysées séparément et construites en **catégories** et **sous-catégories**. Plusieurs lectures et analyses successives nous ont permis d'accéder à une vision plus globale, ont enrichi au fur et à mesure les résultats de nouveaux insights et ont trouvé des liens entre les thématiques. Une **double analyse** a été réalisée (après anonymisation des données nominatives) pour trois entretiens tirés au sort (E6, E7, E8), c'est-à-dire par le médecin enquêteur et de façon parallèle par le directeur de thèse, dans un souci d'amélioration de la validité de l'étude par une vision plus objective, seul l'enquêteur ayant assisté aux entretiens ; ceci nous a permis de mettre en œuvre la **triangulation de l'investigation**. Au cours d'un échange entre les deux analystes, la confrontation des résultats obtenus a fait ressortir une concordance présumée suffisante, permettant à l'enquêteur de poursuivre le travail seul. Le travail d'analyse nous a permis de redéfinir les 5 thématiques initialement formulées en **7 catégories** et de réaliser une synthèse pour chaque catégorie :

- Les influences de la **sphère personnelle**.
- Les influences des **pratiques hospitalières**.

- Les influences des **pratiques ambulatoires**.
- Les influences des **patients**.
- Les influences des **échanges entre pairs**.
- Les influences des **autres ressources externes de formation**.
- Les influences transversales liées au **processus évolutif** et aux **périodes charnières et de transition**.

Les résultats ont été synthétisés, modélisés et consignés dans un **schéma intégratif des résultats** (Annexe 5). L'analyse thématique s'est inscrite dans une **méthode phénoménologique interprétative**. Parallèlement à l'analyse des données une recherche bibliographique concernant les thèmes d'influence émergents a été réalisée.

II. Les influences personnelles et familiales

A. L'entourage familial

1. Participation à la naissance du choix et à la vocation

a. Représentations initiales

Les étudiants interrogés étaient en majorité issus de familles sans médecin. Ils ont décrit les représentations de leurs familles sur les études de médecine et la profession. Face au doute et à la peur des proches peut naître la rage de réussir. Malgré les craintes familiales initiales et un déficit dans le soutien attendu, la fierté témoignée et les représentations prestigieuses de la carrière médicale les ont confortés dans leur choix. Les étudiants qui avaient au moins un médecin dans leur entourage ne l'ont pas rapporté comme facteur dans leur vocation ou dans le développement de leur professionnalisme.

E4 : « dans ma famille j'ai aucun médecin, (...) j'ai même d'abord été **découragée par mes parents de faire médecine, (...) ils avaient peur que je réussisse pas, (...)** En fait **ça m'a donné encore plus la rage** »

b. Une envie initiale souvent inexpliquée

Les représentations du médecin transmises par les familles et la société semblent participer à la naissance des vocations chez les jeunes, bien que ceux-ci n'y trouvent souvent pas d'explication.

E11 : « **j'ai toujours eu envie de faire ce métier sans savoir trop pourquoi (...)** pourquoi j'ai voulu faire médecine, et comment ça s'est fait, j'en sais rien. Je, **je serai incapable de dire vraiment pourquoi, pourquoi j'aime ça**, enfin depuis toute petite je m'imaginai médecin »

2. Pathologie dans l'entourage familial

a. Vécu antérieur au service de la vocation

Un des médecins a été confronté très jeune au monde médical, dans un contexte de pathologie familiale ; s'en est suivie une admiration pour la profession, et la naissance de sa vocation de médecin.

E8 : « j'étais très jeune (...) **mon grand-père a fait un AVC et il est parti à l'hôpital (...)** il est **revenu euh, bien.** (...) je me suis dit « (...) Ça, c'est bien. Moi, **c'est ça que je veux faire.** » »

b. Vécu au service de la formation

- **Recherche et apprentissages induits**

L'entourage familial sollicite l'étudiant pour des problèmes médicaux. Celui-ci se sent investi et cherche des solutions, afin d'apporter son aide. Il acquiert ainsi des connaissances pouvant être utilisées par la suite auprès des patients.

E9 : « **on acquiert des compétences**, et par exemple je connais des associations (...) **parce que j'en eu besoin dans le cadre familial**. (...) par exemple les réseaux de soins palliatifs, (...) vu que **j'ai essayé de faire des recherches** pour ma belle-mère (...) je pense que **ça me donne peut-être plus de compétences pour conseiller mes patients** pour la suite. »

- *Développement du relationnel empathique et de la réflexivité*

La confrontation de l'étudiant aux pathologie familiale permet l'émergence d'une réflexion profonde et change son regard sur la maladie, avec une projection humaine pour sa pratique future. Ces expériences semblent apporter une certaine légitimité dans la compréhension de la souffrance des patients et des familles, développent l'empathie, renforcent qualitativement la relation médecin-patient, notamment au plan communicationnel.

E7 : « il y a eu ma grand-mère (...) je m'en suis pas mal occupée, qui avait des soucis de santé (...) **ça m'a touchée**, (...) **dans ma façon de voir aussi la fin de vie**, (...) quand je me retrouve dans des situations (...) de fins de vie, (...) **je comprenais**, (...) Parce que je l'avais vécu, et du coup **ça permet de rester humble**, (...) on est médecins mais **on est aussi des humains**, (...) on les gère pas forcément mieux (...) parce qu'on est médecin, mais en tout cas **on peut les comprendre quand on les a vécues** aussi. »

c. *Des sollicitations familiales source d'inconfort*

- *Modifications du relationnel familial*

Les jeunes médecins ont un statut d'expert pour leurs proches. Ils ressentent alors au cours du cursus une modification du relationnel familial, trop orienté sur le médical, avec des sentiments d'agacement et de lassitude face aux demandes jugées trop nombreuses.

E9 : « On se rend compte que certains membres de la famille ne **nous appellent que pour des avis médicaux**. Ça peut un petit peu biaiser les choses. »

- Difficultés liées aux situations de fin de vie et de pathologie grave

La confrontation à la maladie grave ou au décès d'un proche est une expérience douloureuse, vécue de manière inconfortable par l'étudiant appelé à répondre aux questions de son entourage. Conscient du gouffre existant entre les représentations de ses proches et la réalité de la situation, il éprouve une certaine difficulté à endosser le rôle du médecin dans l'annonce et l'explication d'un pronostic grave, ne se sent pas légitime à intervenir dans la prise en charge, préférant laisser la main aux professionnels compétents, avec lesquels les éventuels rapports sont vécus comme délicats et parfois biaisés à cause de leur statut. L'impact psychologique du vécu d'une situation de pathologie familiale peut être tel qu'il va induire un dégoût voire un rejet de la situation de soin, impactant parfois la pratique future, avec lassitude, évitement et fuite devant des situations semblables.

E8 : « j'ai eu un oncle qui a eu un mélanome (...) y avait des métastases partout, donc **c'était assez compliqué à gérer** puisque..., en fait, ma tante, mes cousins me demandaient ce que je pensais des imageries, (...) **je noyais un peu le poisson**, je disais qu'il fallait attendre de voir ce que disait le cancérologue (...) la seule fois où j'ai donné un vrai avis, j'étais interne (...) **ça a été dur pour moi de le faire**, (...) **c'était compliqué** (...) ça a été très, très long, et **c'était pas forcément confortable** »

d. Évolution des relations au cours du cursus : construction de la posture

- Investissement et sentiment de devoir initiaux

L'externe observe son environnement familial au regard de sa formation médicale. Fier de sa position, il se sent utile, parfois expert, avec un sentiment de devoir dans le soin de ses proches. Certains regrettent de ne pas être sollicités ou inclus plus rapidement, mettant en avant les dommages du retard de prise en charge.

E3 : « en tant qu'externe, j'étais en stage, en plus en neuro, (...) je passe, (...) voir mes grands-parents et qui me disent, ah euh, hier ton grand père a fait un petit AVC, (...) et **ils m'ont même pas appelé** pour ça, (...) c'est vrai que **ça m'avait un peu énervé** »

- Distanciation au fil du cursus

Au cours des études, les internes découvrent la singularité de la relation médecin-patient, l'inconfort dans le soin des proches lié à l'émotionnel, la peur du manque d'objectivité et le sentiment d'illégitimité dans la prise en charge. Prenant du recul, ils posent leurs limites dans les relations avec leur entourage, construisent une barrière entre vie personnelle et professionnelle, et redéfinissent leur place dans le cercle familial, préférant être délestés de leur étiquette de médecin.

E7 : « **on mêle en tout cas le personnel et le professionnel**, et j'avais beaucoup de mal à faire la différence au début de mes études, et pour moi c'était super (...) et en fait non. C'est pas une solution parce qu'**on n'est pas du tout objectif**. (...) maintenant je sais faire la part des choses et **j'ai mis un petit peu mes limites** par rapport, avec ma famille, et je leur ai expliqué ben que j'étais pas leur médecin, (...) que **le professionnel ne devait pas rentrer en compte dans nos relations** (...) c'est quelque chose que **j'avais du mal à gérer** et maintenant c'est plus simple parce que bah **j'ai su aussi mûrir tout au long de l'internat** »

- Rôle d'intermédiaire et de conseil à distance

Finalement, le jeune médecin développe vis-à-vis de ses proches une posture d'intermédiaire dans le soin, et de conseiller à la demande. S'il ne souhaite pas prendre part activement à la prise en charge, il accepte de répondre aux questions, de faire jouer sa position pour avoir des informations plus facilement, et vulgarise auprès de ses proches l'information médicale, souvent mal comprise. Ceci permet l'amélioration des compétences communicationnelles.

E11 : « oui **mes connaissances (...)** me **permettaient d’expliquer** ce qui se passait et comment ça allait se passer, et, pour ma famille, (...) En gros Je peux **faire le dictionnaire** je peux expliquer (...) **en coulisse je décrypte pour ceux qui me demandent**, mais **je m’impose pas** »

B. Rencontres et expériences antérieures orientantes

1. Les médecins généralistes avant les études

a. Médecins traitants : des modèles surtout négatifs

Avant les études de médecine, les futurs étudiants ont, dans l’ensemble, été peu confrontés au monde médical. Le rapport avec leur médecin traitant a été à l’origine de représentations et de jugements surtout négatifs. Ils ont observé et/ou vécu les mauvaises conditions de travail, les retards en consultation, les prises en charge expéditives, le manque de temps, la désorganisation et le manque de rigueur professionnelle, la mauvaise tenue des dossiers médicaux, le manque de discussion et de communication, l’aspect financier de la profession, faisant naître en eux la vision d’une médecine vénale et désorganisée. Les adolescents, avant même de savoir qu’ils prendraient le chemin de la médecine, se sont identifiés à leur médecin traitant et projetés dans une pratique dénuée de ces aspects jugés négatifs. Seule la disponibilité du médecin leur a donné une image positive de la profession.

E7 : « j’ai pris un autre médecin qui (...) allait bientôt partir en retraite, et il avait une façon de, de pratiquer (...) qui en tout cas moi me faisait penser qu’il **en avait un peu rien à faire de ses patients**. (...) j’ai pas été souvent malade voilà, mais je me dis que, **on a cette idée du médecin généraliste qui prescrit du doliprane** (...) j’avais un peu **l’impression qu’il attendait qu’on lui passe la carte vitale ou qu’on lui fasse un chèque**, (...) **ça me choquait** à chaque fois, et c’est vrai que j’avais cette vision-là de me dire, mais en fait les médecins généralistes en fait c’est

la seule chose à laquelle ils pensent voilà. (...) mes médecins généralistes à moi ils m'ont pas apporté beaucoup de chose **ils m'ont surtout montré ce que je voulais pas faire.** »

b. Médecins amis : des modèles positifs

Avant les études, la rencontre avec certains médecins généralistes a été vécue positivement, participant à l'attrait pour la profession et à la vocation. Le modèle positif est relatif à la bienveillance, à l'écoute, au charisme, à la bonne connaissance des patients, et au modèle du médecin de famille. L'information claire et sans détour concernant la beauté et les difficultés du métier, la proposition active de découverte par des lectures, sont constructives en induisant une vision plus précise et non biaisée du métier.

E11 : « Elle avait ce côté doux, (...) du **médecin de famille**, c'était le médecin enfin, elle faisait vraiment partie de la famille, (...) ça avait un côté très cocon, très famille, que j'aimais beaucoup, (...) A., qui est une grande lectrice, et qui euh, et qui m'a, surtout quand j'ai su que je voulais faire de la médecine générale, (...) elle voyait (...) toutes les choses qui m'attiraient dans cette discipline, (...) par contre, elle voyait peut-être que j'étais un petit peu trop **naïve**, (...) et donc sur ça **elle m'a pas mal informée** aussi, (...) et du coup elle m'avait **conseillé** beaucoup de livres »

2. Expériences professionnelles antérieures révélatrices et formatrices

Plusieurs internes ont rapporté l'importance de leurs expériences professionnelles antérieures dans leurs représentations et choix du métier de médecin. Si toutes, même en dehors de la santé, sont un premier pas professionnalisant, les expériences dans le monde médical avant ou pendant les études de médecine revêtent un caractère particulier au sens de la naissance ou de la confirmation de la vocation, de l'éclairage sur la profession, et même des acquisitions de compétences. Une interne a évoqué son expérience en ergothérapie antérieure aux études médicales. Outre l'apport de compétences relationnelles, ceci a été

pour elle l'occasion d'un changement de vision de la médecine via des rencontres, notamment avec des médecins gériatres bienveillants, et a participé à sa réorientation en médecine.

E9 : « j'ai envie de te dire que **mon parcours professionnel il a commencé dès toute jeune, dès mes premiers emplois** (...) dans les centres de loisir, chez McDonald's à la sortie de mon baccalauréat, (...). J'ai fait au départ **aide-soignante** (...) et après (...) **en tant qu'infirmière** (...) tout ça, **ça a participé aussi à ma formation professionnelle et au médecin généraliste que je suis aujourd'hui.** »

C. Vie Privée

1. Vie de couple et vie sociale

a. Équilibre nécessaire entre vie sociale et vie professionnelle

Si les étudiants en médecine ont pu consentir pendant leurs études à des sacrifices concernant leur vie privée, ils ont pris conscience au cours de l'internat de l'importance de leur épanouissement personnel pour l'exercice de leur profession. Afin de rester professionnel dans leur pratique, de garder motivation et ouverture d'esprit, d'éviter la frustration et la surcharge mentale, il leur apparaît nécessaire de couper de la médecine en sortant du travail, via l'échappatoire salutaire d'une vie sociale épanouie.

E4 : « c'est quand même très important pour moi. Je sais maintenant **faire les pauses** enfin les arrêts, **profiter de la vie.** C'est quand même très important pour moi, **c'est un équilibre.** »

b. Influence de la vie de couple sur les choix de cursus et de carrière

Les choix dans le cursus (choix de stages, mutations) et de carrière (projets d'installation) se construisent aussi en fonction de la construction de la vie couple. Ainsi, construction personnelle et professionnelle semblent intimement liées.

E1 : « Bah je pense qu'il faut faire des choix, (...) **j'ai choisi des stages** finalement pas forcément en fonction des retours qui en était fait des autres, de mes prédécesseurs, mais en fonction parfois de la localisation géographique **pour pouvoir rentrer assez fréquemment voir ma compagne**, et je l'ai pas regretté »

c. **Particularité des couples de soignants**

Plusieurs médecins interrogés sont en relation de couple avec un autre soignant. Ils ont rapporté les avantages professionnels induits par la facilité de discussion, l'écoute compréhensive, le soutien moral dans les situations difficiles, l'entraide par le partage d'expériences, la réassurance, et l'émulation dans les études. Les débriefings de situations vécues et les discussions se font de manière informelle, dans le quotidien. Via ces relations, la confrontation au regard de l'autre permet à l'interne d'acquérir de nouvelles connaissances et de remettre en question sa pratique, ses aptitudes et attitudes professionnelles.

E7 : «M. mon compagnon, (...) Il est médecin aussi. (...) **on s'est retrouvés à discuter des, des patients**, et cetera, et moi j'avais pas du tout la même vision des choses, (...) Et en fait **ça m'a vraiment, vraiment aidé**. (...) **j'ai appris du coup par lui**, (...) alors les avantages effectivement c'est que, on sait que quand on a besoin de parler (...) **on sait qu'on aura la personne en face qui sait de quoi on parle** quoi. (...) c'est vrai que **c'est un soutien** parce que voilà, **si la journée s'est pas bien passée**, ben voilà **le soir, on peut un petit peu débrief** »

2. **Vécu d'une pathologie grave : connaissances et empathie**

Certains participants ont avoué avoir vécu des problèmes de santé importants avant ou pendant leurs études. Ceci a fait naître en eux une curiosité médicale aboutissant à une meilleure connaissance de ce qui les a touché, de l'aisance du diagnostic à la prise en charge médicale du sujet concerné. Sensibilisés par leur propre fragilité, ils ont décrit avoir adapté

leur posture en consultation, aux plans de l'écoute, de l'empathie, de la compréhension, de la communication, et de l'adaptation au patient.

E8 : « moi **j'ai fait de la, de la réa quand j'étais au lycée** ; (...) avant d'attaquer la médecine, je m'étais renseigné sur euh, qu'est-ce qu'on faisait quand on était splénectomisé, quelles étaient les limites (...) **ça m'a fait découvrir le côté un petit peu patient**, et le côté impuissant qu'on ressent quand on est au fond d'un lit... »

3. Grossesse et parentalité

a. Vécu éprouvant : autoprotection et organisation

Plusieurs grossesses ont été rapportées pendant et après l'internat, vécues comme des étapes personnelles épanouissantes, facilitées par les dispositifs d'accompagnement organisés lors des stages. La fatigue ressentie, le manque de soutien et de compréhension de certains encadrants, et la dimension émotionnelle avec les patients ont toutefois été à l'origine de difficultés dans le travail, de prise de recul et d'autoprotection, induisant des changements organisationnels des internes au travail pour protéger leur vie privée.

