HAL
open science

La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins

Anne-Chantal Hardy-Dubernet, Michel Arliaud, Chantal Horellou-Lafarge, Fabienne Le Roy, Marie-Anne Blanc

To cite this version:

Anne-Chantal Hardy-Dubernet, Michel Arliaud, Chantal Horellou-Lafarge, Fabienne Le Roy, Marie-Anne Blanc. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins. [Rapport de recherche] Laboratoire d'économie et sociologie du travail (LEST); Laboratoire Georges Friedmann. 2001, pp.200. halshs-00847791

HAL Id: halshs-00847791

https://shs.hal.science/halshs-00847791

Submitted on 24 Jul 2013

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Laboratoire Georges Friedmann

Laboratoire d'économie et de sociologie du travail

La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins

Recherche réalisée dans le cadre du programme INSERM/CNRS/MIRE 98 :

Processus de décision et changements des systèmes de santé

* * *

Responsable scientifique :

Anne-Chantal HARDY-DUBERNET

Collaborations :

Michel ARLIAUD

Chantal HORELLOU-LAFARGE

Fabienne LE ROY

Marie-Anne BLANC

Novembre 2001

Remerciements

Cette recherche n'aurait pas vu le jour sans le concours de très nombreuses personnes qui, de l'émergence de l'idée à la mise en forme de ce texte, y ont amplement contribué.

La pré-enquête, financée par le programme CNRS "santé et société", a permis, dans un premier temps, d'affiner la problématique et la méthodologie. La recherche proprement dite a été retenue par le programme INSERM/CNRS/MIRE 98 "processus de décision et changements des systèmes de santé". Nous tenons à remercier les membres des comités scientifiques de ces programmes, pour la confiance qu'ils nous ont témoignée en nous donnant les moyens de faire ce travail.

Nous remercions les doyens qui nous ont ouvert les portes des facultés que nous avons enquêtées, et qui nous ont chaleureusement accueillis : Mrs les Professeurs GROLLEAU, BERLAND et LEDUC. Dans chaque université, nous avons sollicité des membres du personnel qui nous ont consacré du temps et se sont intéressés à notre travail. Nous leur sommes très reconnaissants de l'aide qu'ils nous ont apportée.

Il en fut de même au Conseil national de l'ordre des médecins, où nous avons trouvé, en la personne du Docteur DUBOIS, un interlocuteur intéressé, qui nous a donné la possibilité d'accéder aux données du fichier national.

D'autres institutions ont contribué à ce travail : l'hôpital de Nantes nous a ouvert ses archives, avec l'aimable autorisation de Mr GUERIN, son directeur ; le Centre interuniversitaire de traitement de l'information nous a fournit les données concernant l'internat nouveau régime, et nous remercions Mr BOYER de sa contribution.

L'équipe de recherche fut enrichie par des collaborations diverses. La compréhension du dispositif complexe de l'internat nous fut facilitée grâce à l'aide que Mme Martine ORIO, directrice d'hôpital, nous a apportée dès nos premières interrogations. Par ailleurs, un mémoire de DEA en histoire du droit fut réalisé par Marie ALAIN-LE BAIL, sous la direction de Jean-Pierre LE CROM, portant sur l'histoire juridique du statut de l'interne. Ces contributions nous ont permis d'enrichir nos travaux et de mieux les contextualiser.

La récolte des données statistiques a nécessité la mobilisation d'enquêteurs, qui sont venus aider les membres de l'équipe dans les facultés de Lariboisière et de Nantes. Pour la faculté de Marseille, le travail a été intégralement assuré par Marie-Anne BLANC. Nous remercions :

- Françoise NORY-GUILLOU qui, avec l'aide d'Anne GILET et de Laurent REMONDI, a décrypté les dossiers et tant d'autres documents de Lariboisière Saint Louis,
- Sébastien FLEURIEL et Caroline PEYRAUDEAU, qui se sont plongés dans les dossiers des étudiants nantais,
- Sarah DUBERNET, qui a procédé au repérage de notre échantillon au CNOM.

Enfin, nous remercions sincèrement tous les médecins qui ont accepté de nous recevoir et de nous consacrer du temps, que ce soit au titre des fonctions qu'ils occupent ou ont occupées, ou au titre de leur histoire personnelle. L'intérêt réel qu'ils ont porté à notre travail fut un véritable stimulant pour toute l'équipe.

« Sous le rapport de la santé et de la maladie, et par suite sous le rapport de la réparation des accidents, de la correction des désordres, ou pour parler populairement des remèdes aux maux, il y a cette différence entre un organisme et une société que le thérapeute de leurs maux sait d'avance sans hésitation, dans le cas de l'organisme, quel est l'état normal à instituer, alors que, dans le cas de la société, il l'ignore. »

Georges Ganguilhem
Le normal et le pathologique

Sommaire

Introduction

Chapitre 1 : Présentation générale de la recherche

I. Contexte historique et socio-démographique

II. La réforme de 1982

III. L'enquête

Chapitre 2 : Faire médecine…

I. Entrer (et rester) en médecine

II. Étudier en faculté

III. Apprendre à l'hôpital

Chapitre 3 : … mais quelle médecine ?

I. Les effets structurels de la réforme

II. Choisir sa voie : un privilège de l'ancien régime ?

III. Passer ou ne pas passer l'internat ?

IV. Des études au métier

Conclusion

Annexes

Table des matières

Introduction

Entamer une recherche sur les effets d'une réforme datant de plus de quinze ans et qui fait aujourd'hui l'objet de changements inscrits dans la Loi de modernisation sociale peut susciter certaines interrogations. Lorsque nous avons fait part de notre projet aux représentants du corps médical, la plupart d'entre eux considérait que l'objet était "dépassé" et que l'on connaissait aujourd'hui les effets de cette réforme dont les plus néfastes allaient, sous peu, être corrigés. À ceci près que les uns et les autres nous décrivaient des effets diversement néfastes et que les solutions évidentes pour les uns semblaient les pires pour les autres. Autrement dit, si tous s'accordent sur le relatif échec de cette réforme, les avis divergent largement sur les raisons de cet échec et les solutions à y apporter.

Le travail que nous proposons ici ne vise, évidemment pas, à résoudre ce différent. S'il nous semble important de le mentionner ici, c'est pour situer, d'emblée, le contexte dans lequel notre enquête s'est déroulée : tant de voix qui supposent ne parler que d'une seule. Le corps médical est divisé, il l'est dans ses pratiques, dans ses institutions et dans ses analyses, mais il persiste à chercher une unité dans ses idéaux. Et nous entrons ici au cœur de notre objet.

L'objet de cette recherche est de comprendre les effets de la réforme des études médicales de 1982 sur les choix professionnels des médecins. Cette réforme poursuivait un triple objectif : démographique, économique et pédagogique. Le dispositif mis en place cherchait alors à combiner, par l'instauration d'un concours d'accès à la spécialisation médicale, l'amélioration de la formation de troisième cycle et la régulation des flux d'entrants dans les différents segments de la profession. Nous avons choisi de porter notre attention sur ce concours parce qu'il condense des interrogations variées et complémentaires. Le processus de sélection des médecins n'est pas seulement complexe et difficile à comprendre pour le "profane", il pose, derrière une procédure de concours apparemment rigide et simplificatrice, des questions beaucoup plus vastes qui s'étendent de la formation des élites à l'organisation du système des soins en France.

On peut, bien sûr, s'interroger sur l'efficacité de cette réforme au vu des objectifs qu'elle s'est fixés. On se situe alors dans une perspective d'évaluation d'une décision publique et de ses effets sur notre système de santé et plus précisément sur le corps médical. Le problème, plus général, de l'évaluation des politiques publiques pose cependant toujours la question des formes de représentation des questions ayant généré la mise en œuvre d'une politique donnée. C'est dans ses modalités d'application qu'une réforme affiche sa théorie. Celle de l'internat en médecine est assez éclairante de ce point de vue, mais pose à l'observateur de réels problèmes. Ceux-ci sont liés à plusieurs éléments.

En premier lieu, la longueur des études médicales rend difficile la mise en place d'un processus d'observation qui permette de bénéficier d'un recul suffisant pour comprendre les subtilités induites par une réforme intervenant en fin de cycle. Car les conséquences de cette réforme se perçoivent aujourd'hui sur l'ensemble du cursus des études médicales et pas seulement à la fin du deuxième cycle. Les choix méthodologiques que nous avons faits tiennent compte de cette particularité qui nécessite de privilégier l'aspect dynamique de l'analyse. Notre travail est plus "cinématographique" que "photographique", chaque donnée n'a de sens que par rapport à l'ensemble de nos résultats, reflétant des situations évoluant dans le temps.

En second lieu, les modalités d'application sont locales, alors que les décisions sont nationales. On se trouve donc devant des niveaux de régulation qui correspondent à des représentations de la pratique médicale très différentes. En particulier, l'État apparaît comme "dominant" dans les décisions nationales, alors que le corps professionnel (en particulier hospitalo-universitaire) a une véritable influence au niveau local. Cela implique une prise en compte de ces différents niveaux si l'on veut comprendre les conditions réelles de l'application de cette loi.

Enfin, il est essentiel de rapporter les faits concernant les études médicales et son évolution à l'ensemble des transformations qui affectent l'enseignement supérieur d'une part, et la formation des professionnels de la santé, d'autre part. Ce n'est pas parce que les études médicales paraissent fonctionner "en circuit fermé", qu'elles ne sont pas très étroitement liées aux autres formations au sein desquelles les individus et leurs familles circulent. C'est pourquoi il faut se garder d'interpréter les changements que nous observons à propos des études médicales d'une manière isolée, mais tenter de les rapporter à des évolutions plus générales concernant les modalités de formation des groupes professionnels.

Les études médicales étaient, avant la réforme, organisées suivant une hiérarchie que l'on pourrait décrire par "niveaux" : le "premier niveau" était la formation de généraliste, formation de base à laquelle tout médecin accédait ; le "deuxième niveau" correspondait à une formation complémentaire par la voie des Certificats d'Études Spéciales (CES), qui donnaient le plus souvent accès à la qualification de médecin spécialiste. Le "troisième niveau" formait l'élite de la profession, par l'internat de médecine, préalable aux carrières hospitalières et obligatoire pour l'acquisition d'une spécialité chirurgicale.

La réforme de l'internat est venue perturber cette hiérarchie, en instituant une formation spécifique pour les médecins généralistes (le résidanat) et un concours obligatoire toujours dénommé "internat" pour l'accès aux Diplômes d'Études Spécialisées (DES), seule filière d'accès à la qualification de spécialiste. Cette formalisation de l'ordre des hiérarchies médicales suscite des questions quant aux modifications qu'elle génère au sein de la profession, en particulier sur deux points essentiels :

La procédure choisie pour réguler les flux de spécialistes a été celle de la mise en œuvre d'un concours où les règles de notation et de classement s'imposent à tous de la même manière. On y retrouve les principes d'égalité de traitement propres à tout concours administratif, exprimant la volonté de réduire, voire d'éliminer, les systèmes de cooptation liés à des réseaux sociaux ou professionnels qui caractérisaient l'internat "ancien régime"[1]. Or tout principe sélectif met en acte une représentation des qualités attendues des candidats qui, y compris lorsqu'il s'appuie sur des références dites scientifiques, sélectionne aussi selon des valeurs sociales. La discrimination par concours national se fonde sur un nombre restreint de critères qui contribuent à la normalisation du groupe ainsi constitué. C'est ce processus qu'il faut analyser si l'on veut mesurer en quoi le concours de l'internat génère des effets à long terme sur les caractéristiques sociales, sexuelles, géographiques des professionnels et, en particulier, en quoi il tend à les homogénéiser.

La cohésion du corps médical s'est historiquement construite autour du primat accordé au diplôme de doctorat en médecine, nécessaire et suffisant à tous les médecins pour exercer toutes les médecines. Cette identité commune est, par la réforme de 1982, remise en question, puisque le doctorat est dédoublé par la qualification (de spécialiste ou de généraliste). Mais surtout, on passe d'un processus initiatique contrôlé par les pairs à une forme centralisée et étatique de sélection. Ce déplacement pose la question de l'articulation entre des références inscrites

[1]B. VERGES, *Internes et anciens internes des hôpitaux de Paris de 1918 à 1945*, Thèse pour le Doctorat de l'Institut d'Études Politiques de Paris, 1995

profondément dans la constitution d'un corps professionnel et de nouvelles formes de socialisation qui paraissent en rupture avec les valeurs qui y étaient attachées.

Cette recherche vise à montrer en quoi la réforme de l'internat a contribué à modifier structurellement la population médicale, au-delà d'une régulation des flux. C'est par la mise en évidence de l'émergence de systèmes hiérarchiques, induits par les nouvelles règles sélectives, que cette évolution apparaît, sous deux angles spécifiques :

- L'angle social, qui montre comment certains groupes sont plus ou moins exclus du dispositif, du fait des effets discriminatoires secondaires du concours. Celui-ci n'agit pas de la même manière selon le sexe, l'origine géographique et sociale des étudiants. Ceci nous conduira à interroger le principe "démocratique" de la sélection.

- L'angle universitaire, qui permet de montrer qu'une même sélection nationale produit des effets différentiels résultant de choix pédagogiques locaux. C'est la question de la "performance" étudiante qui est interrogée et, par voie de conséquence, de l'origine des références légitimant les hiérarchies professionnelles.

Notre méthodologie d'enquête a privilégié la comparaison, à la fois synchronique et diachronique, ainsi que la combinaison de matériaux statistiques et discursifs. Notre analyse va également dans ce sens : elle se centre sur l'étude des processus, des changements, des évolutions marquant l'application d'une réforme dont il est impossible de cerner la totalité des effets immédiats. Les matériaux que nous avons recueillis sont d'une extrême richesse et il nous a fallu faire des choix au moment de les exploiter. Ce rapport de recherche est ainsi centré sur les effets induits et, parfois, paradoxaux, de la réforme des études médicales de 1982, mais il ouvre, à de nombreux moments, des questionnements qui mériteraient d'être approfondis.

Nous présenterons nos résultats suivant trois chapitres. Le premier vise à cerner le contexte dans lequel s'inscrit la réforme de 1982, qui justifie aussi notre méthodologie d'enquête. Le second chapitre vise à comparer les parcours universitaires de populations de médecins formés dans différents lieux et à différents moments. Car si la réforme ne porte surtout que sur le troisième cycle, nous voudrions montrer ici que c'est l'ensemble des études médicales qui est bouleversé. Le troisième chapitre s'attache spécifiquement à décrire et comprendre comment les changements contextuels modifient les procédures de choix et les prises de décision individuelles. On verra alors que les changements quantitatifs sont peu importants, mais que la structuration du champ médical est profondément perturbée par le dispositif. Ceci nous conduira à conclure sur une mise en regard des attendus de la réforme, des conditions de son application, de ses effets directs et indirects et des projets en cours.

Chapitre I

Présentation générale de la recherche

La recherche que nous avons réalisée repose sur une grande diversité de matériaux : des études de textes législatifs et historiques, des rapports préparatoires aux différentes réformes, des documents fournis par les facultés de médecine, qui ont permis la préparation et la compréhension d'une enquête de terrain. Celle-ci a reposé sur la combinaison d'une enquête statistique réalisée à partir de dossiers étudiants issus de promotions antérieures et postérieures à la réforme, et d'entretiens auprès de médecins issus de l'échantillon, de responsables pédagogiques et des principaux concepteurs des textes législatifs.

Cet ensemble de matériaux nous permet de proposer, dans un premier temps, une analyse du contexte historique et socio-démographique dans lequel s'inscrit cette réforme, en privilégiant les éléments qui vont, *in fine*, déterminer sa réalisation. Dans un deuxième temps, nous présenterons plus en détail cette réforme qui, pour être comprise, nécessite de bien cerner le dispositif des études médicales et ses variations dans le temps et dans l'espace. La complexité du déroulement de la formation des médecins nous a conduit à concevoir une méthodologie d'enquête que nous présenterons dans une troisième partie, ainsi que les caractéristiques générales de notre population de référence.

I. Contexte historique et socio-démographique

La réforme de 1982 est le résultat de débats qui se sont étalés durant de longues années. La nécessité d'une modification en profondeur des études médicales ne faisait pourtant pas de doute et les dispositions européennes la rendaient inéluctable. Cependant, les choix politiques devaient s'inscrire dans la continuité d'une histoire professionnelle portée par les représentants de la profession et tenter de combiner, dans un même dispositif, des intérêts économiques nationaux et des revendications particulières aux différents segments du corps médical. Notre propos nécessite donc d'être cadré à partir d'une présentation ciblée du contexte dans lequel est intervenue cette réforme. De l'histoire du corps médical, nous avons retenu les éléments les plus marquants au regard des changements intervenus en 1982. Ceux-ci seront complétés par un aperçu de la situation démographique et universitaire telle qu'elle se présentait à la fin des années 1970.

I.A - Histoire d'un titre (de médecin) et de postes (d'internes)

Sans refaire l'histoire de la profession médicale, il nous a semblé important de mettre l'accent sur deux de ses caractéristiques, centrales pour notre objet. La première concerne le mouvement d'unification de la profession médicale autour du titre, mais aussi des divers processus conduisant à sa division, en particulier l'émergence des spécialités. Car la réforme de 1982 formalise cette division en provoquant un éclatement du diplôme de docteur en médecine, qui n'est plus commun à l'ensemble des praticiens.

Cet éclatement s'opère autour d'une division des étudiants entre internes et résidents. Ce ne fut pas sans conflit que ces deux populations se sont trouvées ainsi séparées, le choix final étant de conserver l'appellation d'internat pour qualifier la formation des spécialistes, mais aussi d'en maintenir la forme d'accès, à travers un concours. Que le "nouvel" internat soit très différent de "l'ancien" ne doit pas faire oublier que c'est ce dernier qui a servi de modèle, autant par sa capacité à

symboliser l'excellence que par son organisation pédagogique et statutaire. C'est la raison pour laquelle il nous a semblé pertinent d'enrichir notre travail par une réflexion historique sur la place et le statut de l'interne en médecine.

I.A.1 Le titre : de l'unification à l'éclatement

La réforme de 1982 peut se comprendre à la lumière de certains aspects de l'histoire de la profession médicale, marquée par des conflits et des divergences internes mais aussi par ses rapports avec l'État. Il est important d'extraire de cette histoire complexe les éléments qui contribuent à fonder aujourd'hui une profession qui semble se légitimer par les progrès scientifiques et parfois oublier que son organisation intègre aussi une mémoire sociale[2]. Cette mémoire collective est marquée par des ruptures successives : rupture d'avec les "profanes", ruptures internes au corps lui-même qui cherche comment opérer des séparations justifiant des hiérarchies professionnelles. C'est l'ensemble de ces ruptures qui structure, aujourd'hui encore, les représentations des médecins et supporte les fondements organisationnels de cette profession.

On peut repérer deux mouvements concomitants dans l'histoire du corps médical. Le premier est centré sur le souci d'unifier une profession en usant de l'outil réglementaire que constitue le titre de docteur en médecine. Le second est déclenché par l'explosion des découvertes médicales qui ont enrichi un savoir difficile à détenir par tous, à l'origine du mouvement de spécialisation.

Vers un diplôme "nécessaire et suffisant"

Le doctorat de médecine ne fut que récemment reconnu comme le seul autorisant l'exercice de la pratique médicale. Jusqu'à la fin du XVIIIème siècle, non seulement les médecins étaient rares et peu formés, mais l'ensemble du corps soignant ne se réduisait pas à cette élite des villes. C'est en interdisant à d'autres le droit de soigner que les médecins ont lutté pour que leur exercice soit réglementé. Cependant, il faut garder en mémoire que la qualité de médecin fut toujours liée à une formation intellectuelle[3], au contraire de celle de chirurgien, qui relevait d'un apprentissage manuel. La médecine était alors une discipline essentiellement théorique et ne se pratiquait pas dans le "corps à corps". Les barbiers et les chirurgiens avaient en charge les soins, les médecins dispensaient des conseils et élaboraient des théories. Le lien entre un savoir intellectuel et l'intervention sur le corps ne constituait pas la base de la pratique médicale et, encore moins, de son apprentissage. Ainsi, le diplôme permettant l'exercice de la médecine fut, à l'origine, non une autorisation de dispenser les soins, mais un droit à penser la médecine. D'ailleurs, les cursus universitaires aboutissaient à un doctorat qui permettait, avant tout, d'enseigner la discipline.

En supprimant les corporations, la Révolution a permis de reposer les questions en d'autres termes : la réorganisation des hôpitaux et les avancées de la médecine, même balbutiantes, ont mis en évidence la nécessité d'unir les deux corps de métier séparés qu'étaient les chirurgiens et les médecins, dans un cursus d'études commun, où les facultés de médecine et les hôpitaux seraient associés[4]. À l'issue de ce premier mouvement d'unification du corps médical, il devint possible d'envisager une réglementation plus stricte de l'exercice de la profession, rendue nécessaire par

---

[2] "*Quand des groupes nouveaux se forment, groupes durables ou éphémères, entre gens d'une même profession, d'une même ville ou d'un même village (...), c'est toujours par séparation d'un ou de plusieurs groupes plus larges et plus anciens. Il est naturel que, dans ces formations nouvelles, on retrouve bien des traits des communautés mères, et que beaucoup de notions élaborées dans celles-ci passent dans celles-là.*" M. HALBWACHS, "La mémoire collective et le temps", *Cahiers internationaux de Sociologie*, Vol. 101, 1996, pp.45-65.

[3] Et ce dès l'antiquité, puisque c'est sous l'Empire Romain que l'exercice de la médecine fut subordonné à l'obtention d'un diplôme. En France, dès 1220, Montpellier accueillait la première faculté de médecine. M. H. RENAUT, "l'évolution de l'acte médical", *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 35 (1), janv-mars 1999, 45-71.

[4] J.C. SOURNIA, "les fondements du décret du 14 frimaire an II (4 décembre 1794)", *Revue de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*, n°18, 2/1995, 47-50

l'état sanitaire déplorable du pays et la prolifération des pratiques charlatanesques. Mais il fallait, avant, régler une question qui suscitait bien des polémiques : faut-il instituer un seul corps de médecins ou prévoir deux catégories, conformément aux dichotomies sociales : riches et pauvres, ruraux et urbains ?[5] Les arguments déployés par les partisans d'une dualité du corps médical sont intéressants à entendre, car ils préfigurent une première hiérarchisation du champ sur des principes qui resteront vivaces même après la disparition du corps des officiers de santé. Ainsi, Thouret, directeur de l'Ecole de médecine de Paris, prétend que *"l'art doit être divisé en deux grandes parties, dont l'une, bornée aux pratiques vulgaires, aux connaissances communes, est le partage du plus grand nombre. Les officiers de santé se borneront aux soins les plus ordinaires, aux procédés les plus simples de l'art, ils porteront les premiers secours aux malades, aux blessés, traiteront les affections les moins graves, s'occuperont des pansements communs et journaliers ; et, leur science principale devant consister à reconnaître les cas où ils ne doivent pas agir, ils formeront sans doute une classe moins relevée dans la hiérarchie médicale "*[6].

La première loi limitant l'exercice légal de la médecine aux médecins et officiers de santé formés dans des écoles et facultés reconnues par l'État date de 1803 et constitue le véritable démarrage de la constitution d'un corps, qui détient désormais le sommet de la hiérarchie des soignants. À cette occasion, est créée la thèse de doctorat en médecine qui sera, pour longtemps, le diplôme "nécessaire et suffisant" à l'exercice de la profession de médecin. Les officiers de santé, qui ne le possèdent pas, jouissent d'une position subalterne dans la hiérarchie médicale, exercent leur métier en milieu rural et souvent auprès des plus pauvres[7]. Dès le milieu du XIXème siècle, le nombre d'officiers de santé est en forte régression, ce qui aboutit à leur suppression en 1892. À partir de ce moment, seules les facultés de médecine forment les futurs praticiens, qui sont autorisés à pratiquer dès qu'ils ont obtenu leur thèse et à s'installer à l'endroit de leur choix. La médecine salariée n'est en effet pas encore reconnue[8] et l'exercice libéral est le seul moyen légal d'exercer ce métier.

La question de l'uniformisation de la formation des médecins est un processus qui a marqué les deux derniers siècles : uniformisation des lieux (suppression des écoles de médecine en 1806), uniformisation du titre (le doctorat), uniformisation des temps (aujourd'hui intégrés à l'échelle européenne avec les procédures de reconnaissance mutuelle des diplômes médicaux). Mais les médecins ne sont pas les seuls dans ce cas, puisque les professions juridiques ont connu à peu près le même parcours. La spécificité médicale réside plutôt dans la séparation d'avec les autres corps professionnels du secteur de la santé, puisque seule une année est "partagée" avec d'autres — les dentistes —, et c'est aujourd'hui la première, celle de la sélection et non de la formation. Plus loin dans le cursus, on trouve certaines spécialisations communes aux médecins et aux pharmaciens, mais ces cas restent marginaux. Et même si les réformes des études médicales, dentaires et pharmaceutiques suivent en général un même mouvement, elles s'appliquent chacune à l'intérieur de leur propre territoire, séparé des autres.

Pour Freidson[9], cette autonomie de la formation du corps médical constitue un des éléments clés de la constitution d'une profession, au sens sociologique du terme. C'est dans les processus d'autocontrôle et de formation qu'il propose une différenciation entre le métier (une fonction) et une profession (un groupe structuré). La question de cette autonomie fait l'objet de nombreux débats, en particulier en France, où le système de financement des soins implique une dépendance étroite du corps médical aux pouvoirs publics. Il reste que les médecins, en France aussi, se sont constitués sur cette revendication d'autonomie, même si leur volonté de se séparer des autres catégories

---

[5]J. LEONARD, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, 1981, Aubier, Paris, chapitre III.
[6]op. cit. p. 47-48
[7]M. BUNGENER, *Besoins en médecins et fonctions sociales de la médecine*, Thèse de doctorat en Économie Publique et Gestion des Activités non marchandes, Université Paris IX Dauphine, 1980, p.18
[8]Elle ne le sera en effet qu'en 1929. Cf. B VERGES, *Le monde des médecins du XXème siècle*, Éditions Complexe, 1996
[9]rE. FREIDSON, *La profession médicale*, Éditions Payot, Paris, 1984

soignantes leur a imposé d'avoir recours au législateur : sans loi sur la formation médicale, point de définition de la légalité.

L'unicité du diplôme de doctorat en médecine apparaît donc comme une barrière que les médecins ont érigée, avec le concours de l'État, pour se séparer des autres et pour être reconnus dans leur spécificité. Consécration d'une "vocation" qui est autant cœrcitive pour leurs membres que pour ceux qui en sont exclus, puisque les études de suivi des sortants d'université montrent que la thèse de médecine n'autorise quasiment que l'exercice de la profession médicale[10]. Le revers de cette autonomie paraît donc être l'enfermement : on entre en médecine comme dans "les Ordres" et, une fois la thèse obtenue, rares sont ceux qui "défroquent".

Spécialistes et généralistes

Afin d'affirmer son unicité, le corps médical s'est appuyé sur l'université pour délivrer le titre lui assurant un monopole d'exercice. Mais là s'est arrêté son appel aux pouvoirs publics, les représentants de la profession étant peu désireux de laisser à l'État la possibilité d'intervenir dans son organisation interne. Celle-ci a, cependant, rapidement posé des problèmes, puisque, dès la fin du XIXème siècle, alors que la formation des officiers de santé n'existait plus, sont apparues les premières tentatives de reconnaissance de spécialisation. Au départ, il s'agissait de revendications particulières qui apparaissaient un peu comme une "revanche" des chirurgiens qui estimaient que leur art, longtemps considéré comme mineur par les médecins de l'Ancien Régime, méritait, au regard des progrès spectaculaires dont il était l'objet, d'être revalorisé par rapport à celui des médecins[11].

L'Association des médecins de la Seine s'est interrogée sur ces revendications des chirurgiens, puis des oculistes, puis des radiologues etc. Tous restaient néanmoins d'accord pour garder l'unicité du diplôme et de la profession, considérant que c'était à eux et à eux seuls que revenait le droit de reconnaître une compétence particulière. Mais la question s'est d'emblée posée sous une forme hiérarchique : doit-on considérer le spécialiste comme un "super" médecin, car il a des connaissances supplémentaires ou, au contraire, comme un "sous"médecin car ses compétences sont limitées à certains actes techniques spécifiques. Dans le premier cas, il "supervise" le travail du généraliste, dans le second, il l'"assiste"[12]. Pour lutter contre cette tendance à la spécialisation, en particulier à partir du moment où la radiologie est apparue, certains praticiens ont tenté des expériences de médecine de groupe où le radiologue était, dans le collectif, assimilé à un technicien au service de la clinique médicale. Ces tentatives de subordination n'ont pas vraiment abouti et la nécessité de trouver une règle de reconnaissance de la spécialisation s'est faite de plus en plus pressante.

Les syndicats de médecins spécialistes se sont organisés surtout après la première guerre mondiale, manifestant leur séparation par la publication de bulletins spécifiques, comme en 1925, le bulletin du syndicat des chirurgiens français. En 1927, les médecins de la Seine tentent une définition du spécialiste que nous livre Pierre Guillaume[13] :

> "Le spécialiste est le médecin qui, ayant spécialement étudié une branche de notre art, se cantonne, au point de vue exercice professionnel, dans le traitement des affections ressortissant à cette branche. Il ne pratique pas, de façon habituelle, la médecine générale.
>
> Le laboratoire peut aussi constituer une spécialité.

---

[10]D. MARTINELLI, "Docteurs en médecine, pharmacie et chirurgie dentaire : des conditions d'insertion encore favorables", *Céreq-Bref* n°89, juillet 1993

[11]P. GUILLAUME, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945),* La Documentation Française, Paris, 1996

[12]Le problème ne se situait pas alors du côté des Assurances Sociales, puisque celles-ci avaient accepté de rémunérer différemment certains actes médicaux ou chirurgicaux. C'était l'acte lui-même qui était considéré comme spécifique, non le praticien dans l'ensemble de son exercice.

[13] P. GUILLAUME, op. cit., p.219-220

La spécialisation, pour être vraie, doit être unique. Je parle ici seulement pour la région parisienne, et nous ne pouvons admettre les spécialisations nombreuses et diverses inscrites sous certains noms sur les feuilles d'ordonnance ou dans certains annuaires mondains. Une seule spécialité doit donc être admise et inscrite ; à la grande rigueur, sous la réserve expresse que ces deux branches de notre art soient parentes et très voisines, exemple : gynécologie et accouchements.

(...) En agissant ainsi, nous n'avons pas l'intention de décerner un titre de spécialiste, ni de créer une sorte de diplôme, d'autant que nous avons toujours affirmé qu'un médecin a le droit, de par son titre de docteur, à faire tout acte médical, sous sa responsabilité".

On trouve, dans cette définition, les bases de ce qui va constituer la revendication commune des médecins jusqu'aux années 70 : la liberté de qualifier par eux-mêmes leurs pairs dans l'une ou l'autre spécialité, en ne laissant pas ce pouvoir à l'université, ce qui aurait risqué de conduire à l'éclatement de la profession, par un éclatement des titres. En 1932, la CSM dresse une liste restrictive de 10 spécialités, mais réaffirme son refus d'accorder à la faculté la délivrance des titres de spécialistes.

Celle-ci va créer les premiers "Certificats d'Études Spéciales" (CES) après la guerre, proposant des diplômes nationaux, sans pour autant remettre en question l'unicité du titre de doctorat et l'omnipratique qu'il autorise. Ces CES se sont développés de manière très importante dans les années d'après-guerre, représentant une troisième voie à la formation médicale, distincte à la fois de l'internat et de la médecine générale. Mais il faut comprendre que ces formations n'ouvraient pas de droit systématique à la qualification de spécialiste, puisque celle-ci restait la prérogative du Conseil de l'Ordre. Si les critères se sont progressivement normalisés autour du diplôme, cette qualification ne recouvrait pas nécessairement les catégories générées par l'Université.

Plusieurs systèmes de qualification coexistaient à la veille de la réforme de 1982. Une qualification universitaire était accessible par la voie des diplômes, en particulier des CES, acquis souvent de manière automatique par l'internat. Parallèlement, le Conseil de l'Ordre attribuait la qualification de "spécialiste" à des médecins qui faisaient la preuve (par leur notoriété ou par leur parcours professionnel) de leurs compétences, attribution qui s'opérait de plus en plus par la voie de la reconnaissance de la validation de certains CES[14]. Les spécialistes demandaient ainsi à s'inscrire à l'Ordre des Médecins sous cette qualification, en général exclusive. Par ailleurs, le Conseil de l'Ordre reconnaissait des *compétences* qui correspondaient, soit à des qualifications plurielles, soit à la reconnaissance de connaissances spécifiques dans certains domaines. Cette reconnaissance accordait le droit, aux médecins qui l'obtenaient, de mentionner sur leur plaque ou sur leurs ordonnances cette "qualification particulière"[15]. En complément de ce double système universitaire et professionnel, la Sécurité Sociale reconnaissait à certains médecins le droit de bénéficier du tarif conventionné des spécialistes (coté CS = consultation de spécialiste)[16].

Ces trois systèmes se sont progressivement harmonisés, mais des écarts pouvaient exister entre eux, ce qui a, d'une certaine manière, modifié le processus de reconnaissance des spécialités médicales. Ainsi, d'une autonomie proclamée par l'ensemble du corps au début du siècle et d'un refus de voir l'université s'approprier la qualification de médecin spécialiste — crainte, rappelons-le, liée à la volonté de garder l'unicité du titre de docteur en médecine — on est passé, dans les faits, à une procédure inverse. Les revendications des "nouvelles" spécialités médicales, comme le décrivent, dans des contextes différents, Isabelle Baszanger pour les "médecins de la douleur"[17] ou

---

[14]Mais pas tous, puisque des CES comme celui de la médecine du travail ou la médecine sportive ne donnaient pas droit à la qualification de spécialiste par le conseil de l'Ordre.

[15]C'est le cas par exemple pour les médecins homéopathes ou acupuncteurs, répertoriés comme des "médecins à exercice particulier" (MEP), mais aussi pour la reconnaissance par le conseil de l'Ordre d'un certain nombre de diplômes universitaires non la prolifération fut, ces dernières décennies, exemplaire.

[16] Cf. tableau des spécialités en 1981, en annexe I

[17]I. BASZANGER, "Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation - Le cas des médecins de la douleur", in *Revue française de sociologie*, XXXI, 1990

Michel Arliaud[18] à propos des "médecines parallèles", justifient de leur légitimité par la création, dans le système universitaire, de formations *ad hoc*. Celles-ci deviennent un argument de poids auprès du Conseil de l'Ordre pour faire reconnaître, à terme, une qualification de spécialiste.

On peut retenir de cette dynamique le renversement des tendances, renversement qui s'observe aussi dans d'autres catégories professionnelles, puisque les médecins ne sont pas les seuls à revendiquer des diplômes pour faire reconnaître leur exercice. Mais il semble surtout que ce processus permet de mieux comprendre la manière dont la réforme de 1982 vient bouleverser les principes fondateurs de la profession médicale, en instaurant des frontières imperméables entre les différents segments : les généralistes d'une part, les spécialistes d'autre part qui, chacun dans leur domaine, constituent des sous-segments aux pratiques distinctes. La rupture est totale avec les principes énoncés un siècle auparavant et le contrôle des flux est, désormais, *via* l'université, entre les mains de l'État. Parallèlement, cet éclatement du corps médical s'exprime dans les faits par les divisions syndicales et l'apparition d'une double convention médicale[19].

I.A.2 Les postes : l'interne entre étudiant et praticien[20]

L'internat d'aujourd'hui, nous a-t'on répété, n'a pas grand-chose en commun avec celui d'hier. Dans le discours de nos interviewés, cette assertion reposait essentiellement sur la différence de sélectivité des deux concours : l'ancien autorisait globalement un taux de 10 % de reçus, le nouveau en accepte 50 %. Le prestige aurait baissé du fait de la part plus forte d'élus. Mais il faut aussi y voir un changement de nature : le nouvel internat ne pré-recrute plus le corps hospitalo-universitaire, les internes sont, moins que leurs aînés, garantis de faire une carrière dans le secteur hospitalier. Cette réalité a mis du temps à entrer dans les esprits, sans doute du fait du maintien de ce terme d'internat, fortement associé à une pratique hospitalière. Pour bien comprendre cela, ainsi que les problèmes posés par la question du statut de ceux qui, sans être reconnus comme professionnels, ne sont plus tout à fait étudiants, il faut prendre toute la mesure de la place de cette "institution" dans la formation médicale.

Naissance d'une institution

Si l'on peut dater en 1802 la naissance officielle de l'internat, celui-ci préexistait bien auparavant, et l'on trouve en 1788 un projet de la Société Royale de Médecine qui pose les bases de cette institution en prévoyant une catégorie "d'élèves internes", hébergés et nourris par l'hôpital, recrutés par concours, pouvant apprendre la médecine "au lit des malades". Ce projet fut repris pendant la révolution mais c'est l'Empire qui l'institua réellement, par le règlement général du service de santé du 4 ventôse an X (10 février 1802), concernant les hôpitaux et hospices civils de Paris. Cet internat représentait "*le véritable état-major assurant la marche régulière des services hospitaliers, école supérieure d'instruction pratique, où s'est recrutée depuis lors la presque totalité des maîtres de la médecine et de la chirurgie françaises*"[21].

Alors que les études médicales en faculté s'organisent en prolongement de la formation traditionnelle des médecins, donc du versant "intellectuel" du métier, l'internat se modélise sur le

---

[18]M. ARLIAUD, L'autre spécialisation ? propos obliques sur les médecines dites parallèles", *Sciences sociales et santé*, vol. IV, juin 1986

[19]M. ARLIAUD et M. ROBELET, "Réformes du système de santé et devenir du "corps médical", *Sociologie du travail* (2000), 42

[20]Cette partie reprend de larges extraits du mémoire de DEA de droit social de Marie ALLAIN-LE BAIL, sous la direction de Jean-Pierre LE CROM, à l'Université de Nantes en 1999, intitulé : *Le statut juridique de l'interne en médecine, évolution de 1802 à nos jours*. Ce mémoire a été réalisé en collaboration avec nous, dans l'objectif d'approfondir cet aspect de notre recherche.

[21]R. DURAND-FARDEL, *l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris - centenaire de l'internat 1802-1902,* Steinheil, Paris, 1902, p.19

compagnonnage des barbiers-chirurgiens. Cette nature double de la formation médicale s'ancre ainsi dans la dualité historique de la profession. Elle reste d'ailleurs très vivante, aujourd'hui encore et les discours que nous avons recueillis montrent bien à quel point les deux formes d'apprentissage de la médecine (théorique et pratique) relèvent d'un conflit entre un "savoir" puisé dans les livres et un "savoir-faire" transmis par les pairs.

Les premiers internes étaient donc des compagnons chirurgiens, chargés des pansements et des actes de petite chirurgie à l'Hôtel Dieu, à Paris, durant les XVIIème et XVIIIème siècles. Assurant la prise en charge des patients hospitalisés, les internes prirent un rôle essentiel dans l'organisation des soins et se rendirent vite indispensables. De ce rôle, au départ dévalorisé, ils purent alors tirer un véritable pouvoir et se constituer en élite du corps médical. En outre, jusqu'à la réforme Debré de 1958, ils constituaient le seul personnel médical à temps plein dans l'hôpital, ce qui contribuait à leur donner de véritables responsabilités de praticiens.