E10 : « Première grossesse pendant l'internat (...) ça m'a rendu **hyper sensible**, c'était hyper **compliqué à travailler après**. En fait j'ai eu un passage où, (...) j'ai eu vachement de mal à, à **reprendre du recul** par rapport à mes patients. (...) j'ai deux filles maintenant, (...) **ça m'oblige à m'organiser**, (...) ça m'a appris entre guillemets un peu que, quand t'es méd. gé, t'as intérêt à être carré dans ton organisation, (...) **le fait d'avoir une famille m'oblige à pas me laisser déborder** »

b. Vécu professionnalisant : connaissances et changements relationnels

Grossesse et parentalité semblent permettre un changement de regard sur la pédiatrie et l'obstétrique, et une familiarisation avec ces disciplines par l'amélioration du relationnel et

des connaissances. Si l'expérience personnelle ne les rend pas plus légitimes dans la prise en charge de ces spécialités, les jeunes femmes reconnaissent avoir acquis par leur vécu des connaissances, développé leur empathie, et amélioré leur relationnel. Ne pas être parent a été rapporté par une interne comme un frein à la gestion de situations pratiques en pédiatrie.

E10 « je pense que tomber enceinte, ça a modifié (...) **ma façon de voir les choses** (...) au niveau de la pédiatrie, oui, ça m'a permis **d'aborder complètement différemment les enfants**, en termes de **relationnel**, du fait d'en avoir aussi un peu moins peur (...) je détestais l'obstétrique, (...) et finalement, ça m'a permis de la proposer un peu peut-être, de **me sentir un peu plus concernée**. »

4. Intimité et sexualité : sensibilisation et adaptation de la posture

Certains étudiants ont rapporté des carences en matière d'éducation sexuelle et d'ouverture sur les sujets liés à la vie intime au cours de leur adolescence. Au regard des leurs propres difficultés, ils sont sensibilisés et se sont formés par eux même. En consultation ils s'identifient aux patients, orientent et adaptent leur pratique en adoptant une posture active d'ouverture à la discussion et à la prévention sur ces problématiques. La singularité personnelle semble donc jouer sur la construction du professionnel en devenir.

E5 : « mon homosexualité a fait que je me suis beaucoup plus intéressé à cette population, aux pathologies sexuellement transmissibles, et depuis plus longtemps. Et ce qui fait que, et ben par exemple, j'aborde beaucoup plus facilement la **prévention sexuelle** avec mes patients (...) je pense que **l'influence de ma vie personnelle compte**. »

III. L'influence de la pratique hospitalière

A. Les aspects structurels de l'hôpital

1. Dégoût de l'hôpital « usine » et la posture face aux institutions

Le vécu négatif des contraintes liées à l'administration hospitalière lors de l'internat, notamment concernant l'objectif des durées moyennes de séjour à respecter, parfois au détriment du patient, l'importance des responsabilités imposées, font naître des sentiments de défiance et de rejet du monde hospitalier, surtout à l'égard des grandes structures, finalement dépeintes comme des « usines déshumanisées ». Ceci participe à la construction de l'identité professionnelle du généraliste et de son choix de carrière libérale.

E1 : « **c'est des usines déshumanisées**, où vingt personnes passent dans les chambres, où il y a aucun respect de l'humain »

2. Intérêt porté pour les petites structures

Malgré le manque de moyens dans les petits hôpitaux, parfois à l'origine d'un sentiment de pratiquer une « médecine de brousse », les internes ont souvent choisi à dessein d'y passer en stage, relevant l'intérêt de la réputation des formateurs présents et de la confrontation précoce aux difficultés. Les conflits entre recommandations officielles prescrites et pratique réelle au lit du patient, sont parfois vécus comme une « chance », forçant à la débrouille et à l'autonomie, et permettant de développer l'approche centrée patient, la relation semblant s'y réaliser de manière plus humaine que dans les grandes structures. Le travail en équipe « familiale » et les rapports simplifiés aux seniors facilitent la réception des savoirs, et sont vecteurs de la construction d'un réseau professionnel de confiance pour la suite de la carrière.

E1 : « **J'ai eu la chance, la chance, et c'était aussi un choix, de travailler dans des petits hôpitaux, des petites structures où il n'y avait rien.** Y avait pas de spécialiste, y avait pas de scanner, (...) **mais le travail il fallait quand même le faire** et je pense qu'il était fait (...) **de manière bien plus humaine**, qu'il ne peut l'être dans des grandes structures. Alors **les prises en charge étaient forcément pas toujours pile-poil dans les recos.** Mais les recos c'est (...) applicable dans très peu d'endroits, (...) **il y a ça qui m'a marqué, tous les petits hôpitaux ou j'ai travaillé** (...) Les équipes avec qui j'ai travaillé, (...) **très humaines, très familiales,** »

3. Particularité de la gériatrie : des aspects structurels au service de la vocation

La majorité des internes a été touché positivement par le stage en gériatrie. Pour deux d'entre elles, à l'inverse de l'isolement et de la surcharge de travail ressentie en stage de médecine ambulatoire, le confort du travail d'équipe et du cadre de l'hôpital, la facilité de la continuité et du réseau de soins, les ont orientées au fil du cursus vers cette spécialité.

E11 : « initialement je voulais faire de la médecine générale, **et finalement j'ai découvert la gériatrie qui ma plus parlé,** (...) **la médecine générale en libéral seule, ça ne faisait un peu peur,** (...) **t'a quand même un confort que t'as pas en médecine générale.** (...) y'a aussi **le fait d'être jamais seul, d'avoir quand même généralement un réseau autour de toi** si t'as besoin d'un avis, d'une prise en charge en urgence, (...) le côté **pluridisciplinaire** de la gériatrie »

B. Expériences fondatrices à l'hôpital

1. Diversité et multiplicité des expériences de terrain

Les jeunes médecins ont décrit l'importance du terrain hospitalier dans leur acquisition du professionnalisme, car malgré ses aspects négatifs, « c'est en forgeant qu'on devient forgeron ». Par leur diversité et leur intensité, par les rencontres et la multiplicité des tâches

qu'ils impliquent, les stages lèvent les peurs initiales et familiarisent l'étudiant aux différentes situations. Les expériences cliniques développent la rigueur scientifique du médecin détective.

E2 : « l'hospitalier apporte un peu de la connaissance et de la **rigueur** dans la façon de penser, dans la façon de faire tes diagnostics, dans la façon de réfléchir, d'envisager toutes les solutions, toutes les différentes pathologies qui peuvent exister. »

2. Confrontation brutale aux situations complexes : des études traumatisantes

Les internes ont décrit des difficultés relatives à la brutalité de la confrontation à la mort, à certaines situations complexes ou illégales. Les situations les plus critiques de leur cursus ont eu lieu à l'hôpital où ils se sont sentis déshumanisés. Ceci a pu contribuer à la construction de leur éthique professionnelle. On retrouve chez les jeunes médecins une crainte de la hiérarchie favorisant la culture du silence, et provoquant un dégoût du monde hospitalier.

E1 : « des choses que j'ai pu voir, notamment un avortement tardif entre guillemets, **clairement illégal**, (...) c'était (...) **scandaleux**. (...) j'aurai dû le dénoncer. (...) Ça m'a pas permis grand-chose, **ça m'a plutôt rendu malade pendant des mois**, (...) c'était (...) **écœurant**, (...) j'aurai dû aller voir le doyen. C'était **extrêmement grave** (...) Ça aurait sans doute rien changé et (...) pourri ma fin de formation, mais ça c'est une chose que j'aurais pu faire »

C. Encadrement et gestion psychique des études

1. Manque d'encadrement en stage

a. Solitude et surcharge de travail

Les étudiants sont marqués par l'angoissante solitude de leurs premiers pas à l'hôpital. Dès l'externat ils se sentent abandonnés par leurs formateurs, relèvent des carences sur l'enseignement du b.a.-ba médical qu'est l'examen clinique, et l'inintérêt de certains stages.

Alors soumis à d'importantes responsabilités, à la surcharge de travail et à la difficulté des gardes, inquiets quant à leurs aptitudes diagnostiques et thérapeutiques, souhaitant être entourés pour corriger leurs erreurs, combler leurs lacunes et apprendre les gestes de base, ne se sentant pas toujours en capacité de gérer seuls les situations, les internes font une critique lapidaire du manque d'encadrement, qui semble être un frein aux apprentissages.

E2 : « dans **tout mon internat personne ne m'a vu examiner un patient**, à part dans les stages de méd. gé, je fais la différence entre les stages de méd. gé et les stages à l'hôpital. **A l'hôpital, personne ne m'a vu examiner un patient**, (...) c'est un énorme manque dans la formation. »

b. Apprentissages par l'Autonomisation forcée

Malgré l'évocation négative de leur formation hospitalière, les jeunes médecins reconnaissent avoir souvent appris seuls, « à la dure » et par la force des choses, et progressé via l'autonomie forcée, vivant l'absence des séniors comme une fatalité au regard du manque de moyens dont les soignants ne sont pas responsables. Ils peuvent même développer de l'admiration pour les séniors surchargés qui tentent de les entourer relativement et de manière bienveillante.

E1 : « En tous cas moi les stages que j'ai faits c'était dans les petits hôpitaux et à chaque fois, **j'avais plutôt intérêt à travailler correctement parce qu'il y avait pas à chaque fois quelqu'un derrière**, et je dirais **qu'on l'apprend quand même un peu à la dure, le professionnalisme.** »

2. Séniorisation positive

a. Familiarisation, gestion de la peur et prise de confiance en soi

Les relations bienveillantes voire amicales avec les séniors participent à la construction de la posture professionnelle des jeunes médecins qui découvrent au fil des semestres leurs capacités, lèvent leurs peurs et se familiarisent avec les domaines qui leur semblent difficiles.

En début de cursus, ils s'arrêtent davantage sur leurs carences que sur leurs capacités, souvent inconscientes car automatiques, que l'introspection permet progressivement de mettre en lumière. S'ils ressentent initialement une mésestime de leurs aptitudes professionnelles, ils évoluent positivement au contact des séniors qui les valorisent, reconnaissant leurs forces et leurs faiblesses, prennent conscience de leur légitimité, et construisent leur identité médicale propre. L'internat est donc vécu, au contact de formateurs hospitaliers à l'écoute, comme une école de la prise de confiance en soi, et valorise la posture du médecin expert.

E11 : « un mec en fait (...) qui justement m'a appris en fait à aller chercher aux bons endroits, à pas avoir peur quand je savais pas gérer une pathologie, à savoir en fait juste où aller chercher, à savoir demander un avis, à prendre confiance en moi aussi, (...) et il m'a montré en fait que j'étais capable »

b. Discussions informelles, écoute et soutien, échange d'idées

Certains internes ont décrit les bénéfices des relations d'écoute et de soutien compréhensif sans jugement vis-à-vis de leurs questionnements et difficultés d'ordre philosophiques, émotionnels, psychologiques et personnels. Le formateur attentif à la singularité personnelle de l'étudiant encourage les réflexions profondes sur le sens du métier, participe à la construction de la posture, de l'identité, de l'éthique et du projet professionnels. Les internes apprécient les relations de maître à élève basées sur l'échange et le partage d'hypothèses, sources de réflexivité. Le développement des aptitudes relationnelles, qui n'a pas forcément de cadre conceptuel strict, notamment dans l'accompagnement lors de la confrontation à la mort, passe par l'autonomisation ; il est favorisé par la présence bienveillante et l'écoute.

E10 : « (...) jamais ils se sont posés en, en donneurs de leçons mais plutôt euh, et ben on fait **une réflexion commune**, peut-être qu'effectivement **dans leurs questions ils m'ont amenée à me poser les bonnes questions** (...). »

3. Séniorisation négative

a. Condescendance et conflit hiérarchique

Outre le sentiment d'abandon bien décrit, les étudiants ont rapporté des situations relationnelles de condescendance, de dénigrement et de conflit hiérarchique, notamment avec les urgentistes. En début d'internat, ils ressentent un manque de légitimité et tendent à taire leur point de vue devant celui des formateurs. Ces conflits au vécu douloureux, peuvent mener à des situations d'errance voire d'erreur médicale, et décourager le jeune soignant ; au terme d'une réflexion profonde, ils renforcent secondairement l'autonomie et le sentiment de légitimité professionnelle de l'interne, le poussent à suivre plus facilement son instinct, développant ainsi sa posture et de sa conscience professionnelle.

E2 : « j'avais pas de pouls des deux côtés (...), et j'ai contacté, (...) **une autre chef, qui m'a dit que je me trompais** (...) J'ai contacté les urgentistes, (...) le cardiologue, (...) les radiologues pour qu'ils fassent une échographie et **tout le monde m'a dit que je me plantais donc finalement j'ai fini par laisser tomber**, et elle faisait en fait réellement une ischémie de jambe. (...) **ça m'a appris** à ne plus, dans le cadre de l'urgence, **si je ne suis pas d'accord avec mon chef**, en désaccord avec mon supérieur, **à ne pas négliger un diagnostic potentiellement grave**, (...) **et donc du coup de prendre de l'assurance**, (...) **à être un peu plus réactif**. »

b. Harcèlement sexuel et misogynie

Une des étudiantes a rapporté avoir vécu durant tout un semestre à l'hôpital du harcèlement sexuel de la part s'un sénior, lui donnant une image pitoyable du monde médical.

Entre étonnement, dépit et désillusion de vivre de tels rapports à notre époque, avec des sentiments de rabaissement, d'enfermement dans le silence et d'acceptation contrainte, l'évocation pudique et gênée de cette situation inacceptable suggère la difficulté toujours présente des femmes à affirmer leur position dans le monde médical, notamment dans les rapports de hiérarchie, comme si elles devaient de facto justifier leur légitimité à la gente masculine. Reléguée au rôle de « femme objet » dont seuls les atouts physiques semblent digne d'intérêt, l'interne éprouve de grandes difficultés à construire sa posture de médecin légitime. Désabusée, elle se terre dans le silence, par peur de représailles ou de voir redoubler les hostilités, et attend la fin du semestre pour sortir de sa posture de victime. Ces rapports toxiques induisent une charge mentale telle qu'ils impliquent des blocages dans la communication, la sollicitation du sénior et les apprentissages.

E7 : « (...) ce chef-là a pas eu (...) la place qu'il aurait dû avoir, (...) la façon de, d'être avec moi était pas du tout adaptée, voilà, et... et moi ça m'a beaucoup bloquée par ce que du coup j'avais vraiment l'impression que je pouvais pas (...) lui demander de l'aide (...) »

4. Manque d'accompagnement individuel dans la gestion psychique des études

Nombreux sont les internes qui ont eu le sentiment de ne pas avoir été suffisamment entourés lors du cursus hospitalier dans la gestion de l'impact psychique de leurs études. Les étudiants se comparent entre eux, et soucieux de ne pas paraître plus faible que les autres, préfèrent passer sous silence leurs difficultés, témoignant de la persistance de l'esprit de compétition initié lors du concours de première année. Certains relèvent l'intérêt potentiel d'un encadrement plus individualisé, qui permettrait de lever les freins à l'expression de leurs difficultés psychiques et les aiderait à la résolution de leurs conflits internes.

E7 : « Je pense que, on pourrait plus euh, s'intéresser au ressenti des internes dans leur formation. (...) je trouve qu'on s'intéresse pas assez à comment ils le vivent en fait, comment

ils vivent leur internat, (...) les stages sont compliqués, et je pense que ça ce serait bien (...) pas être seul face à ça quoi. (...) souvent **on n'ose pas en parler devant les autres, euh, parce que, parce qu'on se sent nul**, parce qu'on se dit ben non les autres ils le vivent très bien, pourquoi moi je le vis mal, c'est que c'est moi qui ai un souci, (...) tous, on est, on n'est pas bien un moment donné, (...) il faudrait je pense plus de temps pour ça (...) peut-être **des temps individuels** aussi, justement pour ceux qui ont pas envie de, de, de, de lâcher un peu les choses devant tout le monde (...) peut-être qu'ils ont besoin d'un temps individuel »

D. Effets de modèles des séniors hospitaliers

1. Modèles positifs à l'hôpital

a. Qualité de la relation avec le patient et posture face aux institutions

Les internes sont marqués lors de leurs premiers pas à l'hôpital et décrivent l'importance des premiers encadrants présentant des qualités humaines, dans leur relation avec les patients. Les séniors investis en premier lieu dans le bien-être du patient, qui montrent leur opposition à la logique rentable de l'hôpital sont pris pour modèle. Les internes s'identifient à ces valeurs nobles, en se mettent en opposition à la hiérarchie administrative.

E6 : « (...) c'était un bon médecin à la fois sur le plan professionnel que sur le plan humain. Elle avait beaucoup de connaissances, **elle expliquait vraiment tout à ses patients**, et euh, et voilà, elle hésitait pas à **faire les choses dans le bien et l'intérêt du patient, plutôt que dans l'intérêt de l'hôpital ou du service.** »

b. Exigence, investissement, expérience, compétences et rigueur scientifique

Les internes sont admiratifs des compétences scientifiques et du curriculum vitae de leurs formateurs hospitaliers et orientent leurs choix de stages selon ces critères. Ils apprennent de ces médecins experts, se sentent portés par l'émulation à la recherche, développent parfois des relations de compagnonnage à l'origine de projets de thèse ou d'orientation dans le choix de carrière, et construisent leur réseau professionnel de confiance. La saine crainte inspirée par ces séniors exigeants favorise les efforts dans l'apprentissage.

E10 : « au CHU (...) j'étais en stage en pédiatrie, y avait le professeur M. qui était (...) assez difficile d'abord mais **hyper exigeant**, je pense que là ça m'a fait du bien, parce que du coup **il m'a forcé à aller, à aller lire des articles (...)** en fait **il me foutait la trouille aussi, donc ben du coup j'ai bossé.** »

c. Particularité de la gériatrie : des modèles positifs au service de la vocation et d'une pratique humaine

Le contact avec la gériatrie a été toujours bien vécu par les internes, et a pour deux d'entre elles abouti à l'épanouissement d'une vocation dans cette spécialité. Ce choix a été favorisé par des rencontres marquantes avec des séniors qui ont su lever leurs représentations et montrer une approche humaine du patient, et auxquels elle se sont progressivement identifiées.

E11 : « initialement je voulais faire de la médecine générale, **et finalement j'ai découvert la gériatrie qui ma plus parlé, (...)** G. **ça a été une des personnes les plus importantes je crois pendant mon internat. (...)** c'était **mon premier stage de gériatrie** en tant qu'interne (...) souvent les gériatres, on a la vision d'une famille de bisounours (...) qui est pas forcément très actif, et justement **lui ça a été un peu la première personne euh, à me montrer que ben en**

fait si, on pouvait être actif, et que la gériatrie c'était pas juste accompagner les vieux dans la vieillesse, mais c'était aussi dire, ben celui-ci on peut lui faire comme un jeune parce qu'il est franchement bien, celui-là ben non on va faire plutôt adapté, (...) c'était le message en fait. (...) parce que c'est une spé qui est très humaine, et ça m'a beaucoup plu pour ça »

2. Modèles négatifs à l'hôpital

Les modèles négatifs à l'hôpital sont relatifs en premier lieu au mauvais relationnel des séniors avec les patients, et au second plan à leur manque de rigueur scientifique. Les étudiants vont jusqu'à ressentir un manque de confraternité à l'égard des formateurs au mauvais relationnel, évitant par la suite les contacts professionnels. Ils vivent en stage des séries de conflits internes, aboutissant à une mise en opposition intériorisée des comportements qui leur semblent néfastes dans la projection sur leur pratique future. Ils construisent leur éthique professionnelle en observant les comportements négatifs à la relation soignant-soigné, et les carences scientifiques de leurs formateurs, desquels ils absorbent les bons et laissent de côté les mauvais exemples.

E8 : « dans un stage où (...) le médecin est pas forcément très recos, c'est pas grave, (...) c'est pas forcément ma pratique future, je prends les choses qu'il y a à prendre chez ce médecin, (...) mais (...) je laisse (...) ce que je trouve pas adapté (...) je m'en resserrirai pas. »

IV. L'influence de la pratique ambulatoire

A. Stage d'externat en ambulatoire : catalyseur de la vocation de généraliste

Pour la quasi-totalité des futurs généralistes, le stage d'externat en médecine libérale est révélateur. Parfois vécu comme une aventure au service de l'autonomisation, ce premier

contact fait naître, oriente, développe ou confirme la vocation. L'enracinement est favorisé par la mise en jeu de l'émotionnel lors du vécu d'expériences marquantes au contact de patients, et par les rencontres avec des formateurs passionnés. En comparaison avec l'hôpital, les externes découvrent un nouveau monde, riche et diversifié, et visualisent mieux l'utilité de la médecine générale. S'ils n'acquièrent alors que peu de compétences médicales pures à ce stade, ils développent leur posture de futur généraliste, dans une vision transversale de la médecine au service des personnes, et prennent conscience de la place que représente celle du généraliste dans la vie des gens.

E9 : « j'ai trouvé ça super que l'on puisse faire un stage d'externe chez les médecins généralistes. Parce que là ça m'a quand même montré, un peu orienté, et confirmé que la médecine générale, c'était ce que je voulais faire. »

B. Effets de modèle des formateurs en ambulatoires

1. Modèles de rôles positifs

Le professionnalisme se construit lors des stages ambulatoires, le sénior humain et rigoureux est décrit comme modèle de médecin idéal.

a. Investissement, disponibilité et approche centrée patient

Les valeurs nobles transmises par les formateurs en ambulatoire, pour lesquelles les étudiants vouent leur admiration, sont davantage les attitudes relationnelles et l'engagement pour le bien-être du patient, que la perfection des connaissances scientifiques. Les étudiants décrivent l'importance de la connaissance du patient, socle de l'écoute et de l'adhésion au soin dans la prise en charge globale. Le sénior valorisé est investi pour sa patientèle, disponible, exerce dans un contexte détendu, et pratique une relation humaine d'accompagnement.

E11 : « comme autre personne très forte il y a eu, ben L. C. (...) qui est pour moi (...) **le médecin généraliste bah idéal** (...), parce que **très humain**, (...) **qui connaît très bien en fait les patients, qui les accompagne**, (...) même s'il était à la bourre, (...) **il savait prendre le temps**, (...) **y avait pas de stress** en fait, c'était pas le marathon et la course contre-la-montre en permanence »

b. Rigueur professionnelle

Les internes ont été touchés par la rigueur dans l'exercice de leur maître de stage. Qu'ils portent sur la mise à jour des connaissances scientifiques, la réflexivité sur les pratiques ou la rigueur organisationnelle au cabinet, ces fonctionnements responsabilisent l'étudiant et valorisent le métier dans l'engagement d'une pratique basée sur des faits probants.

E2 : « oui **mes prats de stage de Méd. Gé. qui étaient hyper à l'écoute et surtout très réactifs sur les dernières recommandations, sur la mise à jour des connaissances** qui me permettait de voir qu'**on se repose pas toujours sur ses lauriers** en Méd. Gé., mais qu'**on est tout le temps en train d'apprendre, forcé à réfléchir** de ce côté-là. »

2. Modèles de rôle négatifs

a. Conflit scientifique : décalage générationnel et médecin « hors recos »

Au regard de leur formation universitaire, les étudiants découvrent en stage ambulatoire des pratiques qui leurs semblent incohérentes avec les dernières recommandations théoriques de bonne pratique fraîchement acquises, souvent de la part de médecins plus âgés, et mettent en jeu leur esprit critique. Ces décalages générationnels peuvent faire naître un conflit interne chez l'étudiant, qui n'ose pas forcément proposer sa solution, souvent à cause de difficultés communicationnelles avec le maître de stage, mais intériorise son rejet de ce genre de pratique – ce qu'il ne devra surtout pas faire – et ne retient que ce qui lui semble bon à prendre. L'absence de remise en question, d'échange et d'ouverture d'esprit sont vécus

comme des incompétences professionnelles. Conscient de ces mauvais exemples, l'interne découvre la nécessité de réfléchir constamment et de mettre à jour sa pratique.

E8 : « certains (...) m'ont..., montré des trucs que je me suis dit « ça, faut surtout pas que je le fasse », (...) mes seniors que je voyais au tout début, (...) quand (...) on a encore (...) les recos très fraîches dans la tête, et on se dit « non mais ça, c'est des bêtises » et voilà »

b. Médecine d'abatage et aspect financier

Les internes ont jugé négativement les stages de médecine ambulatoire où la trop grande quantité de consultations quotidiennes vient mettre en défaut la clinique et le dialogue dans la relation médecin-patient. Ils se mettent en opposition à ces exemples de « travail à la chaîne » pour leur exercice futur. Certains ont eu l'impression que ces fonctionnements avaient avant tout un but lucratif, et se sont sentis utilisés à cette fin notamment en SASPAS, leur donnant une mauvaise opinion de tels formateurs voire de la profession.

E6 : « y a des endroits où les médecins ils voient 40, voire plus, patients par jour, et là, la part sociale (...) la part dialogue elle est (...) vraiment écourtée quoi. Moi, (...) c'est pas ce que je voudrai faire. (...) en libéral (...) j'ai plutôt vu (...) ce que je voudrais pas être... (...) y en a un qui travaillait un peu trop à la chaîne... »

c. Ressenti d'un relationnel inadéquat

Les internes jugent sévèrement le vécu en stage d'un relationnel inadapté de certains MSU envers les patients, au détriment d'une prise en charge de qualité. Sont pointés du doigt, d'une part le favoritisme ou les relations trop proches avec certains patients, et à l'inverse, les prises en charge expéditives pour d'autres, et d'autre part enfin, l'incompétence communicationnelle. Confrontés à ces relationnels inadéquats, les internes ont l'impression

de moins apprendre, mais se forment leur opinion d'une relation médecin-patient optimale dénué de ces défauts, construisant ainsi leur posture relationnelle.

E11 : « l'autre praticien, le dernier, bah lui je **pense m'a vraiment déçu, parce que**, (...) dans certaines situations **il tenait des propos qui étaient complètement désadaptés** par rapport aux patients, (...) **tout était mal fait, mal amené, maladroit et pas professionnel**, bref. »

C. Encadrement en stage ambulatoire : bénéfices de l'équilibre personnel du formateur et des relations sincères

Outre les dispositions d'humanité relationnelle envers le patient et de rigueur professionnelle décrites et valorisées, les étudiants sont sensibles à la relation qu'ils entretiennent avec leurs seniors en stage, et semblent influencés dans la construction de leur professionnalisme par l'observation de l'équilibre comportemental de leur tuteur. Un formateur honnête sur les qualités et les défauts du métier favorise le lien de confiance avec l'interne. Les rapports sincères favorisent l'identification au modèle et la vocation du généraliste, en toute connaissance de cause. Le feeling relationnel permet d'appréhender l'épanouissement personnel du formateur, et facilite la projection dans la profession. Par ces exemples, les étudiants prennent conscience de la nécessité de préserver leur bien-être, afin d'être à même de bien soigner. Le rôle de l'émotionnel dans la relation, et le vécu de situations de soins difficiles avec un formateur, semblent également jouer un rôle dans l'identification au modèle. Plus le partage est sincère et libre entre le maître et l'élève, plus ce dernier semble trouver satisfaction, émulation, admiration, idéalisation et identification. Enfin les incitations libres aux questionnements philosophiques sur des considérations plus globales, sans que le formateur n'impose sa vérité, sont favorables à la construction de la réflexivité éthique.

E9 : « quand j'étais externe libérale. (...) Et j'ai fait la rencontre d'**une médecin exceptionnelle** (...) Qui **m'a montré la réalité du terrain, qui a toujours dit « je te montrerais tout, les avantages et les inconvénients »**, (...) Et puis mes stages de premier et de deuxième niveau auprès de praticiens (...) **qui m'ont toujours montré de la gestion d'un cabinet médical dans toute sa globalité, avec toutes les qualités et tous les défauts** (...) donc **je pense qu'il y a eu des vrais liens qui se sont créés** (...) tout ce que j'ai vu des cabinets, faire la comptabilité et cetera (...) **je remercie les praticiens, ils m'ont tellement montré tout ça »**

D. Intérêt de la multiplicité des expériences : prendre et laisser de chacun

1. Dans la construction de l'identité professionnelle : celui que je veux être

Les jeunes médecins ont décrit les bénéfices d'avoir une multiplicité de formateurs en médecine ambulatoire. Cela leur a permis d'observer les singularités, de comparer les différents comportements, fonctionnements, patientèles, attitudes et aptitudes professionnelles. En fonction de leur propre personnalité et de leur représentation du médecin idéal, ils se forment une identité professionnelle, en s'identifiant au modèle qui leur correspond le mieux, et en reproduisant les comportements qui leur semblent les meilleurs, dans un souci d'approche centrée patient, de médecine basée sur les preuves, et d'équilibre personnel. Ils piochent de-ci de-là, et laissent de côté les exemples négatifs. Certains maîtres de stages sont valorisés, d'autres aux pratiques moins nobles induisent rejet et distanciation.

E4 : « moi tous hein **je les ai observés, avec les patientèles, aussi. T'as chaque patientèle qui correspond à chaque médecin. Du coup j'ai vu à peu près auxquels je voulais à peu près me calquer** entre guillemets. (...) **quand je les compare**, enfin c'est une façon de parler, mais **je sais que je m'identifie plus à un des médecins, à un de mes maîtres de stage ouais. »**

2. Dans la construction du choix de carrière et d'exercice : ce que je veux faire

Les internes analysent et comparent les différents modes d'exercices de leurs seniors, relèvent ceux qui leur semblent dignes d'être reproduits et rejettent les moins bons, se forgeant une idée de leur carrière future. A la lumière des différents exemples, ils trouvent le modèle auquel se calquer, ou le juste milieu. Pour certains, les modèles positifs favorisent l'orientation vers la médecine ambulatoire, pour d'autres une part hospitalière semble intéressante. Pour une interne interrogée, la confrontation à un modèle négatif en médecine générale a provoqué un réel rejet, et trouvant un sens plus noble dans les valeurs transmises par la gériatrie, elle orientera son choix de carrière vers cette spécialité.

E5 : « un an de SASPAS, (...) j'ai eu 6 maitres de stage sur un an de SASPAS, ben c'est là qu'on apprend l'autonomie, le métier, (...) j'ai eu de la chance d'avoir 6 maitres de stage donc de nombreuses pratiques différentes et ça m'a permis de définir qu'est ce quel serait mon type d'exercice »

3. Évolutions au cours des stages : acquisition de la démarche réflexive

Durant les différents stages de médecine générale, la chronologie participe au processus de professionnalisation. En supervision directe puis en autonomie, les internes découvrent l'identité du généraliste, son utilité dans le parcours de soin, et apprennent au fur et à mesure à affirmer leur propre posture. S'ils ont pu être au début des éponges, plutôt spectateurs, prenant beaucoup exemple sur leurs maîtres de stages, ne se sentant pas toujours légitimes, ils mettent en place en autonomie une démarche plus réflexive, affirmant progressivement leur identité professionnelle propre.

E9 : « je suis pas fière de pas avoir imposé mes choix et ma personnalité au début de mon stage de premier niveau. (...) j'ai pas su imposer aussi ma manière de faire, ou ma vision de la prise en charge. (...) mais c'était plutôt au début, quand j'avais pas totalement pris

conscience et ma posture de médecin, j'étais peut-être un peu plus spectatrice des fois.

Voilà. »

E. Remplacements en ambulatoire

1. Pratique des remplacements : un passage obligé

La pratique des remplacements commence dès l'internat et se fait en majorité chez les anciens maîtres de stage, avec lesquels les internes ont tissé des liens. En fin de cursus, les jeunes médecins envisagent de poursuivre ce fonctionnement plusieurs années, se laissant du temps pour passer leur thèse et pour mûrir leur projet professionnel. La pratique des remplacements semble être un passage obligé dans le processus de formation des généralistes.

E4 : « j'ai fait **des remplacements** que je voulais, vers chez moi, autour de C., enfin plutôt **dans les campagnes où j'étais passée en stage**, donc A., euh, là dans le C., »

2. Intérêt des remplacements

a. *Découvrir, gagner en autonomie, acquérir de nouvelles compétences*

Dans la continuité des stages, les remplacements débutés pendant l'internat, malgré l'anxiété d'être jeté dans le grand bain, augmentent la confiance en soi, apportent de nouvelles connaissances, développent la réflexivité, et autonomisent encore davantage les internes. C'est à cette occasion qu'ils semblent se « faire la main » et acquièrent de nouvelles compétences, par la résolution de problèmes auxquels ils se retrouvent confrontés réellement seuls. Le vécu de situations aigües stressantes en remplacement est bien accueilli, participe à une meilleure connaissance de leur futur métier en levant les représentations initiales, et semble poursuivre la construction de l'identité et du projet professionnels.

E7 : « et **avoir fait des remplas avant de finir** (...) mon SASPAS, ça m'a quand même fait prendre conscience que dans pas longtemps, on va être tout seul (...) **c'était pas évident mais ça m'a rassuré de voir que, même tout seul (...) je savais un peu gérer quoi.** Ça m'a rassuré »

b. Se projeter dans l'exercice futur

La multiplicité des expériences, la confrontation à différents lieux et modes d'exercices en remplacements, sont une source profitable de nombreux apprentissages et permettent d'appréhender le champ des possibles. Les internes remplaçants découvrent différents fonctionnements et organisations d'exercice, types de patientèle, types de pratique médicale, types de gestion d'agenda et de cabinet et se projettent pour leur pratique future. Ils ont le sentiment de gagner du temps pour leur installation en précisant dès l'internat les contours de leur projet professionnel. L'exercice en groupe est particulièrement envisagé.

E8 : « Moi en ce moment, **je fais que des remplas, je bouge beaucoup, je teste plein de cabinets différents, de modes d'exercice, et j'ai pas envie d'arrêter parce que justement, je trouve que de cette façon, j'apprends énormément de choses et que ça me sera profitable plus tard, (...) grâce à ça, du coup j'ai (...) vu (...) comment les médecins là-bas, géraient leur cabinet, leur patientèle, leur agenda et différentes techniques** »

V. L'influence des patients

A. Expériences marquantes et fondatrices

1. Les « premières fois »

Au cours du cursus, toutes les premières expériences, le premier décès, la première gestion de fin de vie, la première erreur, le premier patient en autonomie, malgré la solitude,

ont un écho particulier chez les étudiants. Ces « baptêmes du feu » participent à l'autonomisation et mobilisent l'esprit de recherche.

E1 : « j'en ai une qui me vient tout de suite à l'esprit : **le premier patient que j'ai vu seul**, en parfaite autonomie, donc au bout de deux jours de mon premier semestre. »

2. Histoires de patients mettant en jeu l'émotionnel

Les jeunes médecins ont été touchés en premier lieu au cours de leur cursus par les histoires de vie difficiles, les « histoires de chasse », le contexte de l'urgence, les diagnostics graves, les situations complexes et douloureuses, les situations d'incompréhension et d'échec, mettant en jeu l'émotionnel et les situations conflictuelles. Ces situations ont été fondatrices en termes de communication, de réflexivité sur la pratique, de développement d'une posture empathique, humble et humaine. Elles ont révélé aux jeunes médecins l'importance de l'écoute dans le recueil de la plainte, de suivre leur instinct, de se remettre en question, et leur ont fait prendre conscience des limites de la médecine. Ces situations difficiles ont souvent été l'occasion de réflexions profondes et de traces écrites d'apprentissages. Pourvoyeuses d'anxiété dans un contexte de surcharge de travail en remplacement, elles éclairent les difficultés liées au manque de moyens dans la pratique ambulatoire.