Au sein de la profession, les clivages s'ancraient dans l'organisation même de la formation. Car les internes étaient nommés parmi les externes, lesquels étaient également sélectionnés par concours. Si le concours de l'externat fût supprimé lors de la réforme Debré, cette formation hospitalière n'a véritablement concerné l'ensemble des étudiants que 10 ans plus tard, puisque les externes étaient alors choisis parmi "les meilleurs" étudiants.

Le concours de l'internat

Le principe du concours fut retenu comme celui qui "allait de soi", au regard de deux exigences : recruter un corps d'agents du service public hospitalier et assurer la légitimité de cette élite. Il fut conçu sur le modèle de ceux des Grandes Écoles et dans l'idée explicite de placer les médecins au même rang que les hauts fonctionnaires. Si les formes du concours se sont modifiées, ce principe reste aujourd'hui encore dans les esprits comme le seul susceptible de répondre à ces deux exigences.

Le concours de l'internat n'avait pas, au départ, de programme propre. De ce fait, il se distinguait des études médicales et s'est, d'emblée, préparé dans des réseaux parallèles : les conférences d'internat. Celles-ci étaient animées par un interne qui touchait une rémunération complémentaire souvent utile à sa survie. Au départ, le concours ne prévoyait pas nécessairement d'épreuve écrite. À partir de 1810, on retrouve les traces d'une telle épreuve, ainsi que d'un oral de 6 à 10 minutes, après un temps égal de réflexion. En 1902, le règlement des hôpitaux de Paris imposa une plus grande rigueur dans l'élaboration du concours. L'institution de l'anonymat de l'épreuve écrite, réclamée par beaucoup, mis du temps à s'établir. Cela ne se fit qu'après la première guerre mondiale et, en 1921, le concours se déroulait en deux temps : une première épreuve écrite et anonyme très discriminante, qui avait pour objectif de réduire le nombre de candidats admissibles au concours définitif, qui se déroulait sous la forme de questions orales. Sans cesse cependant, les modalités du concours furent modifiées, les systèmes paraissant à chaque fois mal adaptés aux exigences de la sélection et à son impartialité.

L'oral de l'internat fut supprimé en 1969, dans une volonté de renforcer l'anonymat de la sélection. Les concours restèrent organisés par les CHU jusqu'à la réforme de 1982. Ce localisme a engendré des différences très importantes dans les taux de réussite par région, des méthodes de reconnaissance de candidats locaux s'établissant afin de fermer plus ou moins les portes aux candidats extérieurs. Certains concours étaient alors réputés accessibles aux candidats extérieurs et d'autres très fermés. Globalement, s'est toujours joué une forte rivalité entre parisiens et provinciaux, l'internat de Paris étant réputé le "meilleur" et les facultés parisiennes incitant, plus que d'autres universités de province, leurs étudiants à se présenter au concours.

Les femmes et l'internat

À l'origine, le concours de l'internat n'était pas ouvert aux femmes. Il fallut attendre 1882 pour que celles-ci puissent concourir à l'externat, "*sous la réserve formelle qu'elles ne pourront en aucun cas se prévaloir de leur titre d'élèves externes pour concourir à l'internat*". Mais le pas est franchi et trois ans plus tard, elles pouvaient accéder au grade d'interne... sans être, pour autant, admises à fréquenter les salles de garde.

L'internat se présente ainsi comme une institution ouvertement masculine formalisant, dans ses textes fondateurs, une discrimination sexuelle. Plus encore, dans sa fonction socialisante, les femmes ne pouvaient que difficilement y prendre place, quand bien même la loi les y autorisait. Cet aspect est renforcé par la place dominante des futurs chirurgiens dans la hiérarchie des internes. Aujourd'hui encore, nous le verrons, les femmes se sentent, d'emblée, exclues de ce milieu dès leurs premiers passages en stage. Il suffit de prendre connaissance des chansons d'internes et des "histoires de salles de garde" pour comprendre comment ces discriminations ont pu survivre à des textes qui tentaient d'établir une égalité d'accès aux fonctions médicales hospitalières. Ce n'est donc pas seulement dans la forme du concours que se produit la discrimination, mais aussi dans les formes de socialisation qui accompagnent la formation par l'internat.

Les fonctions et la formation de l'interne

L'internat repose sur un apprentissage pratique. Parce que marqué par la formation chirurgicale, il a pris, d'emblée, la forme du compagnonnage individuel propre aux métiers manuels. C'est par la prise progressive de responsabilités, en particulier lors des gardes, que l'interne apprend son métier.

La place des internes a pris une dimension très particulière lorsque les hôpitaux ont structuré leurs services sur le mode de la spécialisation. C'est sur cette structuration que se sont opéré les clivages entre spécialités et que les internes se sont progressivement formés à un domaine particulier de la médecine, puis de la chirurgie. Ceux qui ne se spécialisaient pas faisaient alors une médecine interne, versant hospitalier de la médecine générale. Il se trouvait également certains anciens internes pour s'installer en ville comme médecins généralistes, après leur formation. Les différenciations entre spécialités apparurent en médecine ambulatoire sur ce modèle de l'organisation hospitalière. L'introduction des CES fut un moyen de former des spécialistes en nombre croissant sur un modèle différent, en particulier dans des domaines propres à la médecine de ville (essentiellement des spécialités médicales comme la gynécologie, la dermatologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie etc.). Ces spécialités, parce qu'elles n'imposaient pas le passage par l'internat, se féminisèrent très rapidement.

Lorsque les CES furent institués, on retrouva, au niveau du troisième cycle, les mêmes distorsions de formation que celles dénoncées avant 1968 entre les externes et les autres étudiants. À cette époque en effet, seule une partie des étudiants avait vraiment accès à une formation "au lit du malade". De même, les élèves de CES avaient, dans l'organisation hospitalière, un statut de stagiaire et n'étaient pas rémunérés s'ils n'obtenaient pas une place de "faisant fonction d'interne". Seules quelques spécialités, non briguées par les internes (l'anesthésie-réanimation par exemple), permettaient aux étudiants de CES de bénéficier d'une vraie formation pratique.

Jusqu'à la réforme de 1982, la formation des internes reposait donc quasi exclusivement sur un apprentissage pratique et une formation théorique personnelle, en rapport avec des formes de tutorat qui s'exerçaient dans les services. Puisque toute spécialité devait passer par une inscription en CES, les universités instituaient des systèmes dérogatoires aux épreuves théoriques pour les étudiants pouvant justifier de stages d'internes. Un même diplôme était alors délivré pour des étudiants n'ayant suivi, ni la même formation pratique, ni les mêmes épreuves de validation. Dans les faits, cette validation était déléguée aux praticiens hospitaliers chargés d'accompagner l'interne dans son apprentissage : elle était limitée à la validation des stages et n'obéissait, de ce fait, à aucune règle collective. C'est aussi à cette distorsion entre formation pratique par l'internat et

formation théorique par les CES, que la réforme de 1982 a voulu remédier, en proposant une uniformité des formations pour tous les futurs médecins, reposant sur des exigences de stage et de suivi de séminaires. Dans la pratique, on constate cependant que la formation théorique n'est qu'inégalement suivie et que de nombreuses facultés continuent de déléguer aux hôpitaux le soin de former les internes.

Le statut et les conditions matérielles de l'interne

Au XVIème siècle, les précurseurs des internes étaient payés en nature, par l'attribution de dons. Dès 1802, ils étaient nourris et logés à l'hôpital et ne recevaient qu'une faible indemnité, la notion de dévouement structurant cette élite : en échange d'un travail quasi gratuit, l'interne recevait une formation pratique et théorique de grande qualité. Progressivement, il fut tenu compte de l'ancienneté, des lieux d'affectation et des risques professionnels pour l'attribution de ces indemnités. Mais ces faibles traitements maintenaient les internes à la limite du seuil vital, les conduisant souvent à exercer d'autres activités, voire à commettre quelques exactions, afin d'assurer leur subsistance.

À partir des années 1920, la situation des internes commença à s'améliorer, d'abord par un relèvement des indemnités, tenant compte des enfants à charge, puisque l'âge des internes s'élevait. Par ailleurs, les risques professionnels étaient importants, en particulier au regard de la contagion tuberculeuse. Ceci contribua à la mise en place d'une protection sociale basée sur le risque professionnel, qui fut indemnisé à partir de 1926. Dix années plus tard, les internes obtenaient des congés payés et l'externement de ceux qui étaient mariés. Enfin, c'est à la suite de la loi hospitalière du 21 décembre 1941 que les internes ont pu bénéficier d'un premier véritable statut juridique. Ainsi, en 1943, les internes furent répertoriés au sein de la hiérarchie médicale sur la seconde marche des cinq niveaux, après les externes et avant les "*médecins, chirurgiens, spécialistes, assistants et assistants d'anesthésie*"[22]. Furent alors posées les règles de nomination par concours, les conditions de présentation à ce concours, les indemnités annuelles, le logement, le droit gratuit à la nourriture, au chauffage, à l'éclairage et au blanchissage, ainsi que le régime disciplinaire et les sanctions en cas de manquement. Mais il n'était pas fait mention d'une véritable rémunération ni d'une protection sociale.

Ce n'est qu'à partir du 1er avril 1953 que les internes des Hôpitaux de Paris furent immatriculés à la Sécurité Sociale, bien avant les médecins hospitaliers, immatriculés en 1960. Enfin, en 1963, l'article 39 du décret du 7 mars 1964 stipule que "les internes en médecine sont réputés salariés au regard de la législation sur la Sécurité Sociale". L'étape suivante fut leur affiliation à un régime de retraite complémentaire, l'IRCANTEC[23]. Ceci est important si l'on considère que seuls les 2/3 des émoluments forfaitaires mensuels des internes entrent dans l'assiette des cotisations, les gardes n'étant pas prises en compte.

La responsabilité de l'interne

Derrière ces questions de statut au sein de la fonction publique hospitalière, apparaît celle de la responsabilité spécifique des internes dans le cadre de leur activité. Celle-ci est directement dépendante de leur position hiérarchique : sont-ils des étudiants placés sous le contrôle direct d'un praticien hospitalier ou sont-ils des médecins à part entière, responsables de leurs actes ? Ces questions se sont surtout posées après la loi de 1958 qui accordait un véritable statut aux praticiens hospitaliers à temps plein, susceptibles d'assurer une continuité des soins auparavant dévolue aux seuls internes. La place de ces derniers est devenue problématique dès le début des années 1970. En

---

[22]Décret du 17 avril 1943, *J.O.* 27 avril 1943, p.1164

[23]Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'Etat et des Collectivités publiques, organisme qui gère les retraites des salariés de l'Etat et des employeurs du secteur public ne relevant pas d'un régime spécial de retraite.

effet, à la suite des évènements de mai 68, les étudiants en médecine ont obtenu la suppression de la sélection à l'externat et l'accès de tous les étudiants à une formation pratique hospitalière. Mais, dans le même temps, l'augmentation considérable des étudiants en médecine et la multiplicité des statuts de praticiens hospitaliers ont eu tendance à dévaloriser l'externat, puis l'internat. Parce qu'ils devenaient moins utiles et trop nombreux, les externes ont progressivement occupé une place de "stagiaire" à qui on ne confiait plus vraiment de responsabilité. Quant aux internes, leur nombre diminuait dans les hôpitaux généraux, où ils prenaient cependant des responsabilités plus importantes que dans les CHU.

Initialement, le rôle de l'interne avait été précisé par l'article 106 du décret du 17 avril 1943, selon lequel "*les internes des hôpitaux assurent la contre-visite des malades et le service de garde. Ils donnent les soins urgents sous la responsabilité de leur chef de service et peuvent, en outre, dans certains cas, opérer avec la seule autorisation du chirurgien ou spécialiste de garde sous la surveillance et la responsabilité de ce dernier*". Ce décret fut ensuite modifié par l'article 33 du décret du 7 mars 1964 qui stipulait que "*les internes de CHU remplissent leurs fonctions sous l'autorité du chef de service. Ils assurent notamment la contre-visite des malades, ils participent au service de garde et dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue du chef de service ou d'un de ses collaborateurs, docteurs en médecine. En dehors de ces cas d'urgence, les internes ne peuvent procéder à des opérations ou interventions que sous la surveillance directe du chef de service ou d'un de ses collaborateurs, docteurs en médecine, non chef de service ou assistant, ou du praticien de garde. Toutefois, les internes peuvent se voir confier, par le chef de service, certaines opérations ou interventions, mais à la condition qu'une telle délégation ne soit pas exclue par la gravité de l'acte et que le chef de service se soit assuré au préalable que l'autorisation ainsi donnée sous sa responsabilité n'est susceptible de porter aucune atteinte aux garanties médicales que les malades sont en droit d'attendre d'un service hospitalier public.*"

À la suite de la loi de 1982, de nombreux textes et arrêts ont tenté de définir, le plus précisément possible, les limites de la compétence des internes et leurs responsabilités, administrative, civile et pénale. Si les actions judiciaires contre les internes se sont avérées presque inexistantes pendant plus de 150 ans, elles sont aujourd'hui de plus en plus nombreuses : une inculpation d'interne sur 70 000 gardes et une condamnation sur 350 000.[24] Cette notion de responsabilité révèle bien l'ambiguïté du statut de l'interne : dans la pratique ainsi que sur le plan juridique, l'interne se voit imposer les devoirs et les obligations d'un médecin au titre de la déontologie médicale et on le considère alors comme un professionnel. Mais, au regard de son statut matériel et de sa protection sociale, il est considéré comme un étudiant, non qualifié.

À ce jour, ce paradoxe n'est pas résolu. Il reste d'autant plus actuel que les plaintes sont plus nombreuses et que les responsabilités incombant aux internes des hôpitaux généraux, où le nombre de praticiens hospitaliers est en régression, et qui doivent souvent faire face, seuls, à des situations d'urgence, les placent dans une situation contradictoire entre les compétences que le droit leur accorde et la réalité quotidienne de leur pratique.

I.B - La situation à la fin des années 1970

Avant de présenter plus en détail les circonstances dans lesquelles la loi de 1982 a vu le jour, nous tenterons de brosser rapidement le paysage tel qu'il se présentait à la veille de la première loi cadre de 1979, sous deux angles : celui de la démographie médicale et celui de l'organisation des études de médecine. Ces deux aspects de la question ont constitué la principale justification de cette réforme, en dehors des questions réglementaires européennes.

---

[24]M. MALOSZYC, *La responsabilité de l'interne de garde,* thèse pour le doctorat en médecine, Amiens, 1992, p.6

I.B.1 Démographie médicale

Le contrôle des flux médicaux est au centre du dispositif de 1982, mais cette préoccupation n'est pas nouvelle, tant dans l'histoire de la médecine que dans celle de ses rapports avec l'État. Si notre propos n'est pas de retracer cette longue évolution, il est cependant essentiel de replacer les discours sur l'évolution démographique dans les contextes économiques et politiques de l'époque. En particulier, il apparaît que certains aspects de la structure du corps médical sont essentiels à prendre en compte pour bien comprendre les attendus de la réforme, mais aussi ses résultats, tant d'un point de vue quantitatif que sur son équilibre interne. Car la question se pose moins en termes de flux que de répartition : sur le territoire, entre spécialistes et généralistes, entre les différentes spécialités, entre le public, le privé et le libéral, mais aussi entre les hommes et les femmes. Comment combiner, alors, tant de problèmes qui s'articulent aussi avec des évolutions sociales plus générales ?

Entre pléthore et pénurie

Les médecins ont, comme toutes les corporations, toujours dénoncé la pléthore et cette constante a tendance à affaiblir le sens qui peut être donné à de tels discours aux différents moments de l'histoire. À travers les plaintes des praticiens et la manière dont elles s'expriment, il faut surtout rechercher ce qui, à un moment donné, fonde les représentants de la profession médicale à arguer de leur surnombre (ou de leur sous-nombre, selon les époques ou les spécialités) et finalement dire où se situe leur "idéal".

La question que pose tout exposé sur la démographie médicale est celle du rapport qu'il y a entre un nombre et une pratique. Car, si on assiste en fait, à la fin des années 70, à une explosion quantitative du nombre de médecins, les mesures ont déjà été prises pour que ce phénomène s'endigue progressivement, en particulier par l'institution du *numerus clausus* de PCEM1. Mais les discussions autour du nombre masquent le plus souvent une interrogation quant à la fonction[25]. Tant de médecins à tel moment, formés dans telles spécialités et exerçant dans certains endroits, signifie, plus que l'expression quantitative d'une "offre de soins", une place sociale particulière attribuée à l'exercice de la médecine.

Ainsi, l'analyse de l'évolution des flux de formés en médecine s'est presque exclusivement centrée sur les chiffres de prescripteurs, chiffres modulables et parfois discutables[26] selon leur source, mais qui ne disent rien sur la nature même de la pratique de prescription. L'analyse démographique elle-même ne peut se cantonner à une donnée numérique globale. Un certain nombre d'éléments doivent conduire à relativiser la notion de pléthore ou de pénurie : répartition géographique des médecins, féminisation du corps médical, évolution des lieux et modes d'exercice, temps de travail à la fois hebdomadaire et sur l'ensemble de la carrière[27] etc. Ainsi, un allongement des études médicales de 4 ans modifie le temps global d'exercice des médecins, si l'on considère que la plupart arrêteront vers l'âge de 65 ans. Les déterminants des choix offerts aux plus jeunes entre un poste hospitalier et une installation libérale peut alors modifier de façon significative "l'offre de soins" en médecine de ville.

Par ailleurs, au cours des années 70, se répand l'idée d'une augmentation inéluctable du nombre de spécialistes, en particulier du fait de l'inscription plus importante des femmes dans les CES. Risque qui s'exprime, pour la Sécurité Sociale, en prescriptions plus coûteuses et qui semble nécessiter la mise en place d'un frein à cette répartition. En même temps, c'est un discours sur les généralistes smicards, sur le chômage des médecins et sur les difficultés d'installation, qui se fait

---

[25]M. BUNGENER, "Une éternelle pléthore médicale ?", *Sciences sociales et santé*, février 1984, vol.III

[26]BUI DANG HA DOAN, "France : l'esprit des lois ou le nombre incertain de médecins", *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale*, CSDM, Octobre-Décembre 1995, n°3-4

[27]Diverses références des études du SESI et du CSDM

jour, discours qui conduit la profession à revendiquer une revalorisation de la fonction de généraliste.[28]

La difficile maîtrise des flux

Les évolutions de la démographie médicale font apparaître une croissance élevée des effectifs jusqu'au début des années 1980. Entre 1975 et 1980, le nombre de médecins inscrits à l'Ordre National augmente de 44 %, avec un effectif de près de 118 000 médecins. Cette évolution démographique était prévue au regard de l'augmentation des effectifs étudiants dans les décennies précédentes et le faible nombre de départs à la retraite.

Flux de première année de médecine et sélectivité du concours

année universitaire	nouveaux inscrits en PCEM1	taux d'attirance*	TCA nouveaux inscrits**	ensemble des inscrits PCEM1	% de redoublants	*Numerus clausus*	chances de réussite
1963-1964	8526	11,3		11692	27,1		
1964-1965	9573	11	12,3	14059	31,9		
1965-1966	10870	11,2	13,5	15237	28,7		
1966-1967	12817	12,1	17,9	17959	28,6		
1967-1968	17896	13,4	39,6	24448	26,8		
1968-1969	21028	12,4	17,5	26203	19,7		
1969-1970	17735	14,5	-15,7	26362	32,7		
1970-1971	17593	12,7	-0,8	24729	28,9		
1971-1972	19058	13,3	8,3	26020	26,8	**12872**	49,5
1972-1973	21793	14,8	14,4	30634	28,9	**11335**	37,0
1973-1974	23318	15,5	7,0	34841	33,1	**11218**	32,2
1974-1975	22833	14,4	-2,1	35761	36,2	**10732**	30,0
1975-1976	23878	15,2	4,6	38455	37,9	**10680**	27,8
1976-1977	25335	15,7	6,1	40217	37,0	**10486**	26,1
1977-1978	23339	14,1	-7,9	37803	38,3	8336	22,1
1978-1979	20909	13	-10,4	35032	40,3	7912	22,6
1979-1980	17130	11	-18,1	30014	42,9	7121	23,7
1980-1981	15939	10	-7,0	26732	40,4	6409	24,0
1981-1982	15431	9,5	-3,2	25410	39,3	6409	25,2
1982-1983	16892	9,9	9,5	26549	36,4	5900	22,2
1983-1984	15098	8,7	-10,6	25442	40,7	5000	19,7
1984-1985	14008		-7,2	*24366*		*4750*	19,5
1985-1986				*22357*		*4754*	21,3
1986-1987				*21793*		*4460*	20,5
1987-1988				*21712*		*4100*	18,9
1988-1989				*21574*		*4100*	19,0
1989-1990				*21657*		*4000*	18,5
1990-1991				*20181*		*4000*	19,8
1991-1992				*18594*		*3750*	20,2
1992-1993				*19359*		*3500*	18,1
1993-1994				*23393*		*3570*	15,3
1994-1995				*30024*		*3576*	11,9

Source : M.E.N. et M.A.S.S.N.[29]

[28] A. BRANCIARD, P. HUARD, *Les médecins inscrits à l'Agence Nationale pour l'Emploi en 1987,* Rapport final d'une étude réalisée pour et financée par la Direction Générale de l'ANPE, Aix en Provence, juillet 1988

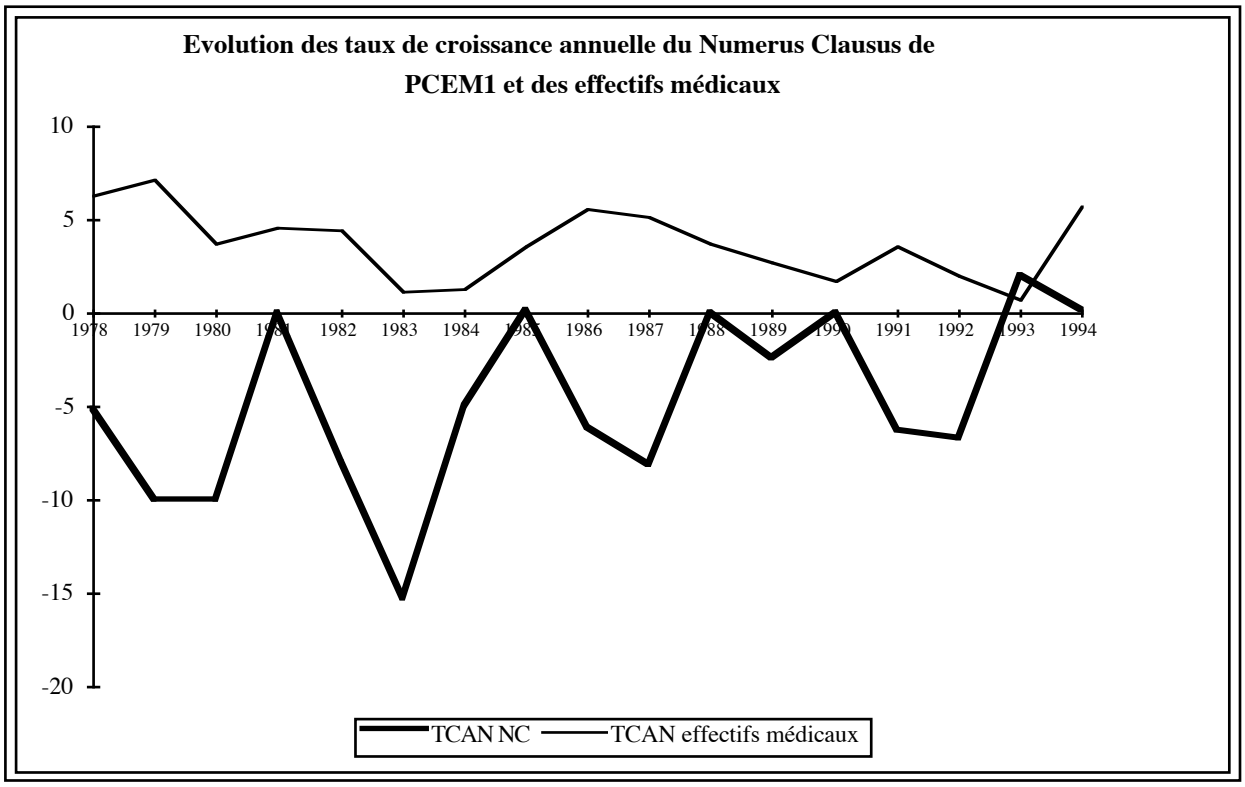
[29]Ces données sont extraites de : Anne BRANCIARD, *Démographie médicale : étude de synthèse 1958-1985,* rapport préparatoire pour la MIRE, mai 1987, pp. 10 et120 ; les chiffres en italique, correspondant à la période la plus récente, sont extraits de : JF MATTEI et alii, *De la médecine à la santé - Pour une réforme des études médicales et la création d'universités de la santé,* Paris, Flammarion, 1997, p.42 ; les chiffres du *numerus clausus*, en gras, sont extraits de la thèse de M. BUNGENER, op. cit. p. 106

* : Proportion de bacheliers qui s'orientent vers la médecine sur l'ensemble des bacheliers d'une même promotion
** : Taux de croissance annuelle du nombre de nouveaux inscrits

Les conditions économiques de la fin des années 70 étaient, en outre, propices à une conjonction d'intérêts entre un corps médical soucieux de conserver son pouvoir d'achat et inquiet de son gonflement soudain et des pouvoirs publics qui commençaient à percevoir la nécessité de réaliser des économies au niveau des dépenses de santé. L'instauration d'un *numerus clausus* en 1971-1972 est donc apparue comme une mesure nécessaire, tant d'un point de vue démographique que dans l'objectif d'assurer une meilleure formation aux étudiants. Cependant, ce *numerus clausus* était décidé dans une perspective locale et les règles qui présidaient à son élaboration reposaient sur les capacités de formation des CHU, et non explicitement sur les "besoins en médecins".

Au départ, le concours de PCEM1 était relativement peu sélectif par rapport à ce qu'il devint par la suite. En 1980-1981, un inscrit en première année sur 4 passaient en deuxième année, mais il faut savoir que la réalité de la sélection dépendait, dans les faits, de différents facteurs. Le premier est l'attirance des bacheliers pour les études médicales, qui s'amenuisa au fur et à mesure des années. Ensuite, le *numerus clausus* théorique peut différer du nombre d'étudiants en réalité acceptés en PCEM2. Ce nombre peut varier d'une faculté à une autre, jusqu'à 10 % de l'effectif théorique, selon qu'elle s'accorde une marge plus ou moins importante de dérogations.

Le tableau ci-dessus, malheureusement incomplet, montre les effets très forts induits par la mise en place du concours de PCEM1. En particulier, on retiendra le taux d'attirance pour les études de médecine, qui baisse à la fin des années 70, moment où la sélectivité augmente et où les discours alarmistes sur la pléthore médicale commencent à apparaître. En 1990-1991, le nombre d'inscrits en PCEM1 est à peine plus élevé que celui de 1967-1968, après un pic à la fin des années 1970. Au moment de l'élaboration de la loi de 1979, la tendance était donc à une attractivité élevée pour les études de médecine, qu'il paraissait nécessaire d'endiguer. Par ailleurs, le *numerus clausus* a constamment diminué jusqu'en 1993, date à laquelle il commence à remonter.



Les effets du *numerus clausus* sur les effectifs médicaux ne peuvent être appréhendés de manière simple. Le graphe ci-dessus montre les évolutions comparées des taux de croissance annuels du nombre de médecins en exercice et du *numerus clausus*. On voit alors apparaître une petite diminution des effectifs médicaux, 10 ans après une baisse drastique des admis en PCEM2,

mais on perçoit mal quelle logique préside à ces tentatives de régulation dont les variations annuelles tiennent relativement peu compte de phénomènes plus qualitatifs, comme la structure de l'offre de soins sur le territoire ou la nature de l'activité médicale et ses différenciations sexuelles.

Les disparités régionales

Les évolutions globales de la densité médicale masquent, on le sait, des disparités régionales fortes. Entre 1968 et 1975, l'augmentation des effectifs médicaux a surtout bénéficié aux unités urbaines périphériques et de petite taille. Ainsi, alors que la densité médicale a augmenté de 15 % durant cette période sur Paris, elle a augmenté de 57 % dans les unités urbaines de moins de 5000 habitants[30]. En revanche, elle a diminué de 5 % dans les communes rurales. Le phénomène est celui d'une concurrence accrue qui relègue dans les périphéries urbaines les nouveaux médecins qui ne peuvent s'installer dans des grands centres saturés. En revanche, les communes rurales, qui par ailleurs connaissent une baisse démographique durant cette période, n'attirent pas beaucoup de jeunes médecins.

Au-delà de ces différenciations liées à l'attirance des zones urbaines et suburbaines en période de forte croissance du corps médical, les clivages entre Nord et Sud restent très vivaces. Et c'est surtout pour les médecins spécialistes que les différences sont les plus fortes, puisqu'ils s'installent de préférence dans les villes universitaires. À la veille de la réforme de 1982, ces variations démographiques paraissaient liés à la faible mobilité des jeunes médecins, qui suivaient la presque totalité de leur cursus étudiant dans leur ville d'origine. Un des objectifs de la réforme, dans un contexte de réduction des effectifs médicaux, était donc de pallier des distorsions que l'on craignait de voir s'aggraver.

L'équilibre entre spécialistes et généralistes

Le mouvement de spécialisation des services hospitaliers a contribué à faire de l'internat la première formation des futurs spécialistes. Cette évolution s'est progressivement étendue à la qualification par CES de futurs médecins libéraux. Ainsi, le nombre de spécialistes n'a cessé d'augmenter après la guerre. Mais il faut relativiser ce phénomène en le ramenant à l'augmentation des médecins formés. En chiffres absolus, le nombre de spécialistes sortants des études médicales a augmenté de 60 % entre 1969 et 1975 mais, dans le même temps, l'accroissement des nouveaux omnipraticiens était de 197 %[31]. En outre, à partir de 1975, on observe un changement de tendance chez les étudiants en médecine, qui optent en majorité pour l'omnipratique. Il semble que la concurrence forte qui s'est établie entre spécialistes, l'effet de saturation des possibilités d'installation dans les grandes villes, ainsi que la sélectivité importante de l'accès aux spécialités par la voie de l'internat et de certains examens probatoires d'entrée en CES, aient contribué à ramener bon nombre d'étudiants vers l'omnipratique.

Les évolutions de la spécialisation contredisent apparemment l'opinion, alors répandue, d'une attirance forte des nouveaux diplômés vers la médecine spécialisée. Le mouvement de spécialisation observé dans l'après-guerre et jusque dans les années 70 semble être dû en partie à des qualifications tardives.

---

[30]A. BRANCIARD, op.cit. p. 81.
[31]A. BRANCIARD, op.cit. p. 56.

Proportion de qualifiés dont l'intervalle de spécialisation est égal à 5 ans et moins[32]

année	hommes	femmes
1954	48 %	47 %
1959	53 %	69 %
1964	67 %	77 %
1972	69 %	79 %

Cette possibilité de réorientation des médecins, ou de reconnaissance par l'Ordre d'une qualification professionnelle, donnait une certaine labilité à la démographie médicale, dont la stabilité n'était pas assurée, une fois pour toutes, à l'issue des orientations universitaires. Dans un contexte mouvant, on peut se demander si cette souplesse, même si elle rendait une maîtrise centralisée difficile, ne permettait pas, aussi, que les praticiens adaptent au cours de leur carrière, une orientation d'exercice en fonction des évolutions sociales, économiques et sanitaires.

La tendance à la spécialisation rapide à l'issue des études de médecine témoigne d'une prépondérance progressive des voies universitaire et interniste dans les procédures de qualification. Mais ce tableau montre bien à quel point les changements de procédure peuvent contribuer à des perturbations démographiques pas toujours faciles à interpréter. En effet, en obtenant des qualifications tardives, les médecins changeaient de catégorie en cours d'exercice et à un âge plus avancé, perturbant les prévisions qui pouvaient être élaborées à partir des sortants de l'université.

La féminisation du corps médical

La profession médicale s'est structurée, nous l'avons vu, sur un modèle masculin. Il fallut plus de 80 ans pour que les femmes soient autorisées à présenter le concours de l'internat et elles restèrent très minoritaires durant la première partie du XXème siècle. À la fin des années 60, elles représentaient plus du quart des effectifs du premier cycle et leur progression ne cessa par la suite. Cependant, l'instauration du *numerus clausus* a contribué à un premier freinage de leur accès à la profession.

Evolution du taux de féminisation du premier cycle des études médicales

année universitaire	PCEM1	PCEM2
1966-1967	28,6 %	27,7 %
1967-1968	28,9 %	28,3 %
1968-1969	31,2 %	30,7 %
1969-1970	33,4 %	33,0 %
1970-1971	35,7 %	35,4 %
1971-1972	37,4 %	36,6 %
1972-1973	38,2 %	36,3 %
1973-1974	39,7 %	36,5 %
1974-1975	40,4 %	35,3 %

Source : Santé Sécurité Sociale, Statistiques et commentaires, 1976, 5

Sur le tableau ci-dessus, on peut comparer le taux de féminisation du PCEM1 à une année N et celui du PCEM2 à l'année N+1. De 1966 à 1971, le taux d'inscrites en PCEM1 a connu une croissance régulière, équivalente à celle des inscrites en PCEM2. Or, si la croissance des inscrites en médecine s'est poursuivie durant les années suivant l'instauration du *numerus clausus*, elle a stagné au niveau des reçues[33]. L'instauration d'un concours sélectif aurait eu tendance à défavoriser les étudiantes, du moins pour les premières années. Cet effet discriminant est à prendre en compte et nous verrons qu'il se reproduit, dans des proportions plus importantes, dans les années suivant le concours de l'internat.

[32]Tableau extrait de A. BRANCIARD, op. cit., p.57. L'intervalle de spécialisation est le temps séparant l'obtention de la thèse de l'obtention de la qualification.

[33] Qui sont les inscrites en PCEM2 à l'année N+1.

En 1979, le tiers des doctorats de médecine était délivrés à des femmes, alors qu'elles ne représentaient que 17,5 % des thésés vingt ans plus tôt. Cette féminisation de la profession n'a cependant pas concerné toutes les formes d'exercice. En 1979, selon l'Ordre des médecins, 12,4 % des généralistes et 22 % des spécialistes étaient des femmes. Les femmes généralistes n'exercent, en outre, pas la même activité que les hommes : plus souvent salariées, elles occupent massivement des postes de prévention ou de médecine du travail, et lorsqu'elles s'installent en libéral, elles le font majoritairement dans les communes urbaines. Alors qu'elles sont bien représentées au sein des hospitaliers, elles n'occupent qu'exceptionnellement un poste de professeur ou de praticien hospitalo-universitaire. Par ailleurs, certaines spécialités, chirurgicales en particulier, leur sont totalement fermées, alors qu'elles investissent des qualifications accessibles par CES : gynécologie médicale, ophtalmologie, dermatologie, pédiatrie, psychiatrie, anesthésie-réanimation.

La féminisation du corps médical n'a donc pas qu'un effet démographique, elle produit des effets structurels qui se manifestent à travers des clivages réels. Si l'activité des femmes médecins a tendance à augmenter au fil des années, celle-ci présente des caractéristiques qui les différencient de leurs homologues masculins. Ainsi, lorsqu'elles travaillent en secteur libéral, elles effectuent moins d'actes que les hommes : elles consacrent plus de temps aux consultations et ont des temps de travail réduits[34].

L'ensemble de ces éléments démographiques montre à quel point les déterminants de l'offre de soins sont liés les uns aux autres, dans un paysage très mouvant et où l'inertie est très forte. Car les études médicales sont longues et toute mesure les concernant ne peut donner la pleine mesure de son efficacité que de nombreuses années après. Or, un contrôle démographique ne peut se faire que d'une manière autoritaire, qu'il s'agisse de la sélectivité aux différentes étapes ou de l'instauration de quotas géographiques à l'installation. Cette dernière mesure ne semblait pas, il y a vingt ans, pouvoir recueillir une approbation suffisante de la part des praticiens, mais nous avons constaté qu'elle est, aujourd'hui, largement présente dans l'esprit des plus jeunes.

I.B.2 L'organisation des études médicales à la veille de la réforme

Les questions démographiques ont été traitées, dans la réforme de 1982, par des systèmes de *numerus clausus*, donc de sélectivité du parcours de formation, en amont de la pratique médicale. Simultanément, se posaient des problèmes de nature pédagogique, c'est-à-dire relevant de la qualité même de la formation des médecins. Il faut donc, pour bien comprendre ces deux volets de la réforme, souligner les principales caractéristiques d'un système complexe et, surtout, fortement hétérogène.

On peut globalement distinguer quatre parties dans les études médicales de l'ancien régime, qui se distinguent des cursus universitaires classiques, les trois premières n'ayant pas été modifiées par la réforme de 1982 :

1/ La première année du premier cycle (PCEM1). Cette première année était (et reste) celle de la sélection des étudiants, depuis l'instauration en 1971, d'un *numerus clausus* d'admissions en deuxième année. Il s'agit d'une année essentiellement théorique, sans stages hospitaliers, orientée vers l'acquisition de notions fondamentales portant sur des matières scientifiques. Depuis une dizaine d'années un enseignement plus général y a été introduit, portant sur des sciences humaines et sociales, enseignement qui n'a pas modifié le recrutement des étudiants, privilégiant les titulaires de bacs scientifiques. Le programme de ce concours et le poids des différentes matières n'est pas établi de manière uniforme dans l'ensemble des facultés. Ainsi, selon les endroits, la place accordée aux matières figurant dans les programmes scolaires (mathématiques, physique, chimie) et aux matières nouvelles (anatomie, biologie) peuvent faire varier les chances de réussite des étudiants.

---

[34]A. VILAIN, "la féminisation du corps médical", *Solidarité Santé* n°1-1995, 23-33.

2/ La deuxième année du premier cycle (PCEM2) et la première année du second cycle (DCEM1) : ces deux années sont celles de l'acquisition des connaissances médicales de base, et portent sur des matières fondamentales (anatomie, biologie, cytologie etc.). Les étudiants doivent effectuer des stages hospitaliers qu'ils choisissent selon des procédures différentes selon les facultés (classement, tirage au sort). Ces stages correspondent à deux demi-journées par semaine et ne donnent lieu à aucune rémunération.

3/ Les trois dernières années du deuxième cycle (DCEM2, 3 et 4) sont consacrées à l'apprentissage de la clinique et de la thérapeutique, enseignement dispensé en principe par certificats correspondant aux différentes spécialités et techniques médicales. À partir du DCEM3, l'étudiant est en stage tous les matins et perçoit une petite rémunération. Cette période du cursus est appelée "externat" par les étudiants, même si tous y passent et qu'elle n'est pas soumise à un concours particulier.

4/ Le troisième cycle (TCEM) qui comprenait, durant la septième année des études, deux stages de 6 mois en milieu hospitalier ou auprès du praticien (dit "stage interné") durant lesquels les étudiants occupaient, le plus souvent une "fonction d'interne"[35]. Deux sessions d'examens cliniques (appelés les "cliniques") étaient organisées en juin et en septembre, durant lesquelles les étudiants devaient traiter d'un cas "au chevet du malade", dans trois disciplines : médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique. L'obtention de ces "cliniques" et la validation des stages donnait le droit de s'inscrire en thèse. La septième année de médecine était ainsi celle qui clôturait la formation du médecin généraliste et elle donnait à tous le droit d'effectuer des remplacements.