E11 « **les plus durs émotionnellement** t'apprennent à dire, (...) t'es là pour l'aider lui et pas te mettre à sa place, (...) à réfléchir à comment voir la situation autrement et à essayer de la gérer autrement les fois prochaines. »

3. Confrontation à la mort et aux soins palliatifs

La confrontation à la mort et aux situations palliatives est également fondatrice pour les médecins en formation, à l'origine de réflexions profondes et de traces écrites. Les premières confrontations à la mort peuvent être traumatisantes, par manque de formation et d'encadrement, menant à des sentiments d'impuissance, de honte et de regrets. Les internes

plus aguerris ont un regard empathique mais plus détaché, la situation est toujours dure à vivre, le sentiment de culpabilité subsiste, mais ils ont un désir de mieux accompagner la fin de vie. Ces prises en charge sont mobilisatrices d'investissement professionnel, font découvrir la largeur du champ d'action du généraliste, qui ne se cantonne pas aux renouvellements d'ordonnance. Elles permettent remise en question, autonomisation, et acquisitions communicationnelles avec les familles.

E3 : « et puis après coup c'est **le rapport avec la mort**, et disons le bon bleu à remplir et les familles à appeler en cas de décès où euh, où y a **aucun enseignement** (...) qui est donné, (...) y a pas vraiment de formation particulière, que ce soit formelle ou informelle... (...) je sais pas si c'était inné, de toute façon il faut passer par là. Après ça ne change rien au fait que (...) c'est toujours désagréable d'appeler une famille pour dire que y a quelqu'un qui est mort. »

B. Relations positives

1. Retours gratifiants : reconnaissance et valorisation du métier

Les médecins généralistes se sont sentis gratifiés par la reconnaissance manifestée de leurs patients, ressentant fierté, satisfaction, estime de soi, compétence dans le contact humain, efficacité, utilité, et valorisation de la profession malgré les limites de la pratique. Ces renforcements positifs sont ressentis supérieurs à ceux vécus à l'hôpital ou par les spécialistes, confortant l'importance de la place du généraliste dans la vie des gens. Certains patients racontent leurs expériences relationnelles négatives dans le soin et l'enjeu pour leur santé, permettant à l'étudiant de pointer les comportements négatifs afin de les éviter.

E6 : « **l'impression de plus aider**, y a plus de contact social que quand on est un spécialiste je trouve, et du coup, ça, ça m'a attiré euh, pas mal. On a l'impression d'avoir euh, une **meilleure reconnaissance** que quand on est à l'hôpital »

2. Reformulation du propos de certains spécialistes

Certaines situations appellent à la reformulation du discours des spécialistes, participant ainsi au développement des aptitudes communicationnelles, adaptées au patient.

E2 : « Dans la communication c'est les patients, (...) quand ils revenaient d'une consultation avec un spécialiste (...) et quand on voit **qu'ils ont pas compris**, de réapprendre à **reformuler**, de leur **réexpliquer** (...) les patients m'ont appris beaucoup de choses sur le professionnalisme, d'apprendre à faire ton métier mieux en t'adaptant à la personne »

3. Le patient expert

Les patients experts de leur propre pathologie peuvent induire chez l'interne le sentiment de ne pas être à la hauteur, mais l'enjoignent à adopter une posture professionnelle, à prendre en considération ses propres limites, et à se former.

E11 Après t'as **des patients qui connaissent aussi mieux leur pathologie que toi**, (...) finalement ils étaient plus au point que moi sur les traitements, donc **ils m'apprenaient**, mais là c'est plus compliqué de le montrer (...) ça la fout un peu mal. »

4. Bienveillance en cas d'erreur et peur du retour négatif

Lors de l'internat ou des remplacements, le retour bienveillant en cas d'échec est bien vécu par le jeune médecin, et développe en lui un sentiment d'humilité. Il lui fait prendre conscience de ses limites, de la nécessité de continuer à se former et de l'importance de la réflexivité sur la pratique. Les retours sont formateurs, positifs ou négatifs, ils permettent de développer les aptitudes relationnelles, les attitudes à privilégier et à éviter dans la relation médecin-patient. En stage de médecine ambulatoire, les retours permettent à l'interne de

comprendre le rôle du généraliste et d'adapter sa posture dans le suivi au long cours des patients, contrairement à ce qu'il a pu vivre en stage hospitalier. L'orientation au spécialiste est vécue comme une prise de responsabilités, et la peur des retours négatifs favorise la constitution d'un réseau professionnel de qualité.

E9 « **quand j'envoie mes patients** auprès d'un confrère (...), j'ai l'impression que je prends mes **responsabilités**. Et même si ce n'est pas moi qui vais prendre les décisions ou opérer (...) si ça se passe mal, **j'ai l'impression qu'ils pourraient me dire, bah vous m'avais mal orienté.** »

C. Relations soignant-soigné difficiles

1. Refus de soins

Le refus de soins fait naître un conflit moral et un sentiment d'impuissance, puis d'utilité malgré l'échec. Il valorise une posture d'accompagnement, favorise les apprentissages et la coopération avec les spécialistes d'organe, pour amener le patient à appréhender les enjeux de la décision médicale partagée, et met en lumière l'importance de la réflexivité sur la pratique, de la remise en question, et de la responsabilité médicale.

E10 « un autre patient qui m'a marquée (...) qui jusqu'au bout voilà, a refusé la majeure partie des traitements (...), et ça a été très dur pour moi de me dire, merde mais **je me sens totalement impuissante** et, (...) tu te sens impuissant et finalement tu l'es pas parce que, parce que **t'accompagnes** ce patient »

2. Situations conflictuelles

Certains conflits naissent de demandes de patients injustifiées, soulignant le « décalage générationnel » et la nécessité de se former, afin de garder une pratique basée sur les faits probants. Émotionnellement difficiles, ils peuvent induire un sentiment de dévalorisation.

Parfois ils occasionnent colère et violence verbale de la part du soignant, et se résolvent par la réflexivité et la conciliation, après relativisation et remise en question.

E8 « j'ai tendance (...) à vite m'énerver. (...) **j'ai du mal à garder mon calme** (...) dernièrement, une dame qui a..., a voulu porter plainte contre moi à l'Ordre des Médecins... (...) je voulais pas lui prescrire d'antibiotiques, (...) ça c'est fini en **plainte à l'ordre**, puis **lettre d'excuses** de ma part pour éviter l'escalade et elle a retiré sa plainte. (...) une consultation qui était conflictuelle, (...) elle voulait des antibiotiques moi j'ai refusé, et devant son insistance, (...) je lui ai dit de partir de façon un peu virulente. (...) **ça m'a appris à, peut-être un peu plus me calmer** pour éviter ces désagréments »

3. Patient intrusif ou agressif

Certains comportements de patients participent à la construction de la posture professionnelle et peuvent induire retrait et autoprotection. Les intrusions dans l'espace personnel et le jugement de valeur ont un impact psychologique négatif, ils provoquent colère et parfois dévalorisation, mais apprennent à poser des limites entre travail et vie privée, et favorisent l'organisation dans l'exercice.

E6 « les gens venaient frapper (...) à la porte parce qu'ils avaient une petite urgence (...) j'aime bien le social de la médecine générale, euh **j'aime bien aussi quand même avoir l'intimité** »

4. Gestion des familles difficiles

Les situations difficiles avec les familles demandeuses, semblant être à l'affût de l'erreur médicale, surviennent souvent suite à leur incompréhension, faute de communication dans un contexte de surcharge de travail. Elles permettent au médecin de développer ses compétences communicationnelles, afin de comprendre et lever avec humanité leurs représentations. La peur de la plainte occasionnée favorise la bonne tenue des dossiers médicaux, mais participe à la surcharge mentale et à l'épuisement professionnel.

E11 « la communication des fois avec les familles est compliquée, et c'est de leur regard à eux qu'il y'a potentiellement **erreur** médicale (...) c'est toujours délicat quand vous avez la petite lettre du directeur qui demande (...) de récupérer le **dossier médical** (...) ce **côté juridique** on va dire, est (...) **désagréable et stressant**. (...) j'ai eu une situation de famille compliquée, dans le déni, (...) et en fait je pense que, (...) des fois où il faut juste accepter (...) qu'ils étaient pas aptes à comprendre à ce moment-là, (...) ça c'est **un apprentissage quotidien** (...) je pense que oui **ils nous apportent plus sur le côté humain** que sur le côté médical pur. »

VI. L'influence des échanges entre pairs

A. Échanges entre co-internes

1. Vie de l'internat et amitiés constructives

Les étudiants en médecine tissent avec leurs collègues des relations amicales simplifiant l'entraide, notamment par le biais de la vie en communauté lors de l'internat. L'accessibilité des interlocuteurs - ces pairs qui vivent la même chose - facilite l'émulation dans le travail, le partage d'expériences, la remise en question et le développement professionnel. L'internat construit ainsi des relations d'amitié pourvoyeuses d'entraide, d'échanges et d'apprentissages.

E1 : « **des collègues qui sont devenus mes amis**, quand on a été à l'internat ensemble, **ça permet d'avoir des retours, le soir, d'expérience** (...) mais **c'est ça qui permet d'avancer**, (...) des éléments qui m'ont aidé tout au long de mon cursus »

2. Décontraction, catharsis et soutien psychique spontané

Les échanges entre co-internes tournent souvent autour de leurs difficultés et frustrations rencontrées en stage, d'ordre médical ou psychique. Ils se font souvent en dehors du travail, dans une ambiance décontractée, informelle, le soir ou autour d'un verre, et permettent décompression, dédramatisation et libération affective des expériences difficiles. Les internes ont les uns pour les autres un rôle de soutien moral et psychologique. Les situations fréquemment débriefées sont relatives à la solitude face aux difficultés, aux relations conflictuelles médicales ou éthiques rencontrées dans la pratique notamment avec les seniors, mais aussi aux histoires « de chasse », histoires de patients peu banales ou marquantes. Il semble d'ailleurs qu'à l'instar des groupes de GEASP, ces situations ont souvent déjà été décortiquées par les internes entre eux.

E11 : « Euh ben, à l'internat (...) **quand t'avais passé une sale journée, (...) ça permettait assez rapidement d'en discuter et de dégrossir le truc, et d'amener des points de vue un peu différents, (...) ça dédramatisait un peu les situations** »

3. Échanges informels de trucs et astuces, apprentissage par mimétisme

Si l'apprentissage de la médecine se fait essentiellement « sur le tas, en stage », il semble qu'il se fasse également au cours d'échanges d'expériences entre collègues internes. Les sollicitations, l'écoute, le partage d'anecdotes et les échanges de points de vue leur permettent de se comparer entre eux, de réfléchir sur leur pratique, d'évaluer leurs propres connaissances et d'explorer de nouvelles pistes d'apprentissages. Les jeunes médecins retiennent et reproduisent les « trucs et astuces » donnés par leurs pairs, les informations dignes d'intérêt pour leur pratique future. Le but immédiat des échanges autour de cas n'est pas tant d'obtenir la solution certaine au problème posé, mais plutôt des éclairages différents dans un contexte informel et décontracté, incitant à la réflexion a posteriori.

E3 : « **on apprend des petits trucs** comme ça. J'ai appris des trucs là-bas, on m'en a appris aussi, voilà. (...) **y a un site** c'est ça qui s'appelle parcours diabète, **c'est un co-interne qui m'avait donné ça**, (...) et j'utilise pour ceux qui veulent perdre du poids, pour ceux qui veulent retrouver un régime équilibré. (...) **on apprend les petites astuces des uns et des autres.** »

B. Compagnonnage et réseau professionnel

1. Échanges intergénérationnels et inter-spécialités

Favorisés par la communauté de vie et l'accessibilité des co-internes, les échanges professionnels sont aussi intergénérationnels et inter-spécialités, réalisant de véritables relations de compagnonnage. Les novices apprennent de leurs aînés, et transmettent ensuite aux plus jeunes. La transmission implique communication, réflexivité, et mises à jour, au bénéfice de la formation. Découvrant leur singularité au regard des aptitudes des autres, ils prennent confiance en eux, comblent leurs lacunes, développent leurs compétences communicationnelles, et construisent leur identité professionnelle.

E3 : « **une interne en pédiatrie dernier semestre**, ben qui elle avait commencé à avoir **pas mal de bouteille** en pédiatrie, (...) et **qui m'a filé pas mal de clés de réflexion** à ce niveau-là. (...) Et euh et après là maintenant, (...) je discute avec aussi les internes (...) ils ont un ou deux ans de moins que moi, (...) **j'ai le statut de formateur en discutant avec eux**, (...) **je transmets toute l'information**. Voilà. Ça me permet (...) de me faire une **culture de rappel** sur ce que je sais déjà, et (...) de **parfaire ma manière d'expliquer aux gens des choses.** »

2. Internes de spécialité : ébauche du réseau et légitimité du généraliste

Les relations avec les internes d'autres spécialités font prendre conscience de la richesse et des spécificités de la médecine générale, de son caractère global, et mettent en lumière ses

limites et la place du recours au spécialiste, participant à la construction de la posture professionnelle du généraliste, et asseyant sa légitimité. Les médecins interrogés ont décrit la facilité d'accès à l'information par le biais des échanges informels avec les internes spécialistes, leur permettant parfois de switcher le recours au médecin spécialiste sénior, duquel ils peuvent craindre le rapport de hiérarchie. La constitution d'un réseau professionnel de collègues de confiance s'ébauche dès le début de l'internat, mêlant discussions professionnelles et personnelles, et permet un travail collaboratif simplifié. Ce réseau est utilisé pour la suite de l'activité professionnelle.

E5 : « à l'hôpital on a des internes de spécialité, (...) on peut leur demander des avis. Et forcément quand tu connais des gens à qui tu demandes des avis, ou que t'as été interne avec, c'est quand même plus simple. (...) ils vont, parfois ils vont t'apprendre des choses comme tu vas leur apprendre des choses. (...) la médecine générale est une spécialité à part entière. (...) c'est un échange, et ça te fais aussi comprendre, (...) là où t'as ta limite dans ta pratique et à quel moment tu es à côté et tu fais appel au spécialiste. (...) tu vas te rendre compte aussi de bah, quelle est ta spécificité à toi, par rapport à, aux spécialités. »

C. Vie Syndicale et posture face à l'institution

Deux des médecins interrogés se sont engagés lors de leur internat dans des activités syndicales. Chronophage, cet engagement leur a toutefois apporté de nombreux bénéfices, à l'occasion des échanges avec d'autres internes syndiqués, avec un sentiment d'appartenance à une grande famille. Ils y ont découvert les aspects juridiques et organisationnels du métier, les difficultés et dangers inhérents à la perte d'autonomie et de reconnaissance de la profession ainsi qu'à l'altération de la qualité du travail, et la nécessité de défendre et protéger

la médecine générale. Ils se questionnent sur la qualité des soins et le cadre de l'exercice, et tentent de défendre les valeurs qui leur semblent importantes. Les échanges et missions réalisés responsabilisent, apportent des aptitudes en communication et en gestion de projets.

E5 : « **j'ai été syndiqué au niveau local et au niveau national**, et dans mes missions syndicales, j'ai fait des **formations à la communication**, des **formations à la gestion de projets**, (...) ça m'a permis d'avoir une **activité politique sur l'évolution des études**, (...) j'étais très au fait de tout ce qui se passait en termes de **politique de santé**, (...) On se posait des questions sur comment est-ce qu'on veut exercer la médecine, (...) et de **défendre des valeurs qui nous paraissent importantes**. (...) ma vie syndicale m'a apporté (...) des connaissances (...) dans la **gestion de projets**, dans la, la **communication orale**, (...) dans **l'ouverture** (...) sur le système de santé »

D. Au décours de l'internat : groupes de pairs et cabinets de groupe

Après les études, le jeune médecin, installé ou remplaçant, conscient de ses limites et de ses spécificités, reproduit avec ses collègues les échanges qu'il a eu avec ses anciens co-internes et maîtres de stage, de façon décontractée. Le partage de connaissances et de compétences est facilité par l'exercice en cabinet de groupe. S'inscrire dans une dynamique de transmission des savoirs et participer à la formation des étudiants, permet la remise en question, le maintien et la perfection des connaissances.

E5 : « actuellement dans le cabinet, **on est deux médecins, on n'a pas les mêmes compétences**. (...) on échange, (...) **quand on est interne on fait ça entre internes, quand on est médecin on fait ça entre collègues**. (...) moi y a des médecins qui m'ont appris les **techniques** de kinésithérapie dans les vertiges, **ce qui m'a permis de transmettre à d'autres**

co-internes (...) maintenant, **quand je reçois des internes ben je leur apprend parce que j'ai appris, de mes maitres de stage.** »

VII. L'influence des autres ressources externes de formation

A. Les revues médicales

1. Pratique et intérêt

a. Découverte et incitation à la lecture

Les internes se sont intéressés aux revues médicales sous l'influence de leur entourage médical, notamment sur les conseils de leurs maîtres de stage en ambulatoire.

E10 : « mes **maîtres de stage et mes MSU de médecine générale** justement m'ont très très incitée à m'abonner à Prescrire »

b. Contenus porteurs de sens

Les revues médicales sont utiles aux internes pour mettre à jour leurs connaissances selon les dernières recommandations, les aider dans leurs prescriptions, combler leurs lacunes et remettre en question leur pratique.

E1 : « **ça influence beaucoup mes prescriptions** et ça m'aide beaucoup d'ailleurs à **améliorer mes compétences** (...) au niveau des **recommandations** »

c. Une lecture occasionnelle et diagonale

S'ils ont pu avoir des abonnements pendant leur internat, les jeunes médecins n'ont pas été assidus à ces lectures. Ils décrivent finalement une pratique occasionnelle et diagonale des revues médicales, l'information y est glanée à l'occasion, en fonction des besoins de

recherche, sans la contrainte de devoir tout lire. Ils pensent toutefois continuer ces lectures dans le futur, les jugeant pertinentes pour leur formation continue.