La formation de spécialiste venait s'ajouter à cette formation de base et se distinguait de la thèse, qui était la même pour tous. Elle pouvait se faire par la voie des Certificats d'Etudes Spéciales, qui donnaient, pour une majeure partie d'entre eux, une possibilité d'inscription au Conseil de l'Ordre en tant que médecin spécialiste, ou par la voie de l'internat. Certains CES étaient faciles d'accès, mais d'autres n'étaient accessibles qu'après un examen probatoire à l'issue de la première année. Cet examen, qui visait en fait à limiter le nombre d'inscrits dans les facultés, pouvait être très sélectif selon les orientations choisies par les responsables hospitalo-universitaires et le nombre de candidats. Par ailleurs, l'internat ne se présentait pas seulement comme une orientation de spécialisation, mais surtout comme une orientation d'exercice : les internes préparaient une carrière hospitalière ou hospitalo-universitaire. Il existait trois concours d'internat :

- Le concours des internes de CHU. Il s'agissait de la "voie royale", mais aussi du plus difficile des concours. Il se préparait dès la troisième ou quatrième année de médecine, en général par des conférences organisées par des internes en exercice, qui se faisaient rétribuer (plus ou moins) modestement. Ce concours était organisé par chaque CHU, qui fixait à l'avance le nombre de places disponibles, le choix des services d'affectation se faisant ensuite en fonction de l'ordre de classement. Les taux de réussite à l'internat étaient très variés selon les universités d'origine, et la prééminence de Paris sur la province avait tendance, à la fin des années 70, à être très forte. Les étudiants pouvaient se présenter au plus trois fois à l'internat, à partir du moment où ils avaient validé l'ensemble de leurs enseignements de deuxième cycle.

- L'internat des régions sanitaires, appelé aussi "internat secondaire" ou "internat des hôpitaux secondaires". Cet internat était organisé dans chaque région pour pourvoir les postes des hôpitaux non universitaires. Il portait sur un programme un peu différent de celui de l'internat de CHU, mais surtout il avait la réputation d'être plus facile. La stratégie consistait souvent à s'inscrire aux deux, voire à s'entraîner sur le "second", avant de tenter le "premier". L'accès aux spécialités y était le même, sauf dans quelques universités qui fermaient l'accès de certaines formations chirurgicales aux internes des régions sanitaires.

---

[35]Il s'agit alors d'un poste d'interne non pourvu par un titulaire, en général en CHG ou en CHS.

- L'internat en psychiatrie, qui n'était pas obligatoire dans la formation par CES, mais qui permettait une formation hospitalière plus complète, ainsi qu'un meilleur statut et une rémunération. Cet internat se passait au cours de la première année de CES et pouvait être présenté deux fois durant le cursus. Il n'y avait pas de différence entre les internes en psychiatrie des CHU et ceux des hôpitaux périphériques, le concours se déroulant sur l'ensemble d'une circonscription hospitalo-universitaire.

- D'autres internats locaux et spécialisés existaient, comme "l'internat des 15-20" pour l'ophtalmologie.

Les spécialités se commençaient souvent dès la septième année de médecine. Les concours de l'internat pouvaient se tenter à partir de la septième année, mais il était possible de se présenter trois fois, et dans des facultés différentes, à d'autres moments du cursus. Les spécialités se clôturaient souvent par un examen terminal, qui pouvait prendre la forme d'un mémoire ou d'une épreuve classique, mais, là encore, les internes bénéficiaient souvent de conditions dérogatoires de validation.

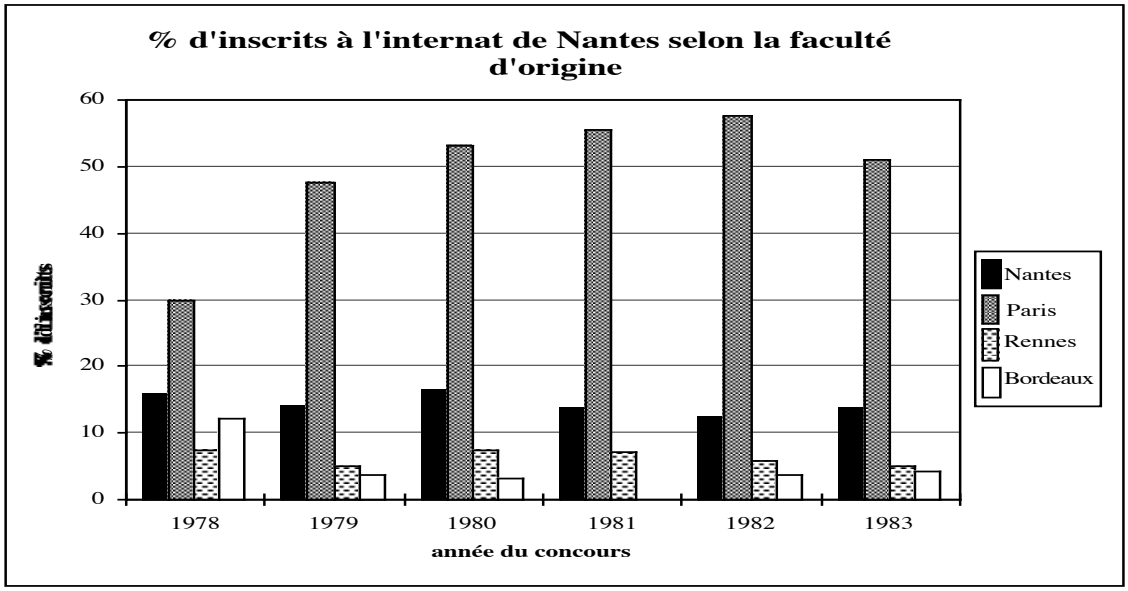
De cette organisation des études médicales, on peut retenir surtout qu'elle reposait sur un principe fondamental, qui était le primat accordé à la formation du médecin généraliste, référent des études universitaires. La mission des facultés était là, ancrée, comme nous l'avons vu, dans les traditions. Si certaines universités axaient fortement leur pédagogie vers l'internat, il s'agissait de choix élitistes, qui reproduisaient les hiérarchies sociales internes au corps médical. Ainsi, les grandes facultés du centre parisien formaient un grand nombre de spécialistes par la voie de l'internat, mais ce fut aussi leur mission historique : la spécialisation était, au départ, le fait des "grands médecins" parisiens que l'on venait consulter de province, où il était plus difficile de concevoir un enseignement et une pratique spécialisés.

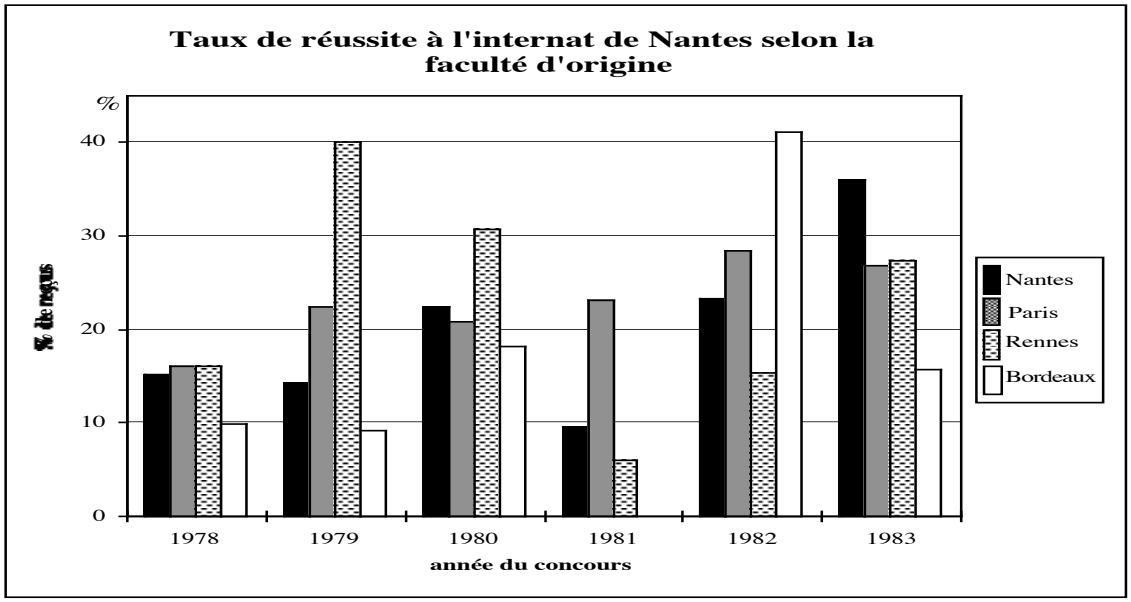
Qu'ils se spécialisent ou non par la suite, tous les étudiants avaient accès au titre — donc à l'autorisation d'exercice — de médecin généraliste. La plupart d'entre eux faisaient des remplacements dès la septième année, l'omnipratique pouvant constituer une expérience décisive, y compris pour les futurs spécialistes. Si la formation médicale de troisième cycle reposait sur de grandes distorsions selon les catégories d'étudiants, les études universitaires accréditaient un principe d'homogénéité du corps lui-même, référencé en priorité sur la profession de généraliste.

Encadré n°1

L'internat ancien régime du CHR de Nantes

Les histogrammes présentés ci-dessous montrent la prééminence des candidats parisiens au concours de l'internat du CHU de Nantes. En données brutes, la majorité des internes de Nantes venait des facultés parisiennes, même si les taux de réussite n'étaient, en données relatives, pas plus importants pour ces derniers que pour les étudiants issus des facultés de l'Ouest. La présence de candidats non locaux dans les concours était strictement dépendante des réputations des concours et celui de Nantes était réputé ouvert à l'extérieur.





II. La réforme de 1982

Les questions qui se posaient au législateur, à la fin des années 70, étaient très vastes et les difficultés à faire accepter au corps médical et aux étudiants, une modification des règles de formation et de sélection, arguaient en faveur d'une réforme unique. Il était, en effet, indispensable de modifier le troisième cycle des études médicales, au vu des directives européennes et, sous ce couvert, une réforme en profondeur du système lui-même pouvait être envisagée. Il fallait, cependant, faire passer les différents éléments "en bloc" afin de ne pas susciter de refus catégorique (ou catégoriel) de l'un ou l'autre des segments de la profession. Le contexte économique et politique du moment permet de bien comprendre les raisons pour lesquelles c'est un ensemble de mesures répondant à des objectifs divers — et parfois contradictoires —, qui constitue cette réforme. Concrètement, formation et sélection médicales sont modifiées, à la fois dans leur forme et dans leur contenu, pour aboutir à un dispositif compliqué qui connaît, depuis sa mise en œuvre, de nombreuses modifications et qui devrait, d'ici deux ans, être à nouveau remanié.

II.A - Objectifs et attendus de la réforme

La réforme de 1982 n'est, en vérité, que l'épilogue provisoire d'une histoire qui, pour une part de ses raisons, commence au début des années 70. Dès 1971, en effet, une loi instaure un *numerus clausus* à l'entrée de la deuxième année d'études, afin de réguler une démographie étudiante galopante depuis le milieu des années soixante. La question qui se pose alors — celle de la qualité de la formation — provient de la conjonction entre cette attirance accrue des étudiants pour les études de médecine et de la suppression de l'externat, sous la pression des manifestants de 68, qui a pour raison et pour effet d'autoriser l'accès de tous les étudiants aux stages hospitaliers. Les services hospitalo-universitaires sont, de ce fait, subitement envahis par un nombre d'étudiants tel que les conditions générales de la formation, loin de s'améliorer, se dégradent de façon inquiétante. La loi de 1971 entend donc d'abord remédier à ce déséquilibre. Sans commune mesure avec la prégnance actuelle de la contrainte économique, la conjoncture est toutefois déjà sensible à l'inflation des dépenses de santé : une Commission des Comptes de la Santé est créée en 1970 qui, pour une part, atteste la naissance de cette préoccupation dont les médecins, quant à eux, ne sont alors pas encore très conscients. Paradoxalement même, dans un contexte marqué par l'expansion du recours aux soins, la profession, généralement soucieuse d'éviter la pléthore, accepte sa croissance démographique avec un optimisme pour le moins inhabituel.

Quelles qu'en aient été les raisons, les effets de la loi de 71 n'ont toutefois pas été à la hauteur de l'ambition qui présidait à sa promulgation puisque, quelques années plus tard, les pouvoirs publics s'attachent à préparer un nouveau texte législatif qui, pour l'essentiel, réaffirme la nécessité d'une régulation. La loi de 71 n'avait pas modifié un principe ancien qui, en matière de définition de la démographie étudiante, conférait l'initiative aux universités ; du coup, certaines filières étaient pléthoriques alors même que certains besoins, dans d'autres domaines, n'étaient pas couverts.

Les attendus du nouveau projet modifient profondément la problématique et, ce faisant, transfèrent le pouvoir de fixer l'optimum démographique aux ministères concernés et, en l'occurrence, principalement au ministère de la Santé. En effet, la nouvelle réforme s'affiche comme essentiellement soucieuse de construire un système de soins cohérent et géographiquement équitable au regard du souci de **couvrir les besoins de la population**, dont elle estime pouvoir opérer une estimation rationnelle. Pour autant, la logique économique n'est pas étrangère à la démarche, tant en raison du niveau atteint par les dépenses de soins que par souci politique corrélatif de ne pas laisser les revenus médicaux s'effondrer. On se souviendra que les conséquences du premier "choc pétrolier" sont venues, entre temps, accentuer le souci de contenir la dépense publique et que la Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB) est, à cette époque, le

nec plus ultra de l'action publique. C'est pourquoi, du reste, la thèse officielle de la rationalisation à partir des besoins soulèvera, de façon croissante, la suspicion et l'objection de certains observateurs, convaincus qu'elle augurait, sans le dire, l'amorce d'une pure et simple restriction de l'accès aux soins. Le projet suivra néanmoins son cours.

Une nouvelle loi est donc promulguée en 1979, qui viendra réaffirmer l'objectif et préciser les dispositions propres à garantir la réalisation d'une régulation plus fine. Evalué à partir des tableaux statistiques d'activité professionnelle (TSAP) — considérés comme la base pertinente d'une définition des besoins de la population — l'optimum démographique est fixé à 200.000 médecins environ. Par ailleurs le souci de contenir le développement des spécialités se fait jour. Un an plus tard, la création du double secteur conventionnel, atteste, de façon désormais irréfutable, la résolution accrue de l'Etat relativement au contrôle des dépenses de santé et conforte, aux yeux de certains, les craintes d'un démantèlement progressif du système de protection sociale que les réformateurs, à l'inverse, entendent et prétendent conjurer par leur action.

S'il ne fait donc aucun doute quant au fait que la dimension proprement économique de cette histoire devint progressivement prééminente, il convient de noter que la loi de 1979 procédait aussi d'autres considérations et qu'elle tendait à conjuguer une pluralité d'objectifs. Les conseillers respectifs du Ministère de la Santé et du Secrétariat d'Etat aux universités, également impliqués dans le projet — et interviewés au titre de cette recherche — en mentionnent plusieurs, qu'il serait vain de vouloir hiérarchiser tant il est clair que leur logique d'action tendait alors à en intégrer le plus grand nombre.

Au-delà de la régulation démographique, la réforme cherchait en effet aussi à satisfaire une exigence de la Communauté Européenne (inspirée par le **rapport Ryan**), relative à la durée de formation des médecins généralistes, inférieure d'un an, en France, à ce qu'elle était dans d'autres pays. Exigence recevable par les experts français, tant il était admis que le *stage interné*, en septième et dernière année d'études des omnipraticiens, n'assurait pas suffisamment leur professionnalisme. Une commission, dès avril 1974, avait, du reste, engagé une réflexion relative aux "rapports entre les pouvoirs publics et les médecins" et remis au Ministre de la Santé et au Secrétariat d'Etat aux Universités, un an plus tard, un "rapport sur la formation et la promotion du médecin généraliste". La même commission, quelque peu étendue, fût ensuite mandatée pour "étudier les modalités d'organisation du cycle de formation spécifique du généraliste dont elle avait proposé la création ainsi que la réforme des premier et deuxième cycles des études médicales". Elle dut enfin s'attacher à la question de la formation des spécialistes après avoir, pour ce faire, convié douze représentants de cette catégorie à participer à la réflexion. Le **rapport Fougère** — du nom du conseiller d'Etat qui présida la commission — livre un ensemble de conclusions sur ces différentes questions. Lesquelles ont explicitement inspiré les acteurs majeurs du projet de réforme qui siégeaient dans un comité interministériel spécifique.

Le changement de majorité et de gouvernement, en 1981, assorti d'un autre choix en matière de politique économique, paraît, de prime abord, susceptible de remettre bien des choses en question. La nomination d'un ministre communiste à la Santé symbolise l'inspiration sociale et démocratique de l'action projetée et la minoration relative de la contrainte économique. On sait mieux, aujourd'hui, qu'en matière de système de santé, les changements alors annoncés — notamment dans le programme électoral du candidat Mitterand à l'élection présidentielle — n'ont pas produit la révolution tant redoutée à l'époque par certains professionnels ou leurs représentants. À défaut de faire ici l'inventaire des dossiers alors ouverts (comme, par exemple, la question des départements hospitaliers, celle du "privé" à l'hôpital, celle de l'existence du Conseil de l'Ordre, etc.), il convient au moins de rappeler que celui des études médicales fût réexaminé, dans un esprit qui devait, notamment, s'attacher davantage encore à l'examen de la place des généralistes dans le système. Ceux-ci, il est vrai, se manifestaient catégoriellement, bien qu'en ordre relativement dispersé, depuis plusieurs années déjà, en raison de ce qui leur paraissait constituer un inexorable mouvement de dépréciation matérielle et symbolique de leur position. Le projet de réforme pouvait

difficilement rester sourd à cet ensemble de considérations même si — ou parce que — la prééminence des spécialistes, sur la scène syndicale médicale, était patente.

Une nouvelle loi portant réforme de l'internat sera donc votée en décembre 1982. Si le principe, essentiel, d'une régulation démographique demeure intact, certaines de ses modalités portent la marque de volontés nouvelles avec, notamment, l'incitation au développement de la Santé publique et de la Recherche[36] par la création de filières de troisième cycle spécifiques. Mais au total, la nouvelle réforme paraît assez largement comparable à celle de 1979, aux yeux mêmes des auteurs de cette dernière, dès lors que la régulation démographique et la conformation aux directives européennes demeuraient au centre de ses volontés et de ses conséquences.

Pour autant cette nouvelle loi allait, quelques mois plus tard, mettre le feu aux poudres dans un contexte où, pour des raisons totalement distinctes, corporatives et/ou politiques, la totalité des segments du corps médical (hospitaliers, internes et chefs de clinique, libéraux, etc.) s'était embrasée. Bien des débats eurent alors lieu quant au fait de savoir si les actions estudiantines étaient ou pas téléguidées et visaient à accroître les probabilités de déstabiliser le gouvernement. Rien n'est moins sûr, à l'analyse, surtout vers la fin du conflit où la plupart des instances officielles de la profession en appellent au retour à l'ordre des "carabins". Leur action est désormais jugée, en effet, comme susceptible de compromettre le principe d'une régulation démographique, redevenu primordial aux yeux de ceux qui, déjà installés dans le métier, en escomptent une amélioration de leur situation professionnelle.

II.B - Le conflit et son issue

La question de savoir pourquoi une loi, votée en décembre 1982, n'a suscité de véritable réaction collective qu'à la mi-février 1983 ne sera pas davantage résolue ici qu'elle le fût ailleurs, dans le foisonnement des commentaires suscités par l'exceptionnelle résistance à la réforme des étudiants en médecine des premier et second cycles. Pour autant, le fait est bien là — exception faite d'une première escarmouche sans lendemain immédiat, survenue à Rouen dès novembre 1982 — qui autorise à situer le début des hostilités le 14 février 1983 à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris. Bien que tardive, la réaction étudiante peut être caractérisée comme très rapide, quasi unanime et exceptionnellement vigoureuse et imaginative dans ses modes d'action (le sens du spectaculaire y atteint en effet des sommets, au propre comme au figuré si l'on se souvient d'escalades osées de la Tour Eiffel, de l'Arc de Triomphe ou de la cathédrale de Strasbourg, ou encore de diverses actions de plâtrage de parcmètres, simple prélude à une action analogue effectuée sur la personne d'un… agent des renseignements généraux !). Délibérément menée hors des syndicats étudiants officiels - qui, quelques mois plus tôt, avaient vainement tenté de la susciter - l'action se structure par la voie d'un comité inter-CHU et se donne des règles de fonctionnement propres à assurer au mieux un contrôle démocratique direct des orientations du mouvement. Le référendum est utilisé pour toute décision importante. Par ailleurs, sauf vers la fin du conflit, les représentants étudiants appelés à négocier sont régulièrement renouvelés. Par bien des aspects, autrement dit, le mouvement paraît inspiré par le modèle d'action collective éprouvé en 1968.

Si, comme dit plus haut, la réforme de 1982 est, pour l'essentiel, proche de celle de1979, elle s'en distingue au moins sur deux points, décisifs[37] pour la compréhension des actions étudiantes : d'une part elle prévoit, en fin de sixième année, un nouvel examen obligatoire, validant et classant (EVCO) dont l'avant- projet de réforme, en 1979, avait conçu une forme équivalente avant de

[36]Cette filière étant rapidement abandonnée, en réintégrant, dans l'ensemble des filières spécialisées, des exigences de recherche qui sont aujourd'hui décisives dans les carrières hospitalières.

[37] De la dizaine de pierres d'achoppement de la négociation initiale, on ne retient ici à dessein que les deux à propos desquelles le compromis fût le plus difficile à trouver, en raison même de l'importance de l'enjeu pour les deux parties.

renoncer, prudemment, à le faire figurer dans la loi ; d'autre part elle instaure un concours unique pour l'accès au troisième cycle spécialisé, et une formation par l'internat pour tous. La première de ces dispositions vise à s'assurer de la qualité de la formation des étudiants à la fin du second cycle. La seconde, quant à elle, est inspirée du souci de mettre les généralistes, pratiquement et symboliquement, à parité avec les spécialistes.

Quelles que fussent la légitimité et la sincérité des intentions du réformateur, les étudiants — engagés depuis six ans dans leurs études, après une sévère sélection initiale — ont surtout vu les incidences négatives possibles de l'EVCO sur la probabilité de pouvoir achever leur cursus au mieux de leurs aspirations et de leurs intérêts. En effet, l'examen classant et validant ouvrait-il une autre perspective que la menace d'un écrémage supplémentaire, voire d'une éviction ? Quant au nouveau concours d'accès aux spécialités, ne réduisait-il pas l'espace stratégique et la probabilité d'aboutir conformément à ses ambitions ? Outre le fait que son unicité même pouvait paraître restreindre le champ du possible, l'instauration corrélative d'un programme et d'une grille d'évaluation communs — impropres, par construction, à prendre en compte la diversité des goûts et des aptitudes requis par chacune des filières[38] — semblait favoriser le hasard plutôt que l'espérance raisonnée de succès. La réforme, autrement dit, introduisait passablement d'incertitude et, partant, d'anxiété, dans l'esprit des étudiants. En outre, l'idée que puissent être qualifiés d'internes des futurs généralistes qui n'auraient pas passé ou qui auraient échoué au concours de l'internat, heurtait les esprits.

Il est frappant de constater, à la lecture de la presse médicale de l'époque, à quel point les commentateurs de tous bords s'accordent de fait sur l'importance de cette incertitude, particulièrement pour les étudiants de DCEM3 (5ème année d'études), cohorte promise, l'année suivante (en 1984), à l'application de la réforme ; mais aussi pour ceux qui, en septième année, venaient de s'engager dans la voie des CES (certificats d'études spéciales), modalité d'accès aux spécialités appelée à disparaître dans le même temps. Le gouvernement avait ainsi, il est vrai, modifié les règles alors que le système vivait, depuis 1979, dans l'attente de l'application de la première loi. Il semble, par ailleurs, que les ministères concernés aient mis du temps avant de donner toutes les précisions utiles — notamment en matière de mesures transitoires — propres à autoriser un minimum de raisonnement et d'action stratégiques de la part des étudiants.

La grève des étudiants durera plus de trois mois et l'action ne fléchira pas. Nul ne saurait affirmer ce qui se serait passé si le gouvernement n'avait, par-delà l'agitation quasi générale du monde médical, connu divers revers, à commencer par un sévère échec aux élections municipales de mars 1983. L'heure n'est plus à la politique de relance économique et la Santé devient un secrétariat d'état, rattaché à un grand ministère des affaires sociales, dirigé par Pierre Bérégovoy qui, d'emblée, annonce qu'il "saura compter", marquant ainsi les nouvelles priorités de l'action publique. Soucieux d'apaiser la fièvre des professionnels de santé, le ministère reprend l'ensemble des dossiers et s'emploie à faire aboutir les négociations, au prix de pas mal de renoncements. S'agissant des étudiants, le recul est manifeste relativement à l'examen de fin de sixième année qui cède la place à un projet de validation par l'ensemble des stages et des certificats obtenus antérieurement et par un certificat de synthèse clinique et de thérapeutique (CSCT), apparemment moins exigeant. On peut lire, par exemple, dans le *Quotidien du médecin* du 21/4/83 : "*(…) l'examen classant et validant prend un sacré coup dans l'aile. Il n'a plus le caractère de tout ou rien (…). L'organisation relèvera des UER jusqu'en 1987 pour permettre à tous les étudiants actuellement en deuxième cycle de ne pas voir leur règle du jeu changer*".

---

[38] Une fois franchi le cap de la sixième année, l'interne avait le " choix " (largement tributaire de ses résultats universitaires) entre quatre filières : médecine générale, médecines unidisciplinaires, santé publique et recherche médicale. Les médecines unidisciplinaires (autre manière de désigner les spécialités) étaient elles mêmes divisées en options : spécialités médicales, spécialités chirurgicales, spécialités médico-biologiques et psychiatrie. À l'exception de la médecine générale, l'accès aux filières était subordonné à la réussite à des concours facultatifs spécifiques dont les résultats devaient, par ailleurs déterminer la répartitions des stages.

Le point majeur et ultime de dissension devient, dès lors, la question du concours de l'internat. Plus déterminé que jamais à ne rien céder qui pourrait compromettre la rigueur de la régulation démographique, le ministère ira aussi loin que possible dans l'effort de dissiper les craintes des étudiants, arguant qu'ils ont six possibilités de candidature (deux sessions, dans trois interrégions) et qu'un "coefficient de motivation" intégrera la dimension de la "vocation". Ces arguments ne portant manifestement pas, la grève perdure.

En vérité, la résistance étudiante n'a d'égale que celle qui est alors déployée, pour des motifs chaque fois spécifiques, par l'ensemble des segments professionnels. Le premier ministre confie alors à un **conseil des médiateurs**, composé de cinq personnalités du monde médical, la charge de trouver des compromis. S'agissant des revendications étudiantes, ce conseil s'emploie à dissiper les inquiétudes vis-à-vis de l'avenir en réduisant le risque d'élimination en cours d'études, mais trop convaincu lui-même de la nécessité de contenir la démographie, il propose d'ultimes aménagements, mais ne cède pas sur le principe du concours[39] et, pour finir, appelle à l'arrêt de la grève. En revanche, un compromis sera trouvé quant à la dénomination des formations de troisième cycle : les futurs généralistes seront appelés des résidents et les futurs spécialistes des internes. On peut souligner le caractère paradoxal de cette décision, interprété comme le moyen de conserver une marque élitiste à l'internat alors que, dans les pays anglo-saxons, l'interne est placé hiérarchiquement en-dessous du résident...

Une plate-forme commune conclue la négociation. Elle sera soumise aux diverses assemblées générales d'étudiants et donnera lieu à un vote, défavorable vis-à-vis du texte des médiateurs mais légèrement favorable à l'arrêt de la grève (11.237 voix contre 8.618). La réforme peut, désormais, suivre son cours.

II.C - Ce que la réforme a changé

II.C.1 Au niveau du cursus des études médicales

Le PCEM1 n'a pas été modifié, dans sa forme, par la réforme des études médicales, puisqu'il poursuit son œuvre de sélection première. En revanche, le *numerus clausus* est établi par voie ministérielle en fonction des "besoins de santé de la population" et non des possibilités de formation des facultés. Dans les faits, l'établissement du NC s'établit de manière assez systématique en fonction des volontés d'augmentation ou de restriction de la démographie médicale générale, avec une réduction moins importante dans les régions clairement pénuriques. Car si les textes font référence aux "besoins de santé", rien n'indique sur quelles bases ceux-ci doivent être calculés et il faut comprendre cette notion de besoin comme une réponse économiquement viable à une nécessité de soins.

Le PCEM2 et le DCEM1 n'ont pas été modifiés par les textes. Dans la pratique cependant, on note une évolution dans les programmes, liée à la préparation de l'internat et aux modalités de validation de l'ensemble de l'enseignement du deuxième cycle. Cependant, chaque université a eu le loisir d'organiser à sa manière l'enseignement qu'elle dispense au cours du deuxième cycle. Pour

[39]Le concours, désormais, comportera des épreuves communes et des épreuves spécialisées comptant, respectivement, pour 80 et 20 pour cent de la note finale. Par ailleurs, la filière recherche a été supprimée, pour constituer un élément décisif de tout parcours hospitalier spécialisé. Six filières fonctionnaient : médecine spécialisée, chirurgie, biologie médicale, psychiatrie, médecine du travail, santé publique. Durant deux ans, une filière "anesthésie-réanimation" a tenté de palier le déficit de ces spécialités, mais fut fortement contesté par les professionnels. Aujourd'hui, elle réapparaît ainsi qu'une filière gynécologie-obstétrique, dans le même objectif d'assurer des places dans ces spécialités considérées comme pénuriques.

bien comprendre les modifications induites par la réforme des études médicales, il faut en retenir à la fois les principes généraux et ses conditions d'application :

Les études médicales proposent désormais deux filières distinctes à partir du troisième cycle : une filière de préparation à la médecine générale, dite résidanat, et une filière de préparation à la médecine spécialisée, dite internat. Ces deux filières s'appliquent au niveau du troisième cycle des études médicales.

Il n'y a donc plus qu'une seule voie possible pour devenir médecin spécialiste : l'internat, qui, s'il a gardé le nom de son ancêtre, en a perdu sa vocation exclusive de formation aux carrières hospitalières, puisque désormais l'internat forme en majorité des futurs praticiens de ville. La préparation des Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES) et des Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) s'effectue au minimum en 4 ans (5 pour les DES de médecine interne, chirurgie générale, gynéco-obstétrique et neurochirurgie ; plus au moins deux semestres supplémentaires pour les DESC du groupe II, donnant droit à une qualification particulière en chirurgie). Au plus court, la formation d'un médecin spécialiste couvre donc une période nécessaire de 10 années.

La formation du médecin généraliste est plus courte, puisqu'elle comporte 6 semestres de "résidanat" (4 au départ, par deux fois augmenté), qui s'effectuent dès la première année du TCEM. Un médecin généraliste est donc aujourd'hui formé en 9 années, s'il ne redouble pas...

Devant cet allongement du cursus des études médicales, l'organisation du concours de l'internat a été repensée, puisqu'il paraissait difficile de le placer après le DCEM, sauf à rallonger d'une année encore les études de médecine. Le dispositif mis en place fut donc le suivant :

Les étudiants ne sont autorisés à se présenter au concours de l'internat qu'à deux reprises : La première au cours du DCEM4, s'ils ont validé l'ensemble des certificats de deuxième cycle et des stages hospitaliers, à l'exception du dernier. La deuxième possibilité se situe, soit l'année suivante, (qui peut être le DCEM4 redoublé ou le TCEM1), soit au cours de la dernière année de résidanat (le TCEM2), s'ils ont validé leur Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT). Pour avoir un maximum de chances d'avoir l'internat, les étudiants doivent donc le présenter une première fois en DCEM4, après avoir validé les certificats (sauf un) de cette année-là.

- La thèse de médecine, accordant le diplôme de doctorat en médecine n'est plus un diplôme "nécessaire et suffisant" pour l'exercice de la profession. Il doit, pour permettre la pratique, être complété par un certificat de qualification professionnelle, en médecine générale ou dans une spécialité[40].

Tous ces éléments sont des modifications formelles et générales. Dans la pratique, on voit apparaître des stratégies universitaires qui modifient considérablement les cursus des étudiants. C'est ce que l'étude de trois facultés différentes nous a permis de constater et dont nous rendrons compte plus loin.

---

[40]Mention qui figurait au départ au verso du diplôme de doctorat. Aujourd'hui, il s'agit de deux "papiers" séparés, mais la thèse est nécessairement inscrite dans une filière (médecine générale ou spécialisée).

II.C.2 Quelques aspects réglementaires de l'internat[41]

Le nombre de postes mis au concours de l'internat (2000 en 1996-1997[42] ; 1815 en 1997-1998[43]) est fixé par arrêté ministériel annuel, après avis des commissions régionales des études médicales, biologiques et pharmaceutiques (CREM, CREB, CREP). Il existe trois concours généraux d'internat : en médecine, en pharmacie et en odontologie. A ceux-ci, il faut rajouter des concours spéciaux : le concours ouvert aux médecins généralistes ayant plus de trois ans d'exercice et n'ayant jamais présenté l'internat, et aux médecins généralistes issus des pays de la CEE (100 postes en 1996-1997) existe également pour la pharmacie ; les concours spéciaux ouverts de manière *ad'hoc* pour faciliter l'accès à une filière (médecine du travail par exemple) ; le concours à titre étranger (48 postes en 1996-1997) permettant à des candidats de nationalité hors CEE de présenter le concours de l'internat.

L'interne ou le résident est affecté par le DRASS à la suite du choix de postes. Il est nommé par le Directeur Général du CHU de rattachement. Ses stages sont validés par la Faculté sur avis des chefs de service et de la commission de validation du DES. Par ailleurs, la DRASS veille à la validation administrative des stages.

L'interne de spécialité ou le résident choisit au niveau de la subdivision. L'interne de spécialité de la discipline biologie médicale choisit dans la région. Tous les six mois, il est procédé à une répartition des postes proposés aux choix des internes et résidents par le biais d'une commission de subdivision chargée également, chaque année, d'agréer les services qui seront ainsi habilités à recevoir des internes et résidents. Afin de préparer cette commission et de permettre un pré-choix, des réunions préparatoires peuvent avoir lieu avec le bureau du personnel médical du CHU ou des CHG ou des CHS et les bureaux de l'internat dès le mois de février pour le semestre de mai et début septembre pour le semestre de novembre.

Au terme des commissions d'adéquation, la DRASS établit les listes de postes qui seront proposés au choix, selon des règles de proportionnalité : pour les résidents, 3/4 des postes sont ouverts dans les services non CHU et dans les hôpitaux périphériques et 1/4 des postes sont ouverts au CHU. Pour les internes, 2/3 des postes sont ouverts au CHU et 1/3 des postes sont ouverts dans les services non CHU et les hôpitaux périphériques.

L'encadré ci-après détaille la procédure de choix telle qu'elle se pratiquait pour le concours d'internat 1988-1989. Ces procédures sont complexes et l'on perçoit à quel point une maîtrise fine des phénomènes de classement et d'évaluation de ses chances de pouvoir accéder à la spécialité de son choix est nécessaire. Car, une fois l'affectation dans la filière et l'interrégion faite, c'est l'inscription dans un DES de spécialité qui est en jeu, pour lequel il n'existe pas vraiment de *numerus clausus* et dont les effectifs font l'objet de négociations plus ou moins opaques entre les internes (voire leurs représentants) et les hospitalo-universitaires en charge de l'enseignement de troisième cycle.

Les internes et résidents sont classés selon le nombre de semestres validés et selon leur rang de classement mais les principes de choix peuvent varier selon les régions. Ainsi, les règles de classement appliquées dans la subdivision de Nantes ont été votées par l'ensemble des internes de spécialités depuis l'instauration de l'internat nouveau régime. Ces règles ne sont cependant pas applicables partout, le déclassement en fin de promotion étant réglementaire. Pour les résidents, les règles statutaires sont appliquées. L'ordre de classement est établi en fonction du nombre de

---

[41]Nous remercions Madame Martine ORIO, directrice d'Hôpital, pour sa contribution à la compréhension de ces aspects règlementaires, fort complexes.
[42]Promotion de référence : concours 1991 : 4000, donc 50 % d'internes.
[43]Promotion de référence : concours 1992 : 3750, donc 48,4 % d'internes.

semestres effectivement accomplis et validés. Toute absence pour motif de service national, disponibilité, maternité provoque un déclassement. Il est alors procédé à l'interclassement de l'interne ou du résident dans les promotions suivantes.

Par ailleurs, un stage écourté et d'une durée inférieure à 4 mois pour des raisons de congé de maternité, départ au service national ou retour du service national, n'est pas validé. De ce fait, l'interne ou le résident ne peut participer au choix normal des postes. Il sollicite auprès de la DRASS l'autorisation de choisir en surnombre. C'est l'hôpital de dernière affectation de l'interne ou du résident qui prend en charge la rémunération due au titre de la maternité et qui le réintègre en surnombre à l'issue du service national ou du congé de maternité.

Les internes préparent un DES sous la responsabilité d'un enseignant coordonnateur dans le cadre d'une maquette fixée par arrêté et définissant la formation théorique et pratique. L'inscription définitive au DES doit être prise, par les internes de spécialités, au plus tard à la fin de leur quatrième semestre d'internat, après accord écrit et dûment signé du coordonnateur. De plus, ils doivent avoir effectué au moins un semestre spécifique de ce DES et, dans les délais impartis, satisfaire aux exigences de la maquette.

Enfin, ces choix s'effectuent dès le début de l'internat, mais il existe des possibilités pour en changer. C'est ce que les textes ont appelé le "droit au remord" : les internes peuvent solliciter, une seule fois, auprès de la DRASS, un changement de discipline, à condition que leur rang initial de classement le leur permette, et avant la fin du 4ème semestre d'internat.

L'ensemble de ces dispositions constitue un dispositif complexe dont les règles ne cessent de changer. Il montre surtout combien les dispositions stratégiques des étudiants peuvent être décisives dans un contexte où une mauvaise évaluation de ses chances peut aboutir à l'impossibilité de suivre la formation convoitée. La construction de la procédure, par emboîtements successifs de possibles dictés par des classements à la fois géographiques et disciplinaires, témoigne des difficiles arbitrages auxquels sont soumis tous ceux qui ne sont pas classés parmi les "meilleurs".