E10 : « j'ai hésité à m'abonner au moins pour avoir accès aux archives et **aller les consulter quand j'en ai besoin** »

d. **Freins à la lecture : profusion, coût, fiabilité, contenu jugé inadapté à la pratique**

Les jeunes médecins semblent être noyés dans la profusion des contenus proposés et le manque de temps. Être abonné à une seule revue est jugé restrictif et insuffisant, avec le risque de subir la potentielle influence de conflits d'intérêts, et multiplier les abonnements ce serait onéreux et chronophage. Ils ont parfois trouvé les contenus inadaptés à leurs besoins de formation, et auraient souhaité être mieux aiguillés par leurs formateurs durant l'internat sur les lectures fiables. S'ils souhaitent continuer à lire des revues durant leur vie professionnelle, ils critiquent le fait qu'elles n'apportent pas assez de solutions pratiques à la gestion des problèmes courants rencontrés dans leur métier.

E11 : « ce qui me gêne si tu veux, c'est d'avoir le point de vue d'une seule revue médicale (...) **t'as potentiellement un discours qui est un peu choisi par ceux qui créent la revue**, c'est ce qui me gêne un peu dans les revues, (...) pour une bonne médecine, il faut **plein de sons de cloche différents**, (...) lire plusieurs revues pour être vraiment plus exhaustif on va dire, je pense que c'est, **cher** on va dire, et beaucoup trop **chronophage**. »

B. Échanges numériques : Blogs, forums et réseaux sociaux numériques

1. Intérêt perçu en début d'internat

En début d'internat les groupe d'échange sur internet sont plutôt perçus comme bénéfiques et formateurs au plan médical, pouvant apporter des avis d'experts. Les internes ne se sentent pas légitimes à participer aux échanges, ils gardent une posture d'observateur passif, réagissent rarement, et abordent ces groupes d'échange par une consultation diagonale et sporadique, glanant ici ou là l'information digne d'intérêt.

E8 : « ça peut être euh, **des groupes de discussions** sur Facebook, **des blogs tenus par des médecins** qui font des réseaux d'articles, et qui permettent justement d'avoir des anecdotes (...) **des avis d'experts**, (...) et **ça peut t'aider à te former** (...) Alors, **c'est participer sans participer**, c'est surtout en... je suis un personnage de fond, **c'est pas moi qui donne des avis parce que je m'en sens pas la compétence** »

2. Évolution dans les échanges : une pratique qui s'amenuise au fil du temps

Les étudiants rapportent au fil du cursus un détachement progressif des réseaux d'échange numériques, par lassitude du suivi des multiples notifications, la masse d'information étant jugée trop importante et chronophage. Avec le temps ils préfèrent les utiliser à des fins récréatives, pour communiquer avec leurs pairs, sur le plan personnel ou professionnel de manière informelle, ou encore pour s'intéresser à des problématiques en dehors du champ médical pur, notamment administratives, financières, éthiques ou liées aux institutions. Certains redoutent la part que peuvent prendre les réseaux sur leur vie privée et préfèrent les considérer comme un espace strictement personnel.

E11 : « c'est quelque chose qui (...) doit **rester plutôt quelque chose de récréatif**, et pas du tout assimilé au travail, (...) ça m'est arrivé poster des choses **par rapport à l'hôpital public**

qui se casse la gueule, (...) mais l'utiliser comme outil de recherche, et avoir des choses dans mon fil d'actualité en permanence en lien avec la médecine, euh non. Je préfère éviter. »

3. Des ressources pouvant manquer de fiabilité

L'interne en fin de formation juge et consulte les ressources en ligne en fonction de sa certitude de leur fiabilité. Il porte un regard critique sur les auteurs et les contenus proposés dans les groupes de discussion. Les réseaux d'échange numériques peuvent être anxiogènes, et sont plutôt délaissés à la faveur de sites internet d'information scientifiquement reconnus.

E1 « j'en connais pas spécialement non plus de fiable, donc c'est toujours le problème. Tant qu'on ne connaît pas une source dont on est assuré de la fiabilité, c'est compliqué je trouve. »

C. Recherche médicale sur internet

1. Un outil quotidien

Les jeunes médecins ont décrit l'outil internet comme source principale de recherche à des fins professionnelles. Simple, efficace, facile et rapide d'accès, ils l'utilisent de façon quotidienne, y compris en consultation. Devant les patients, ils assument le recours à cette ressource et les lacunes qui sont les leurs. Cela leur permet de s'assurer de ne rien oublier, de vérifier l'adéquation de leur prise en charge aux recommandations de bonne pratique.

E10 « les recherches internet je les fais **tous les jours** honnêtement, tous les jours au boulot, (...) et c'est au quotidien, **au quotidien**, (...) honnêtement, **tout le temps** quoi. »

2. Constitution d'un corpus d'outils numériques : FMC « à la carte »

Les jeunes médecins consultent les ressources médicales numériques fiables et reconnues scientifiquement sur des sites dédiés, dans les newsletters auxquelles ils se sont abonnés, et via des applications médicales, dont l'intérêt réside en partie dans l'aspect ludique des cas

cliniques proposés. Chacun a son corpus d'outils numériques de prédilection, qu'il a construit depuis l'internat au contact des co-internes et maîtres de stage, et qu'il utilise au quotidien dans sa pratique. Ces supports d'information dématérialisés sont plébiscités, et même en dehors du contexte professionnel, ils sont utilisés de manière furtive, décontractée, ludique, transversale et plutôt informelle, participant à l'autoévaluation, à la remise en question et à la mise à jour des connaissances, faisant office de formation continue spontanée.

E10 : « je vais plus sur **les sites des sociétés savantes**, (...) et puis après c'est **mes applis** »

D. Influence de l'actualité

Les actualités médicales médiatisées sont un élément moteur dans la recherche professionnelle, induisant une curiosité chez le jeune médecin, qui va se former de manière plus approfondie afin de se tenir à jour et d'apporter une réponse adaptée à ses patients.

E6 : « **les actualités nous forcent à faire un peu plus de recherches** aussi »

E. Congrès et formation médicale continue

1. Rien ne remplace les contacts directs

Les jeunes médecins ont découvert l'intérêt des congrès médicaux et des soirées de formation au cours de leur internat et des remplacements, et mettent l'accent sur l'importance de l'échange physique entre confrères, malgré leur attrait pour la digitalisation des ressources de formation. Le contact humain dans l'échange reste important. Certaines rencontres aboutissent sur des choix de lectures, de formation, une ouverture sur la recherche.

E2 : « c'est plus en discutant avec les gens. (...) sur une **soirée de formation médicale** ou je discute avec un confrère et je dis ben j'ai eu ça »

2. Besoin et désir de formation

La médecine est vue comme une science vivante et perpétuellement changeante, justifiant la remise en question et la formation constante. Confrontés à la pratique, les jeunes médecins voient la formation médicale continue comme une nécessité pour la suite de leur carrière, afin de garder un regard critique sur leur propre pratique. L'accès à la formation semble être parfois difficile, la recherche chronophage, et si les sources de formations sont multiples, ils émettent le souhait de se voir proposer une information plus claire et standardisée des dernières recommandations.

E8 : « **c'est une science vivante la médecine**, donc tu peux pas t'imaginer que ce qu'on a appris, c'est encore d'actualité à l'heure actuelle et ce qu'on apprend là, dans un, deux, cinq ans, ce sera obsolète et **c'est, absolument nécessaire de se remettre en question et de se remettre à jour** »

VIII. Rétrospective globale du cursus

A. Rencontres et expériences au fil du cursus construisent le projet professionnel

Les étudiants découvrent le monde la santé par le biais de leur première année de médecine et le concours d'entrée. Cette étape est déjà l'occasion de lever certaines représentations du métier, de découvertes et d'orientation du choix de carrière. Au gré de la formation, du classement aux examens jusqu'aux aux rapports avec leurs collègues et

formateurs, ils sont confrontés à des expériences et des rencontres faisant évoluer leurs envies initiales. Ils se détournent en majorité du monde hospitalier, ressentant une vision plus humaine véhiculée par la médecine générale.

E6 : « Alors j'ai commencé médecine pour faire euh... dentiste. (...) et le fait d'avoir fait la première année de médecine, ça m'a fait découvrir (...), le corps humain, l'anatomie (...), le cursus et l'apprentissage me plaisaient..., (...) mon premier stage, c'était le, le libéral. (...) et ça m'a vraiment bien plu, (...) le jour J, après l'ECN euh, j'avais aussi le classement (...) et la D4 m'ont fait prendre conscience que (...) la vie d'un médecin généraliste me plaisait plus. J'ai l'impression de plus aider, y a plus de contact social que quand on est un spécialiste (...) Et l'internat (...) c'est là que j'ai bien pris conscience que l'hôpital, c'était plus pour moi. (...) c'est l'internat qui m'a fait prendre conscience que j'avais fait le bon choix. »

B. Étapes charnières et périodes de transition

1. De l'externat à l'internat

Souvent livrés à eux-mêmes lors de l'externat, les étudiants se sont sentis délaissés en stage, et voient les bénéfices du second cycle surtout au travers des apprentissages théoriques, bien que les premiers pas dans la pratique soient toujours bénéfiques, car « c'est en forgeant qu'on devient forgeron ». Passer d'un externat scolaire, parfois décrit comme un bachotage contre-productif, à un troisième cycle au cœur de la pratique a été l'occasion pour eux d'une autonomisation parfois trop rapide, avec une prise de conscience de leur légitimité, de leurs capacités, et un sentiment de fierté personnelle, malgré les difficultés relatives à l'importance des responsabilités et au manque d'encadrement.

E2 : « y a beaucoup d'autonomie très rapidement, tu passes de l'externe qui fait quand même très peu de choses, (...) tu fais la visite, tu suis comme un toutou, t'apprends quasiment rien (...) tu passes de ça, au médecin quasiment responsable tout seul, et donc il manque une période de transition. »

2. De l'hôpital à l'ambulatoire : comparaison et adaptation de sa pratique

Les stages hospitaliers permettent à l'étudiant de comprendre l'organisation et l'utilité des soins de second recours pour leur pratique, éclairant ainsi les limites du métier de généraliste et la coordination des soins avec l'hôpital. En ambulatoire, au regard de leur vécu hospitalier, ils découvrent les différences de vision et de prise en charge. Ceci a été particulièrement bien décrit dans le cas du stage aux urgences, obligatoire au cours de l'internat du généraliste. Malgré la difficulté de ce terrain de stage, notamment des gardes pourvoyeuses d'épuisement, les internes l'ont décrit comme un haut lieu de l'apprentissage de leur profession future. Ils y sont cependant formatés à réaliser des prises en charges expéditives. Une fois en ambulatoire, ces réflexes persistent initialement, mais la découverte du rapport singulier du généraliste à son patient dans le cadre de la prise en charge globale et du suivi au long cours leur font repenser et adapter leurs prises en charge dans ce sens.

E7 : « les urgences par exemple, (...), dans la façon de pratiquer, c'est quand même très différent de la médecine générale (...) on voit un patient à un moment M, on va gérer la situation à ce moment-là, et puis on va orienter (...) c'est un peu expéditif, (...) et puis on s'occupe pas du reste, de tout ce qu'il y a autour. (...) mon premier stage chez le médecin généraliste, (...) c'est vrai qu'au début, j'étais un peu dans l'expéditif, je m'étais remis un peu dans le fonctionnement des urgences (...) Et en fait non, parce que le patient il revient après (...) la médecine générale c'est pas on passe à autre chose, on gère les moment M mais par contre après on est toujours là pour les, pour tous les autres moments par la suite »

C. Rétrospective globale de la professionnalisation du généraliste

1. La vision de la relation médecin patient pour la pratique future

Les internes désirent mettre en œuvre pour leur pratique une approche centrée sur le patient, globale, sociale, humaine et empathique. Il se mettent en défaut du modèle paternaliste et souhaitent promouvoir une relation de confiance mutuelle par la communication, soulignant l'importance de l'autonomie et de l'adhésion au soin du patient.

E1 « C'est **global** une prise en charge. (...) **l'écoute et l'empathie** c'est primordial. »

E2 « une **relation de confiance** avec les gens, c'est capital »

E6 « Ce qui serait important c'est (...) rester **centré sur le patient, humain**. (...) on a aussi une grosse **part sociale** (...) Je vais garder, voilà, ce, ce **dialogue** avec les patients. »

E8 « (...) le **contact humain**. (...) la **discussion** qui euh, est à mon sens très important. »

2. Comment globalement devient-on médecin généraliste, en dehors de la faculté et des enseignements ?

a. Par la pratique ambulatoire

En réponse à cette question globale, Il ressort de tous les entretiens que la pratique de la médecine ambulatoire est le pilier essentiel de la professionnalisation des jeunes généralistes, par le biais des rencontres avec les patients et les formateurs, et par l'autonomisation progressive en stage puis via les remplacements.

E6 : « ce qui nous a formé c'était vraiment d'être **au contact du patient, au contact des médecins généralistes qui nous ont accueillis** (...) c'est surtout (...) **par les stages** (...) le **SASPAS** et le **niveau 1**, (...) **c'est vraiment eux qui nous ont appris** (...) **eux qui nous ont**

formés. (...) et aussi un peu les remplas mine de rien (...) c'est surtout les..., les SASPAS et le niveau 1 qui font, qui font qu'on devient ce médecin généraliste. »

b. Par la multiplicité des expériences, en gardant le positif sans reproduire les erreurs

La construction de l'identité professionnelle et du choix de carrière des généralistes est un processus progressif, évolutif tout au long du cursus, modelé par la multiplicité des expériences et des modèles rencontrés. Les étudiants voient les patients comme le terreau de l'apprentissage, le vivier qui crée l'expérience. Au contact des formateurs, malgré des rapports parfois douloureux, ils ont glané au fil des semestres tout ce qui leur semblait bénéfique pour leur pratique future, et ont rejeté sans s'y attarder trop longtemps les mauvais exemples.

E1 : « L'intérêt de l'internat, de notre formation, même des remplacements d'ailleurs, c'est d'essayer de **garder le positif** de tous les endroits où on passe, et de **pas reproduire les erreurs** qu'on peut y voir »

E5 : « **J'ai appris beaucoup de mes maitres de stage, (...) il faut multiplier les expériences pour acquérir de l'expérience** pour moi. Et **plus tu multiplies les médecins généralistes, plus tu vas découvrir des compétences différentes.** »

E11 : « **ils m'ont formée les patients quand même, (...)** je pense qu'ils t'apportent tout le côté humain (...) **Ils t'apprennent tout ce qu'on t'apprend pas à la fac** »

DISCUSSION

I. Discussion autour de la méthodologie et des critères de qualité des résultats

A. Choix de la méthode de recherche

La **recherche qualitative** permet la génération d'idées et d'hypothèses, en se basant sur l'analyse de données verbales, pouvant être collectées selon plusieurs techniques. Ce type d'approche valorise **l'exploration inductive** (partant de faits, on cherche à comprendre un phénomène à travers ses effets) et permet d'élaborer une **connaissance holistique** (globale) **de la réalité**. Différentes approches méthodologiques existent en recherche qualitative, dont **l'analyse phénoménologique interprétative (IPA)**. Cette dernière envisage l'humain comme un interpréteur constant de son propre univers, de ses propres expériences, afin de se les rendre compréhensibles, de leur donner un sens, et non pas comme un simple récepteur passif des informations qu'il reçoit constamment, l'inscrivant donc dans un **processus réflexif**. Le chercheur, de par sa démarche active de recueil des faits, s'inscrit également dans un processus réflexif, dans la constitution du **récit analytique**. Il joue un rôle majeur dans l'analyse des récits recueillis, selon un **mode herméneutique** (interprétatif), afin de pénétrer et de comprendre en détail les phénomènes, processus réflexifs en lien avec les expériences vécues. Pour comprendre un phénomène, cette approche postule qu'il faut le laisser parler de lui-même. Le chercheur doit donc mettre de côté ses conceptions préexistantes propres et ses présupposés. Devant notre **thème exploratoire**, une recherche qualitative par IPA semblait être particulièrement adaptée, puisqu'il s'agissait d'explorer le vécu expérientiel et

les sentiments des jeunes médecins, afin de leur donner sens, et de comprendre les différentes influences, externes à leur formation théorique formelle (apprentissages informels et curriculum caché), sur leur professionnalisation.

B. Forces et limites méthodologiques

Notre étude qualitative présente l'**originalité** d'être, à notre connaissance, la première à explorer le développement du professionnalisme des généralistes en fin de cursus dans un cadre holistique (transversalité de leur parcours de vie). Nous avons en effet tenté de dresser un portrait global du vécu des internes en fin d'études, concernant toutes les influences potentielles au développement de leur professionnalisme, en dehors du cursus formel. Les **entretiens individuels** étaient particulièrement adaptés au contexte, puisqu'il s'agissait de faire parler les étudiants de leur **vécu intime**. Ce travail a également permis au chercheur une **introspection** et une projection pour la suite de sa carrière dans son rapport au patient, et dans ses relations avec les étudiants qu'il souhaite accueillir par la suite au cabinet. Les **limites** de cette étude relèvent entre autres de sa réalisation par un **chercheur novice, inexpérimenté**, parfois découragé par le travail fastidieux dans un thème exploratoire vaste. **Les explications données** aux interviewés relatives au thème de recherche **n'étaient pas standardisées**, ce qui a pu provoquer des divergences de compréhension et donc de réflexion dans les discours. Le recueil des données a cependant été facilité par l'**identité du chercheur**, du fait de sa proximité avec les interviewés, ce qui a permis de lever d'éventuels biais d'inhibition. Tout au long de ce travail qualitatif, nous avons tenté de répondre à un maximum des items de la Grille COREQ (39), afin d'en augmenter la **qualité rédactionnelle**.

C. Validité scientifique des résultats (40)

1. Confirmabilité

Les médecins interrogés ont reçu une explication sur le thème de recherche. Le chercheur, dans une **posture neutre et transparente**, leur a décrit les éléments contextuels et explicité les objectifs, ce qui a permis d'**augmenter la réflexion** des enquêtés. L'approche phénoménologique interprétative nous a permis, sans pour autant nous donner la seule et unique vérité, d'avoir une **vision globale du phénomène**, de décrypter au moins partiellement son essence, de mieux visualiser quels sont les autres sources d'apprentissages qui concourent au développement du professionnalisme médical, en dehors du cursus facultaire. Il serait intéressant de réaliser cette même approche dans d'autres facultés françaises afin de comparer les résultats.

2. Fiabilité

La période de 4 mois sur laquelle ont été réalisés les entretiens, avec des enquêtés ayant terminé leur internat de quelques mois à plus d'un an, et une rétrospective de tout le parcours faisant évoquer des événements proches ou lointains, n'ont pas mis en défaut la stabilité dans les observations, ce qui donne une certaine **fiabilité diachronique** à notre étude. De plus, nous avons augmenté cette fiabilité en réalisant une **double analyse indépendante**, réalisée par le directeur de thèse, plus expérimenté en recherche qualitative que le chercheur. Si nous avons triangulé une partie de l'investigation, nous n'avons en revanche pas réalisé de triangulation méthodologique, ne réalisant que des entretiens semi-dirigés. Envisager notre étude sous d'autres méthodes de recherche serait pourtant pertinent et il serait alors instructif de confronter les résultats.

3. Crédibilité

Les **entretiens** réalisés étaient suffisamment **longs** puisqu'ils avaient une durée moyenne de 43 minutes. Les enquêtés ont eu le temps de **réfléchir** et de **décrire en profondeur** et avec **authenticité** leur vécu, ce qui a été facilité par la **proximité** entre le chercheur et les enquêtés, anciens co-internes et amis, permettant de modérer les **biais d'inhibition**. Nous avons **soumis pour avis** les principaux résultats à plusieurs enquêtés qui les ont considérés cohérents, représentatifs, et s'y sont reconnus. Ces éléments ont augmenté la **validité interne** de notre travail.

4. Transférabilité

Cette étude s'est intéressée à une population sur une période déterminée et un endroit donné, ne permettant pas de généraliser nos résultats à l'ensemble des étudiants en médecine générale, mais nous avons réalisé un **échantillonnage en variation maximale** en incluant différents profils d'âge (de 29 à 48 ans), de sexe (6 hommes et 6 femmes), d'origine géographique, de singularité de parcours, de statut familial (en couple ou non, avec ou sans enfants), et d'entourage médical familial (5 ayant au moins un médecin dans la famille, 7 n'ayant pas de médecin parmi leurs proches), ce qui augmente la **reproductibilité** des conclusions et donc la **validité externe** de notre recherche.

II. Discussion autour des résultats : Les apports de notre étude concernant le développement du professionnalisme des médecins généralistes

Les résultats ont été modélisés dans un **schéma intégratif** (annexe 5). Notre étude atteste de la multiplicité des facettes des apprentissages informels, et de la difficulté à

caractériser le curriculum caché. Plusieurs auteurs relatent les définitions floues des différents apprentissages (formel, informel, non formel, caché), leur continuum constant et la difficulté d'y référer telle ou telle situation d'apprentissage, comme Cléopâtre Montandon (41) et Max Budowski (32). Du fait de notre vision souhaitée transversale de ces influences externes au cursus facultaire sur le développement professionnel, nous ne pourrions discuter de tous les résultats en détail. Cependant certains aspects semblent pertinents et nouveaux, et pourront être utiles à discuter afin de proposer des pistes de réflexion en matière d'amélioration de l'éducation médicale.

A. Sphère personnelle

Les **facteurs personnels** et les caractéristiques individuelles des apprenants influencent le professionnalisme médical (15), mais peu d'études ont décrit son développement via les expériences antérieures au cursus et la singularité individuelle initiale des apprenants. Ce « continent caché de la formation tout au long de la vie » (29), non sanctionné par des diplômes est pourtant riche en apprentissages informels, et nous avons souhaité explorer « l'histoire de vie comme processus de formation » (30) continu sans en restreindre la temporalité, ce que nos récits biographiques ont permis de mieux révéler.

Ainsi, nos résultats suggèrent que l'**entourage familial** et la **vie privée** participent à la levée des représentations, l'émergence de la vocation et l'acquisition de connaissances et compétences professionnelles, par le biais des rencontres et expériences personnelles ou professionnelles, antérieures ou parallèles au cursus. L'approche centrée patient a pu, par exemple, être découverte sous l'influence de modèles positifs de gériatres dans le cadre d'une

profession paramédicale antérieure au cursus médical, changeant la vision du métier et conduisant à une réorientation.

Deux types de **rapports vécus avec les médecins généralistes avant les études** sont identifiables dans nos entretiens. Les relations avec les médecins traitants sont à l'origine d'effets de modèles surtout négatifs où l'observation vient faire naître un rejet intériorisé de pratiques jugées inconfortables pour le praticien, ou dangereuses pour le patient. Seule la disponibilité de leur médecin traitant a donné une bonne image de la profession aux futurs étudiants. Ceci est bien différent de l'évocation des relations amicales avec des généralistes dans le contexte familial, qui ont eu des effets de modèles positifs par la transmission de valeurs humaines et un discours honnête et lucide sur la profession, participant à la naissance de la vocation. Ces éléments de vie antérieure méritent de plus amples explorations, car nous avons observé une influence des modèles de rôles bien avant le début des études de médecine, ou même qu'un choix de carrière ne soit posé par le futur étudiant, avec une identification et une projection dans l'exercice futur.

Confrontés à la **pathologie de leurs proches**, les étudiants ont initialement été poussés à acquérir des connaissances supplémentaires, par des recherches à des fins d'efficience et d'utilité, dans un contexte de fierté de leur statut, surtout en cas de pathologie grave ou émotionnellement difficile. Au fil du cursus médical, ils prennent conscience de la singularité de la relation médecin-patient et de la perte d'objectivité engendrée par une confusion entre relation affective et relation de soins, et développent leur posture professionnelle en mettant des barrières avec leurs proches, faisant le choix d'un rôle d'intermédiaire à distance dans les sollicitations familiales, souhaitant que leur profession ne modifie pas leur position dans le groupe familial, ce qui n'était pas aussi tranché semble-t-il pour les médecins plus âgés. Approuvant l'évolution d'une médecine plus collaborative et moins paternaliste, ces éléments

suggèrent des réponses aux questionnements posés en 2018 par Marion Joly Bourlot dans sa thèse d'exercice sur le rapport aux sollicitations familiales des généralistes (42).

Concernant la confrontation à la **maladie personnelle**, peu de cas de pathologie grave ont été rapportés, ce qui s'explique par le jeune âge des participants à notre étude. Ces contextes où les étudiants se retrouvent de l'autre côté du miroir induisent cependant une acquisition de connaissances, un changement de vision de la maladie, et semblent avoir des répercussions sur la pratique au plan relationnel, comme déjà décrit chez des médecins plus âgés (43).

De nombreuses études se sont penchées sur **la grossesse et la maternité** pendant les études de médecine. Ce sont des expériences globalement positives durant l'internat, mais encore trop souvent sources de difficultés en rapport avec l'organisation institutionnelle et les rapports hiérarchiques, malgré les aménagements mis en place depuis quelques années. Notre étude confirme que devenir mère confère à ces femmes médecins des capacités d'attention et d'empathie, et redessine les contours de leur rapport avec les patients, comme cela a été rapporté par Sabrina Hachani en 2016 (44). La **singularité personnelle** des étudiants leur permet d'orienter et d'adapter leur posture et leurs actions dans le soin.

Nous n'avons pas été surpris de découvrir que les **couples de soignants** avaient des avantages du point de vue des apprentissages durant l'internat. L'émulation que l'on retrouve entre pairs lors des études est transposée dans le couple et facilitée par la proximité de la vie intime. Ceci rejoint nos résultats concernant la **gestion psychique des études** et l'intérêt que peut avoir un soutien individuel dans les difficultés, mais également dans la mise en lumière des éléments facilitant le bien-être dans les études.

La **vie privée** joue en effet un rôle équilibrant et structurant pour les étudiants. L'importance de son épanouissement a été bien décrite, notamment dans le cadre du burnout

et des risques psychosociaux chez les médecins (36). La santé et le bien-être du soignant sont essentiels au professionnalisme et les institutions doivent améliorer les stratégies de leur promotion dans les environnements d'apprentissages (15). La qualité de vie des étudiants est mise à rude épreuve au cours du cursus, et mérite d'être mieux surveillée, encadrée et favorisée durant les études, afin d'améliorer la formation médicale (45).

Ces résultats sur les influences de la sphère personnelle, s'inscrivent toutefois dans une rétrospective transversale, et nos interviews, malgré leur durée, ne sauraient être en mesure d'en avoir extrait toutes les facettes. Nous pensons donc qu'une exploration plus en profondeur de ces expériences de vie « hors médecine » pourrait nourrir de nouvelles investigations révélatrices sur les apprentissages cachés.

B. Formateurs, collègues et patients

Nous avons constaté une situation de **harcèlement sexuel** et de misogynie de la part d'un formateur lors d'un stage hospitalier, alors qu'une thèse parisienne étudiant une population d'internes en 2016 (33) n'en n'avait pas rapporté, contrairement aux données de la littérature. Selon une étude de l'ANEMF (Association Nationale des Étudiants en Médecine de France) réalisée en 2020 sur 4500 étudiants en médecine (46), 32% ont été victimes de harcèlement sexiste ou sexuel, et 15% d'entre eux ont déjà subi une agression sexuelle. Dans les soirées et les couloirs des facultés, les agresseurs sont à 93% des étudiants. En stage, 9 actes de harcèlement sexuel sur 10 interviendraient de la part d'un supérieur. L'environnement institutionnel d'apprentissage est ici au cœur de la réflexion dans l'action contre ces phénomènes délictueux. Les universités doivent en prendre conscience, et mettre en œuvre les moyens de lutte adéquats, de l'écoute des victimes aux sanctions disciplinaires.

Dans notre échantillon, de nombreuses situations de **conflit hiérarchique** ont été vécues **à l'hôpital**, ce qui confirme la persistance des difficultés dans l'évolution des rapports entre séniors et étudiants. En milieu hospitalier, la surcharge de travail, l'apprentissage par l'humiliation, l'atmosphère compétitive, le dénigrement de la médecine générale et la glorification des spécialités, les conflits de genre, et le manque de confraternité sont décrits dans la littérature. Cependant, si nos interviewés ont rapporté leur silence face à la hiérarchie, leur sentiment d'impuissance à faire changer les situations problématiques, leur peur des représailles, et les réelles difficultés d'apprentissages induites par de tels conflits, nous n'avons pas observé d'érosion de leur intégrité éthique, d'émoussement de leurs valeurs, ni de perte d'idéalisme, comme ont pu le souligner plusieurs études (16)(12)(18)(21). Ceci peut être expliqué en partie par le caractère rétrospectif de nos entretiens, et nous éclaire sur la **résilience** des internes face aux difficultés. En revanche nous avons observé un rejet de l'institution hospitalière, et des choix d'orientation de carrière majoritairement en libéral dans notre population, influencés voire engendrés par l'exposition aux relations conflictuelles, qu'elles soient hiérarchiques, éthiques (via les relations au patient jugées inadaptées et la logique de rentabilité), ou scientifiques par manque de rigueur.

Nous avons découvert que les internes de médecine générale sont sensibles aux **aspects structurels de l'hôpital**. Ils apprécient davantage les petites structures de par leur caractère familial, et ont le sentiment d'y voir se pratiquer une médecine plus humaine qu'au CHU. L'« hôpital usine » semble montrer aux étudiants des modèles surtout négatifs, dont les premières caractéristiques sont relatives à la mauvaise qualité de la relation soignant-soigné et aux obligations organisationnelles (respect des durées moyennes de séjour au détriment de la qualité des soins), devant le manque de rigueur de formateurs jugés « hors recos ».

Il semble se jouer une relation de causalité entre les effets de modèles et les choix de carrière, comme l'ont souligné l'importance des **modèles positifs en gériatrie** dans notre étude, à l'origine de vocations pour cette spécialité. Nos interviewés ont explicité leur attrait pour les valeurs nobles transmises par les gériatres (en premier lieu la relation humaine avec le patient), avec le sentiment qu'il s'agit bien d'une médecine « générale » pratiquée dans le confort d'un cadre interprofessionnel, corroborant des résultats déjà rapportés (33).

En **stage ambulatoire** aussi les étudiants ont été soumis à des modèles négatifs. Ils ont ainsi relaté le mauvais relationnel patient, le manque de remise en question, la « médecine d'abatage » et l'aspect financier, et ont pu ressentir un « décalage générationnel » avec des formateurs « hors recos ». Un élément intéressant de notre étude est la description par les internes de l'évolution des rapports avec leurs formateurs, passant progressivement de l'observateur passif au décisionnaire, vivant les effets de modèles avec leur libre arbitre, ne s'attardant pas sur les mauvais exemples mais retenant tout ce qui leur semble important, construisant ainsi leur propre posture et leur identité professionnelle au fil du cursus.

Il nous semble important de rappeler les caractéristiques de la séniorisation jugée positive par les étudiants, puisqu'elle concourt directement au développement de l'identité professionnelle, à la construction du réseau professionnel, et facilite la transmission de valeurs nobles. L'écoute, le soutien, l'échange presque « d'égal à égal », **la sincérité et la proximité dans les rapports entre formateur et apprenant** sont plébiscités dans nos résultats. Les bénéfices de la franchise dans les relations ont déjà été mentionnés dans la littérature (12)(18), et nous avons observé que les étudiants sont attentifs à l'équilibre personnel de leurs formateurs, s'identifiant à ceux qui leur semblent épanouis en ce sens. A l'instar de **La simplicité des rapports entre co-internes**, facilités par leur statut et leur communauté de vie, permettant la réalisation d'un **compagnonnage** et d'une véritable **catharsis psychologique**

des difficultés rencontrées en stage, c'est à l'occasion de relations simples et sincères entre formateurs et étudiants que pourrait mieux se mettre en place le soutien psychique des internes. Nombre d'entre eux ont en effet rapporté le manque d'accompagnement et de débriefings individuels à l'occasion des psycho-traumatismes répétés vécus en stage.

Ceci constitue d'ailleurs un lien avec les expériences fondatrices auprès des **patients** bien décrites dans notre étude, que sont les « **premières fois** » (16), les **confrontations à la mort et aux situations de soins émotionnellement difficiles**. La littérature a déjà relevé les carences éducatives dans ces accompagnements (47)(48). Un véritable « huis clos psychique » (36) aux effets parfois dévastateurs persiste lors des études, comme le montre le taux de suicide chez les internes qui reste à des niveaux des plus inquiétants (49). Amener les formateurs et les étudiants à reconnaître et légitimer les difficultés présentes dans les études de médecine s'avère toujours nécessaire, comme l'ont montré en 2020 Marion Lajzerowicz et Claudia Landi (36) : cela permettrait d'améliorer leur bien-être, de renforcer leur compétences humaines et de développer leur professionnalisme.

C. Gestion des ressources de formation

Notre recherche a pu enfin caractériser des apprentissages via certaines ressources de formation, souvent mises en place par l'étudiant pour lui-même, bien que souvent proposées par les formateurs ou les collègues, et qui participent à conduire sa pratique sur la base de l'EBM. Nous avons observé une difficulté à la pratique des revues médicales et une distanciation progressive vis-à-vis des forums d'échanges numériques, au contraire d'une **activité Web** intense en **recherche quotidienne**, et la constitution d'un **corpus de sites-outils numériques**, par lequel les étudiants semblent mettre en œuvre leur propre **formation**

continue « à la carte ». Dans notre échantillon, aucun interviewé n'a déclaré être inscrit dans un forum médical spécialisé, et la faculté de Clermont-Ferrand n'en propose pas stricto sensu, bien qu'il soit possible d'échanger virtuellement avec les formateurs via un espace numérique de travail. Une étude bruxelloise en 2009 (50) a étudié la perception qu'avaient les apprenants des forums d'échanges proposés par l'Université Libre de Bruxelles. Les auteurs ont souligné que les étudiants utilisent ces outils plus pour leur contenu que pour leur aspect social, préférant le dialogue direct. Ceci corrobore le **besoin de contacts directs** dans la formation médicale continue véhiculé par nos résultats. A l'heure du « tout numérique », tant sur leur pratique par les étudiants que sur leurs apports en termes d'apprentissages, les outils dématérialisés méritent de plus amples investigations. Au vu de l'utilisation quotidienne qu'en font les jeunes médecins, une formation facultaire des étudiants à la gestion de l'outil internet est souhaitable, comme le suggérait une enquête descriptive réalisée en 2015 à la faculté de Tours (51). Ce type de formation pourrait être proposé par les DMG, tout comme des modules relatifs à la pratique et à la critique des revues médicales et autres ressources de formation continue extra-facultaires.

III. Implications et ouverture

A. Pistes d'amélioration

Nous avons constaté au cours de cette recherche que **la multiplicité des expériences de comportements positifs ou négatifs auxquels sont confrontés les étudiants façonnent la perception qu'ils ont de la profession et de ses valeurs**. Les apprenants opèrent un **tri sélectif** des exemples et semblent ne pas subir la puissance d'un curriculum caché automatiquement

néfaste, comme la littérature a pu le suggérer par le passé. Ils prennent en effet modèle sur les bons exemples et laissent de côté les mauvais. Ceci rejoint la prépondérance des expériences positives par rapport aux expériences négatives déjà décrites dans des récits réflexifs d'étudiants (17). Il est néanmoins communément admis de ne pas faire table rase des effets néfastes du curriculum caché, de promouvoir son enseignement au sein des facultés à tous les niveaux d'apprentissage et de sensibiliser les institutions. Nous avons en effet découvert que notre échantillon n'avait pas de connaissance de ces notions d'apprentissages informels et cachés, et que nos entretiens leur ont semblé révélateurs sur la façon dont ils se sont formés. **Faire prendre conscience à tous les niveaux d'apprentissage des notions d'apprentissages informels et de curriculum caché** semble d'une importance capitale dans le développement du professionnalisme (14)(35).