Encadré n°2

La complexité des choix : l'exemple de la procédure du choix à l'issue du concours d'internat 1988-1989, expliqué par J.-M. Chabot*

" À partir de la réception du classement initial, le candidat doit prendre part à une procédure lui permettant, le cas échéant, d'obtenir un poste d'interne de spécialités dans une des quatre disciplines (médecine, chirurgie, biologie, psychiatrie) et au sein d'une des sept circonscriptions (interrégions) d'internat.
Cette procédure (...) comporte deux tours d'expression et de traitement des choix.
*• **Le premier tour**. La participation à ce premier tour n'est pas obligatoire ; c'est dire qu'une non-participation ne peut en aucun cas porter préjudice à un candidat. Pour autant, et d'un point de vue collectif, la participation à ce premier tour est souhaitable afin que le second tour puisse se dérouler avec des informations plus affinées. Pour ce premier tour, chaque candidat ne peut exprimer que son premier choix prioritaire tenant compte simultanément de la circonscription (interrégion) et de la discipline d'internat, par exemple, pour un étudiant "Y.Z." désireux d'effectuer son internat dans la région lyonnaise en médecine : "interrégion 1, Médecine".*
Dès lors, l'alternative est la suivante :
- soit le candidat "Y.Z." apparaît finalement (c'est-à-dire après la prise en compte des choix prioritaires exprimés par les candidats mieux classés que lui) à un rang de classement inférieur ou égal au nombre de postes offerts dans la discipline et l'interrégion considérées et alors le candidat "Y.Z." est affecté définitivement ;
- soit "Y.Z." n'apparaît pas à un rang de classement suffisant et il est de ce fait invité à participer au second tour.
A ce stade, une précision est importante. Il est clair que les droits des candidats qui ne participent pas à ce premier tour sont constamment préservés et donc qu'un candidat moins bien classé ne peut être affecté au terme de ce premier tour que dans la mesure où toutes les places nécessaires ont été "réservées" pour les candidats mieux classés mais absents au premier tour.
*• **Le second tour** (pour lequel la participation est nécessairement obligatoire). Il consiste à reproduire exactement la même opération à ceci près que la totalité des choix exprimés par l'ensemble des candidats est prise en compte. Ainsi, la place d'internat attribuée, le cas échéant, à un candidat correspond à son meilleur choix (sa "plus grande*

préférence") parmi les éventuelles affectations qui lui étaient ouvertes compte tenu de ses différents classements. Le lecteur attentif (et probablement concerné) de ces lignes aura compris que la simplification évoquée au début de cette chronique, à propos de la publication d'un seul classement par concours, est toute virtuelle. En effet, s'agissant de la procédure d'affectation par laquelle un candidat devient un interne dans une discipline d'internat et au sein d'une interrégion, il est clair qu'une répartition, prenant en compte les choix hiérarchisés, permettra de "classer" les candidats dans chacune des quatre disciplines d'internat. "
* Revue du Praticien, 1989, 39, 3

II.C.3 Le nouvel internat : premières données

La mise en place du nouveau concours d'internat s'est accompagnée de la création d'une structure chargée du suivi des résultats, le Centre National du Concours de l'Internat (CNCI) qui a publié, dans la presse spécialisée, les résultats des premières années du concours. Les données — en chiffres bruts le plus souvent — permettent de calculer les taux de réussite par faculté ainsi que les taux de présentation au regard du nombre d'inscrits en DCEM4. L'analyse détaillée des résultats de trois concours (84/85, 88/89 et 90/91) fait apparaître un fort déséquilibre entre les régions. Ceci laisse augurer d'une mobilité géographique probable de la part des futurs internes, mais dont le retour dans la région d'origine est probable. Postes d'internes et répartition de l'offre de soins ne vont pas toujours de paire.

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte. Le premier d'entre eux est le rapport entre le nombre de postes par interrégion et le nombre de reçus issus de ces interrégions. En effet, le maintien de l'interne dans la région de sa formation de troisième cycle est d'autant plus probable qu'il en est originaire. Une première disparité concerne l'Ile de France : alors que 24 % des postes proposés au concours de 1984 sont affectés à cette région, 45 % des reçus à l'internat sont d'origine parisienne. Le probable retour dans leur région d'origine de ces étudiants laisse augurer d'un système qui renforce la surpopulation en médecins spécialisés de l'Ile de France.

Il y a plusieurs manières de lire ces résultats : une première lecture permet de confirmer une mobilité accrue de la part des internes, qui est certainement plus importante que lors de l'ancien système. Ce dernier, cependant, permettait des "taux de pénétration" des candidats non locaux très différents d'un CHU à un autre. En revanche, le système des CES offrait une source d'équilibrage de la répartition entre généralistes et spécialistes au niveau des régions. Une autre lecture laisse à penser que ce système est susceptible de creuser les écarts entre les régions, puisque celles où les besoins en spécialistes sont les plus forts sont aussi celles des facultés qui connaissent les taux de réussite à l'internat les plus faibles.

Comparaison entre le nombre de postes mis au concours et le nombre de reçus originaires de chaque interrégion

Interrégions	postes 1984	reçus 1984	postes 1988	reçus 1988	reçus 1990*
IR 1 :Grenoble, Lyon, St Etienne	9,1 %	8,7 %	9,5 %	9,7 %	10,3 %
IR 2 : Ile de France	24,2 %	45,2 %	22,1 %	39,2 %	37,1 %
IR 3 : Dijon, Besançon, Reims, Nancy, Strasbourg	14,1 %	7,8 %	14,1 %	10 %	10,9 %
IR 4 : Caen, Lille, Rouen, Amiens	13,8 %	9,3 %	16 %	10,2 %	9,9 %
IR 5 : Brest, Rennes, Tours, Nantes, Angers, Poitiers	13,8 %	7,9 %	14,6 %	10 %	9,7 %
IR 6 : Nice, Marseille, Montpellier, Clermont-Ferrand	13,8 %	12,9 %	12,6 %	11,3 %	12,5 %
IR 7 : Toulouse, Bordeaux, Limoges	11,2 %	8,3 %	11,1 %	9,4 %	9,6 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

* Nous ne possédons pas le nombre de postes mis au concours 90 par IR.

Par ailleurs, on constate que les pratiques locales des facultés quant à la préparation à l'internat sont déterminantes. Les facultés les plus petites sont aussi celles où le taux de présentation au concours ainsi que le taux de réussite sont les plus faibles. Ainsi, au concours 1990, le rapport entre l'effectif en DCEM4 et le nombre de présentés au concours varie entre 79 % à Necker et 37 %

à Limoges. Les taux de reçus varient dans les mêmes proportions, entre 72 % à Necker et 29 % à Limoges[44]. Ce concours paraît donc offrir des chances très inégales aux étudiants sur le territoire, même si la primauté parisienne semble un peu s'atténuer au fil des années. Là encore, il faut en déduire que les étudiants ne sont pas préparés de la même façon au concours selon les facultés, mais doit-on en conclure que les plus petites universités forment moins bien les médecins ? Ce qui est sûr, c'est que le système revient à confier aux facultés les moins importantes la formation des généralistes et aux grosses facultés celle des spécialistes. Et si l'installation future des spécialistes peut, dans certains cas, confirmer la mobilité géographique des internes, l'installation des généralistes dans la région de leur formation est beaucoup plus probable.

Ces quelques résultats permettent de relativiser les objectifs optimistes de l'esprit de la réforme, qui visait à un traitement plus équitable des étudiants, à une meilleure formation sur l'ensemble du territoire et à un rééquilibrage géographique de la démographie médicale. Mais les données globales nous renseignent peu sur la manière dont cette réforme a contribué à modifier le mécanisme d'orientation des futurs médecins. C'est ce qui nous a conduit à réaliser une enquête de terrain dont nous présentons, ci-après, les principales caractéristiques.

[44] Voir les tableaux complets en annexe II (A, B et C) pour les trois concours étudiés.

III. L'enquête

La réforme de 1982 visait à modifier les règles de la répartition des segments médicaux, tant d'un point de vue global que dans des aires géographiques déterminées. Le processus de sélection poursuivait des objectifs quantitatifs, la refonte des contenus pédagogiques des objectifs qualitatifs. Notre hypothèse repose sur l'idée qu'en changeant les règles de la sélection et les modes de formation des médecins, on contribuait à une modification structurelle du corps médical, qui ne peut être cernée par les données statistiques globales. Plus en amont, c'est la référence qui préside à la répartition des étudiants, à partir du moment où le concours devient général, qui doit, ici, être interrogée. Explicitement, les candidats sont sélectionnés en fonction de leurs résultats à des épreuves portant sur un programme bien défini et passées dans des conditions semblables sur tout le territoire. Implicitement, derrière ce classement, opèrent des formes de discriminations qui n'apparaissent pas dans le dispositif et qui échappent, y compris à leurs concepteurs. Quelle est la nature de ces processus discriminants ? quels en sont les effets directs et indirects sur la reproduction du champ professionnel ? quelles sont les valeurs qui les sous-tendent et comment elles s'articulent à celles du corps médical ?

Afin de disposer de matériaux adaptés à ces interrogations, nous avons opté pour une enquête permettant de mettre en évidence l'impact spécifique du mode de sélection apporté par la réforme de 1982. Notre méthodologie repose sur une combinaison de données construites autour de la nécessité de procéder à des comparaisons de catégories d'individus. Ceci a permis la constitution d'un échantillon servant de base statistique et d'échantillonnage pour les entretiens.

III.A - Méthodologie de l'enquête

III.A.1 Présentation de la méthodologie

Notre méthodologie s'est construite autour de la nécessité de procéder à des analyses comparatives de populations étudiantes et professionnelles permettant de faire apparaître les évolutions structurelles du corps médical. Pour cela, nous avons constitué un fichier retraçant les parcours d'un échantillon d'anciens étudiants en médecine, sur la base des inscrits en PCEM2. Les règles de constitution des cohortes et le choix des universités concernées répondaient à deux exigences :

1- Comparer des générations d'étudiants relevant de dispositifs différents

Pour cela, nous avons choisi des cohortes issues de périodes situées de part et d'autre de la mise en place du "nouveau régime" de l'internat :

Années retenues :	Année PCEM2	1ère année d'internat[45]
avant la réforme	1973 et 1975	1978 et 1980
"pendant" la réforme	1978 et 1980	1982 et 1984
après la réforme	1984 et 1986	1989 et 1991

Un travail préliminaire réalisé sur l'université de Nantes auprès des cohortes de 1973 et de 1986 nous a permis d'affiner ce choix en fonction de clivages déterminants repérés tant au niveau de la structure des cohortes que de la gestion des temps universitaires. En particulier, les temps d'études ont globalement augmenté pour les jeunes générations, mais surtout, ils influent différemment sur la population étudiante puisque, contrairement au "cursus théorique", les futurs généralistes soutiennent aujourd'hui leur thèse plus tardivement que les futurs spécialistes.

2 - Confronter des parcours effectués dans des régions où les choix universitaires et locaux sont contrastés

Ces sites répondent à deux types de critères objectifs : d'une part les taux de réussite à l'internat, où le clivage Paris / province est toujours significatif ; d'autre part les modifications, liées à l'enseignement de la médecine propre aux universités, intervenues à l'issue de la réforme. Quatre sites universitaires avaient été retenus au départ, dont deux parisiens : Necker et Lariboisière-St Louis ; et deux provinciaux : Marseille et Nantes. Nous avons dû, pour des raisons que nous explicitons en annexe V, renoncer à l'enquête sur Necker.

La combinaison de ces choix spatiaux et temporels a permis de constituer un échantillon de 1080 individus, à raison d'une soixantaine d'étudiants par année et par site.

Ce premier fichier a permis le recueil d'informations quantitatives et qualitatives concernant les parcours individuels, à partir des dossiers retirés en faculté. Ces données ont d'abord été retranscrites sur des grilles papier, puis saisies sur une base de données[46]. Les données correspondant aux résultats du concours de l'internat nouveau régime et aux carrières, fournies par le Centre InterUniversitaire de Traitement de l'Information (CITI II)[47] et par le Conseil National de l'Ordre ont été, ensuite, raccrochées à ce fichier initial.

Ces données statistiques ont été complétées par des entretiens de médecins issus de l'échantillon et de personnes exerçant ou ayant exercé des responsabilités au niveau institutionnel, dans les facultés et au niveau. Par ailleurs, nous avons bénéficié de l'apport d'un mémoire de DEA soutenu à la faculté de droit de Nantes, concernant l'histoire du statut de l'interne, qui nous a été très précieux pour bien comprendre le contexte juridique et historique de ce fameux concours.

III.A.2 Le déroulement de l'enquête

Le recueil des données statistiques

Il y avait deux options, pour recueillir les parcours : soit les demander aux médecins, soit aller les chercher là où ils se trouvent. L'option que nous avons retenue visait à privilégier la qualité de l'échantillon ainsi que celle des réponses obtenues. L'envoi d'un questionnaire aux intéressés nous aurait, en effet, conduit à travailler avec un échantillon dont nous ne pouvions vraiment maîtriser la constitution, du fait des non-répondants, et les informations recueillies risquaient d'être aléatoires et

---

[45]Cette "première année" est calculée d'un point de vue théorique, car les cas correspondants sont marginaux puisque les étudiants mettent, en moyenne, plus de 8 années pour accéder à l'internat, et que les moments d'inscription au concours varient selon les années. Ainsi, certains étudiants de 1986 sont encore aujourd'hui inscrits à l'université et peu sont installés, ce qui ne nous permet pas de travailler sur des populations plus récentes.

[46]La liste des variables du fichier sont donnés en annexe IV.

[47]Cet organisme, rattaché à Paris V, traite l'ensemble des données concernant le concours de l'internat de spécialité

hétérogènes. En allant chercher dans les dossiers universitaires les informations, nous avions accès à une mémoire fiable et aussi complète que ces documents nous le permettaient. En revanche, le travail fut long et difficile, puisque l'organisation des archives universitaires n'est pas toujours adaptée à notre méthode. Il nous faut donc saluer le "travail de fourmi" réalisé par les enquêteurs, dont nous décrivons les étapes en annexe V.

La mise en place d'un formulaire de recueil des données[48] a permis d'homogénéiser les informations, malgré des sources parfois dispersées. Celui-ci constituait un dossier de base pour chaque ancien étudiant ou étaient consignées les informations objectives relatives à son parcours (dates, notes, services de stage) ainsi que certaines données plus informelles (maladies ou maternités, situations particulières, abandons, dérogations, demandes de mutation etc.). Ces données ont été saisies sur une grille commune, permettant de constituer un premier fichier qui a pu être rattaché aux données fournies par le CITI II et le CNOM.

Le traitement statistique s'est réalisé sur la base de variables synthétisant les notes et les temps d'études, afin de pouvoir comparer des conditions d'évaluation qui variaient d'une faculté à une autre et selon les promotions. On peut déplorer l'absence de données fiables et continues sur l'origine sociale des étudiants, à l'exception de Nantes, encore que les circonstances de codage nous ont conduit à traiter ces informations avec précaution. Cet élément, essentiel pour la compréhension des parcours, a cependant été intégré dans nos grilles d'entretien mais nous la traiterons que d'un point de vue qualitatif, ce qui apporte un relief indispensable à nos résultats statistiques.

En complément du travail statistique et documentaire, nous avons réalisé des entretiens avec deux catégories d'acteurs : d'une part auprès d'acteurs institutionnels impliqués au niveau national ou local dans la conception de la réforme ou sa mise en œuvre et, d'autre part, auprès de médecins appartenant à notre population de base, qui éclairaient, par leur propre jugement sur leur parcours, les données purement quantitatives. Une troisième source d'informations subjectives nous a été fournie, spontanément, par des lettres envoyées en réponse à l'article paru dans le Bulletin de l'Ordre des Médecins[49].

Les entretiens institutionnels

Afin de comprendre, au-delà des textes et des rapports formels, quels étaient les principes qui présidaient à la rédaction de la réforme et à son application dans les universités enquêtées, nous avons procédé à des entretiens auprès de quelques acteurs institutionnels. Ces entretiens sollicitaient la mémoire des concepteurs de la réforme, tant celle de 1979[50] que celle de 1982[51], que nos interviewés analysent aujourd'hui au regard des évolutions actuelles et des projets en cours. Un grand nombre de contradictions apparaissent ainsi entre les déclarations des uns et des autres, qui présentent cependant l'intérêt de pointer la labilité des argumentaires accompagnant ces décisions. Ainsi, nous avons interrogé les deux principaux concepteurs de la loi de 1979 auprès du ministère de la santé et du ministère de l'enseignement supérieur. Nous avons également rencontré les deux personnes chargées, après la loi de 1982, de mettre en place le nouveau concours de l'internat et d'en suivre les résultats. Deux formes de discours qui sont aussi ceux de deux générations différentes, mais qui, tous, se tiennent à un niveau très différent de celui des médecins interrogés ou des doyens de faculté.

Ces derniers nous ont très aimablement reçus, mais ils n'étaient pas toujours en poste au moment de l'application de la réforme. Cependant, cette distance permettait aussi que certains

---

[48] Voir un exemplaire de ce formulaire pour les étudiants du nouveau régime de Lariboisière, en annexe III.
[49] Article imposé par la CNIL afin de permettre aux médecins d'exercer un veto sur l'utilisation de leurs dossiers. Nous n'avons eu aucune réponse de ce genre, mais à la fois des marques d'intérêt et des témoignages spontanés.
[50] Il s'agit des professeurs DORMONT et GOT.
[51] Il s'agit des professeurs VARET et CHABOT.

aspects des "arrangements locaux" nous soient décrits avec plus de clarté, ne mettant pas directement en cause nos interlocuteurs. Ces sept entretiens, plus institutionnels, ne feront pas l'objet d'une analyse autonome dans ce rapport, afin de respecter l'anonymat de nos interlocuteurs, comme nous nous y étions engagés.

Les entretiens auprès des médecins de l'échantillon

Au démarrage des entretiens, les premiers résultats de l'enquête dans les universités montraient que l'apparition de la réforme avait donné lieu à des modifications pédagogiques de diverses natures selon les choix opérés par les responsables des facultés. Ainsi, une même réforme s'inscrit, institutionnellement, dans un terrain déjà façonné par des années de pratique, et va donc avoir des effets institutionnels au niveau local. C'est dans ce contexte, à la fois national et particulier (universitaire) que les étudiants se trouvent en situation de "formation", donc d'apprentissage à la fois de connaissances et d'un système de représentations de leur profession qui marque les références selon lesquelles ils procèdent à des choix d'exercices.

L'hypothèse présidant à ces entretiens est donc que les modifications de l'internat d'une part et les choix pédagogiques opérés par les facultés d'autre part, contribuent à former des médecins qui adoptent une position de professionnel à partir de références différentes, et qui peuvent être contradictoires. Cette hypothèse conduit à s'interroger sur les capacités d'un corps professionnel à se protéger et sur ses possibilités aujourd'hui à se maintenir avec une certaine cohérence, face à un Etat qui a toujours cherché à combattre les "corporations".

L'objectif de ces entretiens était donc de mettre en évidence des variations au niveau des systèmes de légitimité des différents groupes de médecins interrogés, afin de montrer, si on observe effectivement une évolution en rapport avec les changements intervenus au cours de la formation médicale, vers quels systèmes référentiels évolue la profession médicale. En effet, si nous étions étonnés par l'absence apparente de réflexion générale sur la formation des médecins de la part des responsables de cette formation, au profit souvent de discussions portant sur l'aspect technique de la validation, ce n'est pas pour autant qu'il faut considérer qu'il n'y a pas "d'idéologie" de la médecine véhiculée à travers ces dispositifs techniques. C'est ce que ces entretiens devaient nous aider à mettre en évidence, en particulier par des méthodes d'analyse de contenu comparatives.

L'échantillon des médecins interrogés s'est constitué en deux temps. Une première phase a permis la sélection de 27 individus sur la base d'une répartition égale d'anciens étudiants de chaque promotion des trois facultés, en équilibrant le nombre de spécialistes et de généralistes de chaque sexe. Nous avons également réussi à interroger des mobiles : nantais à Paris, parisiens à Marseille, et marseillais à Nantes[52].

Les entretiens se sont déroulés selon un protocole que nous avons cherché à harmoniser et à respecter le plus possible. À partir du fichier fournit par le Conseil de l'Ordre et après vérification sur le Minitel, un courrier était envoyé aux médecins retenus expliquant globalement l'enquête, présentant la personne qui le contactera et faisant référence à l'article paru dans le Bulletin de l'Ordre des Médecins. Dans les jours suivants et au maximum une semaine après l'envoi, nous contactions ce médecin afin d'obtenir un rendez-vous. En général, nous leur demandions de prévoir une heure d'entretien, si possible en dehors de leurs rendez-vous professionnels. Certains ont accepté, d'autres pas, ce qui fait que certaines interviews se sont déroulées entre deux patients, ce qui ne rendait pas les choses très agréables. Certains médecins nous ont demandé une rémunération, d'autres nous ont simplement fait savoir que leur temps "c'était de l'argent". Mais ceci fut exclusivement le fait de libéraux de la région parisienne. En dehors de quelques autres refus plus ou moins explicites, lorsque le rendez-vous était pris, l'ambiance était bonne et les médecins parlaient

[52] voir le détail de l'échantillonnage en annexe VI.

spontanément de leur parcours, en saisissant souvent, avec un réel intérêt, cette occasion qui leur était donnée de faire part de leur avis sur les questions d'enseignement de la médecine.

Nous avons complété notre échantillon sur Paris de deux manières : deux entretiens ont été faits auprès de médecins "recommandés" et deux autres à partir du courrier reçu spontanément à l'issue de l'article du Conseil de l'Ordre.

La consigne, pour le déroulement de l'entretien, était de se caller au maximum sur le récit de l'interviewé, qui suivait, de préférence, un ordre chronologique. Certaines questions devaient être posées de façon standardisées, soit en début soit en fin d'entretien, d'autres au moment où le sujet était abordé "naturellement". Ces questions visaient à faire une analyse un peu plus systématisée autour de certaines représentations qui suscitaient, souvent, des réactions vivres de la part de nos interlocuteurs.

Questions standardisées :

1/ Pouvez-vous me raconter votre parcours, à partir de votre baccalauréat ? (Question introductive)

2/ Pensez-vous que le concours soit un moyen de sélection équitable ?

3/ Estimez-vous avoir été bien préparé à l'exercice de votre métier ?

4/ D'après vous, quelles sont les qualités requises pour être (généraliste, dermatologue, chirurgien etc. en fonction de la spécialité de notre interlocuteur)

5/ Si vous étiez ministre de la santé, quelles sont les premières mesures que vous prendriez ? (question posée en fin d'entretien)

Par ailleurs, nous veillions à ce que les informations concernant la structure familiale et des évènements spécifiques de parcours soient abordées. Souvent, la question introductive a suscité des réponses très brèves, en particulier concernant les deux premiers cycles universitaires, se résumant à ce que les médecins appellent un parcours "normal" ou "comme tout le monde". Les détails, en général, commencent à partir du troisième cycle. Il fallait donc reprendre souvent par le menu la description des ces premières années, de la vie de faculté, des stages etc. pour s'apercevoir qu'un parcours "normal" n'est pas toujours celui que l'on croit...

Le courrier spontané

Nous avons reçu une douzaine de lettres à l'issue de l'article du Bulletin de janvier 1999. La moitié d'entre elles correspondait à des témoignages, souvent amers, de médecins n'ayant pas pu exercer la spécialité de leur choix, souvent parce qu'ils se sont trouvés parmi les premières promotions de la réforme. D'autres manifestaient leur intérêt pour l'enquête et proposaient de participer aux entretiens ou désiraient être informés des résultats.

La teneur de ces récits spontanés ne peut, bien sûr, avoir une quelconque valeur représentative, mais elle a suscité notre intérêt dans la mesure où elle concernait surtout des spécialités volontiers dites "déficitaires" aujourd'hui : pédiatrie, psychiatrie, anesthésie. En revanche, cela ne nous donne pas un aperçu fiable des frustrations que l'échec à l'internat peut provoquer, tel qu'il pouvait se percevoir dans les entretiens. Si certains des médecins interrogés ont tenu des propos semblables à ceux tenus dans ces courriers spontanés, ils n'ont été que très minoritaires, montrant bien là les biais entraînés par une telle sollicitation.

L'ensemble de l'enquête permet de recueillir des matériaux riches : les parcours de 1080 médecins, les récits biographiques de 45 d'entre eux et de 6 responsables institutionnels, des courriers spontanés, auxquels il faut ajouter les nombreux documents qui, tant dans les universités qu'à un niveau général, ont été étudiés afin de comprendre les évolutions de la réforme.

III.B - Présentation générale de la population enquêtée

Nous disposons d'un échantillon de 1080 individus, soit 60 individus par promotion et par site. Nous considérons ainsi l'année d'inscription en PCEM2 retenue pour la constitution du panel comme celle de chaque "promotion" d'étudiants. Mais il faut avoir à l'idée que, dès la seconde année, les inscrits suivent leur propre parcours et qu'il peut y avoir de grandes variations dans les temps qui s'en suivent. Une partie d'entre eux n'exercent d'ailleurs pas la médecine et nous présentons, en annexe VIII, une analyse de ces "disparus", correspondant aux individus inscrits en PCEM2 mais nous n'avons pas trouvé trace dans les fichiers du Conseil de l'Ordre.

Notre choix méthodologique permet de comprendre l'hétérogénéité de certaines promotions, en particulier celles de la transition. Si les étudiants de 1973 et de 1975 sont presque exclusivement soumis à l'ancien régime, ceux de 1978 ne le sont plus systématiquement, puisqu'il suffit qu'ils redoublent deux fois pour devoir se soumettre au nouveau concours de l'internat. De même, 1980 représente la seconde promotion "nouveau régime", sans concours de transition, et les stratégies des étudiants comme celles des facultés dont ils dépendent n'étaient alors pas fixées, d'où, nous le verrons, des résultats très contrastés pour cette promotion[53].

Cette population évolue dans le temps, dans chaque faculté, mais dans des proportions différentes. Trois aspects peuvent ainsi être mis en évidence : la féminisation des futurs médecins ; le resserrement des pré-requis scolaires et l'évolution sociale, qui ne peut malheureusement être saisie que pour les nantais, ainsi que quelques caractéristiques d'origine géographiques.

III.B.1 La féminisation des étudiants en médecine

En treize ans, la population des facultés enquêtées s'est largement féminisée, et ce mouvement s'est poursuivi dans les années à suivre. Cette féminisation ne s'opère cependant pas de la même manière selon les facultés. Pour les dernières promotions, il n'y a qu'à Lariboisière que les femmes sont majoritaires.

Taux de féminisation des étudiants selon l'année et la faculté

promotion	Lariboisière	Marseille	Nantes	ensemble
1973	40,0%	35,0%	36,7%	37,2%
1975	41,7%	28,3%	45,0%	38,3%
1978	40,0%	41,7%	41,7%	41,1%
1980	43,3%	42,6%	45,0%	43,6%
1984	60,0%	39,0%	50,0%	49,7%
1986	58,3%	46,7%	48,3%	51,1%
Total	47,2%	38,9%	44,4%	43,5%

Cette féminisation est tout à fait importante à prendre en compte lors de l'interprétation de l'ensemble de nos résultats, y compris dans ses effets démographiques à long terme. Car les femmes pratiquent une médecine différente de celle des hommes, y compris dans le cadre d'un cabinet libéral.

Mais ces étudiantes présentent aussi des profils particuliers : ce sont de "bonnes élèves" issues de "bonnes familles". Elles arrivent plus jeunes que leurs homologues masculins à l'université,

[53]Nous utiliserons alors parfois, plus que l'année de promotion, la distinction entre les régimes de thèse, tels qu'ils figurent dans le fichier du conseil de l'ordre, même si cette variable présente l'inconvénient d'occulter un certain nombre de jeunes médecins non encore inscrits.

puisque 74 % d'entre elles ont eu leur bac à 18 ans ou moins, alors que cela concerne 62 % des garçons. Elles partent donc, en termes d'âge, avec une légère "avance", après un parcours scolaire proche de leurs homologues masculins, bien qu'elles soient légèrement plus souvent issues des filières littéraires.

Série du baccalauréat, selon le sexe

sexe	A	Eco	C	D	Technique	dipl. étranger	Total
Femmes	4,7%	0,7%	39,2%	54,5%	0,7%	0,2%	100%
Hommes	2,1%	1,9%	39,5%	55,5%	0,7%	0,3%	100%
Total	3,2%	1,4%	39,4%	55,1%	0,7%	0,3%	100%

Par ailleurs, les filles sont aussi un peu plus souvent titulaires d'une mention au baccalauréat que les garçons. Mais de toutes ces particularités, il faut surtout retenir le fait qu'un retard scolaire semble, d'emblée, préjudiciable aux jeunes femmes dans leur orientation supérieure autant que dans leurs chances de réussite. L'engagement dans des études, que l'on sait longues et difficiles, nécessite, pour les femmes, un potentiel de temps d'emblée plus important, comme si les aléas de parcours, que nous verrons par la suite, étaient anticipés.

Si l'on considère la population des nantais, qui est la seule qui nous permette de suivre l'origine sociale des étudiants dans le temps, on ne constate pas de différence *a priori* entre les garçons et les filles. Mais en faisant entrer le facteur chronologique, on constate que la proportion de filles de cadres supérieurs et professions libérales croît beaucoup plus vite que celle des garçons au fil des années, puisqu'elle passe de 52 % de la promotion 1973 à 74 % de la promotion 1986. L'arrivée massive des jeunes femmes à partir du début des années 1980 semble ainsi s'effectuer au bénéfice des catégories sociales les plus dotées en capital social et culturel. Sur Nantes, on voit même apparaître un phénomène original, qui est l'inscription, les dernières années, de nombreuses étudiantes originaires de petites villes qui possèdent une faculté de médecine (Angers, Rennes, Poitiers), mais de moindre importance que Nantes. Or, la publication des "palmarès" de réussite à l'internat des facultés nantaises était alors de nature à encourager de telles stratégies. Ainsi, pour la promotion 1986, plus du tiers des filles de cadres supérieurs et professions libérales viennent de villes qui possèdent une petite faculté de médecine, alors que cela concernait moins de 10 % d'entre elles jusqu'en 1980. On peut faire ici l'hypothèse que, informées par des personnes de leur entourage, ces filles de milieu aisé, qui sont celles qui ont fait leur apparition massive dans les facultés de médecine durant les années 1980, sont orientées d'emblée vers une faculté qui leur offre, *a priori*, plus de chances de réussir le concours de l'internat, donc de se spécialiser.

II.B.2 Un processus de démocratisation bloqué par le *Numerus Clausus* ?

D'un strict point de vue statistique, et si l'on s'en tient à nos données, on ne peut, là encore, mesurer l'évolution socioprofessionnelle de l'origine des étudiants que sur la population des nantais. On constate alors que les chances d'accès à la seconde année de médecine selon l'origine sociale des étudiants ont été modifiées par l'apparition, puis la réduction du *Numerus Clausus*. L'instauration du concours de première année apparaît comme préjudiciable aux étudiants d'origine populaire, ce qui tend à confirmer l'idée que tout accroissement de la sélection universitaire joue dans le sens d'une sur-sélection sociale.

CSP du père des étudiants nantais selon la promotion

promotion	pts indép.	cadres et PL	prof int.	empl et ouv.	Total
1973	10,9%	50,9%	3,6%	34,5%	100%
1975	10,5%	61,4%	12,3%	15,8%	100%
1978	11,1%	64,8%	13,0%	11,1%	100%
1980	9,6%	69,2%	9,6%	11,5%	100%

1984	14,0%	70,2%	10,5%	5,3%	100%
1986	7,5%	66,0%	17,0%	9,4%	100%
Total	10,7%	63,7%	11,0%	14,6%	100%

Alors que les étudiants issus des classes populaires représentaient le tiers de la promotion de 1973, ils représentent, les dernières années, moins de 10 % de l'ensemble. En revanche, on voit croître la proportion d'enfants issus des catégories intermédiaires et des catégories supérieures. Les problèmes de codage liés à la manipulation des CSP par l'Université et le changement de nomenclature nécessitent de traiter ces données avec prudence. Néanmoins, ce phénomène suit la logique d'une concurrence accrue qui prédispose d'emblée les plus proches du système universitaire et des modalités informelles de la sélection. Nous verrons plus loin, à propos des conditions de passage du concours de première année, comment les étudiants eux-mêmes racontent et expliquent ces variations de réussite.

En couplant l'origine sociale avec la série du baccalauréat, on voit apparaître des effets de proximité entre les hiérarchies scolaires et les hiérarchies sociales. Ainsi, les étudiants originaires de catégories supérieures sont les seules à réussir un passage en deuxième année avec un baccalauréat littéraire. La proximité sociale vient alors combler une distance scolaire, sachant qu'il s'agit en grande majorité de jeunes femmes. On voit également apparaître une sur-représentation de bacs C chez les enfants des catégories intermédiaires, plus souvent des garçons, dont la réussite scolaire très conforme permet une réussite en faculté de médecine.

CSP du père des étudiants nantais selon la série du bac

CSP père	A	Eco	C	D	Technique	Total
pts indép.	0,0%	0,0%	34,4%	65,6%	0,0%	100%
cadres et PL	3,0%	1,0%	35,8%	59,7%	0,5%	100%
prof int.	0,0%	0,0%	51,4%	45,7%	2,9%	100%
empl et ouv.	0,0%	0,0%	22,9%	75,0%	2,1%	100%
Total	1,9%	0,6%	35,4%	61,1%	0,9%	100%

Ces quelques données doivent être lues avec prudence, mais elles montrent un phénomène qui doit retenir notre attention, au vu de notre problématique. Devant un mode de sélection qui se base sur une concurrence qui s'accroît au fil des années, les caractéristiques sociales des "élus" se modifient et contribuent à l'homogénéisation d'une population qui, pour les dernières promotions, sera soumise à une deuxième concurrence à l'occasion du nouveau concours de l'internat.

II.B.3 Des scientifiques "moyens" ?

On voit, au fil des années, s'affirmer le primat des filières scientifiques du baccalauréat, avec une accentuation sur les mathématiques au détriment des sciences. Ainsi, pour la promotion 1973, 6 % des étudiants de deuxième année venaient d'une section littéraire, 24 % d'une série C et 68 % d'une série D. Très vite, avec l'élévation de la sélection, ces tendances basculent au profit de la série C. A partir de la promotion 1975, on rencontre près de 40 % des PCEM2 issus d'une série C et les bacheliers littéraires diminuent entre 1 et 3 % selon les années. Les autres filières restent marginales : les bacheliers techniques se font plus rares tandis que les bacheliers économiques se maintiennent dans une frange très réduite (entre 1 et 2 %).

Mention au baccalauréat selon la promotion

promotion	TB	B	AB	sans	Total
1973	0,0%	2,8%	33,9%	63,3%	100%
1975	1,1%	5,0%	33,3%	60,6%	100%

1978	0,0%	8,9%	37,2%	53,9%	100%
1980	0,0%	5,0%	16,6%	78,5%	100%
1984	0,0%	2,8%	19,6%	77,7%	100%
1986	0,0%	1,7%	18,9%	79,4%	100%
Total	0,2%	4,4%	26,6%	68,9%	100%

Enfin, il faut noter que nos résultats ne font pas apparaître un accroissement des mentions au baccalauréat dans le temps. En effet, on trouve moins de bacheliers avec mention dans les dernières années que dans les premières, avec un pic au moment de la baisse du *Numerus Clausus*. On peut poser l'hypothèse que, lorsqu'ils ont une mention, et plus encore lorsqu'il s'agit de garçons, les bacheliers scientifiques vont tenter les classes préparatoires plutôt que la faculté de médecine. Nos entretiens semblent confirmer une forme de dévalorisation de la profession médicale dans les couches sociales aisées, y compris médicales, surtout pour les élèves brillants. La féminisation de la médecine pourrait être comprise aussi comme une conséquence de cette relative désertion chez les jeunes hommes de ces milieux.

L'évolution des caractéristiques des étudiants qui constituent notre échantillon montre que l'instauration d'un concours sélectif en première année a freiné le processus de démocratisation de l'accès à la profession médicale, qui s'amorçait au début des années 1970. Les garçons des classes supérieures ont laissé la place à leurs homologues féminins et aux fils des catégories intermédiaires, constituant un bloc face aux catégories populaires pour qui l'accès est devenu particulièrement difficile. On voit que le primat accordé à des disciplines abstraites a favorisé les sortants de "C" au détriment des sortants de "D" et "A", faisant passer la conformité aux matières sélectives du concours (mathématiques, physique, chimie) avant l'intérêt pour la matière scientifique. Ceci se couplant à des stratégies de choix de faculté, qui peuvent faire varier considérablement les taux de réussite au concours. Les trois facultés étudiées sont, en effet, réputées comme ne basant pas leur sélection uniquement sur les mathématiques ou la physique, mais accordant un coefficient non négligeable à l'anatomie, qui place tous les étudiants sur le même plan de connaissances. Il est probable que d'autres facultés ne donneraient pas le même résultat.

II.B.4 L'impact de la distance géographique

L'origine géographique des étudiants dépend fortement de la faculté d'origine. Ainsi, on ne compte pas de "ruraux" parmi les étudiants de Lariboisière, l'adresse des parents (même falsifiée) étant nécessairement parisienne. En revanche, la proportion d'étudiants originaires d'une commune rurale est plus importante à Nantes qu'à Marseille.

Origine urbaine ou rurale des étudiants selon la faculté

faculté	urbain	rural	étranger	Total
Lariboisière	100,0%	0,0%	0,0%	100%
Marseille	81,1%	17,4%	1,5%	100%
Nantes	71,1%	28,2%	0,7%	100%
Total	84,0%	15,3%	0,8%	100%

Cette différence est essentiellement due à la présence d'enfants d'agriculteurs, plus faiblement représentés à Marseille qu'à Nantes. Mais il faut noter que, sur la faculté de Nantes, un quart des enfants de cadres et professions libérales est également issu de petites communes rurales, l'urbanité n'étant pas l'apanage des catégories les plus aisées. Par ailleurs, c'est à Marseille que l'on rencontre le plus d'étudiants étrangers, alors que leur absence apparente sur Lariboisière doit être relativisée par le nombre important de dossiers individuels mal renseignés.

Par ailleurs, nous avons réalisé un codage de l'habitat des parents à partir de la faculté d'origine, permettant de montrer la proximité géographique et administrative à cette faculté. Les résultats montrent un rattachement systématique en Ile de France des étudiants de Lariboisière et une plus grande disparité dans les autres facultés, puisque 13 à 15 % des étudiants de province viennent d'un département ne dépendant pas de leur faculté d'inscription.

On constate également que c'est à Marseille que l'on rencontre le plus d'étudiants originaires de la ville universitaire même, alors que les étudiants de Lariboisière sont issus de toute l'Ile de France, la proximité géographique jouant un rôle moindre dans l'attribution des places, ainsi que les étudiants nous l'ont eux-mêmes raconté. Cette proximité à la faculté, qui permet une résidence sur place et l'appui parental le plus souvent, semble jouer comme un facteur de réussite supplémentaire pour les étudiants qui ne sont pas les plus nantis d'un point de vue scolaire. Autrement dit, il faut être meilleur pour réussir lorsque l'on a, en plus, à se déplacer. Ainsi, 36 % des étudiants originaires de la ville universitaire sont titulaires d'un bac C, alors que cela concerne 45 % de ceux qui habitent dans une autre ville, même dépendante du champ couvert par la faculté.