Notre étude a relevé l'intérêt de mettre en place un **accompagnement plus individualisé des étudiants dans la gestion psychique de leurs études**, qui reste source de difficultés (36). Ceci pourrait passer par la présence d'un **tuteur individuel** qui suivrait l'étudiant tout au long du cursus, comme l'ont déjà préconisé plusieurs chercheurs (35). Nous devons continuer les avancées en matière de **bien-être au travail** et de **qualité de vie** des étudiants, facteur important dans le développement du professionnalisme. Il serait en outre judicieux de **sensibiliser les formateurs** aux relations à entretenir avec les apprenants, nos résultats corroborant la littérature dans le sens des bénéfices associés aux rapports simplifiés, comme le démontrent les échanges entre pairs, inter-promotions et inter-spécialités, qui pourraient également être mieux encadrés, avec par exemple la mise en place de **tutorats entre internes** (34). Enfin, la mise en place de **formations à la gestion des ressources documentaires d'information et de l'outil internet** par les DMG pourraient participer à l'amélioration de l'éducation médicale.

B. Ouverture

Le contexte de la **pandémie à Covid-19** qui sévit depuis plus d'un an nous amène à nous questionner : Comment le vivent les étudiants ? Quel en est l'impact sur leur psychisme et comment sont-ils accompagnés ? Ont-ils été moins soumis aux effets de modèles ? Comment ont-ils été supervisés ? Quels nouveaux modes d'apprentissages se sont insérés dans leur cursus ? Quelle utilisation ont-ils fait des médias sociaux ? Dans un monde sous cloche ou les **rencontres interpersonnelles** sont rendues **distanciées**, comment se poursuivra le développement professionnel des médecins ? Le professionnalisme étant un processus de socialisation de l'individu, est-il possible qu'il se développe chez les étudiants tout en étant loin des collègues, formateurs et patients ? La triade traditionnelle d'apprentissage cognitif entre l'apprenant, l'enseignant et le patient est mise à rude épreuve. Certains auteurs ont déjà noté que sans leurs expériences cliniques de terrain et l'accès à leurs modèles, les étudiants pouvaient ressentir une perte de sens de leur formation et une stagnation professionnelle, mais leur encadrement autour de travaux communautaires et interprofessionnels à distance (permanence téléphonique, surveillance à distance de patients Covid, production et diffusion de bulletins épidémiologiques, organisation de filières bénévoles...) semblent au contraire favoriser leur développement professionnel, et ne pas les exposer à la puissance du curriculum caché (52). Ainsi, sans vouloir réinventer l'apprentissage du professionnalisme, la formation des étudiants en période de pandémie permet de l'envisager sous un angle plus **communautaire, interprofessionnel, interconnecté et inclusif**. Dans notre études les internes ont mis l'accent sur l'importance du **contact humain** dans leur formation continue. À l'heure de la distanciation sociale il semble opportun de réinventer les FMC afin de trouver les moyens virtuels efficaces de préserver leurs aspects social et communautaire (53).

CONCLUSION

Le professionnalisme du médecin généraliste consiste en sa capacité à s'engager à répondre aux attentes de la société, à réaliser une prise en charge de la santé privilégiant le bien-être des patients par une pratique éthique et déontologique, et à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur les faits probants. Il est enseigné au sein des facultés, mais se développe in fine majoritairement en dehors de tout enseignement formel, par le biais d'influences relatives aux expériences, aux rencontres, et à l'autoformation.

Ces apprentissages « autres que formels » ont un cadre conceptuel hétérogène, des définitions imprécises, et sont encore difficiles à caractériser. Ils peuvent avoir des effets tant positifs que négatifs, notamment par le biais de la transmission implicite d'attitudes et d'aptitudes, et peuvent être relatifs aux apprenants, aux formateurs, et à l'environnement d'apprentissage. Ils sont contextuels et expérientiels, et participent au fil du temps à construire l'identité éthique et professionnelle du jeune médecin.

Les étudiants fraîchement formés ont relaté leur vécu et les influences externes aux apprentissages formels qui ont impacté le développement de leur professionnalisme. Ce dernier semble débiter avant même le commencement des études, se poursuit lors de la formation médicale et dans la vie professionnelle ultérieure. Dans la vie quotidienne et la sphère personnelle, les expériences formatrices antérieures et parallèles à la formation, et l'équilibre que procure une vie privée épanouie jouent un rôle important. Au cours du cursus médical, le professionnalisme se développe majoritairement en dehors des unités d'enseignement universitaire, par le biais d'apprentissages relatifs à la multiplicité et la diversité des rencontres, échanges et expériences vécus en stage et en remplacement, aux

effets de modèles, et à l'autoformation par les ressources d'information documentaires. Les études de médecine sont l'occasion de psycho-traumatismes et de conflits éthiques ou relationnels nombreux via la confrontation à des situations émotionnellement difficiles avec des patients, ainsi qu'aux encadrants et aux organisations institutionnelles, qui ne s'inscrivent pas toujours en faveur d'une pratique humaine de la médecine basée sur les faits probants. Ces conflits générés sont « dépassés » par l'étudiant au fil du cursus ; associés aux effets de modèles positifs et aux relations constructives entretenues avec les pairs, les formateurs et les patients, ils favorisent l'acquisition de la démarche réflexive, et participent à la construction de la posture, de l'éthique, de l'identité, du réseau et du projet professionnel.

Un accompagnement plus individualisé des étudiants dans la gestion psychique de leurs études, la mise en lumière des expériences de la sphère personnelle et la favorisation de l'épanouissement de leur vie privée, une sensibilisation des encadrants aux effets de modèles et à l'importance de la relation avec l'étudiant, la favorisation et l'encadrement des échanges d'apprentissages entre co-internes de promotions différentes et inter-spécialités, une meilleure formation des étudiants à la gestion des ressources documentaires d'information, une meilleure connaissance des apprentissages informels et cachés par les étudiants, les formateurs, et les institutions, pourraient être des pistes de réflexion en matière d'amélioration de l'éducation médicale.



du 6 président
le 27/04/2021
J. G. L. L. L.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. Médecins pour la santé Une stratégie mondiale de l’OMS pour la réorientation de l’enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous [Internet]. 1996. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63567/WHO_HRH_96.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Matillon Y. Modalités et conditions d’évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé [Internet]. 2003. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000682.pdf>
3. CNGE. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes [Internet]. 2009. Disponible sur : https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compences_MG.pdf
4. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer*. 2013;24(108):148-55.
5. Sereni D. Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens. *Pédagogie Médicale* [Internet]. Févr 2004 [cité 26 avr. 2020];5(1):43-5. Disponible sur : <http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed:2004006>
6. Cornuz J, Perrier A, Waeber G. La charte du professionnalisme : un rappel salutaire de nos valeurs. *Revue Médicale Suisse* [Internet]. 2006;2(31018). Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-50/31018>

7. Jackson PW. Life in classrooms [Internet]. New York: Holt, Rinehart and Winston ; 1968 [cité 31 mars 2021]. Disponible sur : <http://books.google.com/books?id=LmfuAAAAMAAJ>
8. Snyder BR. The hidden curriculum [Internet]. New York : Knopf ; 1971 [cité 16 mars 2019]. Disponible sur : <http://books.google.com/books?id=IY80AAAAMAAJ>
9. Perrenoud P. Perrenoud - Curriculum : le formel, le réel, le caché [Internet]. 1993 [cité 4 août 2019]. Disponible sur : https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1993/1993_21.html
10. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education: Academic Medicine [Internet]. nov 1994 [cité 31 mars 2021]; 69(11): 861-71. Disponible sur: <http://journals.lww.com/00001888-199411000-00001>
11. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med. Avr 1998;73(4):403-7.
12. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. BMJ [Internet]. 30 sept 2004 [cité 26 sept 2019];329(7469):770-3. Disponible sur : <https://www.bmj.com/content/329/7469/770>
13. Bennett N, Lockyer J, Mann K, Batty H, LaForet K, Rethans J-J, et al. Hidden curriculum in continuing medical education. Journal of Continuing Education in the Health Professions [Internet]. 2004 [cité 30 mars 2021];24(3):145-52. Disponible sur: <https://journals.lww.com/00005141-200424030-00004>

14. Stern DT, Papadakis M. The Developing Physician — Becoming a Professional. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 26 oct 2006 [cité 31 mars 2021];355(17):1794-9. Disponible sur: <https://doi.org/10.1056/NEJMra054783>
15. West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Medical Education* [Internet]. 30 août 2007 [cité 31 mars 2021];7(1):29. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-29>
16. Murakami M, Kawabata H, Maezawa M. The perception of the hidden curriculum on medical education: an exploratory study. *Asia Pac Fam Med* [Internet]. 2009 [cité 31 mars 2021];8(1):9. Disponible sur : <http://apfmj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1447-056X-8-9>
17. Karnieli-Miller O, Vu TR, Holtman MC, Clyman SG, Inui TS. Medical Students' Professionalism Narratives: A Window on the Informal and Hidden Curriculum: *Academic Medicine* [Internet]. janv 2010 [cité 31 mars 2021];85(1):124-33. Disponible sur : <http://journals.lww.com/00001888-201001000-00035>
18. Mahood SC. Formation médicale. *Can Fam Physician* [Internet]. Sept 2011 [cité 26 sept 2019];57(9):e313-5. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3173437/>
19. Lamiani G, Leone D, Meyer EC, Moja EA. How Italian students learn to become physicians: A qualitative study of the hidden curriculum. *Medical Teacher* [Internet]. 1 déc 2011 [cité 17 déc 2020];33(12):989-96. Disponible sur : <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.577467>

20. MacLeod A. The hidden curriculum: Is it time to re-consider the concept? *Medical Teacher* [Internet]. Juin 2014 [cité 1 avr. 2021] ; 36(6) : 539-40. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2014.907876>
21. Doja A, Bould MD, Clarkin C, Eady K, Sutherland S, Writer H. The hidden and informal curriculum across the continuum of training: A cross-sectional qualitative study. *Medical Teacher* [Internet]. 2015 [cité 3 déc. 2019];38(4):410-8. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2015.1073241>
22. Martimianakis MAT, Michalec B, Lam J, Cartmill C, Taylor JS, Hafferty FW. Humanism, the Hidden Curriculum, and Educational Reform: A Scoping Review and Thematic Analysis. *Acad Med*. nov 2015; 90(11 Suppl):S5-13.
23. Lawrence C, Mhlaba T, Stewart KA, Moletsane R, Gaede B, Moshabela M. The Hidden Curricula of Medical Education: A Scoping Review. *Academic Medicine* [Internet]. Avr. 2018 [cité 31 mars 2021];93(4):648-56.
Disponible sur : <http://journals.lww.com/00001888-201804000-00048>
24. Hafferty F, Martimianakis M. A Rose by Other Names: Some General Musings on Lawrence and Colleagues' Hidden Curriculum Scoping Review. *Academic Medicine* [Internet]. avr 2018 [cité 29 juill 2019]; 93(4): 526-31.
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29116982/>
25. Raso A, Marchetti A, D'Angelo D, Albanesi B, Garrino L, Dimonte V, et al. The hidden curriculum in nursing education: a scoping study. *Medical Education* [Internet]. 2019 [cité 30 mars 2021];53(10):989-1002.
Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/medu.13911>

26. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* [Internet]. Mai 2005 [cité 9 oct. 2019];6(2): 98-111. Disponible sur : <http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed:2005015>
27. Wright SM, Carrese JA. Excellence in role modelling: insight and perspectives from the pros. *CMAJ*. 17 sept 2002;167(6):638-43.
28. Jouquan J, Maillard D. « Parole d'étudiants », une nouvelle rubrique. *Pédagogie Médicale* [Internet]. 1 févr 2008 [cité 7 août 2019];9(1):6-6. Disponible sur : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2008/01/pmed20089p6/pmed20089p6.html>
29. Peter J-M. « Les apprentissages informels », un concept à l'épreuve de la recherche en formation : les enjeux du débat. *Savoirs* [Internet]. 2011 [cité 5 oct. 2019];n°26(2): 123-33. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2011-2-page-123.htm>
30. J. Bourne D. Pierre Dominicé (2002). *L'histoire de vie comme processus de formation*: Paris : L'Harmattan. osp [Internet]. 1 sept 2005 [cité 6 avr. 2021];(34/3). Disponible sur : <http://journals.openedition.org/osp/790>
31. Galam É. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. *La Presse Médicale* [Internet]. Avr. 2014 [cité 5 oct. 2019];43(4):358-62. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498213008683>
32. Budowski M. Apprentissage coopératif et formation des médecins : entre le "formel" et "l'informel" Expérimentation de trois dispositifs pédagogiques utilisés en sciences médicales. 2015.

33. Té P. Bientôt médecin: ressentis des internes de médecine générale, éclairages sur le hidden curriculum (cursus caché) [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine ; 2016.
34. Fivel A. Ressentis des internes en première année d'internat: mise en évidence du curriculum caché [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine ; 2017.
35. Klein N. Curriculum caché des maîtres de stage universitaires de médecine générale: influence sur l'enseignement du professionnalisme [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Strasbourg ; 2017.
36. Lajzerowicz M. Perception des étudiants en médecine concernant les risques psychosociaux auxquels ils sont exposés pendant le deuxième cycle de leurs études: étude qualitative auprès des étudiants de deuxième cycle de Toulouse [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2020.
37. BLANCHET A, GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. Armand COLIN. 2007.
38. MILES MB, HUBERMAN AM. Analyse des données qualitatives. 2ième édition. De Boeck ; 2003.
39. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue [Internet]. Janv. 2015 [cité 9 sept 2020];15(157):50-4.

Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012314004331>

40. Proulx J. Recherches qualitatives et validités scientifiques. Recherches qualitatives [Internet]. 2019 [cité 14 avr. 2021];38(1):53.
Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit/1059647ar>
41. Joigneaux C. Maulini Olivier & Montandon Cléopâtre (dir.). Les formes de l'éducation : variété et variations: Bruxelles : De Boeck, 2005. – 256 p. (Raisons éducatives). rfp [Internet]. 1 juin 2006 [cité 14 avr. 2021];(155):164-6.
Disponible sur : <http://journals.openedition.org/rfp/314>
42. Joly Bourlot M. Comment construire sa position face aux sollicitations médicales d'un proche : analyse des déterminants à prendre en compte dans la décision et proposition d'un outil d'aide à la réflexion [Internet]. Université Clermont Auvergne; 2018.
Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02023011/document>
43. MAUGER C. Quand le médecin tombe malade : vécu de quatorze médecins face à leur pathologie chronique organique [Internet]. [Rennes]: U.F.R de Médecine de Rennes; 2016.
Disponible sur : <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/ef925aa8-d39c-4219-8cc8-754ce6ead7a5?inline>
44. HACHANI S. GROSSESSE ET MATERNITÉ PENDANT L'INTERNAT DE MÉDECINE GÉNÉRALE : CONSÉQUENCES ET RESENTI Étude qualitative réalisée à partir de 15 entretiens semi-dirigés [Internet]. [Faculté de Médecine d'Amiens] : Université de Picardie Jules Vernes; 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01344072/document>
45. MARRA D. Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation; 2017. Disponible sur :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>

46. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. Enquête sur les violences sexuelles et sexistes [Internet]. 2021. Disponible sur : https://drive.google.com/file/d/18D_7w2qSuUmNaLLDFerCqs_MF9YHn6gp/view
47. Bonin J, Sagot V, Vorilhon P, Michelin Y. L'annonce d'un décès à la famille : vécu des internes de médecine générale et perspectives d'amélioration: Une étude qualitative par entretiens semi structurés. *Pédagogie Médicale* [Internet]. Nov. 2017 [cité 22 avr. 2021]; 18(4):153-60.
Disponible sur : <https://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed/2018014>
48. Marseille J, Cunin M, Bayen S. Le vécu émotionnel des étudiants en médecine dans leurs premières expériences en stage: une modélisation. *exercer*. Mars 2020;(161):106-13.
49. Lantier B. Suicide des Externes, Internes, Docteurs en Médecine en France, entre 2007 et 2017 : un gradient Nord-Sud ? [Internet]. [Nice] : Université Nice Sophia-Antipolis ; 2019.
Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02386596/document>
50. Devaux A, Uyttebrouck E, Temperman G, Slosse P, Reniers F. La perception des apprenants quant à l'apport et l'usage des forums électroniques pour l'apprentissage. 2009 ;21.
51. Tran Michot C, Lehr-Drylewicz A-M. De quoi les internes de médecine générale ont-ils besoin pour utiliser internet pendant les consultations ? : une étude descriptive auprès

des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Tours. [Tours] : Université de Tours ; 2015.

52. Stetson GV, Dhaliwal G. Using a time out: Reimagining professional identity formation after the pandemic. *Medical Education* [Internet]. Sept 2020 [cité 4 févr 2021];55(1):131-4. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/medu.14386>

53. Tarchichi TR, Szymusiak J. Continuing Medical Education in the Time of Social Distancing: The Case for Expanding Podcast Usage for Continuing Education. *J Contin Educ Health Prof* [Internet]. 2021 [cité 1 avr 2021];41(1):70-4. Disponible sur : <https://journals.lww.com/10.1097/CEH.0000000000000324>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Présentation

Bonjour, merci d'avoir accepté cet entretien qui sera enregistré. Mon travail de thèse s'intéresse à la professionnalisation des jeunes médecins : nous allons discuter de ce qui a, en dehors de la faculté et des enseignements, contribué à faire de toi le professionnel que tu es devenu.

Thèmes abordés :

Influence des séniors hospitaliers, des autres internes

Influence des Médecins Généralistes (maitres de stage ou autre)

Influences des expériences familiales (maladies dans la famille, traitement, décès...)

Influence des pathologies personnelles (bénignes ou plus graves, automédication)

Influence des autres ressources (blogs forums groupes lectures revues recherches).

Questions ouvertes :

Que retiens ton parcours universitaire et professionnel et ce que tu envisages pour la suite de ton avenir ?

Globalement et brièvement comment penses-tu avoir acquis les compétences du médecin généraliste ?

Parle-moi de moments forts, d'expériences marquantes, de personnes, en dehors de la faculté et des enseignements qui ont pu influencer ta pratique médicale.

Tu as évoqué des choses très positives, quelles choses négatives te viennent à l'esprit ?

Quelle influence a eu ta vie personnelle sur la formation ? Peux-tu me parler des échanges que tu as pu avoir avec un ou des tuteurs personnels ?

Quels autres éléments, quelles autres ressources ont pu t'influencer dans ta professionnalisation ?

Peux-tu me parler de la gestion psychique de tes études ?

Relances :

Y a-t-il des choses pour lesquelles tu n'es pas fier ?

Est-ce que des patients t'ont marqué ?

Tu peux me parler d'autres choses que tu as mis en place avec d'autres ?

As-tu eu des problèmes personnels qui t'ont marqué dans ta professionnalisation ?

Concernant ta famille ou tes amis qu'as-tu à en dire de plus ?

As-tu participé à des échanges sur des blogs ou forums ?

Qu'aurais-tu aimé être différent durant cette formation universitaire ?

Peux-tu développer ?

Selon toi qu'est ce qui est important pour ta pratique médicale ?

Retour sur réflexion :

Le retour sur expérience, c'est important ?

Souhaites-tu approfondir ou me parler d'autre chose importante pour ta formation que l'on n'a pas évoqué ?

Selon toi qu'est ce qui permettrait d'améliorer la formation médicale ?

A la fin :

Recueil des données d'échantillonnage, et recrutement de nouveaux participants.

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Madame/Monsieur _____

Objet : Formulaire de consentement à participation d'une thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine.

Présentation du projet :

Sous la direction du Dr Gilles TANGUY, médecin généraliste installé à Montel-de-Gelat (Puy de Dôme) au sein du Pôle santé de Haute Combrailles, MSU et membre du DMG de Clermont Ferrand, j'entreprends une recherche sans financement extérieur ni conflit d'intérêt, relative aux apprentissages informels (appris en dehors du cursus universitaire : vie personnelle, quotidien...) et au curriculum caché (apprentissage transmis de manière implicite par le formateur : bons ou mauvais exemples...) des jeunes médecins en post internat.

Intitulé de la thèse :

Comment les internes de médecine générale développent-ils leur professionnalisme en dehors des murs de la faculté ?

Éclairage sur les apprentissages informels et le curriculum caché.

Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès des internes du DES de Clermont-Ferrand depuis la promotion issue des ECN de 2015.

Droit de retrait :

En cas d'acceptation de participer à ce projet, vous n'en êtes pas moins libre d'y mettre un terme à tout moment sans conséquence, et toutes vos informations personnelles seront alors détruites.

Déroulement :

Votre participation à cette thèse consiste en un entretien individuel semi dirigé au cours duquel je serai l'enquêteur. La durée de l'entretien devrait être environ de 45 minutes à une heure. Avec votre accord, je vous propose un entretien physique enregistré dans son intégralité sur un dictaphone, ou par conférence virtuelle également enregistrée, via une plateforme en ligne. La vidéo est souhaitable de par l'intérêt pour l'enquêteur de visualiser et recueillir les messages corporels des participants. Les entretiens seront retranscrits sous forme de verbatim.

Confidentialité et Gestion des données :

Les Verbatim seront rendus anonymes, et stockés sur un support numérique au DMG. Toutes vos données personnelles et les informations que vous me transmettez seront traitées de manière confidentielle et aucune ne sera divulguée. Les données à caractère personnelle seront détruites en fin d'étude.

Résultats :

Les premières conclusions de ce travail seront soumises à certains des participants dans un souci de validation, sur la base du volontariat. Il s'agira de nous confirmer la correspondance entre votre ressenti et les principaux résultats.

Pour l'ensemble des participants, un résumé des principaux résultats sera produit et pourra vous être envoyé par email après la soutenance de thèse, sur simple demande.

Je soussigné(e) _____, après avoir lu et compris l'ensemble des informations ci-dessus, accepte de participer volontairement à cette étude,

Date _____

Signature _____

Annexe 3 : Tableau des caractéristiques des entretiens

Entretien	Date et heure	Lieu	Mode	Enregistrement	Durée
E1	11/07/2020 16h	Au domicile de l'enquêté	Face à face	Dictaphone	33 minutes 9 secondes
E2	11/07/2020 17h	Au domicile d'un ami commun enquêté	Face à face	Dictaphone	46 minutes 28 secondes
E3	21/07/2020 14h	Chacun chez soi	Visioconférence	Dictaphone et visioconférence enregistrée	33 minutes 57 secondes
E4	22/07/2020 18h30	En terrasse de café	Face à face	Dictaphone	28 minutes 45 secondes
E5	23/07/2020 16h	Chacun chez soi	Visioconférence	Dictaphone et visioconférence enregistrée	58 minutes 16 secondes
E6	26/07/2020 16h	Chacun chez soi	Visioconférence	Dictaphone et visioconférence enregistrée	42 minutes 36 secondes
E7	26/07/2020 17h	Chacun chez soi	Visioconférence	Dictaphone et visioconférence enregistrée	46 minutes 28 secondes
E8	28/07/2020 21h	Chacun chez soi	Visioconférence	Dictaphone et visioconférence enregistrée	35 minutes 9 secondes
E9	29/07/2020 21h	Chacun chez soi	Visioconférence	Dictaphone et visioconférence enregistrée	36 minutes 2 secondes
E10	16/10/2020 14h30	Chacun chez soi	Visioconférence	Dictaphone et visioconférence enregistrée	57 minutes 58 secondes
E11	19/10/2020 11h	Chacun chez soi	Visioconférence	Dictaphone et visioconférence enregistrée	57 minutes 16 secondes
E12	23/10/2020	Chacun chez soi	Conversation téléphonique	Dictaphone	37 minutes 36 secondes

Annexe 4 : Tableau des caractéristiques de l'échantillon

	Année ECN	Sexe	Age	Origine géographique	Famille dans le médical	Statut familial	Lieu de formation avant d'ECN	Spécificités du cursus	Thèse soutenue	Statut professionnel actuel	Projet professionnel
E1	2016	M	30 ans	Auvergne-Rhône-Alpes	Non	Marié	Clermont-Ferrand	Redoublement après la première année	Non	Remplaçant	Installation en semi rural, en groupe/MSP
E2	2016	F	29 ans	Nouvelle Aquitaine	Non	Célibataire	Poitiers	Redoublements, burnout, changement, de région pour l'internat	Non	Remplaçante	Installation en semi rural, en groupe/MSP
E3	2015	M	30 ans	Occitanie	Oui	Marié	Montpellier	/	Oui	Remplaçant	Installation prévue en rural, en MSP
E4	2015	F	30 ans	Centre-Val de Loire	Non	Célibataire	Clermont-Ferrand	Remplacements en outre-mer	Oui	Remplaçante	Installation prévue en ville, en groupe
E5	2015	M	29 ans	Centre-Val de Loire	Oui	En couple avec un psychomotricien	Clermont-Ferrand	Activité syndicale	Oui	Installé en semi rural en groupe	Temps partiel en hospitalier
E6	2016	M	28 ans	Auvergne-Rhône-Alpes	Oui	En couple avec une médecin généraliste	Clermont-Ferrand	/	Non	Remplaçant	Installation en semi rural, en groupe/MSP
E7	2016	F	29 ans	Auvergne-Rhône-Alpes	Non	En couple avec un médecin généraliste	Saint-Etienne	Changement de région pour l'internat	Non	Remplaçante	Installation en semi rural, en groupe/MSP
E8	2015	M	29 ans	Auvergne-Rhône-Alpes	Non	En couple avec une kinésithérapeute	Clermont-Ferrand	/	Non	Remplaçant	Installation en semi rural après plusieurs années de remplacements
E9	2015	F	29 ans	Auvergne-Rhône-Alpes	Non	En couple, 1 enfant	Clermont-Ferrand	Grossesse pendant l'internat	Oui	Remplaçante	Installation en collaboration en ville
E10	2015	F	35 ans	Hauts-de-France	Non	Mariée, 2 enfants	Lille et Clermont-Ferrand	Ergothérapeute Grossesse pendant l'internat Activité syndicale	Non	Remplaçante en soins Palliatifs	Hospitalier en gériatrie/soins palliatifs
E11	2016	F	29 ans	Auvergne-Rhône-Alpes	Oui	Célibataire	Clermont-Ferrand	DESC de gériatrie	Oui	Assistante en Gériatrie	PH en Gériatrie au CHU
E12	2015	M	48 ans	Roumanie	Oui	Marié, 2 enfants	Roumanie	Formation initiale à l'étranger	Oui	Installé en semi rural	/

Annexe 5 : Schéma intégratif des résultats : comment je deviens généraliste ? La fac, et :

Revue médicale :

- Incitation : MSU
- Lecture diagonale, occasionnelle
- + : sens / recos / pratique
- - : profusion / cout / fiabilité / adapté

Échanges

numériques :

- Observateur passif au début
- Peu fiable / envahissant
- Désintérêt au fil du temps

Recherches internet :

- Outil quotidien
- Corpus de sites et applications / FMC à la carte

Actualités :

- Curiosité / mise à jour

Formations en présentiel :

- Contacts directs +++
- Besoin

Échanges co internes :

- Internat : Amitiés constructives
- Simplicité des rapports
- Soutien psychique spontané
- Trucs et astuces / mimétisme

Compagnonnage et réseau :

- Intergénérationnel
- Inter spécialité
- Réseau professionnel
- Légitimité du MG

Vie syndicale :

- Gestion de projets, communication
- Défense de la profession

Groupes de pairs :

- Échange de pratiques
- Cabinets de groupe

Entourage familial :

- Représentations : vocation
- Pathologie : vocation / recherches induites / relationnel / sollicitations / émotionnel / inconfort / distanciation / intermédiaire

Rencontres et Expériences orientantes :

- Médecin traitant : négatif / projet pro
- Médecin ami : positif / vocation
- Expériences antérieures : changement vision / compétences / posture humaine

Vie privée :

- Vie sociale et de couple : équilibre / choix cursus et projet pro / Couple de soignants : échanges pro / soutien
- Maladie grave : connaissances / compréhension / posture
- Grossesse et parentalité : fatigue / recul / autoprotection / sensibilisation / organisation / connaissances / relationnel
- Intimité, sexualité : difficultés / sensibilisation / adaptation posture

Aspects structurels :

- - hôpital usine / institutions / DMS
- + taille humaine / équipe / brousse
- Gériatrie : cadre / réseau / équipe / confort

Expériences fondatrices :

- Terrain : Diversité et multiplicité des situations
- Confrontations brutales : traumatismes/construction éthique/rejet hôpital

Encadrement et Gestion psychique :

- Paradoxe : solitude et surcharge / autonomisation forcée
- Séniorisation + : proche / écoute et soutien / confiance en soi / gestion peur / échange d'idées
- Séniorisation - : condescendance / conflit hiérarchique / harcèlement
- Psychisme : manque debriefing individuel

Effets de modèles :

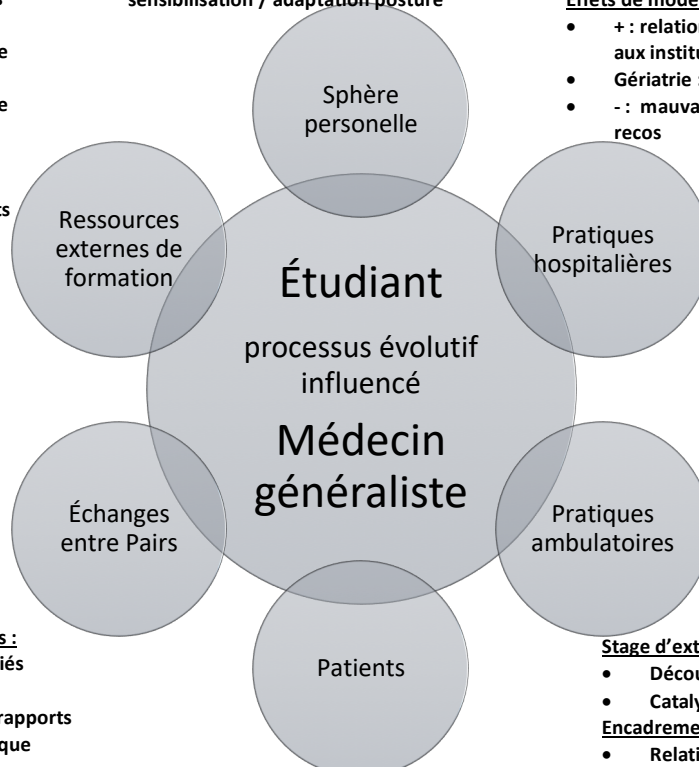
- + : relation centrée patient / posture face aux institutions / rigueur / exigence
- Gériatrie : + : humanité / vocation
- - : mauvais relationnel patient / hors recos

Comment ?

- Évolutif
- Ambulatoire ++
- Multiplier les rencontres et expériences
- Je prends le bon
- Je laisse le mauvais

Périodes charnières et de transition :

- Externat ⇒ internat (De rien à tout)
- Hôpital ⇔ ambulatoire (Comparaison adaptation)



Expériences marquantes :

- Les premières fois
- Histoires émotionnellement difficiles
- Mort et soins palliatifs

Relations positives :

- Retours gratifiants
- Reformulation
- Patient expert
- Peur du retour négatif et bienveillance dans l'erreur

Relations difficiles :

- Refus de soins
- Conflits soignant-soigné
- Patient agressif
- Familles difficiles

Stage d'externat :

- Découverte, peu d'apprentissages
- Catalyse la vocation

Encadrement :

- Relation sincère sénior étudiant
- Équilibre vie perso/pro

Effets de modèles :

- + : centré patient / investissement / disponibilité / rigueur professionnelle
- - : hors recos / décalage générationnel / abatage / financier / relation inadéquate

Multiplicité des expériences :

- A qui je veux ressembler
- Comment je vois ma pratique
- De l'Éponge au sujet réflexif

Remplacements :

- Obligé : continuer à se former
- Autonomie / compétences / projection exercice futur

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT D'HIPPOCRATE

(Conseil National de l'Ordre des Médecins)

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, 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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

TAILLANDIER Jean Marie Jacques Robert Pierre

Comment les internes de médecine générale développent-ils leur professionnalisme en dehors du cursus facultaire ?

Éclairage sur les apprentissages informels et le curriculum caché.

Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès des internes du DES de Clermont-Ferrand issus des promotions 2015 et 16 des ECN.

Thèse Médecine, Clermont-Ferrand, 2021

RÉSUMÉ

Contexte : La formation médicale est un processus de socialisation globale. Les compétences professionnelles des étudiants en médecine générale ne se développent pas uniquement au travers de leur cursus universitaire. De nombreux apprentissages se font de façon informelle voire « cachée » en dehors de l'institution, et influencent leur parcours. De par leur cadre conceptuel hétérogène et leur rôle sur le développement du professionnalisme, ils méritent d'être mieux caractérisés, afin d'en éviter les effets néfastes et d'en favoriser les bénéfiques.

Objectif : Explorer les influences des apprentissages informels et du « curriculum caché » sur le développement du professionnalisme des jeunes médecins généralistes.

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels réalisés auprès d'internes de médecine générale d'Auvergne en fin de formation. Analyse phénoménologique interprétative.

Résultats : Nous avons réalisé 12 entretiens individuels durant l'année 2020 auprès d'anciens internes de médecine générale de Clermont-Ferrand issus des promotions 2015 et 16 des ECN. Le professionnalisme du médecin généraliste se développe de façon importante en dehors de l'enseignement formel, par le biais d'apprentissages informels voire cachés, qui s'articulent autour de 6 grands domaines d'influence évolutifs : la vie privée avec ses expériences formatrices et son rôle équilibrant, la pratique en milieu hospitalier ou ambulatoire -qui sont l'occasion d'effets de modèles positifs ou négatifs-, la relation soignant-soigné, les échanges entre pairs, et l'accès sélectif aux ressources documentaires et de formation.

Conclusion : Notre travail met en évidence l'importance de ce qui se joue en dehors de la faculté dans la formation des étudiants en médecine générale. Un accompagnement plus individualisé des internes dans la gestion psychique de leurs études, la mise en lumière de leurs expériences personnelles, une sensibilisation des encadrants aux effets de modèle et à l'importance de leur relation avec les étudiants, la facilitation des échanges entre co-internes inter-promotions et inter-spécialités, une meilleure formation des étudiants à la gestion des ressources documentaires de formation, une meilleure connaissance de ces notions d'apprentissages informels et cachés par les étudiants, les formateurs, et les institutions, pourraient être des pistes de réflexion en matière d'amélioration de l'éducation médicale.

MOTS CLÉS

Recherche qualitative. Étudiants en santé. Médecine générale. Apprentissages. Curriculum caché. Professionnalisme.

JURY

Président du jury : Monsieur le Professeur CLÉMENT Gilles

Membres du jury : Monsieur le Professeur LAUTRETTE Alexandre

Madame la Professeure LAPORTE Catherine

Monsieur le Professeur TANGUY Gilles

DATE DE LA SOUTENANCE

Vendredi 21 mai 2021