Proximité au périmètre universitaire des étudiants selon la faculté

faculté	Vuniv	V chp univ	hors univ	Total
Lariboisière	42,7%	56,9%	0,3%	100%
Marseille	63,1%	24,2%	12,7%	100%
Nantes	54,6%	29,9%	15,5%	100%
Total	54,0%	36,3%	9,7%	100%

L'ensemble de ces éléments doivent être lus comme des caractéristiques d'étudiants de deuxième année, que l'on ne peut comparer à l'ensemble des inscrits en première année, donc qui ne donnent pas, en soi, des critères de réussite. Ce que l'on constate, au fil des années, c'est une tendance à un resserrement des caractéristiques étudiantes vers un profil tendanciel qui serait celui d'une jeune femme, sans retard scolaire et munie d'un bac scientifique, originaire d'une ville universitaire et fille d'un cadre supérieur ou d'une profession libérale.

Ces premières données permettent de présenter le contexte général dans lequel nous avons réalisé notre travail, ainsi que les questions qui ont présidé à l'exploitation des données que nous avons recueillies. Les matériaux engrangés sont d'une grande richesse et nous avons pris le parti de ne rendre compte que de ce qui nous paraissait relever surtout des effets de la réforme de 1982, sachant qu'il est souvent difficile de distinguer ces effets des évolutions sociales, économiques et politiques qui les accompagnent. Les deux chapitres qui suivent ont été construits sur un modèle similaire et correspondent à la chronologie des études médicales : les deux premiers cycles d'études, puis le troisième cycle. Pour chacune de ces périodes, le contexte spécifique et les apports — formels et informels — de la réforme, permettent de contextualiser les résultats de l'étude statistique et de formuler des questions qui constituent la trame de l'analyse des entretiens.

Chapitre II

Faire médecine…

L'expression de "faire médecine", couramment utilisée par les étudiants, fait référence à deux ordres de représentations : d'une part, on peut l'entendre comme l'expression d'un exercice professionnel : faire (de la) médecine ; d'autre part, il peut s'agir d'un cursus d'études : faire (des études de) médecine. Vouloir "faire médecine" c'est vouloir apprendre pour exercer. Cela, évidemment, n'est pas directement remis en cause par la réforme des études médicales. Cependant, cette loi introduit des modifications dans les conditions de ce *faire*-là et, peut-être aussi, dans cette *médecine*-là. Faire médecine, cela devient une articulation entre un ensemble de possibles et des conditions de réalisation changeantes.

La loi de 1982 n'a pas modifié, sur le fond, les deux premiers cycles des études médicales[54]. Elle n'est pas intervenue, non plus, sur les missions conférées aux facultés de médecine, si ce n'est dans la procédure de décision du *Numerus Clausus* de seconde année. Pourtant, dès la lecture des dossiers universitaires, il nous a semblé clair que les choses avaient changé, qu'un mouvement s'opérait, que les étudiants n'étaient pas soumis aux mêmes données universitaires. L'analyse de l'organisation des études, nos résultats statistiques puis les entretiens nous ont confirmé ces changements qui s'intègrent également dans un processus plus général d'évolution de la place sociale conférée au médecin.

Simultanément à la réforme du troisième cycle et plus ou moins directement en lien avec elle, les conditions de la première socialisation professionnelle que représentent ces années de faculté se sont modifiées. Ce mouvement ne s'est pas opéré à l'occasion d'une rupture brutale mais plutôt comme une tendance générale qui amplifie, dans le nouveau régime, certains phénomènes auparavant plus marginaux. Il semble, surtout, que ce soit le "modèle" sur lequel s'élaborent les conditions de formation des étudiants en médecine, qui change. Parallèlement à cela, certaines évolutions plus structurelles affectent la population estudiantine, liées d'une part au resserrement du *Numerus Clausus* de seconde année et, d'autre part, à la forte féminisation des futurs médecins.

Il est difficile de décrire, séparément, les différentes phases de parcours qui ont fait l'objet de recueils globaux et *a posteriori*. Car tous ces moments sont reliés entre eux, ils se comprennent dans leur enchaînement et sont argumentés souvent, par nos interviewés, à la lumière de leur aboutissement. En distinguant les deux premiers cycles du troisième, en axant ce chapitre essentiellement sur une partie des études, nous prenions le risque d'amputer la compréhension des cursus d'une partie de leur éclairage. Mais cette dichotomie trouve sa raison d'être dans le fondement même de l'enseignement de la médecine, dont les deux premiers cycles constituent, théoriquement, la formation commune à l'ensemble du corps médical.

Nous aborderons l'analyse des six premières années suivant une logique simple, inspirée des principaux évènements qui les jalonnent. La première étape est constituée par la difficulté qui consiste à concrétiser son inscription par un succès au concours de PCEM1. Ensuite, ces étudiants peuvent s'autoriser à se projeter dans un devenir professionnel et commencer à apprendre leur futur

[54]À l'exception de quelques questions d'organisation du calendrier et de procédures de suivi des stages en milieu hospitalier.

métier. Cet apprentissage est double : théorique en faculté, pratique à l'hôpital. Ce sont ces deux composantes que nous étudierons, ensuite, simultanément.

I. Entrer (et rester) en médecine

S'il nous paraît important de nous arrêter sur la première année de médecine, c'est qu'elle met en place, par le biais du concours du PCEM1, un apprentissage non de la médecine mais de certaines valeurs, normes et pratiques propres au milieu médical. En fonction du statut assez particulier de cette année, il semble pertinent d'aller plus en amont, c'est-à-dire dans l'analyse des motivations, pour comprendre ce que la réforme a pu modifier, non seulement dans les comportements, mais aussi par rapport aux attentes et stratégies des futurs médecins. Ainsi la question de la "vocation" traite, plus précisément, des "raisons de faire médecine". Cette question du pourquoi fut abordée dans tous les entretiens. Il est nécessaire de prendre les réponses — formulées pour certains interviewés plus de 20 ans après leur première année — avec recul, mais malgré tout les réponses éclairent sur l'évolution des motivations. On peut faire l'hypothèse que, ce qui a motivé dès le départ le désir ou le choix de "faire médecine", confronté à l'enseignement de la faculté en première année, permet de mieux apprécier l'évolution ultérieure des parcours étudiants.

I.A Choisir médecine

Choisir de "faire médecine" est le résultat d'une opération complexe dont nous ne pouvons ici que retracer quelques éléments, caractérisant plusieurs générations de médecins. Ceci signifie aussi que nous ne pouvons considérer que notre échantillon est représentatif des cheminements aboutissant à une inscription en médecine, mais plutôt de quelques uns qui ont "réussi" à être médecin. Ceux-là ont certes choisi la faculté de médecine, mais surtout, ils y sont restés et exercent ce métier qu'ils avaient convoité. Parallèlement à ce qui s'exprime sous la forme d'une attirance plus ou moins rationnelle, des évènements ont, le plus souvent, jalonné la décision, conduisant le jeune bachelier à faire le pas d'une inscription en faculté de médecine. Le choix de la faculté, parfois, constitue une première démarche stratégique qui peut distinguer les étudiants qui ont accès aux informations entourant ce premier concours.

I.A.1 La "vocation"

Faut-il "avoir la vocation" pour faire un "bon" médecin ? Souvent, est revenue dans les entretiens la question de cette vocation médicale qui serait contredite (voire contrefaite) par les critères de sélection d'un concours de PCEM1 plus centré sur le "savoir" que sur le "vouloir". Tous les médecins que nous avons interrogés ne se réclament pas de cette "vocation", mais cette conviction est repérable par une forme de réponse qui se réclame de l'évidence. À la question : "pourquoi avoir fait médecine", les réponses font alors état d'un fait et non d'une raison :

> *"j'ai toujours voulu faire médecine" ; "J'ai toujours, quand on me demandait ce que je voulais faire depuis l'école primaire, je disais médecin" ; "dès la seconde je sais que je veux être médecin" ; "Ah oui j'étais déterminée, j'ai toujours travaillé pour faire ça. Dès l'âge de 7 ans mon objectif, c'était ça. J'étais vraiment bornée pour échelonner les étapes pour arriver à généraliste" ; "pourquoi j'ai fait médecine ? j'ai toujours voulu faire médecine... depuis que j'ai... dix ans je pense".*

Qui sont ces médecins, que nous avons appelés, de la "vocation pure" ? Pour une grande majorité d'entre eux, ils sont, de par leur famille d'origine, très éloignés du milieu médical. Le terme de "vocation" est d'ailleurs utilisé exclusivement par ceux qui nourrissaient une représentation abstraite du médecin, sans en connaître en privé. C'est donc une image du médecin en exercice, plus que de l'homme dans son milieu professionnel, qui est retenue. Faire médecine, c'est alors vouloir "*soigner les gens*", "*rendre service*", "*être utile*", "*aider*". Autant d'expressions ou de verbes que

l'on retrouve rarement chez les étudiants proches du milieu médical. Les médecins de la "vocation pure" se situent assez bien dans ce que représente le mot de vocation, c'est-à-dire "l'appel".

Parmi ces "appelés", on trouve une majorité de généralistes. Ceci ne signifie pas que les généralistes seraient, plus que les spécialistes, des médecins "à vocation". Nous ferions plus volontiers une double hypothèse. En premier lieu, ces étudiants se sont identifiés à une image très "générale" du médecin qui soigne parce qu'il a un savoir global qui lui donne une véritable puissance d'action sur le corps. Ce savoir "mystérieux" n'a rien de rationnel, donc n'est pas articulé à une représentation scientifique de la médecine, encore moins au savoir parcellisé que requiert la spécialisation. Le recours à "la vocation" comme explicitation d'un choix professionnel relèverait donc spontanément de la médecine générale en ce qu'il ne limite pas le savoir médical et sa capacité d'intervention, comme l'illustre bien l'extrait ci-dessous :

> *"Ah ! ah ! ah ! l'image du médecin… Celui qui savait. Celui qui savait et une certaine partie de mystère qui entourait son savoir… Bon, je dois vous dire après que j'ai déchanté assez rapidement, mais c'était l'image que j'avais quand j'avais 6 ans, de ce bon docteur qui savait et qui savait réparer les… les casses, et qui savait ce qu'il fallait donner et qui savait faire un diagnostic, il savait ce que le patient avait et qui savait ce qu'il fallait donner. Alors c'était ce savoir et ce mystère qui entourait ce savoir. Ce grand livre rouge quand j'étais gamine quand on m'emmenait chez un médecin et on aurait dit que tout était là-dedans. Vous savez quand on est enfant, hein ! C'est ça !"*
> *(femme généraliste).*

Ces discours s'accompagnent, en général, d'un refus de la spécialité comme une vision étroite de la médecine, qui lui enlève tout son attrait. Éventuellement, ces omnipraticiens évoquent des tentations vers la psychiatrie ou la pédiatrie, comme d'autres formes d'exercer une médecine globale, mais ils refusent tout ce qui concerne une pratique orientée vers un organe ou une forme de pathologie.

En second lieu, les profils de ces médecins les placent dans une position, au départ, éloignée de la réalité du "monde" médical. Ils se font une idée abstraite du "médecin" qu'ils situent essentiellement dans son rapport au malade mais non à ses pairs. Ce n'est donc pas dans une représentation d'un corps professionnel qu'ils se situent d'emblée, ce qui les dispose peu à adopter une attitude stratégique vis-à-vis d'une orientation future. Nous reviendrons plus loin sur la manière dont ces étudiants entrent dans les études de médecine.

Les principales évolutions que nous avons constatées au fil des générations concernent, pour les médecins à "vocation pure", le personnage cristallisant cette image idéalisée. Si celui-ci est plus souvent associé au médecin de famille chez les plus anciens, les plus jeunes le trouvent dans des images héritées du cinéma ("Il est minuit Docteur Schweitzer") ou relayées par les médias autour de la médecine humanitaire. On approche alors ici une représentation sociale de la médecine : elle n'est pas seulement là pour soulager les corps souffrants, mais aussi pour réparer les injustices sociales. Ce projet permet d'intégrer une mobilité sociale ascendante sans renier son milieu d'origine. Ainsi, il y a du militantisme chez certains médecins d'origine populaire, qui se traduit aujourd'hui par un rejet du milieu et une mise en valeur de l'altruisme médical. "On" ne fait pas ce métier pour de l'argent ni pour la réussite sociale, mais pour venir en aide aux plus démunis, donc aussi, aux siens[55].

À ce profil d'un étudiant nourrit par une "vocation", s'oppose celui du scientifique. Celui-ci n'argumente pas son orientation par un "appel" quelconque, mais plutôt par un choix rationnel au vu d'un certain nombre de possibles. Souvent bacheliers scientifiques, mais pas suffisamment bons

---

[55]On retrouve, dans les travaux de C. HERZLICH et alii, cette même notion chez des médecins plus âgés. Ceux qui viennent des milieux populaires invoquent plus souvent que les autres la notion "d'utilité sociale de la médecine". C. HERZLICH, M. BUGENER, G. PAICHELER, P. ROUSSIN, M.-C. ZUBER, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France*, Doin, Paris, 1993, p.57

pour tenter les grandes écoles, ces étudiants voient dans la faculté de médecine un "débouché" adapté à leurs prédispositions scolaires et préparant à un "vrai" métier. Il s'agit alors surtout d'un "goût" pour les matières scientifiques "orientées humain". On y retrouve surtout des étudiants originaires des catégories sociales supérieures ou moyennes, pour qui l'accès à la faculté est une évidence. Ils doivent alors choisir dans le cadre d'un parcours qui intègre, d'emblée, des études supérieures et, parmi ces études, celles qu'ils ont le plus de chances objectives de réussir. La question de "l'être médecin" passe après celle du "faire médecine".

Il n'est point question, alors, de "vocation" précoce, mais plutôt d'une décision qui se prend en fin de parcours sans, pour autant, engager vraiment l'étudiant. Le projet étant, avant tout, lié aux études, l'obstacle anticipé du concours place le candidat dans une position de bachotage, où le "challenge" est plus la réussite aux épreuves que la réalisation d'un rêve.

> **Q : Vous aviez décidé depuis longtemps de vous inscrire en médecine ?**
> *"En médecine ? non. Non, oh ! en fin de terminale ! (rires) Oh oui j'avais pas du tout, j'avais fait un dossier pour maths-sup, bon j'étais en C hein, en C à L. donc, à partir de là pouh !… on nous faisait déjà remplir automatiquement un dossier pour maths-sup, maths-spé, parce que comme c'était là-bas que ça se faisait… et puis, bon, j'étais pas trop mauvais en maths mais le reste c'était pas … voilà et puis pourquoi pas médecine mais vraiment, un peu comme ça quoi, c'était ça ou une fac de sciences ou… et puis pourquoi pas et puis … comme la première année ça a marché donc après…" (homme anesthésiste)*

Ce type d'étudiant est plus adapté aux exigences du concours de première année que ceux de la "vocation pure", parce que ce qui leur est demandé alors, s'articule bien avec leur démarche de type scolaire. Les autres, en revanche, doivent abandonner, du moins provisoirement, leur représentation de la médecine pour s'attacher à des matières plus abstraites ayant peu de lien avec le soin.

Très clairement, ces étudiants s'inscrivent en faculté de médecine pour faire des "études de médecine" et, s'ils ont des images floues de ce que représente le métier, ils ne s'y attardent pas nécessairement. Ce choix est, en outre, rationalisé : pour les plus anciens, la profession médicale était perçue comme offrant des "débouchés" certains, assurant un revenu confortable et une position sociale convenable. Ces médecins sont, nous y reviendrons, ceux qui, aujourd'hui, ne conseilleraient pas à leurs enfants de faire la même chose : la fonction leur paraît dévalorisée, les revenus en baisse, la respectabilité mise en cause.

Il s'agit là de cas-types, qui peuvent connaître des variations, en particulier chez les femmes. Celles-ci combinent plus volontiers une "vocation" de soigner et un idéal humanitaire avec un parcours scolaire brillant et un goût pour les matières scientifiques. A cette orientation première qui raconte un désir, doit s'articuler un contexte favorable afin d'emporter la décision.

I.A.2 La décision

Au-delà des "vocations" et des "goûts", des évènements concrets ont marqué les parcours de ces étudiants, rendant possible (voire obligatoire) une telle orientation. Nous en avons relevé trois types : le premier est relatif à l'influence des parents ; le second relève d'un échec préalable et le troisième d'une expérience personnelle de confrontation à la maladie et-ou à la mort d'un proche.

"*Un projet individuel peut se substituer des fois au projet familial*"

Le médecin qui nous a fait la déclaration ci-dessus nous signifiait ainsi que c'est la volonté de ses parents — ici de son père — qui l'a conduit en médecine. Quelle que soit la génération, les étudiants ne choisissent pas toujours eux-mêmes ce qu'ils feront. Qu'ils répondent à un désir — parfois non réalisé — d'un de leurs ascendants ou qu'ils s'inscrivent dans une lignée familiale, le "faire médecine" peut participer de l'histoire de la famille. Bien évidemment, cette question se pose immédiatement aux enfants de médecins, mais cette "hérédité" est parfois lourde à porter, car elle

remet en cause le choix individuel. C'est ce qu'exprime cette fille de professeur de chirurgie qui, tout en revendiquant son "envie" personnelle, n'arrive pas à en parler sans faire état de son milieu familial :

> **Q : Et qu'est-ce qui vous a amené à faire médecine ?**
> *"…. (elle rit doucement) ça c'est le genre de question ! j'avais envie de faire médecine c'est tout. Moi je suis d'une famille où il y a plusieurs médecins…*
> **Q : Il y a des médecins dans votre famille ?**
> *Oui oui, mon père est médecin, et mes grands-pères, ma tante… mais c'est tout. Donc chez moi on est sept enfants, je suis la seule… ah si, il y a ma petite sœur qui fait médecine aussi. Mais…*
> **Q : Vous avez toujours eu envie de faire médecine ?**
> *Oui. J'ai failli pas le faire en opposition, pour ne pas faire comme mon père ! (rires) et puis en fait, je l'ai fait quand même.*
> **Q : Oui d'accord. Donc vous vouliez faire ça depuis longtemps…**
> *Mais c'est des idées en fait, c'est très difficile de savoir. Moi mon père étant, il était chirurgien, on n'a jamais vu un médecin de notre vie hein, moi je ne savais pas ce que c'était qu'un médecin généraliste, hein ! on se faisait des idées comme ça, parce qu'on sait très mal ! et puis après on découvre au fur et à mesure."*
> *(femme généraliste)*

Cet extrait d'entretien est intéressant parce qu'il décrit bien le côté familial de la représentation du médecin. Le professionnel, celui qui voit des patients, et qui contribue à forger, dans les milieux non médicaux, les représentations du médecin, est totalement inconnu. En revanche, c'est la question de la reproduction qui se pose, et de la légitimité d'un projet personnel lorsqu'il se place dans un projet familial.

Certains hommes, en particulier, semblent avoir été "poussés" dans cette voie par leur famille, de manière plus directe que les femmes et l'un d'eux parle d'un "*compromis mais pas du tout d'une vocation*", un autre de sa "*malchance*" d'avoir été reçu en première année, un troisième déclarant qu'un "*projet individuel peut se substituer des fois au projet familial*", reconnait que la question ne s'est quasiment pas posée pour lui : "*ne pas entrer dans l'évidence, ça aurait posé d'énormes problèmes de frustration*".

La question de la "vocation" ne se pose pas vraiment ici. Ou alors, on pourrait dire que ces jeunes ont répondu à "l'appel" de leurs parents. C'est en tout cas avec eux, voire pour eux, que la décision s'est prise.

Ces cas de figure d'une imposition parentale ne concerne pas seulement les enfants de médecins. Certains déclarent n'avoir pas du tout choisi ces études, mais y avoir été inscrits d'office par un père qui regrettait de ne pas avoir exercé ce métier. Un autre avoue que c'est sa mère qui l'a inscrit, sans le lui dire, parce que lui-même n'aurait jamais osé le faire. Pour d'autres, c'est le refus des parents de les voir s'engager dans des voies peu sûres (artistique par exemple) ou peu valorisées (l'enseignement) qui les ont conduits à opter pour ce "compromis". De ce point de vue, l'influence parentale semble jouer de la même manière, quelle que soit la génération.

"*Je voulais être vétérinaire pour avoir un contact plus vrai avec les gens*"

La décision de faire médecine n'est pas toujours un premier choix. Ce peut être aussi un pis-aller lorsqu'une autre orientation échoue, en particulier dans des préparations plus difficiles. C'est le cas de la généraliste dont nous citons l'extrait ci-dessus, et qui peut paraître paradoxal, mais qui est lié à une vision clanique de la médecine. Craignant le pouvoir du médecin, cette femme aurait préféré être vétérinaire, mais elle a échoué et s'est inscrite en médecine. D'autres ont tenté d'entrer dans une préparation aux grandes écoles, un chirurgien a fait médecine parce qu'il avait échoué au concours d'entrée à l'école d'infirmière.

Au-delà de l'échec même, c'est l'impossibilité d'aller vers son choix premier qui peut orienter vers des études de médecine, cette orientation par défaut étant parfois le fruit d'un compromis familial comme nous l'avons vu, ou d'un renoncement personnel. La décision n'est donc pas toujours rattachée à une "vocation", elle peut être racontée comme un "concours de circonstances" où la question du "devenir médecin" ne se pose que secondairement.

"*Depuis l'âge de 3-4 ans, j'avais toujours promis à mes parents que je serais un grand grand médecin pour redonner l'audition à mon frère.*"

Comme l'extrait ci-dessus l'énonce, la décision de "faire médecine" peut remonter à un évènement, plus ou moins lointain, qui a provoqué un contact particulier avec la maladie, l'hôpital, la mort d'un proche. Cela peut prendre la forme d'une expérience personnelle, par exemple une hospitalisation pendant l'enfance qui tisse des liens avec le monde hospitalier que ces jeunes cherchent, par le biais de leurs études, à retrouver. Plus souvent, c'est une histoire familiale : la maladie et, souvent, le décès d'un père, d'une mère, d'un grand père ou d'une grand mère, voire d'un frère ou d'une sœur.

Q : Et qu'est-ce qui vous a donné envie de faire médecine
Et ben ça c'est un mystère, je ne sais pas, je ne sais pas, j'ai eu un grand-père qui…, parce que personne n'est médecin dans la famille, je suis la seule, j'ai eu un grand-père avec qui j'ai passé pas mal de mois l'été, qui était hémiplégique dont je m'occupais un petit peu, mais sans m'en occuper non plus, on était ensemble tous les deux entre l'âge de 11 ans et l'âge de 15, 16 ans, qui est mort à l'âge de 15, 16, ans, enfin moi j'avais 16 ans quand il est mort, 16, 17 ans, est-ce que c'est ça qui m'a fait dire que ç'aurait été bien qu'il vive, parce que j'avais été marquée par son décès, donc est-ce que c'est ça ? Mais ça c'est ce qu'on a dit après, je ne sais pas si c'est la vérité."
(Femme généraliste)

"*Je vais tout vous dire. Je suis le fils cadet d'une famille dont le frère aîné... mon frère aîné a eu une infection aux oreilles. On l'a amené chez le médecin qui a diagnostiqué une crise de paludisme. Il lui a fait une piqûre de quinine et l'a assourdi à vie. Donc, forcément il n'a pas eu le langage développé parce qu'il était devenu sourd par une forte dose de quinine et devenu muet forcément parce qu'il n'a pas appris à parler. Donc ça devient un sourd et muet. À l'époque, nous n'avions pas toutes les structures pour les malentendants, ça n'existait pas encore. Et quand je repense à ça, c'était pour moi un contrat existentiel. Mais pour moi, c'est une espèce de contrat et voilà. Voilà pourquoi la médecine ça a été pour moi ma passion et pourquoi je n'ai jamais changé.*"
(homme généraliste)

Dans une enquête réalisée auprès d'étudiants de première année de médecine, Catherine DECHAMP-LE ROUX avait catégorisé en trois groupes les candidats à la profession médicale[56]. Le premier était marqué par l'expérience de la maladie (le groupe "initiation"), le second se situait dans un projet familial (le groupe "héritage") et le troisième faisait état d'une combinaison de motivations diverses (le groupe "figures complexes"). Il s'agissait là d'étudiants qui n'avaient pas encore passé le cap de la première année et qui répondaient volontairement à des entretiens, donc une population très différente de la nôtre et des conditions d'enquête peu comparables. Cependant, on retrouve toujours les mêmes types de "motivation" même si, dans notre échantillon, nombreux sont ceux qui ne rationalisent pas leur choix.

Il est difficile de savoir quelle part représente chacune de ces manières de dire sa "vocation", mais ce que l'on constate, c'est que l'attrait premier se dit globalement de la même manière, même si les années ont passé et que notre population a réalisé son projet initial. Il semble, en revanche, que le fait de se placer dans une perspective d'études plus que d'un métier idéalisé place les candidats dans une position rationnelle bien adaptée au concours qui les attend. Ce n'est donc pas la nature des motivations qui semble changer, chez les étudiants en médecine. Derrière ces motivations, on

[56]C. DECHAMP-LE ROUX, "Vocation médicale et choix professionnel", in *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité,* P. AÏACH et D. FASSIN (dir), Anthropos, Paris, pp. 87-119.

voit apparaître très clairement des clivages sociaux qui se repèrent en fonction d'une double proximité / distance avec, d'une part le monde étudiant et, d'autre part, le milieu médical. C'est là que je joue la sélection puisque la présence d'un concours va imposer une démarche stratégique aussi déterminante que la capacité de travail. C'est ce que l'on constate, parfois, dès l'inscription en faculté de médecine.

I.A.3 L'inscription

Pour la plupart des médecins que nous avons interrogés, le choix de la faculté ne s'est pas réellement posé : ils s'inscrivaient au plus proche de leur habitat. La procédure est différente en ce qui concerne les Parisiens : ils s'inscrivent à l'APHP en donnant un ordre de choix et sont affectés ensuite dans une faculté. Là, c'est le "trou noir" : en général, ils ne comprennent pas bien pourquoi ils se retrouvent ici ou là. Cependant, certains ont cherché à s'inscrire à Lariboisière pour des raisons très précises, témoignant d'une connaissance fine des différences dans les critères de sélection du PCEM1 selon les facultés. En effet, les mathématiques étant moins discriminantes à Lariboisière que la biologie ou l'anatomie, ils s'y sont délibérément inscrits, évitant la concurrence des sortants de maths sup dans des facultés comme Necker.

L'extrait d'entretien ci-dessous montre que certains étudiants déploient, dès leur inscription, une stratégie pour "avoir" médecine. Cette jeune femme, fille d'enseignante et cousine de médecins, a le profil type de l'étudiante qui a toutes les chances de réussir, combinant la proximité avec le milieu sans que celui-ci ne soit trop prégnant et l'aisance scolaire, tout en justifiant ses choix par une "vocation" de type humanitaire. Elle "veut" médecine et, plus tard, elle "voudra" la gynécologie et déploie, à chaque moment de son parcours, des stratégies anticipatrices très performantes.

> *"J'étais à H. et donc après comme je ne me sentais pas trop solide sur mes bases en matières scientifiques puisque j'avais eu vraiment de sales notes au bac et que j'ai réussi à l'avoir grâce aux matiéres littéraires. J'avais acheté à l'époque un petit bouquin qui s'appelait : Comment préparer vos études de médecine et de pharmacie, et j'avais regardé les critères de sélection pour le concours de première année, quelles étaient les facultés qui permettaient aux gens plus littéraires entre guillemets, de réussir, donc c'est comme ça que j'ai vu que Paris VII Bichat et Lariboisière-Saint-Louis étaient plutôt orientées sur psycho, chimie, etc., et un peu moins sur les matières scientifiques pures et dures come physique et mathématiques. Donc c'est pour ça que j'ai choisi Lariboisière, alors que ce n'était pas du tout mon quartier initialement, mais parce que je me suis dit si je veux avoir médecine, c'est comme ça que je vais pouvoir y arriver."*
> *(Femme gynécologue)*

Ce type de stratégie n'est pas propre à l'Ile de France. On trouve également ces différences mentionnées par des anciens étudiants de Marseille : Nice était réputée sélectionner surtout sur les mathématiques, Marseille sur les matières plus "médicales". Ainsi, cet étudiant, qui a réussi à cumuler quatre inscriptions en PCEM1 (deux à Nice, une à Bruxelles puis une à Marseille, par dérogation suite à la maladie puis la mort de sa mère), déclare avoir très nettement perçu cette différence :

> **Q : Et vous avez vraiment senti la différence d'une fac à l'autre !**
> *"Ah oui c'est !… ça c'était évident hein, ah oui ! Ah je revivais, à Marseille je revivais hein ! Ah oui y'avait beaucoup d'anatomie avec une très forte, y'avait aussi une matière qu'on appelle, je ne sais pas comment ça s'appelait, ressources humaines ou des trucs comme ça, ou qui correspondait un peu à des connaissances générales ! ah non non ça n'avait rien à voir ! rien à voir ! c'était, y'avait plus du tout de maths, un petit peu de maths m'enfin, accessible, avec un peu de travail, non vraiment, des matières sur lesquelles je sentais que je pouvais marcher. D'ailleurs j'ai eu 19 en anatomie, ce qui m'a permis de l'avoir hein !"*
> *(homme chirurgien)*

À Nantes, aucun témoignage ne va dans ce sens, mais les données de notre échantillon font état, nous l'avons vu, d'une augmentation significative d'étudiants originaires de villes extérieures à

la zone d'inscription de la faculté de Nantes et où existe une petite faculté de médecine. C'est parfois aussi, après le concours de première année, que les étudiants cherchent à obtenir des mutations afin d'effectuer leur deuxième cycle dans des facultés réputées mieux préparer les étudiants à l'internat.

Les étudiants qui ont connu plusieurs facultés de médecine déclarent tous avoir très nettement senti des différences de programme et de critères de sélection en PCEM1. Quand ils n'en font pas l'expérience, les mieux informés s'en tiennent aux "réputations". Celles-ci agissent fortement et contribuent à catégoriser d'emblée les profils des étudiants sélectionnés et sembleraient déterminer, en second lieu, les chances de réussite à l'internat. C'est pourquoi il est utile de s'arrêter sur ce qui se passe lors de cette première année, année d'initiation par la sélection.

Encadré n°3

Faire (des études de) médecine ou faire (de la) médecine

Les extraits d'entretiens suivants présentent les deux aspects extrêmes de la vocation. Paradoxalement la fille de médecin biologiste devenue spécialiste ne se pose pas la question du métier. Elle "fait médecine" sans se dire "je veux être médecin". C'est le débouché qui prime, avant même l'attirance pour les études scientifiques, avant même son désir de faire de l'ethnologie. Le fils de maçon vendéen ne connaît pas le métier. Mais les images idéales qui ont forgé sa vocation le conduisent avec beaucoup de détermination vers le soin et l'assistance. Il veut être généraliste en dépit de la pression institutionnelle qui incitait les étudiants à présenter l'internat, et deviendra urgentiste à l'hôpital c'est à dire comme il le dit "un spécialiste en tout", un super généraliste.

Fille de biologiste, néphrologue

Q : Vous aviez quel bac ?
Un bac C à l'époque. Donc après j'ai décidé de faire médecine....J'avais pas tellement l'idée spécifique de devenir médecin, mais mon père était médecin et ça me semblait pas inintéressant, au moins de débuter ces études puisque que c'était quand même l'avantage d'être une faculté qui donnait un métier
Q : Parce qu'avec un bac vous auriez.....parce que votre père était médecin
Non non parce que je voulais faire… mon idée au départ, c'était de l'ethnologie. Alors bon je suis pas tellement partie là dedans, donc j'ai pris médecine quoi..
Q : L'ethnologie c'était une opposition familiale ?
Non non, mais il y avait pas d'école ou de structure qui permettait de faire ça, de l'anthropologie etc.....mais je m'intéressais à ça. Donc j'ai fait médecine en me disant c'est une formation qui est pas inintéressante et si je veux faire de l'ethnologie, je fais d'abord médecine et après je verrais...Donc c'était un petit peu ma démarche
Q : Qu'aviez-vous comme image du médecin, des études ?
Mon père avait un laboratoire, il était médecin biologiste donc, j'ai pas eu une image du médecin genre médecin de famille ect..J'avais pas tellement d'idée sur le métier que je voulais faire, sauf ethnologie. Moi ce qui m'intéressait c'était faire de la recherche, des choses comme ça, mais sans avoir une idée très très précise. j'aimais bien les études...j'avais pas une idée précise du métier que je voulais faire.. Je crois que c'est peut-être un peu pour ça que j'ai fait médecin. C'est un peu paradoxal peut être mais je me voyais pas en fac de lettres ou même droit. Moi j'étais beaucoup plus scientifique. j'avais pas du tout envie d'aller dans des classes préparatoires parce qu'on y retrouvait la structure de l'école. Donc c'est vrai que médecine je trouvais que c'était pas mal dans ce sens. C'était pas une vocation. j'ai pas l'impression d'avoir dit je voudrais être médecin toute ma vie. j'ai jamais dit ça.
Q : Mais vous deviez bien penser que vous alliez quand même vous installer comme médecin
Moi je dis, j'ai vraiment eu l'impression de commencer médecine sans dire je vais être médecin, après j'ai beaucoup aimé hein, j'ai beaucoup aimé mes études de médecine, j'ai beaucoup aimé ce que j'apprenais.

fils d'ouvrier, urgentiste en hôpital

Q : Le choix de faire médecine c'était ...
Ça c'était un choix beaucoup plus antérieur. C'était en fait une histoire plus familiale. Simplement une idée qui venait de ma grand-mère. Elle avait deux petits enfants, deux garçons, elle a dit : j'en voudrais bien un médecin et un avocat.
Q : Pourquoi médecin pour votre grand-mère. Le statut ?
Oui probablement, donc c'est une histoire qui m'avais marqué malgré tout, et bon ça m'est revenu plus précisément quand j'ai vu le film "Il est minuit docteur Schweitzer". C'est dire le parcours du choix. Et là je me suis souvenu, oui Mémé voulait qu'il y en ait un médecin. Et ça c'est ce qui me plaît : le phénomène "médecine exportée"..."médecin du monde" quelque chose comme ça. Le docteur Schweitzer c'était en Afrique, c'était cette image là qui m'avait le plus marqué
Q : Qu'est-ce que vous auriez aimé faire d'autre, ou si vous aviez raté le concours

Si j'avais raté le concours. Ben je me suis posé la question. Parce que quand même fallait se la poser.....et à ce moment-là, donc en deuxième première année, je me suis dit si jamais je rate, je m'engage dans l'armée.....c'était une façon de balayer tout ça. Parce que j'avais qu'un seul objectif c'était faire médecine, je voyais pas autre chose.

Q : L'armée quand même !

Pire que ça, c'était la légion

I.B Avoir médecine

S'inscrire en médecine n'est que le premier pas vers le "faire médecine". Il faut, pour cela "avoir médecine" selon l'expression de certains de nos interviewés, qui n'est pas sans rappeler celle utilisée au sujet des Grandes Écoles. Ici, le verbe *avoir* fait référence aux conditions d'obtention d'une place, laquelle dépend d'un rang de classement. Il faut décrocher son "laissez-passer", cette autorisation d'aller vers le diplôme, donc vers un exercice probable. Nous ne possédons pas de données permettant de comparer les caractéristiques de notre échantillon avec celles de leurs camarades inscrits en même temps qu'eux en première année et ayant échoué au concours. Tous les individus de notre échantillon ont réussi, mais les circonstances de leur réussite divergent. C'est ce que nous tenterons d'analyser, dans un premier temps, en cadrant notre propos par des données générales contextualisant les conditions dans lesquelles ils ont été sélectionnés.

Cette première année fut, pour la plupart de nos interviewés, une année marquante, qu'elle soit racontée, après coup, avec la nostalgie du bonheur d'un travail intense ou comme une expérience traumatisante. Dans ce sens, elle est décisive car elle détermine une position qui va marquer l'étudiant sur l'ensemble de son parcours. C'est pourquoi on peut qualifier d'initiatique cette année qu'il faut *avoir* pour *faire*.

I.B.1 L'effet *Numerus Clausus*

Les études médicales ont connu une attraction très fluctuante, durant ces trente dernières années. En effet, se sont combinés deux phénomènes contingents : l'augmentation massive des étudiants, toutes disciplines confondues, au début des années 70 fut contrecarrée, rapidement, par l'instauration du concours d'entrée en PCEM2 qui a agi comme une limitation des possibilités d'accès à la profession. À cela, il faut ajouter une perte de prestige de la profession, associée à des discours souvent alarmistes sur l'augmentation pléthorique du nombre des praticiens induisant une baisse conséquente de leurs revenus. Les données présentées dans le chapitre 1 illustrent bien ces mouvements d'attractivité fluctuante selon les années et le niveau de sélectivité du concours.

Les données que nous avons recueillies sur les trois facultés étudiées ne peuvent être considérées comme statistiquement représentatives de l'ensemble des étudiants en médecine. Nous ignorions, au moment où nous les avons sélectionnées, que les facultés retenues présentent certaines similitudes quant aux critères de sélection en première année, puisqu'elles accordent une place non négligeable aux matières nouvelles : biologie, anatomie, sciences humaines, au détriment des disciplines plus scolaires : mathématiques, physique, chimie. C'est en tenant compte de cette particularité qu'il faut lire nos résultats.

Les caractéristiques de notre échantillon ne permettent donc pas d'appréhender les modalités de la sélection à l'issue du PCEM1, mais il est possible d'y trouver quelques indicateurs sur les circonstances de la réussite au concours. En premier lieu, nos résultats confirment l'augmentation des redoublements de la première année.

Temps passé en première année selon la promotion

promotion	1 an	2 ans	3 ans et +	Total
1973	77,0	23,0	0,0	100
1975	52,0	44,7	3,4	100
1978	37,2	55,0	7,8	100
1980	27,8	63,3	8,9	100
1984	35,8	60,3	3,9	100
1986	26,1	67,2	6,7	100

Total	42,6	52,3	5,1	100

Alors que pour la génération 73, plus des trois-quarts des étudiants ne redoublaient pas la première année, cette proportion s'inverse presque puisque cela ne concerne qu'à peine plus du quart de la génération 86. La norme a changé, même certains interviewés redoublants des plus anciennes années disaient avoir échoué au PCEM1 "comme tout le monde"…

Les conditions de la réussite méritent d'être interrogées. Car tous ces étudiants n'ont pas réussi leur concours au même prix et des indicateurs statistiques peuvent mettre en évidence des profils plus ou moins favorables.

Une première tendance concerne les caractéristiques scolaires et sexuelles des étudiants, au regard de leur probabilité de redoublement. Le tableau ci-dessous en retrace quelques-uns et montre les évolutions consécutives au changement de régime qui signe, rappelons-le, une baisse significative du *Numerus Clausus*, donc une sélectivité plus importante.

Taux de réussite au PCEM1 en une année selon le régime de thèse et le type de bac, l'âge au bac et le sexe

régime	Bac A	Bac C	Bac D	B<18ans	B18ans	B19ans+	hommes	femmes	ensemble
A.R.	27,8	**61,9**	54,3	**63**	57,3	47,2	**57,5**	54,5	56,4
N.R.	30	**37,3**	27,6	**37,1**	34,4	22,9	**33**	29	31,1
Total	28,1	49,1	39,1	50,2	43,5	35,5	44,9	39,5	42,6

On constate ainsi que les variations relatives aux caractéristiques scolaires des étudiants ont tendance à s'atténuer au fil des années : la différence de réussite entre un bachelier A et un bachelier C était de 34 points dans l'ancien régime, alors qu'il n'est plus que de 7 points dans le nouveau régime. Les bacheliers littéraires, marginaux dans les promotions les plus récentes, sont aussi sur-sélectionnés, à la fois par l'interdit officieux qui annonce d'emblée qu'ils ont des chances quasi nulles de réussir et à la fois par leurs caractéristiques objectives. Ainsi, 60 % des bacheliers littéraires non redoublants en PCEM1 n'avaient pas de mention au bac dans l'ancien régime, alors que tous ceux du nouveau régime avaient une mention (dont un tiers une mention "Bien"). Chez les étudiants du nouveau régime, ce ne sont que 30 % des bacs C non-redoublants qui avaient obtenu une mention (alors qu'ils étaient 50 % sous l'ancien régime).

Cette relative homogénéité se repère également au niveau de l'âge au baccalauréat : le fait d'avoir de l'avance dans son parcours apparaît comme un avantage plus important sous l'ancien régime que sous le nouveau régime. Mais il faut lire ces résultats en fonction de la population initiale, puisqu'il s'agit ici d'un concours. Il apparaît en effet que, sur l'ensemble de l'échantillon, c'est la nature de la population qui se modifie : les très bons élèves, sortant des filières scientifiques en avance et avec mention s'inscrivent moins souvent en médecine ces dernières années qu'il y a 25 ans. On s'orienterait alors vers une population plus homogène faite de bons élèves mais pas exceptionnellement brillants.

Les différences observées entre les hommes et les femmes ne sont pas très importantes. La tendance serait à des redoublements un peu plus fréquents chez les femmes, qui tendent alors à perdre la légère "avance" qu'elles avaient au niveau du baccalauréat. Cette tendance est plus forte pour la promotion 1986 où l'écart des taux de redoublement est de plus de 7 % entre les hommes et les femmes.

Mais le taux de redoublants parmi les reçus en PCEM2 varie également selon les facultés. On peut poser comme hypothèse que, plus de taux de redoublants est important, plus la concurrence est forte et laisse peu d'espace pour les primo entrants. Les variations par faculté montrent une

sélectivité forte à Lariboisière, qui s'accroît sous le nouveau régime des études. Nantes, en revanche, semble moins concurrentielle, les chances d'obtenir le PCEM1 en un an étant de près de 10 points plus élevées qu'à Lariboisière. La faculté de Marseille se distingue par un taux élevé de triplants (voire plus), qui s'accroît sous le nouveau régime[57].

Temps passé en PCEM1 selon la faculté d'origine et le régime d'études

Temps en	Lariboisière		Marseille		Nantes	
PCEM1	A.R.	N.R.	A.R.	N.R.	A.R.	N.R.
1 an	57,1	26,4	50,6	31,8	61,9	35,1
2 ans	39,7	70,7	42,9	53,5	35,6	62,5
3 ans et+	3,2,	2,9	6,5	14,6	2,5	2,4
total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

La particularité de ce concours est surtout visible à travers le taux d'individus qui ont été reçus après deux tentatives. Celui-ci est particulièrement élevé et mérite que l'on se pose une question : qu'est-ce qui justifie deux années de préparation ? On pourrait, évidemment, expliquer cela par le fait que seuls les étudiants très brillants réussissent en un an, les moins bons devant redoubler pour y arriver. Mais un paradoxe a retenu notre attention : au fil des années, les premiers reçus ont compté de moins en moins de primo-entrants et de plus en plus de redoublants. À tel point que les étudiants établissent un double classement : celui, général et officiel, et celui des "bizuts". On peut alors être reçu trentième au classement général et troisième "bizut". L'excellence se mesure dans la combinaison entre le rang et la rapidité.

Ce paradoxe peut être en partie mis en évidence par nos données, où l'on perçoit les signes de cette évolution. En partant des résultats obtenus lors du passage en PCEM2, nous avons classé — par faculté et par année — les étudiants en trois groupes de taille similaire : les "très bons", les "bons" et les "moins bons".

Niveau de classement des étudiants selon différentes caractéristiques

catégorie d'étudiant	"très bons"	"bons"	"moins bons"	Ecart**	ensemble
Ancien régime*					
non-redoublants	56,2 %	58,3 %	55,0 %	+1,2 %	56,6 %
mentions au bac	60,0 %	60,8 %	55,8 %	+4,2 %	59,4 %
Nouveau régime					
non-redoublants	28,7 %	28,1 %	35,0 %	-6,3 %	30,4 %
femmes non redoublantes	24,1 %	28,9 %	32,5 %	-8,4 %	28,4 %
mentions au bac	44,4 %	45,0 %	51,8 %	-7,4 %	46,3 %

* : Nous avons scindé notre population en fonction du régime de thèse, correspondant à la réforme de 1982. Ici, cette réforme est surtout significative en ce qu'elle marque deux périodes en même temps que le début d'une baisse drastique du *Numerus Clausus*.
** : il s'agit de la différence entre les "très bons" et les "moins bons".
Lecture : 56,2 % des "très bons" étudiants de l'ancien régime étaient non-redoublants : 55,8 % des "moins bons" étudiants de l'ancien régime avaient une mention au bac.

On peut supposer, au vu de ces résultats, que l'on assiste à une modification dans les facteurs favorisant la réussite au concours. Ainsi, au fil des années, les redoublants, non seulement ont de

[57]Hors circonstances particulières (maladie, évènements familiaux, etc.), il est courant que les facultés accordent un triplement aux premiers collés de la liste, le nombre étant laissé à la discrétion de chaque université.

meilleurs résultats que les non-redoublants, mais les bacheliers avec mention obtiennent un moins bon classement que ceux qui n'en n'ont pas. En réalité, les deux phénomènes se conjuguent, puisque le fait d'avoir une mention favorise la réussite en un an, mais avec un moins bon classement. Notre travail ne portant pas sur le concours de PCEM1, nous n'avons pas suffisamment de données pour bien étudier ce phénomène, mais il serait judicieux de s'y arrêter et de le comparer à d'autres concours afin de tester son originalité.

À ce stade, nous pouvons seulement nous interroger sur l'effet produit par cette première année : s'agit-il simplement "d'écrémer" la population candidate aux études de médecine à partir de critères reposant sur l'excellence scolaire — on pourrait alors aussi bien procéder par un tri à l'entrée sur dossier — ou s'agit-il d'une sélection de type normalisante ? Dans cette hypothèse, on se trouverait devant un modèle qui serait celui d'une course d'endurance et l'on comprend mieux pourquoi les redoublants, qui ont un "tour" d'avance, réussissent mieux que les non-redoublants. Ceci signifierait également que, pour avoir le concours dès la première année, il faut, soit "courir très vite", soit avoir, d'emblée, un peu "d'avance" sur les autres. Aujourd'hui d'ailleurs, certains étudiants ne s'inscrivent pas en médecine dès le baccalauréat, mais commencent à préparer seuls le concours durant une année avant de s'inscrire en faculté, se donnant ainsi une chance supplémentaire.

Enfin, ces taux de redoublements connaissent, sur Nantes, des variations significatives en fonction de l'origine sociale des étudiants. On remarque alors un phénomène comparable à celui observé au niveau des origines scolaires : à partir du moment où ils ont franchi la barrière du concours de PCEM1, les étudiants d'origine populaire seraient plutôt plus performants que les autres, même si ce phénomène semble s'inverser avec la baisse du *NC* . En outre, on voit les taux de réussite varier plus significativement dès lors que l'on combine l'origine sociale et le sexe.

Taux de réussite en 1 an au PCEM1 des étudiants nantais selon la CSP du père

CSP père	ensemble	femmes	hommes	A.R.	N.R.
pts indép.	**51,4**	**53,3**	50,0	**81,3**	29,4
cadres et PL	48,3	50,5	46,5	61,4	38,0
prof int.	44,4	37,5	50,0	53,3	**42,1**
empl et ouv.	**52,1**	28,6	**70,4**	65,5	25,0
pop. totale	48,8	46,3	50,8	63,5	36,2

On voit ici se renforcer l'aspect sélectif d'un *NC* en augmentation. Les "gagnants" de cette évolution semblent être les enfants des professions intermédiaires, dont la conformité scolaire colle bien avec une concurrence accrue entre les étudiants, ce d'autant plus que nous avons vu qu'il s'agit en majorité d'hommes.

I.B.2 L'année initiatique

C'est avec des représentations de "la médecine" et "du médecin" fort différentes que les étudiants abordent les enseignements de la première année et le concours qui les sanctionne. Cette première année est *La Grande Année*, en général celle dont on se souvient. Au cours de nos entretiens, la question introductive portait sur un récit du parcours de la fin des études secondaires à aujourd'hui. La manière dont la plupart des médecins nous ont répondu est significative : ils s'arrêtent sur la première année, puis passent très vite sur les suivantes pour ensuite s'attarder sur le troisième cycle, qui représente l'autre période décisive. On voit alors à quel point les deux concours "encadrent" ces études et comment la première année prend une place si particulière.

La première année de médecine est réellement l'année d'initiation dans tous les sens du terme : initiation aux codes du milieu, à son mode de fonctionnement, à ses valeurs, à sa "différence". Ce

n'est pas une année où l'on apprend la médecine, mais c'est une année où l'on apprend à se couper du monde "profane" (1), une "méthode " de travail (2), les principes d'une concurrence acharnée et l'arbitraire du classement (3).

1/ "Vous faites partie de la race des seigneurs"

Comme à chaque fois qu'il s'agit de constituer une élite il faut, pour former un médecin, commencer par le détacher des autres, le séparer du "commun" afin de donner à sa position une dimension "sacrée". Le concours de première année remplit cette fonction symbolique par différents mécanismes. Le premier est relatif à la somme de travail qui impose à tous les étudiants de limiter, voire de supprimer toute vie sociale extérieure à la faculté. Le second, plus informel et moins explicite, se manifeste par l'apprentissage de règles informelles permettant de passer cette étape. C'est là que les différences entre les étudiants se repèrent, puisque les plus éloignés du "milieu" mettent un temps de retard (quand ils y arrivent) pour comprendre ces règles. Cette inégalité, visible dès le début des études, se renforce ensuite année après année, en particulier depuis la réforme de l'internat, comme nous le verrons par la suite. Car, pour se donner le maximum de chances de réussir cette première année, il faut posséder des informations que seuls connaissent les pairs, redoublants ou aînés. Or, ces informations ne circulent pas de façon ouverte puisque la solidarité est limitée :

> *"Non c'est très hiérarchisé et il y a un petit groupe de deux trois personnes maximum, souvent une ou deux personnes à qui on peut faire confiance et travailler ensemble c'est possible avec une ou deux personnes, un groupe très réduit et sinon faut se méfier de tous les autres qui ont tendance, comme c'est un concours, j'imagine comme tous les autres concours, à donner des fausses informations. Les redoublants ont des cours, … bon ils nous bizutent déjà, et puis au moment des cours quand il y a des phrases importantes, des choses à pas louper, ils se mettent à hurler à faire un vacarme assourdissant pour qu'on puisse pas noter les choses importantes, de façon à planter les bizuts. Et prendre les cours qu'aurait donné un carré[58] et en plus s'embêter à les apprendre c'est une très mauvaise chose parce qu'on risque d'apprendre des choses fausses exprès... faut être très méfiant. Ben c'est la jungle quoi, j'imagine que tous les concours sont comme ça. Je connais que celui-là mais. Donc c'est tout, on est deux ou trois personnes soudées et puis le reste...par contre à partir de la deuxième année il y a un peu plus d'échange, il y a moins le côté compétition, et ça recommence pour l'internat".*
> *(homme anesthésiste nouveau régime)*

Il est certain que tout cet apprentissage marque durablement la suite du cursus, tant en ce qui concerne la formation que tout ce qui touchera plus tard à l'exercice. La première année est celle où paraissent s'opposer des images du métier dans sa dimension humaniste avec la réalité d'un apprentissage centré sur des savoirs parcellisés et une approche abstraite de la connaissance.

> *"(...) Tout est misé sur la mémoire. On peut avoir une excellente mémoire et malheureusement je l'ai constaté, et absolument avoir aucune science de … science médicale en tant que telle et là c'est plus dans le sens de la relation humaine. Alors là il y a des médecins qui sont très forts, ce sont des encyclopédies vivantes, mais avec un patient ils sont nuls, aucun contact, rien, c'est froid et les patients le disent hein. Le concours a fait que on a sélectionné des bêtes de concours, des gens qui avaient une méthodologie, qui avaient une excellente mémoire, et puis après ils se sont sentis les rois des pois verts.. mais tout ça, ça faisait partie de la formation hein, parce que moi j'ai eu des cours où le professeur commençait en première année : je vais vous faire des cours, sachez bien une chose, vous faites partie de la race des seigneurs. (…) Alors bien sûr il y en a qui sont restés avec cette image."*
> *(homme généraliste urgentiste hospitalier, nouveau régime)*

L'extrait ci-dessus marque une opposition entre ce que ce médecin nomme la "science médicale" et un savoir "encyclopédique", qui se heurtent dès cette première année. Ainsi, il apparaît qu'à l'université, la socialisation professionnelle du médecin s'effectue sur la base d'une opération de

---

[58]Cette expression est employée pour désigner les redoublants. Les étudiants de première année forment ainsi trois groupes : les "bizuts", les "carrés" et les "cubes". La nécessité de cette distinction montre bien la force identificatrice d'une position de départ pour la grande course du PCEM1.

distinction, cette accumulation de connaissances constituant la référence sur laquelle ces étudiants devront se distinguer du lot lors du concours de première année, donc légitimer leur "élection" à la profession.

Ce premier apprentissage constitue un moment clé où les étudiants commencent à acquérir les valeurs et les normes qui structureront leur vie professionnelle, autour d'une hiérarchie des savoirs où c'est "la nature des connaissances médicales elles-mêmes" qui deviennent "scientifiques" et cessent d'être purement empiriques[59]. C'est ce rapport à ces connaissances en tant que savoir scientifique qui va devenir l'élément primordial de la socialisation médicale, parce que c'est celui sur lequel les étudiants vont être sélectionnés et classés[60].

2/ "Je savais que c'était du travail rentable"

La rupture s'effectue également au regard des représentations idéalisées du médecin que pouvaient nourrir, lors de leur inscription à l'université, certains étudiants. Ces images ne peuvent constituer une aide à la réussite au concours et il peut être préférable qu'ils les abandonnent s'ils veulent comprendre, le plus rapidement possible, les règles sur lesquelles s'effectue la sélection.

Ceci permet de comprendre les deux attitudes les plus contrastées chez les étudiants : d'une part, une déception énorme pour ceux qui n'avaient pas anticipé l'aspect de course d'obstacle ni l'inévitable bachotage "infernal" imposé par les QCM ; d'autre part, la relative aisance et jubilation de ceux qui, déjà préparés dans leur formation antérieure à la méthode et / ou bien informés, savent exactement ce que l'on attend d'eux et s'y conforment sans état d'âme. Tous ne ressentent pas avec la même intensité les contraintes du bachotage, la nécessité du "par cœur", du travail répétitif sans recours à la réflexion. Mais, à partir du moment où chacun a compris à quoi servait le concours, c'est-à-dire à sélectionner ou, comme ils le disent, à "planter les étudiants", celui-ci est bien mieux accepté.

> *"Par la suite ce n'est plus un concours c'est un examen, on vous demande des connaissances, donc des connaissances, vous pouvez arriver à les acquérir naturellement, sans aller si vous voulez, essayer de trouver la petite bête pour...planter l'étudiant quoi hein ! Non vraiment le P1 c'est une année à part, c'est l'année du concours."*
> *(homme généraliste nouveau régime)*

Ceux qui ne le comprennent pas assez vite sont contraints de redoubler. Aux dires de nos interviewés, les échecs de la première année, quand ils ne sont pas liés à un réel manque de travail, sont surtout liés au temps nécessaire pour comprendre les "règles du jeu". Dans ce cas, le second PCEM1 peut être ressenti comme "facile". Nos interviewés ne remettent, en général, pas en cause la nécessité du concours, mais ils s'interrogent sur ses modalités, considérant souvent qu'il aurait suffi de leur faire "apprendre le bottin à l'envers" ou autre "épreuve sportive". Il semble donc que ce n'est qu'après avoir compris que cet exercice a comme unique but de retenir un faible taux de postulants, mais qu'il n'a aucune logique propre ni lien véritable avec la profession médicale, que les candidats deviennent vraiment aptes à le réussir.

Comme dans une épreuve sportive de haut niveau, les étudiants ne doivent donc, durant cette première année, ni penser à l'échec ni s'interroger sur ce qu'ils font là. C'est un passage difficile pour les "vocations". C'est là que l'on voit vraiment la différence entre ceux qui entrent en médecine sans rien connaître du milieu — universitaire ni médical — et ceux qui combinent une forte conformité scolaire avec des relations familiales ou amicales leur permettant d'anticiper la nature

---

[59]Merton, 1957

[60]Ce qui diffère apparemment des générations précédentes. Dans leur ouvrage, C. HERZLICH et alii (1993, op. cit.) montrent bien que pour les médecins actuellement à la retraite, une formation littéraire et philosophique était conseillée avant l'entrée en médecine, dont les études pouvaient s'inscrire dans le cadre des "humanités".

des épreuves auxquelles ils seront soumis. C'est aussi là que l'on comprend pourquoi les étudiants qui s'inscrivent en médecine sans se projeter dans le métier, mais par attirance pour les disciplines enseignées, sont plus adaptés au type de sélection opérant dans cette première année.

> *"Je me suis inscrit en 83 et j'avais presque commencé à travailler, parce que je savais que la première année c'était là où il fallait passer, et puis j'ai été très bien aiguillé parce que je savais quelles matières il fallait travailler, j'ai été brieffé à fond. Donc j'ai mis ma méthode de travail quelque part en route à ce moment là.*
> **Vous avez réussi du premier coup ?**
> *oui je suis arrivé troisième. J'avais tout fait pour, je savais que c'était du travail rentable"*
> *(homme spécialiste hospitalier, grand frère médecin, nouveau régime)*

Tous parlent de cette fameuse "méthode" de travail et de l'importance de l'intégrer rapidement et l'on perçoit bien que ceux qui n'avaient pas de "conseillers privés" aient pu avoir besoin de deux années pour s'adapter. Si, nous l'avons souligné plus haut, certains reconnaissent que, selon les coefficients des différentes matières dans les facultés, certains types de connaissances pouvaient être plus ou moins privilégiés, la plupart déplorent surtout l'absence de cohérence entre les matières sélectives et la reconnaissance de qualités qu'ils estiment nécessaires à l'exercice de la profession. Ainsi, la faible part accordée récemment aux sciences humaines, mais surtout l'impossibilité de tester des aspects comportementaux et psychologiques chez les candidats. Il est intéressant de noter ici que ce que les médecins considèrent le plus souvent comme l'excellence ne sont pas les "performances scolaires", mais les "qualités humaines".

L'extrait d'entretien qui suit montre la continuité entre l'évaluation des critères de sélection et l'exercice d'une médecine qui, dans la pratique, est marquée par le doute :

> **"Q : Est-ce que les étudiants ont changé depuis le moment où vous enseigniez et maintenant ?**
> *Je pense que oui*
> **Q : Et qu'est-ce qui fait qu'ils changent ?**
> *Ils ont une formation scientifique, vous allez me dire que c'est parce que moi je ne l'ai pas, mais ils ont une formation étroitement mathématico-physique.*
> **Q : Encore plus qu'il y a …**
> *Beaucoup plus ! Puisque plein font maths sup, maths spé, et c'est les collés de maths sup, maths spé qui font médecine, et donc ils ont une vision noir ou blanc, alors qu'en médecine tout est toujours gris, et honnêtement, pour beaucoup, ils n'ont aucun intérêt.*
> **Q : Oui alors justement si vous étiez ministre de la santé…**
> *Il faudrait réinvestir très largement une bonne dose de matières humaines dans les études, et donc c'est pas normal qu'il n'y ait pas de psycho enseignée dans les études de médecine, c'est anormal qu'il n'y ait pas de philo, c'est anormal qu'il n'y ait pas de socio, qu'il n'y ait pas de sciences humaines, parce que on est une science humaine qu'on le veuille on non, et donc que cette dimension là sera gommée des études de médecine et méprisée, enfin je suis ultra minoritaire quand je dis ça.*
> **Q : Les malades à qui vous parlez vous demandent un raisonnement de plus en plus scientifique ?**
> *Oui madame, je résiste moi.*
> **Q : Vous leur parlez en termes de risques ?**
> *Je résiste.*
> **Q : De pourcentage d'échecs ?**
> *Je leur dis toujours pour vous c'est toujours cent pour cent, ben oui je leur dit toujours ça.*
> **Q : Est-ce que ça les satisfait ?**
> *Probablement pas, mais si ils veulent des certitudes, il faut qu'ils aillent voir quelqu'un d'autre que moi, mais je leur dis je ne suis pas un médecin à certitudes moi, je suis un médecin à doutes."*
> *(cancérologue hospitalo-universitaire, ancien régime)*

On retrouve là l'antagonisme entre la pensée dite scientifique et l'exercice d'un métier pour lequel les compétences requises sont loin d'être limitées à ce registre-là, comme l'explique N. Elias : "dans la théorie des sciences on continue à parler de la science et de la méthode scientifique comme s'il n'existait réellement qu'une science et qu'une méthode scientifique. Ceci est une chimère comme le fut autrefois l'idée selon laquelle il existait un remède universel contre toutes les

maladies".[61] Si aucun des médecins que nous avons interrogés n'est dupe de cet antagonisme, nous verrons que, pour beaucoup d'entre eux, ils n'en perçoivent la portée qu'une fois confrontés à la pratique hospitalière, souvent en troisième cycle. Cette première initiation à la connaissance médicale, évaluée en grande partie sur le modèle des QCM, s'effectue de façon standardisée et mobilise des qualités essentiellement mnésiques.

3/ "Ôte-toi de là que je m'y mette"

La première année est aussi celle de l'apprentissage d'une certaine violence que l'on verra s'exprimer plus tard. Par le bizutage d'abord, dont quelques étudiants nous parlent[62], choqués par une pratique qu'ils ont vécue en totale contradiction avec l'idéal humaniste du médecin, celui qui avait motivé leur inscription :

> *"En plus à l'époque il y avait le bizutage en première année qui était… qui était sauvage hein ! (…) Ah oui c'était sauvage à l'époque. C'était des insultes...vraiment sauvage, des oeufs tous les matins sur la tête... Ça durait un mois. Ça durait un mois à l'époque. C'est pour ça qu'il y a eu des mesures si dures parce que c'était..oh là là j'ai vu des filles pleurer, j'ai vu des gens qui se prenaient des œufs sur la tête, des yeux au beurre noir et tout, c'était... c'était vraiment spécial hein !"*
> *(homme généraliste nouveau régime).*

La violence de cette année n'est pas seulement physique, elle est aussi et surtout symbolique. Le bizutage montre à quel point la rupture doit être forte. Le concours porte les valeurs du combat avec son issue obligée : gagnant / perdant. Ce n'est pas un hasard si les métaphores de la compétition sportive sont souvent utilisées pour le désigner. Il est nécessaire d'envisager le PCEM1 comme un challenge personnel (ça passe ou ça casse), chacun est tendu vers ce but unique et s'interdit de penser à autre chose, à commencer par ses propres raisons d'être là, ni au possible échec. Y penser c'est être en situation de perdre, c'est déjà un aveu de faiblesse par rapport aux autres. Tout se passe comme si pour les étudiants il y avait alliance entre l'institution et leurs collègues dans le but de les "planter".

> *"La première année, cette histoire de défaitisme m'a fait échouer, ça fait partie du jeu. Je peux dire que j'ai échoué parce que c'est un concours et les gens qui sont défaitistes à un concours...c'est ceux là aussi qui...vous voyez ce que je veux dire. Ca fait partie du jeu du concours.*
> *(femme médecin conseil ancien régime)*

> *"Le problème c'est qu'en tout début de formation, tout le monde est tellement obnubilé par le fait de passer ces caps qu'on pourrait vous dire n'importe quoi on n'en a rien à faire. Il y a la mentalité je dirais ôte toi de là que je m'y mette.*
> *(femme généraliste nouveau régime)*

Il est facile de comprendre à quel point, avec la réforme de l'internat, c'est sur la totalité du temps des études que se jouera cette concurrence, (à l'exception du PCEM2 durant lequel on se repose des efforts fournis). Mais ces formes de concurrence peuvent être doublées par des solidarités "de classe". Ainsi, un médecin de milieu populaire, mal informé de cette ambiance en arrivant à Nantes, a réussi son PCEM1 (en deux ans) grâce à des étudiants de seconde année logés dans la même cité que lui qui l'ont averti des pièges dont il devait se méfier, et lui ont indiqué une méthode de travail. Les sommes de connaissances semblent donc prendre, aux yeux des médecins ainsi sélectionnés, autant d'importance que la capacité à trouver la "bonne méthode", à s'adapter, à faire preuve d'endurance. Comme dans les compétitions sportives, la préparation est aussi décisive que le talent.

---

[61] N. ELIAS, *Qu'est-ce que la sociologie ?*, Ed. de l'Aube, Paris, 1991, p. 60

[62] Il semblerait que cette pratique ait perduré avec plus de forces sur Nantes que dans les autres facultés enquêtées, car seuls les nantais y font mention.

Ceci a pour conséquence de fonder durablement des rancunes, de rendre plus cuisants les échecs, de multiplier les jugements de valeurs et les dépréciations des confrères : qui ne connaît pas un étudiant reçu brillamment en première année et qui n'a pas supporté le choc de l'hôpital ou, *a contrario*, des étudiants "humanistes" qui "auraient fait de très bons médecins" et qui ont échoué par inadaptation à "la méthode". Déjà se met en place ce que décrit Michel Arliaud de l'univers professionnel : " dans un contexte où fleurissent d'innombrables conflits de territoires — intra et intercatégoriels — la question de la légitimité et de la compétence devient le principe officiel d'une lutte au jour le jour qui condense en fait de multiples enjeux. D'où la propension de chacun à dire la valeur de l'autre, à s'ériger en juge"[63]. Dans un système reposant sur le classement à des épreuves, il semble que la légitimité de cette valeur repose plus sur le résultat final que sur les conditions de sa réalisation. Le "meilleur" est identifié comme tel parce qu'il a obtenu la première place, même si on conteste les conditions de la sélection.

La violence que l'on devine dans les entretiens est relative à cet apprentissage des valeurs du travail, de la hiérarchie, d'une certaine rigueur dans la méthode et aussi dans le choix de son parcours étudiant. L'errance ne peut trop se prolonger sous peine d'exclusion du système. C'est peut-être ce qui divise le plus les anciens et les nouveaux régimes, même si le concours de PCEM1 ne date pas de la réforme. Avant 1982, la sélectivité était moins forte du fait d'un *NC* plus bas, mais surtout, cette épreuve était temporaire, le "parcours du combattant" s'arrêtait là alors qu'aujourd'hui, "*ça recommence pour l'internat*".

Si nous nous sommes arrêtés sur cette année du concours c'est qu'elle met en place un certain nombre de conditionnements que l'on trouvera à l'œuvre dans les attitudes face à l'apprentissage du métier, la gestion des études, les stratégies mobilisées. Nous verrons plus loin que les conditions de réussite au concours de PCEM1 déterminent très fortement, depuis la réforme de 1982, les probabilités de spécialisation, puisqu'elle place les étudiants dans la continuité de ces conditionnements. Même si l'évaluation se fait alors sur des connaissances vraiment médicales, les contraintes se retrouvent sur un mode similaire. À la puissance de travail et aux facultés de mémorisation s'ajoutent la capacité à dormir cinq heures par nuit, à gérer le stress, à suivre les conférences. Un médecin utilise un mot très fort pour décrire cela : "*le concours plombe ces années*". On ne peut mieux dire qu'il est un boulet que traînent les étudiants parallèlement à leur formation, en même temps qu'il a tendance à figer durablement le système d'apprentissage ainsi que les formes relationnelles qui lient les étudiants entre eux, expliquant sa force d'imposition, y compris pour ceux qui ne le passent pas.

---

[63] M. ARLIAUD , *Les médecins*, La découverte, Paris, 1987, p.36.

Encadré n°4

Ôte-toi de là que je m'y mette...

La première année est éprouvante à plus d'un titre surtout pour les non héritiers dont la coupure avec l'univers familial est plus forte et qui doivent constituer leur réseau d'entraide et de sociabilité, pour certains à partir de rien. Témoin ce généraliste nouveau régime, fils d'ouvrier espagnol, ayant un bac espagnol, qui s'est retrouvé seul, sans beaucoup d'argent à Paris pour l'année du concours :

Ben, les études, il y a eu des moments difficiles. La 1° année, je pense que c'est un mauvais souvenir. Le concours est quelque chose de très difficile. J'arrivais d'un lycée privé espagnol. C'était très particulier parce que moi j'ai un bac espagnol, je n'ai pas un bac français, tout en ayant toujours vécu en France, d'ailleurs. Mon bac est reconnu en Espagne, donc il a fallu faire reconnaître l'équivalence en français, alors que je n'ai jamais mis les pieds en Espagne. C'est un peu particulier. C'est pour ça d'ailleurs que j'étais parti dans le Loiret en internat. C'était un internat espagnol. Donc, en arrivant du lycée, en plus d'un lycée étranger puisque espagnol, débarquant dans une fac française, se retrouver parfois 800 dans un amphithéâtre. Hein, à Paris, c'est monstrueux, nous étions près de 800 en première année. Donc il a fallut s'habituer à ça. On est dans la masse, plus personne ne surveille, …. Il faut une certaine rigueur et donc en sachant qu'en fin d'année y'a ce concours. Enfin, en fin d'année, c'est par semestre. Le concours de P1, il y une partie du concours en février et puis l'autre en juin. En sachant qu'avec le concours, il y avait, … il devait y avoir 20% de réussite, je crois. Le reste était recalé ou réorienté, et sachant qu'on ne pouvait faire qu'une deuxième année uniquement. On ne pouvait redoubler qu'une fois. En fait cette année-là est un peu difficile. Obligatoirement, bon bien sûr j'ai redoublé ma première année et puis ensuite ça c'est bien passé. La deuxième était plus facile…

Cet autre généraliste nantais, également fils d'ouvrier, qui "réalise" le vœu de sa grand-mère en devenant médecin, ressent durement l'ostracisme du milieu médical. Il apprendra après son premier échec en P1 qu'il existait des cours privés payants qui y préparaient et il se fera un point d'honneur de réussir sans l'aide de ces derniers. Mais il en gardera une rancune et n'entretiendra pas d'amitiés parmi ses collègues, ayant au demeurant commis l'impair (sic) d'épouser une coiffeuse. Sa chance a voulu qu'il soit hébergé durant cette première année dans un foyer d'étudiants, qu'il y ait rencontré un ancien camarade de lycée, et qu'il ait été intégré dans un petit groupe, aidé par les anciens du foyer. Il lui a fallu une année pour constituer cela :

Q : Et cette première année comment elle s'est passée ?
Elle s'est passée par le fait que c'était la première fois que je quittais mes parents, que je vivais dans une autre ville que celle où j'avais vécu, avec la chance quand même d'être dans un foyer d'étudiant, qui était rue du Chapeau Rouge, donc pas complètement isolé mais bon, perdu quoi. Complètement perdu. Et j'ai eu la chance tout de même malgré tout d'avoir un camarade de La Roche sur Yon aussi, qui faisait ses études. Je savais pas qu'on allait se retrouver ensemble. Et donc on a lié amitié et on a travaillé ensemble.

Q : Donc avec ces difficultés-là, la première année passe ?
La première année elle passe pas. Pas très loin. J'étais 250e. Ils en prenaient 120. J'avais la possibilité de faire une deuxième année de DEUG, de sciences B à l'époque. J'ai pas voulu. Je repique une deuxième année, et là avec mon camarade d'ailleurs, on a réussi à passer.

Q : Quel est le souvenir que vous avez de cette première année ?
La première année c'était la découverte de la vie d'étudiant, avec ses problèmes inhérents, pas beaucoup d'argent, beaucoup de trajets en train, un peu seul quand même, souvent tendance à vouloir revenir à la maison. C'était une année découverte et la deuxième première année ça a été une année travail, avec un objectif. j'avais pas trop le choix
Les 3, 4 premières semaines de la première, bon ben c'est le bizutage, c'est une horreur absolue. C'était pendant trois semaines, impossibilité de prendre des cours parce que c'était le chahut parce que c'était les œufs, parce que c'était la farine. Il suffisait que le prof dise : au moindre bruit, si je vois un œuf se balader, je quitte le cours. C'était recta là. 5 minutes après il y avait un œuf qui se baladait il quittait le cours. Et il considérait que le cours était fait. Donc nécessité de rattrapage de cours, avec des anciens qui voulaient bien donner...c'est là où je dis que j'ai eu la chance d'être au foyer des étudiants parce que il y a eu une espèce de on peut dire coalition, tous ceux qui étaient passés en deuxième année nous ont passé leurs cours.

Q : Donc ils ont été solidaires
Totalement. Alors que bien sûr les redoublants, eux c'était pas question. Mais les autres au contraire il y avait une espèce de solidarité au sein même du foyer qui faisait que la première année ils étaient venu nous voir et nous avaient dit : bon ben les gars faudra bosser faudra pas toujours être devant la télé. Et c'était quand même assez sympathique..

II. Étudier en faculté

Chaque faculté jouit d'une grande autonomie pour organiser les programmes et les validations des enseignements propres aux deux premiers cycles des études médicales. Les modifications intervenues dans chaque faculté à l'issue de la réforme de 1982 dépendaient donc de la capacité d'anticipation des responsables pédagogiques, quant aux changements induits par le nouveau dispositif. Les maquettes d'enseignement ont toutes subi des modifications plus ou moins importantes dans les années qui suivirent, créant parfois de fortes distorsions d'une université à l'autre. Ces changements mettaient en cause, non seulement les traditions propres à chaque université, mais aussi sa réputation au regard des premiers résultats du nouvel internat. C'est ce que nous montrerons, dans une première partie, en prenant pour exemple les trois facultés que nous avons étudiées.

Une fois brossé le contexte dans lequel se déroulent ces études, nous regarderons quel est l'impact des politiques universitaires sur le déroulement des cursus pour les étudiants, en particulier leurs conséquences sur les temps d'études — puisque le troisième cycle est devenu plus long — et ses effets différentiels selon les facultés.

Enfin, il semble que les étudiants de médecine fréquentent peu les bancs de la faculté. Au-delà de ce constat général, il nous est apparu qu'il y avait plus de variations dans l'assiduité aux cours qu'il n'y paraît. Les entretiens permettent de mieux comprendre ce qui peut motiver ou non un étudiant pour aller à la faculté, ainsi que les problèmes que pose la relative désertion d'un lieu pourtant décisif de la socialisation professionnelle.

II.A Des "certificats" aux "matières"

L'enquête dans les facultés a permis de mieux comprendre les rapports complexes qui lient — et parfois mettent en rivalité — deux programmes que les étudiants sont censés acquérir dans les mêmes temps : celui des enseignements universitaires et celui du concours de l'internat. Il fut, au moment de la réforme, discuté de l'intérêt de ne pas distinguer ces deux programmes, quitte à supprimer celui du concours. Cela n'a pas pu se faire, et le principe du double apprentissage a été conservé. Mais, dans les faits, nous avons constaté que le programme universitaire a eu tendance à se calquer sur celui de l'internat, qui est devenu dominant. L'uniformisation s'est presque faite, mais dans le sens inverse de ce qui avait été préconisé. Aujourd'hui, l'idée de ne plus distinguer les deux programmes est à nouveau à l'ordre du jour, mais les modifications déjà intervenues dans les universités posent la question des modalités de cette harmonisation.

Il n'est pas aisé, pour les non initiés, de bien saisir les subtilités d'un enseignement aussi spécifique que celui de la médecine. Nous allons tenter de montrer comment celui-ci évolue, d'un point de vue strictement technique, sachant que l'autonomie des universités et la liberté de chaque enseignant produit, dans chaque faculté, des résultats différents.

Ces disparités ne sont pas sans poser des problèmes car, à travers ces variations, c'est l'internat comme enjeu d'excellence qui est directement mis en cause, créant de grandes inégalités quant aux conditions de préparation au concours dans les différentes facultés. Le nouvel internat, national, cherchait à réduire les différences entre les CHU organisateurs du concours ancien régime. Pourtant, d'autres disparités géographiques ont pris la relève qui pèsent, nous le verrons, sur l'harmonisation territoriale de la démographie médicale.

Il reste beaucoup à apprendre sur les motifs et les arguments qui ont donné lieu, dans chaque université, aux modifications apportées à l'enseignement (théorique et pratique) du deuxième cycle.

Notre enquête n'apporte que trois exemples, mais les informations que nous avons recueillies nous conduisent à penser que nous aurions eu autant de cas différents que de facultés retenues. Nous pouvons déplorer de ne pas avoir eu accès à des sites plus contrastés en ce qui concerne leurs résultats à l'internat, puisqu'il apparaît que c'est là que se concrétisent ces différences d'organisation.

Dans les facultés où nous nous sommes rendu, le principe organisateur des études médicales semblait concordant — avant la réforme — avec le principe de base de la profession : seul un médecin est habilité à pratiquer la médecine et toutes les médecines, dans la limite de ses compétences et de ses possibilités. Puisqu'il s'agit de former avant tout des médecins généralistes, il fallait s'assurer que tout étudiant ait acquis un niveau minimal de connaissances dans chacune des grandes branches de son art. Ce principe trouvait son application dans la construction et la validation des modules enseignés : ceux-ci étaient groupés par ensembles appelés certificats et la validation des années était soumise à l'obtention d'une note au moins égale à la moyenne dans chacun de ces certificats. S'il était possible de passer l'année suivante en ayant raté un certificat, l'étudiant contractait alors une "dette" qu'il devait valider pour passer en troisième cycle. Les certificats, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, étaient enseignés durant les trois dernières années du deuxième cycle et recoupaient, en général, les principales spécialités médicales.

Nous avons reproduit, dans l'encadré figurant à la fin de cette partie, le détail de ces enseignements tels qu'ils étaient dispensés pour la promotion 1975 et pour la promotion 1984. Sous l'ancien régime, les principes généraux étaient globalement les mêmes à Marseille et à Nantes, seuls changeaient les intitulés des certificats et leur place dans les différentes années[64].

À Lariboisière, on constate que les disciplines enseignées à partir du DCEM2 sont plus nombreuses, construites sur le modèle des "matières" et que la moyenne dans chacune d'elles n'était pas exigée. Les dossiers étudiants faisaient état de possibilités de passage d'une année sur l'autre avec une note inférieure à 8 dans une des matières, mais en ayant la moyenne générale. Contrairement aux deux autres facultés, il était donc possible de compenser un mauvais résultat dans un module par une très bonne note dans un autre. Le pré-requis de la moyenne pour chaque groupe d'enseignement était déjà abandonné.

La réforme de 1982 a imposé une modification quant à la répartition de ces enseignements. Dans un premier temps, le concours avait lieu en septembre suivant le DCEM4, mais, très vite, il fut programmé au printemps. Certaines facultés avaient, dès le début, anticipé le cumul des épreuves de fin de DCEM4 et du concours pour alléger le programme de la sixième année. D'autres ont réagit plus tard, ce qui explique en partie les grandes variations de réussite des étudiants les premières années du concours. Dès le changement de programmation du concours, la réorganisation de l'enseignement du deuxième cycle devenait obligatoire, et les responsables pédagogiques se sont alors attachés à rendre plus souple la validation des épreuves universitaires.

Progressivement, on note trois types de modifications formelles de l'enseignement du deuxième cycle des études médicales.

La première porte sur son <u>organisation temporelle</u>. Celle-ci est devenue nécessaire, mais sous des formes laissées à l'initiative de chaque université. Par exemple, Nantes a chargé le programme de DCEM1 en y introduisant deux certificats, afin d'alléger le programme du DCEM4. Elle a, dans le même temps, mis en place un système d'anticipation, permettant aux étudiants de passer jusqu'à deux certificats de l'année suivante. Combiné au système des dettes, cela permettait de donner une certaine souplesse dans l'organisation du travail de chacun, en fonction de ses projets. Sous la forme

[64] Ces variations pouvaient poser des problèmes dans le cas de transfert en cours de cycle des étudiants, pour qui les équivalences de validation sont compliquées à réaliser. Ceci montre le côté très identifiant de l'appartenance à une faculté donnée, où l'on retrouve des survivances de l'époque des Écoles de médecine, indépendantes les unes des autres.

de "matières" globalisées, on trouve le même système de renforcement des programmes des DCEM2 et DCEM3 sur Marseille et sur Lariboisière.

La deuxième modification porte sur les modalités de validation. Devant ces programmes chargés, la faculté de Marseille a adopté une forme de validation des années proche de celle de Lariboisière. Les notes obtenues dans chaque matière sont désormais globalisées dans une moyenne, l'exigence d'obtention séparée de chaque certificat est abandonnée. Au-delà de l'aspect pratique, c'est aussi l'esprit de l'enseignement universitaire qui s'en trouve modifié, puisque le principe de validation ne retient pas l'autonomie de chaque certificat en tant qu'ensemble de connaissances devant être acquis dans les grands domaines de la médecine, conformément à la formation de base d'un futur généraliste. On voit alors se profiler un nouveau modèle médical, véhiculé par les transformations des modalités de validation, qui devient plutôt celui du médecin spécialiste : celui-ci peut avoir fait l'impasse sur une partie des connaissances et se rattraper en étant très pointu dans un autre domaine.

Enfin, dans l'enseignement lui-même, et parallèlement au découpage des matières, le contenu des enseignements a changé. Celui-ci a eu tendance à se calquer, plus ou moins systématiquement, sur le programme de l'internat et prendre la forme des "questions", les épreuves également se présentant sous la même forme que les modalités du concours. Au final, certaines facultés organisent de véritables préparations à l'internat, dont l'objectif est autant d'améliorer les scores de leurs étudiants que de les attirer dans des amphis plus vides que jamais.

Il y a, dans les universités où nous nous sommes rendus, un véritable débat sur ces questions. Les enseignants qui construisent un cours spécifique, indépendant du programme du concours, se font de plus en plus rares, mais les doyens s'inquiètent de cette perte de la spécificité de l'enseignement universitaire. La différenciation des programmes pouvait être argumentée par des objectifs spécifiques : l'université poursuit une mission de formation générale des futurs médecins ; le concours de l'internat vise à sélectionner les futurs spécialistes. Dans la pratique, l'accumulation des deux formes d'apprentissage alourdit considérablement la charge des étudiants. À Nantes, nous le verrons, le maintien des principes universitaires a conduit de nombreux étudiants à redoubler leur dernière année, voire les deux dernières, afin d'assimiler les deux programmes et de se donner un maximum de chances au concours. Ils se trouvent donc dans une position défavorable par rapport à leurs camarades issus de facultés où les règles universitaires sont plus souples.

Paradoxalement, le verdict est sans appel : les facultés qui cherchent à conserver leur propre mission produisent des candidats moins performants au concours de l'internat et sont considérées comme des "mauvaises" universités. La référence de l'excellence universitaire devient donc celle du classement au concours, hiérarchie renforcée par le caractère national de celui-ci. À travers les résultats de leurs étudiants, ce sont les facultés qui sont "classées" et jouent leur réputation. Mais aussi, c'est la possibilité de retenir les futurs spécialistes dans leurs hôpitaux, qui se joue à travers ces stratégies locales. Car, lorsqu'une université fournit peu d'internes, les postes hospitaliers sont occupés par des "extérieurs" qui ne resteront pas nécessairement sur place, ce qui fait craindre la pénurie de médecins hospitaliers dans des régions où ils sont déjà peu nombreux.

La réforme a donc induit un maillage encore plus étroit entre des intérêts et des missions différentes. C'est ainsi que l'on peut comprendre le lien entre l'organisation d'un enseignement universitaire, en principe théorique et général, et ses conséquences au niveau de la structuration du corps hospitalo-universitaire local. D'où la grande difficulté, pour les enseignants, à penser leur mission en termes pédagogiques lorsque, en tant que praticiens hospitaliers, ils perçoivent la nécessité de pourvoir au recrutement de leurs pairs. Ce dilemme est commun aux doyens que nous avons rencontrés, ainsi que l'exprime l'un d'entre eux :

> *"(…) nous avons, nous, dans notre faculté, un objectif précis (…) . Au fond le choix qu'on doit faire c'est : doit-on former des médecins généralistes et bien les former ou doit-on au contraire adapter la maquette de*

façon à avoir le plus possible d'internes et de spécialités, et de spécialistes. Et déjà, si vous voulez faire l'option : j'ai une faculté où la plupart des étudiants peuvent préparer l'internat, passer le concours de l'internat, et réussir, et vous en enorgueillir d'un taux de réussite qui vous place au hit parade dans les journaux ou dans le cœur des étudiants, parce que il y a tant % de reçus à l'internat, c'est déjà un choix, (…). Si par contre, vous dites que l'internat est un épiphénomène que certains étudiants peuvent présenter mais que vous vous voulez fabriquer des médecins généralistes, des bons médecins généralistes et que vous n'en avez cure de nettoyer la quatrième année, le D4, pour qu'il n'y ait pas de cours pendant la préparation de l'internat et que vous allez faire des cours pour préparer des médecins généralistes, ça n'est plus du tout, du tout la même philosophie, d'abord au départ c'est quand même.. et ensuite ça n'est pas du tout la même pratique. Jusqu'à il y a quatre ou cinq ans, je ne suis pas sûr de la date mais c'est à peu près ça, cette faculté avait la réputation de faire des médecins généralistes hein, c'était l'option qui avait été faite, et d'ailleurs ceci avait pour conséquence d'avoir un assez faible taux de réussite à l'internat."

Encadré n°5

Comparaison dans la programmation de l'enseignement et ses modes de validation dans les trois facultés, sur deux promotions ancien et nouveau régime.

Nantes

	promotion 75	**promotion 84**
PCEM1	**concours et classement sur note globale**	**idem 75**
PCEM2	**note globale avec session de septembre et choix des stages sur classement**	**idem 75 avec un commencement de sémiologie et changement pour les choix de stages : tirage au sort**
DCEM1	**idem PCEM2**	**idem 75 avec deux certificats et possibilité d'anticipation des certificats** maladies infectieuses et parasitaires maladies de l'appareil locomoteur
DCEM2	**moyenne à chaque certificat sauf un :** maladies infectieuses et parasitaires maladies de l'appareil locomoteur hémato, cancéro, immuno appareil pleuro-pulmonaire appareil cardio-vasculaire	**idem 1975 sur 5 certificats :** hémato, cancéro, immuno appareil pleuro-pulmonaire appareil cardio-vasculaire néphrologie et urologie dermatologie et allergologie
DCEM3	**idem DCEM2 pour 5 autres certificats** appareil digestif et hépatologie néphrologie et urologie endocrino et métabolismes neurologie et psychiatrie dermatologie et allergologie	**idem 1975 sur 5 certificats :** appareil digestif et hépatologie endocrino et métabolismes neurologie et psychiatrie ORL, stomato, ophtalmo médecine préventive et sociale, économie médicale
DCEM4	**idem DCEM3 pour 5 autres certificats** gynéco-obstétrique ; pédiatrie ORL, stomato, ophtalmo méd.praticienne, thérapeutique, réanimation médecine sociale, du travail, économie médicale	**idem 1975 sur 2 certificats, passés en janvier :** gynéco-obstétrique pédiatrie CSCT (juin)
TCEM1	épreuves cliniques	

Marseille

	promotion 75	promotion 84
PCEM1	**concours et classement sur note globale**	**idem 75**
PCEM2	**note globale avec session de septembre**	**idem 75**
DCEM1	**idem PCEM2**	**idem 75**
DCEM2	**moyenne à chaque certificat sauf un :** appareil digestif appareil cardio-vasculaire appareil locomoteur hémato-immuno-cancéro appareil respiratoire	**moyenne générale dans l'ensemble des matières suivantes :** appareil digestif ; appareil cardio-vasculaire appareil locomoteur ; appareil respiratoire neurologie ; endocrinologie hématologie ; épreuves cliniques ; sport
DCEM3	**idem DCEM2 pour 5 autres certificats** maladies infectieuses gynécologie-obstétrique endocrinologie urologie neurologie	**moyenne aux matières suivantes :** maladies infectieuses ; pédiatrie gynécologie obstétrique ; santé publique médecine du travail et médecine légale psychiatrie ; urologie épreuves cliniques ; sport
DCEM4	**idem DCEM3 pour 5 autres certificats** pédiatrie médecine préventive et sociale, économie thérapeutique 1 & 2 pathologie complémentaire	**idem sur 4 matières :** pathologie complémentaire épreuves cliniques sport CSCT (juin)
TCEM1	épreuves cliniques	

Lariboisière

	promotion 75	promotion 84
PCEM1	**concours et classement sur note globale**	**idem 75**
PCEM2	**note globale avec session de septembre et choix des stages sur classement**	**idem 75**
DCEM1	**idem PCEM2**	**idem 75**
DCEM2	**moyenne générale avec au moins 8 à chacune des 7 matières* :** gastroentérologie ; néphrologie pneumologie ; traumatologie pathologie expérimentale parasitologie ; pharmacologie	**idem 1975** pour 8 matières :** gastroentérologie ; néphrologie pneumologie ; parasitologie stomato-ophtalmo-ORL médecine sociale ; pharmacologie maladies infectieuses
DCEM3	**idem DCEM2 dans 7 matières :** neurologie ; rhumatologie endocrinologie ; cardiologie pneumologie ; hématologie pharmacologie	**idem 1975 pour 9 matières :** neurologie ; pharmacologie psychiatrie enfants et adultes endocrinologie ; dermatologie neurologie ; cardiologie appareil locomoteur ; immunologie
DCEM4	**idem DCEM3 dans 7 matières :** pédiatrie ; psychiatrie enfants et adultes gynécologie-obstétrique ; toxicologie thérapeutique ; médecine légale médecine préventive-hygière	**idem 1975 pour 5 matières :** pédiatrie ; nutrition cancérologie ; thérapeutique gynécologie-obstétrique CSCT (juin)
TCEM1	épreuves cliniques	

* parfois, des étudiants sont passés avec moins de 8 sans qu'il ait été possible de savoir quelle pouvait être la règle alors appliquée.
** les possibilités de dette dans certaines matières ont été obtenues depuis quelques années par les étudiants.

II.B Le temps des études

La réforme de 1982 allongeait théoriquement le temps du troisième cycle, en particulier pour les médecins généralistes du fait du résidanat et pour les spécialités qui se faisaient auparavant en deux ans. Cet allongement a incité le législateur à placer le concours de l'internat à la fin du DCEM4 tout d'abord, puis au cours de cette année, afin de ne pas rajouter un an à un parcours déjà long, l'ancien concours se passant au cours de la septième année. En principe, ce dispositif ne devait pas modifier le nombre d'années passées dans les premier et second cycles, puisque l'organisation de ceux-ci n'était pas remise en cause.

En parcourant les dossiers des étudiants, nous avons été frappés par des évolutions très nettes dans la gestion des parcours. Les étudiants de l'ancien régime paraissaient "prendre leur temps", c'est-à-dire que les années défilaient sans trop de problème et, s'il y avait des redoublements, c'était visiblement, soit que l'étudiant peinait vraiment beaucoup dans ses études, soit qu'il se consacrait un peu trop à d'autres activités. Ceci se manifestait par des absences à l'examen ou de très mauvaises notes. Chez les étudiants du nouveau régime, la situation se présentait sous un autre jour. Ils étaient d'abord beaucoup plus nombreux à redoubler la première année, comme nous l'avons vu, du fait de la baisse du *NC*. Mais surtout, on percevait une plus grande pression : redoublements stratégiques en DCEM3 et surtout en DCEM4, jeux subtils d'anticipations et de dettes qui amenaient plus souvent les étudiants à passer des examens en septembre, autant d'éléments visibles sur des dossiers qui laissaient à penser que la gestion des temps n'était plus la même.

Les résultats statistiques nous confirment cet état de choses. En effet, outre le PCEM1, on constate que les étudiants mettent plus de temps à valider leurs deux premiers cycles dans le nouveau régime, et que cette tendance s'est accrue au fil des années. Ainsi, le temps moyen pour effectuer les deux premiers cycles des études est passé de 6,75 années pour la promotion 1973 à 7,62 années pour la promotion 1986. Mais cette évolution varie d'une faculté à l'autre, comme en témoigne le tableau ci-dessous :

Nombre moyen d'années passées dans les deux premiers cycles d'études

Promotion	1973	1975	1978	1980	1984	1986	ensemble	écart 73/75
Nantes	6,56	7	7,07	7,31	7,25	7,98	7,19	1,42
Marseille	6,93	6,79	6,98	7,06	7,31	7,55	7,10	0,63
Lariboisière	6,77	7,44	6,89	7,43	7,07	7,34	7,16	0,57
Ensemble	**6,75**	**7,08**	**6,98**	**7,27**	**7,21**	**7,62**	**7,15**	**0,87**

L'impact de la réforme sur l'allongement des études médicales ne se manifeste donc pas de la même manière selon les universités. C'est à Nantes qu'il est le plus fort, les stratégies de redoublement y étant très courantes. On assiste là à l'effet direct des politiques universitaires : le maintien le plus longtemps possible, sur Nantes, d'un enseignement de faculté distinct du programme de l'internat et de modes de validation stricts par certificats, conduisent les étudiants à doubler les dernières années second cycle. Sur l'ensemble des étudiants nouveau régime, seulement 57,4 % des étudiants nantais ont fait leur second cycle en 4 ans, alors que cela concerne respectivement 79,5 % des étudiants marseillais et 71,8 % des étudiants de Lariboisière. Ces redoublements s'effectuent surtout au niveau du DCEM4 : pour la promotion 1986, 89,3 % des étudiants de Marseille et 73,2 % des étudiants de Lariboisière n'avaient pas redoublé leur sixième année, alors que cela ne concernait que 52,8 % des étudiants nantais.

Autre indice de ce que les stratégies étudiantes dépendent étroitement des politiques adoptées par les universités : sur Nantes, un redoublement en DCEM4 augmente significativement les taux de réussite à l'internat. 50,8 % des candidats n'ayant pas redoublé leur sixième année sont reçus,

contre 58,3 % de ceux qui l'ont redoublé. Cet effet ne s'observe pas dans les deux autres facultés. Ceci illustre clairement ce que nous avons décrit ci-dessus : si le programme universitaire se rapproche le plus possible de celui de l'internat, les étudiants performants à l'université sont aussi ceux qui ont le plus de chances de réussir le concours. S'ils redoublent une année, c'est qu'ils sont "moins bons" au regard de cette unique référence. Les étudiants nantais doivent prouver leur performance sur deux terrains plus différenciés, ce qui explique qu'ils ont besoin de plus de temps pour bien se placer sur celui du concours.

L'organisation des enseignements a donc un effet direct sur la durée des études médicales et l'on voit que, lorsqu'une faculté essaie de rester au plus près possible de sa mission généraliste, elle pénalise les étudiants qui désirent se spécialiser, même si elle met en place un système d'anticipation des certificats afin de leur permettre de "gagner du temps". Les étudiants eux-mêmes se plaignent de ce système et se sentent défavorisés par rapport à leurs camarades. D'où, aujourd'hui, une forte tentation, chez les plus "avertis" de se faire transférer, après le PCEM1, dans une faculté parisienne.

Par ailleurs, on constate que les redoublements sont cumulatifs. Les probabilités de redoubler durant le deuxième cycle sont d'autant plus fortes que l'étudiant a redoublé son PCEM1, en particulier pour les dernières promotions.

Taux de non-redoublants en deuxième cycle selon le temps passé en PCEM1, par promotion, par faculté et par sexe

Tps en PCEM1	1 an	2 ans et +	écart
Ensemble	81 %	71,6 %	9,4 %
1973/1975	79,4 %	76,2 %	3,2 %
1984/1986.	76,2 %	61,6 %	14,6 %
Lariboisière	83,1 %	73,2 %	9,9 %
Marseille	86 %	80,3 %	5,7 %
Nantes	75 %	60 %	15 %
Hommes	81,1 %	68,9 %	12,1 %
Femmes	80,8 %	74,8 %	6 %

Lecture : 81 % des non redoublants et 71,6 % des redoublants en PCEM1 ne redoublent pas leur deuxième cycle (DCEM). Un redoublement en PCEM1 augmente de 9,4 % la probabilité de redoubler durant le deuxième cycle, pour l'ensemble de l'échantillon ; cette augmentation est de 3,2 % pour les promotions 73/75 et passe à 14,6 % pour les promotions 84/86.

Ce tableau montre que, pour les promotions les plus récentes, la probabilité de redoubler en second cycle est augmentée de 15 % si l'étudiant a redoublé son PCEM1. Cet effet est très faible pour les promotions de l'ancien régime, ce qui conduit à penser que le nouveau système a rajouté des obstacles, au-delà du simple effet du *NC*. On voit donc que les retards sont de plus en plus cumulatifs, ce qui renforce l'effet de course d'endurance. Nous verrons, dans le chapitre suivant, comment ces rythmes d'études influent sur le devenir des étudiants, puisque l'on se trouve là devant des retards en rapport avec l'échéance discriminante que représente le concours d'internat de spécialité. Mais l'on voit bien ici à quel point la première année marque l'ensemble des études, c'est celle où les méthodes d'apprentissage, l'endurance au travail, la résistance à la concurrence, contribuent à creuser durablement les écarts entre les étudiants.

II.C Aller en cours

Comme nous l'avons vu, l'année du PCEM1 est une année initiatique, mais nous l'avons surtout abordée à travers ses contraintes, l'apprentissage des méthodes de travail et l'ambiance concurrentielle qui y règne. Qu'en est-il ensuite, alors que les validations s'effectuent sous la forme d'examens qui ne sont pas censés classer les étudiants ? La fréquentation de l'université durant les cinq années suivantes contribue-t-elle à une socialisation professionnelle commune à l'ensemble du corps médical ?

Il existe plusieurs manières de fréquenter l'université, d'assister (ou non) aux cours, d'appartenir à des corpos, de prendre des responsabilités, qui contribuent à distinguer les étudiants entre eux. En ce sens l'enseignement a une place fondamentale dans la mesure où, pour reprendre les termes de l'analyse d'Isabelle Bazsanger autour de la question de l'acquisition de la valeur "responsabilité", "*les étudiants auraient moins à apprendre une valeur comme celle de la responsabilité qu'à apprendre à l'utiliser dans le cadre d'une pratique professionnelle. C'est plus au fonctionnement réel d'une profession, à ses pratiques et à sa hiérarchie qu'ils vont être confrontés - socialisés - qu'à des valeurs en soi*"[65].

La faculté de médecine constitue un des lieux de ce type d'acquisition. Nous l'étudierons à travers ce que les étudiants disent de leur fréquentation des cours et de ce qu'ils pensent de leurs enseignants et de leur pédagogie.

II.C.1 Une" désertion" des amphis ?

L'assistance aux cours fut l'une des questions de l'enquête. Si nous nous en tenions à ce qui est dit explicitement par les étudiants, nous garderions une image d'amphis déserts, où quelques étudiants chargés par la corpo de prendre les cours appuient sur les touches des magnétophones. Mais si l'on regarde en détail les récits des uns et des autres, la réalité paraît plus complexe. Tout d'abord, on peut noter une différence sexuée : les filles de la première génération (futures généralistes et spécialistes confondues) assistent plus aux cours que leurs camarades masculins. On peut avancer des hypothèses sur le côté "bonne élève", "scolaire" des filles à l'école, mais plus probablement s'exprime déjà, dès la première année, la nécessité pour ces jeunes femmes — qui s'exprimera sans détour dans leur fréquentation et leur usage des stages — d'être concrètement en relation avec l'institution hospitalo-universitaire.

Une autre différence apparaît *a posteriori*, à travers le mode d'exercice de nos interviewés. Tous ne nous ont pas parlé de leur fréquentation de l'université, mais chez ceux qui nous ont dit assister régulièrement aux cours, la plupart sont devenus généralistes (14 sur 21) et, chez les spécialistes, il s'agit surtout de femmes (5 sur 7).

Les très nombreuses façons de justifier une assiduité aux cours ne permettent pas de former de grandes catégories. Certains y vont parce qu'ils ont, disent-ils, une "mémoire auditive" ; d'autres privilégient les cours "intéressants" ; beaucoup suivent les cours des trois premières années et ensuite se contentent des polycopiés. Certains n'y vont pas parce qu'ils travaillent[66], d'autres parce qu'on n'y apprend pas ce qui est nécessaire pour réussir les examens, ce qui se traduit par "ça sert à rien".

> *"D'ailleurs c'est simple, si vous allez dans les amphi, 1° année, il est plein, 2° année, un peu moins et à partir de là…Bien entendu, on travaille tous sur polycops. Moi j'ai toujours préféré entendre parce que ma mémoire est plutôt auditive, mais bon, …*
> **Q : Donc vous vous y alliez?**
> *Moi j'avais tendance à y aller.*

---

[65] I. BASZANGER, "Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes", *Revue française de sociologie*, XXII, 1981, p. 227.

[66] Ce qui a valu à l'un d'entre eux demandant une dispense pour des TD la réponse suivante de son professeur : "on ne travaille pas quand on fait des études de médecine"

Q : Plus que les autres…
Plus que la majorité des gens, oui. On était un petit groupe, on y allait et puis en plus après on se retrouvait, on allait travailler ensemble"
(femme généraliste promotion 80)

Au-delà de ces raisons, ceux et celles qui assistent plus régulièrement aux cours savent qu'ils forment une minorité et, souvent, y trouvent là l'occasion de nouer des relations amicales. On trouve cela, par exemple, chez des étudiants d'origine populaire qui ont besoin de ce contact avec l'institution pour intégrer "le milieu". Ils font de même pour les stages. Mais on voit également que, chez les étudiants avertis des règles informelles du milieu, cette fréquentation n'est pas utile, sauf à prendre une place de responsabilité, par exemple dans la direction d'une corpo. S'opère alors un clivage entre ces étudiants et ceux qui se retrouvent dans d'autres lieux, pour suivre les conférences d'internat, d'où les différences de devenir des uns et des autres. Tout se passe comme si la formation des généralistes se passait à la faculté et celle des spécialistes "ailleurs". La "formation commune" serait-elle devenue la formation du "commun", par opposition à celle de l'élite ?

Ainsi, dans tous les cas de figure, ce n'est pas le fait d'aller ou non dans les amphis que les étudiants privilégient. Ce qui importe, c'est le type de relation qu'ainsi on entretient avec l'institution. Ceux qui ne vont jamais en cours disent souvent : "**on** n'y allait jamais". C'est le groupe lui-même qui se met en scène dans ce boycott. Pour ces étudiants, ne pas aller en cours ne signifie pas une exclusion, bien au contraire, c'est faire "comme tout le monde". De même, fonder une corpo parallèle parce que l'on conteste la corpo officielle peut être un signe de forte intégration au milieu.

Enfin, la faible fréquentation des facultés semble s'aggraver avec les années. L'impact d'un internat devenu obligatoire et mettant, cette fois, la quasi totalité des étudiants en concurrence, contribue à faire éclater un peu plus la formation commune : à chacun ses conférences (ses écuries, dit-on à Marseille), et l'on voit mal comment les universités pourraient récupérer un public dans ces conditions-là. Une des facultés que nous avons enquêtées mettait en place, depuis quelques années, des cours qui ressemblaient exactement à des conférences d'internat, en espérant ramener les étudiants dans ses murs. Nous ne pouvons pas savoir quel en fut l'impact réel, mais nous avons constaté que ce sont les stratégies inverses qui peuvent inciter les étudiants à fréquenter les cours. Ainsi, ce sont les étudiants nantais qui nous ont paru les plus assidus (ou les moins déserteurs...) aux cours, en particulier pour les enseignements qui se distinguaient des questions d'internat. La présence à la faculté représente moins une "perte de temps" lorsqu'elle permet de commencer à apprendre un contenu différent de celui qui s'acquiert lors de la préparation au concours. Parmi nos interviewés, les étudiants du nouveau régime semblaient moins assidus que ceux de l'ancien régime. Qu'il s'agisse d'une conséquence des pratiques pédagogiques ou de l'importance accrue des préparations à l'internat extérieures à la faculté, on voit que le primat du concours a contribué à affaiblir l'assiduité universitaire.

II.C.2 Un enseignement bradé ?

Les étudiants sont en majorité déçus des qualités pédagogiques des enseignants et des méthodes d'enseignement. C'est surtout la relation pédagogique plus que les contenus qui est mise en cause. Plus que la présence de "mauvais profs", c'est la dépréciation affichée dans laquelle sont tenus les enseignements théoriques qui décourage les étudiants. Enseignants de première année qui n'assurent pas leur service au moindre signe de dissipation dans les amphis, qui délèguent leur cours au dernier moment à des internes non préparés, qui relisent le même polycopié depuis des années, tous ces exemples montrent le peu de cas que la faculté fait de ce volet de son enseignement :

"Mais la faculté en amphithéâtre, je ne peux pas parler de maintenant. Mais à l'époque, ça ne servait à rien d'aller en cours parce que les profs et les profs agrégés envoyaient au dernier moment, nous on l'a fait pendant tout l'internat, l'interne du service pour aller faire un cours aux étudiants. C'est-à-dire qu'ils n'avaient aucune implication. La plupart d'entre eux n'avaient aucune implication avec leur charge,

pourtant essentielle, qui était celle d'être professeur à la faculté. Ils n'y allaient jamais. Au dernier moment, à deux heures moins le quart, on l'a vécu avec mes deux associés jusqu'à y'a encore pas longtemps, hein? À deux heures moins le quart, il disait : "Ecoute, j'ai quelque chose à faire, euh… Est-ce que tu veux pas aller faire le cours aux étudiants, c'est là-dessus. T'inquiètes pas, vas-y." Et le type partait sans préparer faire un cours aux étudiants."
(cardiologue, promotion 80)

Au sein de cette dépréciation générale des enseignants, les qualités pédagogiques de l'un deux sont immédiatement remarquables. Les étudiants, alors, sont près à venir au cours d'un professeur particulier parce que celui-ci retient leur intérêt et qu'ils ont l'impression d'apprendre vraiment quelque chose. Car la "désertion des amphis" n'est pas un *principe*, chez les étudiants en médecine, c'est une *habitude* que, souvent, les enseignants ne cherchent pas à modifier. Autant l'assistance aux cours ne met pas en cause la relation à l'institution, autant le peu de cas que les hospitaliers font de leur travail d'enseignant en début de cursus creuse le fossé entre la faculté et l'hôpital, ce dernier devenant le "vrai" lieu de l'apprentissage. Après le concours de l'internat, les étudiants ne voudront plus d'enseignements théoriques. Tout se passe comme si ces derniers n'avaient aucune "valeur", ce qui est d'ailleurs confirmé par la baisse des exigences de leur validation dans les facultés.

Encadré n°6

"Vous alliez en cours ?"

Les filles sont souvent plus nombreuses que les garçons à suivre les cours, et les généralistes hommes ou femmes se révèlent avoir été plus assidus à la faculté que les spécialistes. Les quatre extraits suivants illustrent les formes contrastées de réponse à cette question de l'assiduité. En fait, plus que la division sexuelle, il semble bien que ce soit les stratégies par rapport à la préparation du concours de l'internat qui influent les comportements quant à la fréquentation de la faculté, surtout pour les nouveaux régimes. Ceux qui suivaient les cours en parlent souvent assez longuement, légitimant leur pratique, ceux qui n'y allaient pas, quand ils précisent leurs réponses, disent que "ça ne servait à rien", que les cours étaient "mauvais", qu'il suffisait de travailler les polycops deux semaines avant l'examen.

Toujours

Homme généraliste nouveau régime, fils d'ouvrier, qui dès le début de ses études a pris ses distances avec le milieu médical et n'envisage pas de présenter l'internat

Q : Vous étiez assidu aux cours ?
Ah ! oui c'était une règle. Je prenais mon cours, je le recopiais. Je refaisais les notes. Mais je pouvais pas travailler sur un cours de la corpo.

Q : Vous les aviez
Oui oui je les ai pris. Ils me servaient un petit peu de bouche trou au cas où j'aurais eu un problème pendant le cours des choses comme ça. Mais ah oui ! c'était impératif. Même en première année il y avait des cours qui nous terrorisaient, c'était le cours de biochimie. Fallait y aller il y avait pas le choix. Il y avait des polycopiés. On pouvait les apprendre tels quels, c 'était une question bateau, mais si on n'allait pas en cours on pouvait pas. On pouvait pas répondre aux questions qui nous étaient posées si on apprenait bêtement le cours, il y avait toute une méthodologie derrière.

Q : Ça veut dire que ce cours-là était suivi
Ah ! Oui c'était bien ça le problème. Il fallait arriver pratiquement une heure à l'avance. Mais c'était des cours qui étaient excessivement importants, et c'était un coefficient lourd. Fallait pas passer à côté. Par rapport à d'autres cours comme l'anatomie ou alors là.... c'était bateau.

Q : Donc la suite se passe bien
Oui, je repique pas. Je passe en plus avec l'activité sportive, les voyages...

Q : Vous aviez d'autres activités associatives ou syndicales

Non à part faire partie de la corpo, initialement la corpo officielle et puis avec un groupe d'amis on a monté une corpo parallèle. Donc il y en avait qui étaient chargés de prendre les cours, et moi je m'occupais de faire les photocopies. Ca nous permettait toujours d'avoir un support à nos cours.

Femme cardiologue ancien régime, qui se décrit comme étudiante studieuse et sérieuse, bonne élève (bac à 16 ans). A fait un CES de cardiologie

Q : Après, vos études de médecine, est-ce que vous alliez régulièrement en cours, y compris dans les, années, DCEM2, DCEM3, DCEM4…

Ah ben moi j'allais tout le temps, moi j'allais à tous les cours. Les enseignements dirigés, les cours magistraux, oui. Oh oui ! en dehors peut-être de la sixième année, quelques cours où il y avait de la part du professeur des polycopiés très bien faits, bien mieux que ses cours, je crois que j'ai été vraiment à, dans toutes disciplines. J'ai pas tellement de souvenir de ne pas avoir été à des cours où… ou pris des notes en dehors.

Q : Vous faisiez partie d'une corpo ?

Oui on avait une corpo, enfin, j'en faisais pas partie hein, pour prendre les cours mais il y en avait une qui, après distribuait les polycops à la… je me rappelle plus comme elle s'appelait. m'enfin y'avait la fameuse corpo oui, et on achetait les polycops !

Q : Mais vous ne comptiez pas dessus seulement pour apprendre vos cours…

C'était un soutien pour pouvoir revoir éventuellement si j'avais loupé un petit passage ou mal pris un texte, alors par exemple ça pouvait aider. Bon quelques fois j'avais vraiment de la peine à prendre en notes correctement, donc je revoyais aussitôt le soir, mes cours, et souvent ça me permettait à distance de les reprendre une deuxième fois en corrigeant éventuellement réciproquement les deux, les deux, et le polycop et mon cours. C'était plus, une comparaison presque, je dirais.

Jamais

Q : Donc en fait, vous êtes arrivée en médecine. Est-ce qu'on peut parler de vos études un peu ? c'est-à-dire est-ce que vous alliez régulièrement en cours ou…

Jamais !
(Femme nouveau régime, biologiste hospitalier)

Q : Vous alliez aux cours ?
Jamais.
(Homme nouveau régime, cardiologue dans le privé)

III. Apprendre à l'hôpital

III.A Une formation sans valeur ?

Dès la deuxième année, les étudiants se rendent à l'hôpital en tant que stagiaires. À partir du DCEM3, ils deviennent "externes" et perçoivent une petite rémunération. Les maquettes de formation pratique ont peu changé ces dernières années, si ce n'est l'introduction récente d'un stage infirmier entre la première et la seconde année, mais qui ne concerne pas notre population.

La question de la place de l'enseignement pratique dans les études de médecine est récurrente dans les discussions sur la formation médicale. Les rédacteurs de la réforme de l'internat de spécialité craignaient que, à l'instar des candidats à l'ancien internat, les étudiants désinvestissent leurs stages hospitaliers pour consacrer un maximum de temps à la préparation du concours. Par ailleurs, toute tentative d'introduction d'une note de stage dans la validation des années se heurte à l'hostilité des représentants des étudiants et n'est pas très soutenue par les praticiens hospitaliers. La principale objection qui est avancée est le risque de "note de gueule". Les étudiants craignent que, si un des leurs a des problèmes relationnels avec un chef de service, celui-ci lui donne une mauvaise note et le pénalise pour la validation de son année. Une mauvaise appréciation en revanche, si elle n'obère pas la validation du stage lui-même, n'a aucune conséquence sur la suite du cursus.

Pour tenter de pallier les risques de désinvestissement de la formation hospitalière, en particulier au cours du second cycle, il a été introduit une pratique systématisée du livret de stage, conçu par chaque université et censé relater les acquis précis de l'étudiant et noter ses performances. Ce livret, tel que nous l'avons vu, est très différent d'une université à l'autre mais, surtout, les étudiants nous ont fait part de la négligence avec laquelle il était rempli par les praticiens hospitaliers. Cette formalisation ne semble pas suffire pour que l'étudiant soit sérieusement encadré dans les services.

Nous avons rencontré un exemple de validation des stages qui intervient dans les modalités de passage d'une année sur l'autre, d'une manière relativement informelle. Il s'agit d'un formulaire qui prévoit une triple validation du stage : 1/ validé mais ne mérite pas l'indulgence du jury ; 2/ validé ; 3/ validé et mérite l'indulgence du jury. Que signifient ces distinctions ? Nous avons constaté qu'elles pouvaient significativement influencer le jury lorsqu'il se trouvait devant un étudiant "limite". Ainsi, la première appréciation ne permettra aucune remontée des notes, même s'il lui manque très peu de points, alors que la troisième peut justifier des modifications à la hausse, parfois assez spectaculaires. Ceci alors que les matières dans lesquelles l'étudiant a été mauvais ne correspondent pas forcément à la discipline du stage. Cette forme de notation des stages, bien que marginale, montre que la "note de gueule" peut encore servir à quelque chose, mais que cela se déroule d'une manière très informelle.

On se trouve devant un paradoxe : les enseignants comme les étudiants semblent déplorer le faible intérêt accordé aux stages au vu de l'inexistence d'une véritable validation. Mais, en même temps, ils n'envisagent pas du tout la possibilité d'accorder à cette formation une place décisive pour l'obtention de chaque année. Il faut dire que, sur ce sujet, les pratiques sont pour le moins ambiguës : une année, un doyen de faculté a dispensé tous les étudiants de DCEM4 d'un semestre de stage, afin de leur donner du temps pour préparer l'internat. Dans certains hôpitaux, le primat accordé au concours place au second rang les stages hospitaliers. Il faut rappeler que les encadrants des stagiaires sont tous des anciens internes et qu'ils veulent, avant tout, pouvoir recruter leurs pairs dans leurs rangs. D'où une fonction ambiguë : comment exiger d'un étudiant une présence et un travail qui vont lui diminuer les chances de rejoindre le groupe ? En outre, même si cette pratique est désormais plus contrôlée, il était autrefois possible de vendre des gardes d'externes. Ainsi, certains étudiants financièrement aidés libéraient du temps pour préparer l'internat, lorsque d'autres trouvaient là le moyen de payer leurs études.

Au-delà de la question de la validation, il est intéressant de voir comment, dans chaque université, s'organise le choix des stages. Là, les pratiques sont très diverses et ont évolué dans le temps. Traditionnellement, le choix des stages se faisait en fonction du classement de l'année précédente. Ainsi, alors que les épreuves se déroulaient sous la forme d'examen, la concurrence n'était pas totalement exclue et le classement pouvait être décisif. La stratégie des meilleurs consistait alors à choisir des stages très formateurs en début d'externat et des stages exigeant peu de présence et pas de gardes à la fin s'ils voulaient préparer le concours d'internat. Cela aboutissait à un paradoxe qui faisait que les moins bon étudiants dans les matières théoriques étaient aussi ceux qui ne pouvaient jamais aller dans les meilleurs services et qui, ainsi, étaient les moins bien formés à la pratique.

Diverses solutions pouvaient être adoptées pour pallier cette inégalité de formation. On peut citer l'exemple de l'université de Nantes où le doyen a pris la décision de constituer les maquettes équilibrées pour chaque année et de faire choisir les étudiants par ordre alphabétique et non selon leur classement, la première lettre étant tiré au sort. Les étudiants ont alors craint des luttes internes influant le "tirage au sort". Devant ces suspicions, la technique adoptée fut la suivante : on constituait trois groupes alphabétiques à partir des listes d'étudiants et la première lettre était tirée tour à tour dans chacun de ces trois groupes. Ce système sophistiqué dénote les craintes des étudiants quant à l'impartialité de leurs pairs. Un témoignage recueilli dans une autre université nous a confirmé que, en l'absence de telles précautions, c'était, en effet, toujours les mêmes qui choisissaient en premier : le "tirage au sort" — opéré par les représentants des étudiants — n'était pas toujours aussi aléatoire qu'il n'y paraissait…

Ces exemples ne sont pas qu'anecdotiques : ils montrent la manière dont les craintes de favoritisme et de concurrence sont résolues. Jamais, on n'envisage de lutter contre l'objet de la crainte, par exemple en imposant des règles claires dans le tirage au sort. Tout se passe comme s'il était admis que personne ne pouvait vraiment faire confiance à personne. Un système qui repose sur un classement des notes paraît toujours plus juste qu'un système qui cherche l'équilibre des formations. L'obsession de l'anonymat aboutit parfois à des procédures qui privilégient la forme au détriment du contenu. Les solutions n'aboutissent pas à la suppression des "passe-droits" mais à une opacification du système qui ne les font plus apparaître.

La formation pratique semble donc être le parent pauvre de la formation médicale du deuxième cycle. Elle n'intervient, de toutes les études, jamais comme élément d'évaluation du futur médecin. La validation des gestes acquis figurant sur les livrets de stages, si elle procède d'une réelle volonté de contrôle des apprentissages pratiques, dépend en fait de la qualité d'un encadrement qui est très variable selon les services et le souci pédagogique des internes et praticiens hospitaliers. L'ancien régime avait conservé une épreuve "au lit du malade", avec les examens cliniques de fin de DCEM4. Le CSCT, qui le remplace, est uniquement théorique. L'étudiant en médecine n'est donc plus évalué sur sa pratique clinique ni sur sa capacité à appliquer un enseignement théorique dans le cadre d'une relation avec un malade. Rien ne permet non plus de contrôler sa maîtrise de certains gestes de base, voire le respect de règles simples, comme celles de l'asepsie. Un défaut dans la formation médicale que certains de nos interviewés n'hésitent pas à comparer à la formation des infirmières.

Certains projets actuels cherchent à modifier les pratiques pédagogiques des facultés pour mettre en place des modules intégrés d'enseignement. Le principe est de combiner un enseignement théorique dans un domaine et un stage pratique dans le même domaine, en privilégiant une pédagogie appliquée. L'aspect novateur de ces modules passe cependant sous silence la question du contrôle des acquis et il faut s'interroger sur la place que l'on peut donner à un enseignement pratique, dans un contexte de forte concurrence entre les étudiants, dès lors que celui-ci n'est sanctionné par aucune épreuve validante.

III.B Aller en stage

III.B.1 Découvrir

La rencontre avec l'hôpital est un moment très attendu par tous les étudiants. Pour certains c'est un moment exaltant qui met en acte leur toute jeune légitimité de médecin, pour d'autres ce sera un choc plus profond. Dans tous les cas ce premier contact est un moment essentiel du cursus à deux niveaux, celui du symbolique et celui de la réalité.

Le niveau du symbolique

Pour beaucoup d'étudiants, avec la réussite au PCEM1, rentrer dans l'hôpital signifie réellement prendre possession d'un monde. Elle concrétise le début de l'accès au statut. Ceci s'exprime au cours des entretiens par des formules comme celles-ci : "on a déjà un pied dans l'hôpital", "on est passé de l'autre côté de la porte". Ces expressions marquent bien la rupture que représente l'hôpital par rapport au monde extérieur. L'hôpital met en scène spatialement la fracture institutionnelle entre ceux qui seront médecins et les autres. C'est un lieu qui ferme et qui enferme. On ne travaille pas à l'hôpital mais "dans " l'hôpital. L'entrée dans les services, la rencontre avec les malades, les premières impressions des stages pratiques sont des moments dont se souviennent tous les médecins. C'est pourquoi tous les signes qui soulignent l'appartenance à ce monde sont extrêmement valorisés dans un premier temps. Les instruments de la fonction comme le stéthoscope ainsi que la blouse blanche deviennent les signes indéfectibles d'appartenance à ce monde nouveau. Cependant ils n'en sont que les signes. Et le généraliste ancien régime qui parle ici, fils d'ouvrier, décrit bien la difficulté de se positionner entre le niveau symbolique et la réalité :

> *"C'est spécial hein de voir les gens malades et de se présenter comme... entre guillemets, médecin. Mais t'es pas médecin, ils savaient qu'on était pas médecins à l'époque, mais quand même y'avait la blouse blanche etc... C'est ... c'est un petit peu perturbant, je crois qu'il faut être costaud dans sa tête pour faire ce genre de truc-là, parce que... parce que on voit de tout quoi, on voit des gens malades, des vieux malades. Il y a, je me rappelle, j'étais dans un service d'hématologie à l'époque où il y avait beaucoup d'enfants qui avaient des cancers quoi, des cancers du sang... Et je me disais que celui qui est pas costaud je crois que il peut changer de branche hein (rires)!"*

Le niveau de la réalité

Un des aspects de l'attente très forte vis-à-vis des stages pratiques est la rencontre avec le malade. Les expressions qui la désignent soulignent l'importance de l'enjeu pour les étudiants. On va pouvoir "toucher du malade, "bouffer du malade". Ce sont les stages de deuxième année qui seront le lieu privilégié de cette rencontre. Celle-ci est un choc de manière générale, mais ce qui est important c'est qu'elle se situe à un moment particulier du cursus : après le trop plein de cours "scolaires", de travail "sans intérêt", indigeste et le stress des examens qu'est la première année. C'est sans doute pour cette raison que les étudiants placent le premier contact avec l'hôpital sous le signe de la rencontre avec le réel, l'apprentissage de la pratique et de la technique, la découverte du malade et aussi du médecin lui-même. C'est peut-être trop attendre d'un premier contact, surtout lorsque ce dernier met de plain-pied les étudiants en relation avec la dure réalité de la maladie et de la déchéance physique :

> *"Les stages de deuxième année, c'est le premier contact qu'on a avec l'hôpital. Le premier jour où on est arrivé en stage, moi j'étais en néphrologie, j'ai été terrorisée par ce que j'ai vu ! j'ai vu des gens en pyjama dans les lits n'importe comment, les draps froissés, les gens qui penchaient partout. Par bonheur le patron nous a dit : écoutez aujourd'hui je n'ai pas le temps de vous recevoir, revenez mercredi. Oh ! j'étais mais heureuse ! Je me disais : mais, je pourrais jamais faire ça ! je, ça doit être que je suis pas faite pour l'hôpital. On débarque dans un monde qu'on ne connaît pas : ah ! et j'en garde un souvenir, mais, j'avais peur ! (femme nouveau régime, généraliste)*

III.B.2 Manquer

Ce qui est décrit ici c'est non seulement la solitude de l'étudiant devant le malade, mais aussi sa non prise en charge par l'institution. Car la rencontre avec le malade n'est pas la rencontre avec la maladie et demanderait une formation spécifique, que certains médecins appellent de leur vœux lorsqu'ils regrettent qu'il n'y ait pas de cours de psychologie par exemple. Ce ne sont pas les lacunes dans les contenus des enseignements qui sont les plus significatives, mais plutôt les **manques** pointés par les étudiants dans la constitution et l'organisation même de la formation pratique. On peut recenser trois manques fondamentaux quant aux stages hospitaliers.

Manque de considération

En dépit de la blouse blanche et du stéthoscope, symboles d'une fonction qu'ils n'exercent pas encore, les étudiants savent bien qu'ils sont des novices. Pour eux, ce n'est pas seulement la rencontre avec l'hôpital qui est en jeu, mais aussi la confrontation avec leurs aînés "initiés". Les récits ne manquent pas de descriptions de stages où l'étudiant, non seulement n'a rien à faire, mais ne sait littéralement pas où se mettre. Son seul avantage par rapport aux stages d'externat qu'il suivra plus tard, c'est qu'il est si inexistant qu'il n'est même pas méprisé, au contraire des externes qui sont considérés comme les "larbins du service", les "esclaves", les "laissés pour comptes", les "moins que rien" et ce autant de la part des internes que des praticiens hospitaliers. Ce sont d'ailleurs en majorité les étudiants d'origine ouvrière ou des classes moyennes qui semblent les plus sensibles à cette forme d'ostracisme et de dévalorisation. Ainsi s'exprime un fils d'ouvrier espagnol nouveau régime : "*lorsqu'on est externe, c'est-à-dire dès la troisième année en fait alors là on est quasiment larbins, vous faites les papiers...Vous dérangez si vous essayez d'apprendre, on vous utilise quoi !*". Et cette autre, généraliste libérale, fille d'institutrice et de cadre moyen : "*le seul moyen de mieux préparer les généralistes ce serait de revaloriser le travail d'externe à l'hôpital : aucune responsabilité, aucune valorisation*".

Manque de responsabilité

Ce manque va, bien entendu, de pair avec le précédent. Mais ce qu'il faut souligner ici c'est que l'absence de responsabilité instaure une telle distance entre l'étudiant et le malade qu'il rend le stage quasi inconciliable avec l'apprentissage clinique. L'apprentissage de la responsabilité et de l'autonomie semble se faire de manière trop brutale. Un médecin fait un parallèle très judicieux entre la formation des infirmières et celle des médecins soulignant le fait que dans la formation d'infirmière il y a une progression de la prise de responsabilité qui ne se trouve pas dans "l'apprentissage" du médecin. Pour ces derniers "on passe de rien à tout" de "aucune responsabilité à totale responsabilité" (en internat ou résidanat). L'accès à l'autonomie semble un pas très important de l'apprentissage clinique comme l'indiquent les extraits d'entretiens suivants :

> *"La seule chose qui m'a relié à la médecine si vous voulez c'était les responsabilités, c'était les urgences, c'était les moments où on était lâchés tout seul pendant les gardes, ou les moments où on avait des contacts avec les patients, mais tout le reste, tout ce système très, très dur des visites, de la hiérarchie hospitalière, de la folie des médecins parce que faut le dire quand même cette folie de, de, d'emprise, euh pour moi c'était insupportable, c'était invivable."*
> *(généraliste ancien régime qualifié psychiatre)*

> *"On progresse et on apprend le métier, même si ce n'est pas très rassurant au départ parce que peut-être qu'on est pas très expérimenté., mais il faut que l'encadrement soit là. Mais, en fait, un encadrement qui soit là, mais qui soit assez souple. On apprend réellement à essayer de soigner des gens que quand on a des responsabilités. Mais je crois qu'on apprend réellement quand on va commencer à porter un diagnostic bien sûr, mais surtout également à prescrire. Je veux dire que ça commence à engager notre responsabilité."*
> *(psychiatre libérale, ancien régime)*

Manque d'encadrement

Ce manque découle lui aussi des deux précédents. À compter du moment où l'externe n'est pas pris en considération et qu'on ne lui confie que des tâches subalternes, point n'est besoin de l'encadrer.

> *"Au niveau des stages, et ben, y'a des stages qui valent rien! Rien du tout. Alors je pense qu'il y a une grosse, grosse partie qui vient de l'étudiant lui-même. Vous avez envie ou pas. On le sait de bouche à oreille quels sont les stages où on travaille, ceux où on travaille pas, ceux où le patron est bien , ceux où le patron est chiant. Y'en a très peu qui font l'effort d'avoir quelqu'un pour vous encadrer. On n'est pas au Canada malheureusement. Au Canada, quand vous arrivez et que vous ne savez rien vous avez quelqu'un de plus âgé que vous qui va venir, qui va vous encadrer, qui va regarder les radios avec vous. On n'a pas ça en France, c'est un peu léger ".*
> *(femme généraliste)*

Il n'est pas utile ici de décrire toutes les situations qui déclinent ce thème (elles sont nombreuses dans les entretiens), le comble étant atteint lorsque l'étudiant devient carrément un "gêneur" dans le service. Il est plus intéressant de voir comment les étudiants pallient à leur manière ces manques, notamment en se responsabilisant eux-mêmes dans leur formation.

III.B.3. S'auto-former

S'il est un leitmotiv qui traverse tous les récits décrivant ces manques, c'est celui de la nécessité de sa propre prise en charge, que l'on pourrait traduire par le terme d'auto formation et qui se retrouve dans ces expressions récurrentes : "*il y a une grosse partie qui vient de l'étudiant lui-même, vous avez envie ou pas*" ; "*les stages n'avaient d'importance que par l'activité que nous-mêmes on y mettait*" ; "*faut pas se laisser faire, il faut avoir la volonté de travailler*".

Il y a ici une très grande différence entre les étudiants dans leur rapport aux stages, liée à l'objectif qu'ils se sont fixé. Si l'étudiant veut "apprendre" la clinique, l'apprendre sous toutes ses formes, c'est-à-dire à la fois les différentes formes de diagnostic et les gestes techniques, alors il lui faut s'en charger lui-même : par le choix de stages réputés formateurs, le choix de patrons reconnus intéressants, par le contact avec ceux qui "savent" déjà, mais que leur place dans la hiérarchie permet de côtoyer plus facilement, à savoir les infirmières. Les généralistes nous disent souvent que c'est avec elles qu'ils ont appris à faire des piqûres, des bandages, les soins. Enfin, par le passage aux urgences qui est reconnu comme le stage formateur par excellence, celui où l'on peut tout voir et tout apprendre, le seul qui permette d'exercer quelques responsabilités et qui enseigne les gestes techniques de base. Ce stage prend une place très particulière dans le cursus des étudiants : ou bien il fait partie de sa carte de stage, ou l'étudiant s'y rend de lui-même pour parfaire sa formation :

> *"Aux urgences, c'était troisième année de médecine, dès le D1, j'allais aux urgences ou le soir ou le matin. J'allais, je ne sais pas si ça se fait encore, pour apprendre à piquer. J'allais dans le service d'endocrino pour apprendre à faire des prélèvements et des prises de sang. J'allais avec les infirmières le matin à six heures, pour apprendre à piquer et à faire des prélèvements et puis j'allais de moi-même aussi aux urgences, avec les externes pour apprendre à faire des sutures, parce qu'après on avait pas le temps. Quand on arrivait dans le service fallait être opérationnel, personne nous montrait, donc là si on prenait pas de notre propre chef la décision d'aller voir comment ça se passait."*
> *(généraliste, ancien régime).*

C'est donc l'étudiant lui-même qui oriente sa formation. S'il a le projet de passer l'internat, il repousse le moment de cet apprentissage aux stages d'interne et, dans ce cas, il va essayer de faire de ses stages pratiques des formalités vites réglées (stages "bidons", ventes de gardes, stages où peu de présence est exigée et même stages validés sans présence). Les médecins que nous avons rencontrés soulignent bien que le corollaire de cet état de choses est que, si l'étudiant qui choisit cette option rate le concours, sa formation du futur généraliste a été incomplète, tant en ce qui concerne le contact avec le malade que l'apprentissage clinique. Un des doyens que nous avons interviewés exprime cela on ne peut plus clairement *: "la formation initiale a été torpillée par cette réforme*".

Si l'étudiant veut être généraliste, il doit deviner ce qui lui sera utile dans son métier et se prendre en main pour acquérir au mieux les savoirs tant techniques que théoriques. Il va, alors, essayer de faire de ses stages pratiques les temps les plus formateurs de son apprentissage.

On retrouve les mêmes discours et les mêmes descriptions concernant les stages d'externat. Tout se passe comme si l'externe pouvait se choisir sa propre "carte de stage". Il s'agit bien d'une formation à la carte en fonction de ses objectifs personnels. Celui qui veut être spécialiste va mettre tous les atouts dans son jeu en consacrant l'essentiel de son temps de formation à la préparation de l'internat. L'étudiant qui a le projet d'être généraliste va "passer sa vie à l'hôpital", il va être un "très bon externe", choisir les stages formateurs où l'encadrement est réputé. Et ceci, parfois, au détriment de la formation théorique : "*J'étais un très mauvais étudiant sur le papier, mais un très bon externe à l'hôpital. Je passais tous mes après-midi à l'hôpital*" *(généraliste nouveau régime).*

Sur ce sujet, les discours diffèrent très peu entre les étudiants de l'ancien régime et ceux du nouveau régime. Il semble que la formation pratique n'ait pas été significativement améliorée par la réforme. Tout au plus peut-on souligner que les stratégies deviennent plus pointues et les attitudes plus tranchées. Le manque de considération, d'encadrement, de responsabilisation a pour conséquence un plus grand désarroi des étudiants qui veulent se former réellement à la clinique. Comme le dit une femme généraliste d'ancien régime : "*on apprend sur le tas, on apprend un peu à ses dépends*". Cela s'applique tout autant aux étudiants d'après la réforme.

III.B.4. Etre formé

Le modèle du compagnonnage

Lorsque l'on regarde de près ce que les étudiants entendent par stages formateurs, on se rend compte que, la plupart du temps, ce sont des stages où la rencontre s'est faite avec un médecin, chef de service, parfois un interne. Comme le dit un médecin psychiatre, tout savoir est un savoir de transfert[67]. Ce qui fait que la position des médecins est ambiguë concernant le mandarinat. D'une part, il est rejeté en tant que pouvoir excessif de quelques uns et, d'autre part il est recherché comme figure suscitant l'admiration et permettant une identification positive, décisive pour les choix ultérieurs. En fait, les médecins interviewés insistent beaucoup sur ces mécanismes, illustrant le propos de P. Legendre : "*une transmission ne se fonde pas sur un contenu mais avant tout sur l'acte de transmettre*"[68]. Ce qui importe, c'est de voir à l'œuvre ces grands patrons et c'est à travers leurs gestes que se passe le savoir faire et le savoir être. Il n'est pas anodin que de nombreux médecins aient comme référence principale d'enseignement le compagnonnage. Il est d'ailleurs intéressant de voir que celui qui en parle le plus longuement est un chirurgien[69] . Un pédiatre hospitalier va plus loin et dit très bien comment ce type de formation peut ne pas être seulement technique :

---

[67] "*Le savoir c'est toujours un savoir de transfert, c'est-à-dire qu'il y a une figure euh… une figure humaine qui est une figure de transfert, qu'on appelle le maître en médecine. Le maître de médecine en quelque sorte, où ça je veux dire, depuis Hippocrate ça fonctionne comme ça et qui, à travers lui, quelque chose du désir passe…(psychiatre en hôpital, nouveau régime).*

[68] P. LEGENDRE, *Leçons IV, L'inestimable objet de la transmission,* Paris, Fayard, 1985, p.50, cité par L. KUCZYNSKI : "Fidélité et liberté. Transmission du savoir chez les marabouts de Paris", *Ethnologie française*, Envers et revers de la transmission, 2000/3, juillet-septembre.

[69]"*J'aime bien en chirurgie le côté qui reste un petit peu compagnonnage, c'est-à-dire que, y'a un esprit artisanal un petit peu dans la chirurgie, qui se maintient, ce que ne connaissent pas des spécialités un peu nouvelles techniquement, comme la cardiologie, la gastro-entérologie où ce sont des techniciens, comme on l'entend d'un informaticien. Alors que le chirurgien a gardé le côté un petit peu artisanal avec une histoire et un passé, de compagnonnage, c'est à dire que, on a vraiment un travail de compagnonnage, on tombe toujours sur un aîné qui vous prend un petit peu pour l'apprenti, avec qui on sympathise plus, forcément, avec qui on a des atomes crochus et qui vous prend un petit peu pour l'apprenti comme, je sais pas certains apprentis pour graver des pierres ou… y'a plus un côté artisan et c'est vrai qu'on retrouve beaucoup beaucoup cet esprit dans la chirurgie."(chirurgien, nouveau régime)*

"Dans la mesure ou la formation médicale est une formation pratique avec des bases théoriques et je dirais que pour moi le modèle de formation médicale c'est le compagnonnage. Mais ça vient pas de moi hein. C'est une notion qui est en train de revenir. Et je trouve que la formation dans le cadre du compagnonnage c'est une formation pratique au lit du malade et c'est comme ça qu'à mon avis on arrive à faire des bons médecins. J'ai l'impression qu'il y a des gens qui savent énormément de choses, qui sont pas forcément des bons médecins, parce que il y a un côté relationnel qui est très très important, un côté abord du malade qui est très très important et déjà il y a des mauvais médecins qui savent rien c'est sûr. Il y a le problème de l'importance du savoir mais aussi le problème de l'enseignement de la relation humaine, de l'aide qu'on peut apporter aux gens, et je dirais de l'amour de ça."
(pédiatre hospitalier, nouveau régime)

C'est donc par la transmission de l'acte en tant que tel que peut passer le savoir technique en même temps que l'apprentissage de la relation au malade. S'ils ne passent pas leur temps à classer ou à remplir des dossiers, les externes suivent à quinze la "visite" derrière un patron pressé, sans rien voir de la maladie et encore moins du malade. C'est un patron qu'elle admirait qui a fait prendre conscience à une ancienne externe de l'importance de considérer le malade, de "regarder ce qu'il y a sur sa table de nuit".

"Ouais ouais, je dis toujours j'ai des parents spirituels, plein, plein, ça a commencé quand j'étais externe en chirurgie, surtout probablement dans une certaine approche du métier quoi, des malades, oh oui j'en ai eu plein de patrons comme ça qui étaient des gens qui étaient des modèles pour moi, un patron d'endocrino, un patron de chirurgie, une femme patron de chirurgie, une femme remarquable, euh mon dernier patron qui était un type un peu fou, mais qui m'a appris vraiment plein de trucs, non bien sûr je trouve que c'est des personnalités importantes, même des chefs de clinique d'ailleurs quand j'étais interne, ben oui moi je trouve que on marche beaucoup par compagnonnage quand même, c'est quand même comme ça qu'on apprend notre métier".
(Gynécologue-obstétricienne libérale, nouveau régime)

L'apprentissage ne peut qu'être double, à la fois du métier et du malade, de l'ordre de la maïeutique et non pas seulement théorique. En fait, les récits qui sont les plus fréquents racontent plutôt le manque de considération, les humiliations auxquels sont soumis les étudiants à l'hôpital[70]. Le meilleur enseignement serait sans nul doute de relier la parole à l'acte, car ainsi que le démontre Malinowski, le langage lui-même est un acte *: "Chacun de nous peut constater par expérience que dans notre culture, le langage retrouve souvent son caractère foncièrement pragmatique; quelle que soit la situation — manipulation technique, activité sportive, expérience de laboratoire, simple travail manuel où l'on s'aide de la voix et du geste — les mots échangés n'ont pas pour fonction première de transmettre la pensée mais d'unifier le travail et de coordonner les activités des mains et du corps. les mots participent de l'action et sont autant d'actions"*[71].

III.B.5 "On nous donne pas les clés de la clinique"

En conclusion, il faudrait insister sur le fait que tous les étudiants, quel que soit leur choix de discipline et d'exercice et quelle que soit leur place actuelle dans le dispositif d'enseignement, estiment qu'il y a une véritable réforme à faire concernant l'enseignement pratique à l'hôpital. Pour tous, le passage à l'hôpital — une déception pour quelques uns, pour d'autres une révélation— est un moment clé de leur formation, un moment central, incontournable. Même les étudiants qui gagnent du temps pour la préparation du concours en faisant des stages "bidons" ne s'en vantent pas. Dans les entretiens, ce sont souvent "les autres" qui les pratiquaient. Il n'y a aucune fierté dans le fait d'avoir saboté ses stages. Pour les reçus au concours, c'est après l'internat que les choses sérieuses commencent et l'on assiste à l'inversion des priorités. Les stages deviennent le noyau de la formation des internes, et sont d'ailleurs décrits de manière toute autre, beaucoup plus positive, très formateurs. La difficulté pour la faculté est alors de ramener les internes sur les bancs des salles de cours car ils sont dans l'indigestion de la théorie et dans l'appétence de la pratique. Nous voudrions

---

[70] *"Moi je me suis vue arriver en chirurgie et avoir le patron qui me regardait de la tête aux pieds et en disant : "C'est ça qu'on m'a donné pour ce stage? !" Merci, pour le ça! …(rires)… Bon…". (Femme généraliste libérale, nouveau régime)*
[71] B. MALINOWSKI, *Les jardins de corail,* Maspero, 1974, p. 243.

revenir à ce propos sur le modèle du compagnonnage. Cette forme d'apprentissage permet, à travers la relation pédagogique, de confronter la théorie à la pratique sans concurrence entre ces deux modes de connaissance. La déception autour des stages résulte peut-être du manque d'encadrement (réel) que cette séparation instaure d'emblée dans les études de médecine entre théorie et pratique. Les premières années d'apprentissage, consacrées à la théorie, avec des stages non encadrés ne font qu'exacerber le désir de pratique, de "bouffer du malade", lequel ne sera enfin satisfait que par le résidanat ou l'internat.

Tout se passe comme s'il y avait discontinuité entre les connaissances acquises et leurs applications pratiques, ce qui dessine un étrange canevas de la formation médicale, non seulement pleine de trous et de manques, mais curieusement fragmentée, brisée. Un médecin illustre ce propos par la figure du puzzle :

> ***Q : Que pensez-vous de ces années d'études générales ?***
> *"Je pense que c'est utile, je pense que c'est utile parce que quand on est dedans on apprend des tas de choses, c'est curieusement fait d'ailleurs parce que d'emblée on commence un chapitre et puis personne ne vous explique rien avant et des fois on apprend des choses qu'on comprend pas et puis petit à petit les choses s'organisent. En fait c'est une culture qu'on apprend c'est les éléments d'un puzzle qu'on apprend, pour moi ça s'est passé comme ça, le premier stage d'intérêt général, j'avais pas l'impression de faire grand chose puis tout s'est organisé, tout ce que j'ai appris, vraiment et le passage de l'internat a été très formateur parce que ça m'a permis de donner une cohésion à tout ce savoir un peu épars."*
> *(anesthésiste, nouveau régime)*

C'est un anesthésiste qui parle ici. C'est-à-dire quelqu'un qui a eu 4 ans d'internat de spécialité derrière lui. Mais que peut dire le généraliste qui n'a que deux ans de résidanat pour se "rattraper" s'il a manqué sa formation pratique ? L'entretien suivant montre bien la nécessité de lier la théorie et la pratique, et ce tout au long de la formation, dès les premiers stages d'étudiants.

> *"La médecine, c'est très pratique en fait. Il faut, c'est ça, le problème c'est qu'il faut avoir les connaissances, parce qu'effectivement on ne trouve que ce qu'on cherche. Dans une pathologie, si on ne connaît rien, eh bien on va rien trouver ! Mais il faut aussi, là-dedans avoir, c'est ça qui nous manque, ce maillon-là nous manque. On nous remplit la tête avec des choses, ma foi c'est pas mal, bon, on aurait des choses à dire sur la manière dont ça fonctionne, mais, mais on nous donne pas les moyens de nous en servir. Et dans les services, et à mon avis plus ça va pire c'est, on nous donne pas la clé de la clinique. On nous apprend de la théorie mais on nous apprend pas la clinique. Et j'ai eu la chance de, en deuxième année mon premier stage c'était en néphro, comment il s'appelait ce vieux néphrologue là, qui était dépassé à la fin mais, le premier stage il nous a dit bon : les pathologies tout ça vous aurez le temps d'apprendre. Venez avec moi vous allez ausculter un cœur normal, prendre une tension… examiner un malade. Voilà ce qu'il faut apprendre aux gens."*
> *(femme généraliste, nouveau régime)*

Ce qui est dit ici de très important par ce médecin c'est la relation particulière qui doit s'instaurer entre les enseignements théoriques et pratiques, lesquels de fait se trouvent souvent séparés et même opposés. La question qui est posée ici n'est pas seulement celle de la relation d'enseignement, de la parole qui enseigne le geste, mais aussi une question très pragmatique portée par la notion d'utilité : "on ne nous donne pas les moyens de nous en servir". Ce problème est très justement souligné par un doyen : "*Il faut sortir des cours magistraux, il faut faire des stages intégrés, il faut apprendre la médecine de façon beaucoup plus vivante, beaucoup plus vivante. Il faut arrêter...en dehors de la base de données, il faut que les facultés soient là pour que l'étudiant puisse se servir de son savoir*". On ne pourrait mieux réconcilier la faculté et l'hôpital.

Encadré n°7

"Il faut avoir envie..."

Le généraliste, qui décrit ici son parcours dans les stages, n'est pas un "héritier" du milieu médical. C'est un fils d'ingénieur, qui a hésité quelque peu sur la voie qu'il emprunterait. Il est assez technicien et aime le côté manuel, pratique de la médecine. Appartenant à la promotion charnière de 1980, quand il s'inscrit en PCEM1, il pouvait

encore envisager de faire un CES. Il avait alors pensé faire anesthésie-réanimation. Quand la réforme le rattrape, il s'inscrit à l'internat pour, comme il le dit, "voir comment ça se passe". Mais il n'a pas voulu faire cet investissement ni en temps ni en travail "pour être sélectionné sur des questions plus ou moins idiotes". Il n'a pas voulu non plus prendre le risque de se retrouver avec une spécialité non désirée comme la "dermato, ou n'importe quoi en fonction du classement". En conséquence il choisit la médecine générale, qui est pour lui une médecine de terrain. À partir de ce choix, il va se former en conséquence, notamment avec les stages. Cet entretien illustre deux aspect de la formation pratique : l'importance de la relation pédagogique avec les encadrants, qu'ils soient praticiens hospitaliers ou internes et la nécessité d'avoir une attitude volontariste pour se former soi-même.

Q : et les stages d'externes ?
Ah les stages d'externes !. J'ai fait un stage en traumato qui n'a pas eu lieu parce que on a carrément été jetés. On servait à rien donc on nous a dit c'est pas la peine de venir.

Q : c'était validé quand même ?
Ouais ca a été validé mais (rires)…il y avait trop de monde avec les internes, les chefs de cliniques, donc on nous a fait gentiment comprendre qu'on était de trop. C'était à l'époque chez Y à S. et...on n'y allait pas. On n'y allait pas parce que .on gênait. Ils voulaient pas de nous au bloc, alors dans un service d'orthopédie si on n'assiste pas aux interventions...faire la visite pour voir les radios autant dans ce cas là.....

Q : vous avez un petit peu de mal à vous souvenir des stages que vous avez fait, c'est qu'ils n'étaient pas très formateurs ?
Ah si si j'ai fait des stages formateurs, j'ai fait des stages en pédiatrie, j'ai fait des stages en médecine générale à l'hôpital B.. À l'époque où il y avait le docteur P. qui était cardiologue et B. qui était gastro. Là c'était un stage très formateur. C'était en sixième année..ou cinquième année, en D4, non en D3 et là en trois mois de stage j'ai beaucoup plus appris qu'en médecine interne chez R., stage que j'ai fait après où j'ai fait de la paperasse pendant trois ou quatre mois. Autant j'étais passé comme étudiant en D.2 ou en D.1, je sais plus, chez H. qui était à S., où là on faisait des actes techniques, on faisait des ponctions, on faisait, ..on examinait les patients avec les externes, on avait une responsabilité même en tant qu'étudiant en médecine on était pas encore externe, autant en tant qu'externe on était très mal considérés, on était les larbins du service. Et moi j'avais choisi ce stage là-justement en tant qu'externe puisque j'étais passé en tant qu'étudiant et je me rappelait comment c'était à S., quand j'ai vu ce à quoi on servait.... Aucune formation, il y avait une très forte discordance entre les cours que nous faisait R., où il nous disait qu'en médecine interne on devait réfléchir, examiner le patient et ensuite demander des examens complémentaires, dans le service. Le patient était là, adressé par le médecin traitant il passait à la visite, on scannait, on faisait des croix sur une liste d'examens complémentaires. On dépouillait les examens complémentaires et à ce moment-là on regardait le patient. Non, ce stage-là, autant il y a des gens qui vous diront qu'en médecine interne ça a été très formateur....si, j'ai appris à faire de biopsies osseuses, carottage osseux dans la crête iliaque, en sacrum, les ponctions sternales, parce qu'il fallait un volontaire pour aller faire ça et que les gens n'aimaient pas faire ça. Je me suis dit moi je veux bien y aller plutôt que de remplir des bons d'examen, au moins je ferais quelque chose....bon qui me sert absolument à rien dans mon exercice quotidien, mais là ce stage-là j'ai regretté d'avoir choisi ça. Par contre les stages de pédiatrie étaient formateurs. Là c'est pareil on nous avait conseillé de pas forcément venir tous les jours parce qu'on était beaucoup dans les box. J'ai fait un stage en chirurgie cardio-vasculaire du temps où il y avait Z. qui était encore là comme chef de service. Là c'était intéressant parce que les médecins nous faisaient participer aux opérations, en tant qu'aides opératoires. On allait, on faisait pas grand chose, mais ils nous expliquaient quelque chose. Il savaient que quand on était externes on n'y connaissait rien, et ils nous expliquaient quand même des choses, moi j'ai été à des opérations avec M., il y avait l'interne qui opérait, donc....le chef qui opérait, l'interne qui assistait, nous qui étions là pour aider un petit peu mais bon, on était pas trop considérés comme le larbin (rires)...mais...autrement....j'ai fait un stage au SAMU...aux urgences....Aux urgences c'était troisième années de médecine, dès le D1, j'allais aux urgences ou le soir ou le matin. J'allais, je sais pas si ça se fait encore, pour apprendre à piquer j'allais dans le service d'endocrino ....j'allais dans le service d'endocrino pour apprendre à faire des prélèvements et des prises de sang, j'allais avec les infirmières le matin à six heures, pour apprendre à piquer et à faire des prélèvements et puis j'allais de moi-même aussi aux urgences, avec les
externes pour apprendre à faire des sutures, parce qu'après on n'avait pas le temps hein!...quand on arrivait dans le service fallait être opérationnel, personne nous montrait, donc là si on prenait pas de notre propre chef la décision d'aller voir comment ça se passait. On pouvait pas....ça en dehors des cours...

Q : vous étiez nombreux à faire ça ?
Non. Fallait avoir envie. Parce qu'il y a des gens qui arrivaient en cinquième année, en sixième année qui avaient jamais piqué, jamais fait de ponction, jamais fait de prélèvements hein...

Q : avez-vous des regrets par rapport à votre formation ?
Non non je vois pas, non non il y a des stages que j'aurais bien aimé faire, en tant qu'externe que j'aurais bien aimé faire, à cause de l'impossibilité en fonction du groupe quoi. Par exemple j'ai pas fait gynéco en tant qu'externe. Alors quand on débarque après dans un service et qu'on doit faire de la gynéco aux urgences, et

qu'on a juste un savoir théorique, c'est pas toujours évident hein !...Ben on se débrouille, on va avec les internes, on double après quand on va à l'hôpital périphérique pour faire des gestes (rires). Mais ça c'est regrettable. J'estime que pour une formation de médecin généraliste, qu'un étudiant soit jamais passé dans un service de gynéco, de pédiatrie ou de médecine générale, ça, ça devrait être trois stages obligatoires et validants, quelle que soit la formation qu'on doit faire après. Parce que en médecine générale c'est ce qu'on voit tous les jours. Mais par contre ne pas pouvoir faire de gynéco, ça m'a embêté pendant mon cursus quoi.

Une fois passé le concours de première année, la majorité des étudiants seront médecins. Ils font médecine… mais quelle médecine ? car leur voie n'est pas toute tracée et il leur faut s'orienter vers un exercice particulier, volet sur lequel porte explicitement la réforme de 1982. En dehors des changements formels introduits dans l'organisation des études médicales, nous avons vu que les rythmes d'études et les stratégies, tant individuelles que collectives, des étudiants s'étaient modifiés à l'issue de la réforme. Les deux premiers cycles des études médicales sont désormais orientés autour d'une étape décisive : l'internat de spécialité, qui permettra à chacun de définir ses choix possibles d'orientation. C'est ce mécanisme de choix que nous étudierons plus en détail dans ce chapitre, sachant que nous sommes, ici, confrontés à un problème d'interprétation. En effet, nous ne pouvons raisonner qu'à partir de données récoltées *a posteriori*, qu'il s'agisse de données statistiques ou des récits de nos interviewés. Ainsi, les possibles qui s'offraient aux étudiants au moment où ils devaient "faire des choix" sont confrontés à un devenir aujourd'hui connu. À l'exception de quelques individus qui nous ont clairement exprimé, soit leur déception de ne pas avoir pu concrétiser un projet, soit leur satisfaction de faire aujourd'hui ce qu'ils avaient toujours rêvé de faire, la plupart des médecins rencontrés font état d'orientations par étapes, qui n'étaient pas claires dès le début de leurs études. Il n'est pas toujours facile de faire la part de ceux qui se trouvent une vocation dans une discipline qui leur a été plus ou moins imposée et ceux qui ont vraiment choisi. Cependant, la manière dont ils décrivent ces différentes étapes montre l'effet déterminant des contextes dans lesquels s'effectue une décision.

Dans un premier temps, nous étudierons l'impact de la réforme sur les mécanismes d'orientations professionnelles à partir d'une analyse des données statistiques relatives aux parcours des médecins de notre échantillon. Ces données montrent surtout une modification significative des déterminants contribuant à former les différents segments de la profession. La réforme marque nettement une rupture dans la manière dont les populations étudiantes se distinguent, à partir du troisième cycle, au-delà d'une simple régulation des flux de généralistes et de spécialistes. Cette première analyse pose de nombreuses questions quant aux conditions dans lesquelles ces orientations se déroulent et nécessite l'éclairage des entretiens.

L'analyse des discours montre comment les décisions se sont opérées chez les étudiants des différentes générations. Dans l'ancien régime, il semble que le processus procède d'un choix s'ancrant dans des expériences ouvrant un éventail de possibles relativement large et étendu dans le temps. Sous le nouveau régime, les questions se posent, plus souvent, en deux temps, le premier consistant à prendre ou non la décision de préparer le concours de l'internat. Les changements de contexte modèlent donc la forme de la décision, mais aussi, au-delà des processus eux-mêmes, contribuent à en modifier le sens. On ne devient pas aujourd'hui généraliste de la même manière qu'hier.

Les conséquences de ces processus décisionnels se manifestent dans la manière d'entrer en profession. Ce passage des études au métier s'effectue durant le troisième cycle, selon des modalités dont la réforme a modifié les règles. La place de l'hôpital y est déterminante puisque c'est au sein de cette institution qu'ils font leurs premiers pas en tant que professionnels responsables. Au final, les positions des uns et des autres dans le champ médical apparaissent selon des clivages qui se comprennent à la lumière de cette longue socialisation professionnelle que représentent dix à quinze années d'études de médecine.

I. Les effets structurels de la réforme

Notre fichier était riche et il y avait plusieurs manières de procéder à son exploitation. Nous présentons ici trois ensembles de résultats qui répondent à des questions particulières. La première concerne les grandes modifications structurelles observées quant aux caractéristiques objectives des populations selon les promotions. Ces "premières tendances" permettent de montrer comment se sont opérées, au lendemain de la réforme, de grandes distorsions structurelles dans l'équilibre entre les généralistes et les spécialistes et mettent en évidence un premier effet discriminant de la mise en œuvre de l'internat de spécialité, portant sur les femmes.

Nous nous sommes ensuite interrogés sur les rapports existant entre les performances universitaires et le devenir des médecins. Ceux-ci sont particulièrement complexes à interpréter car ils ne peuvent se réduire à une relation de cause à effet. À travers l'étude des rythmes et des notations universitaires, nous verrons comment le système de sélection et les choix pédagogiques contribuent à renforcer les hiérarchies structurant le corps professionnel. Enfin, les modalités de l'accès à la spécialisation, telles qu'elles ont été conçues à l'issue de la réforme, se déroulent selon les étapes discriminantes qui donnent au processus un aspect "d'entonnoir".

I.A Premières tendances

Dans les facultés que nous avons étudiées, la réforme de 1982 a eu des effets progressifs, dont nous n'étudions ici que les premiers. Nous ne disposons pas de données permettant de mesurer cet impact au-delà des dix premières années. Ainsi, notre analyse ne vise pas à rendre compte de phénomènes actuels, mais des effets de court et moyen terme d'une réforme qui modifie les modes d'accès à la spécialisation médicale. C'est pourquoi nous raisonnerons ici en termes de tendances induites par des mécanismes précis. En l'occurrence, elles permettent de comprendre sous quelle forme le dispositif s'est stabilisé et peut introduire une réflexion plus générale quant aux effets directs et secondaires de processus de ce type.

Les principales tendances structurelles que nous avons observées portent sur des caractéristiques objectives de nos populations. En premier lieu, nous regarderons comment s'est modifiée, durant les premières années, la structure générale de notre échantillon, compte tenu des contextes universitaires que nous avons décrits. Si cet effet n'a pas perduré, c'est au prix de changements qui marquent durablement les mécanismes d'orientation des étudiants du nouveau régime. En second lieu, nous nous arrêterons sur l'impact de la réforme sur la répartition sexuelle des étudiants dans les différents segments professionnels. Cet impact, qui contribue à l'orientation massive des femmes vers la médecine générale, était passé relativement inaperçu durant les premières années de l'application de la loi de 1982, mais les analystes de la démographie médicale commencent aujourd'hui à en décrire les effets[72]. Ce phénomène était pourtant perceptible dès les

[72]Il faut du temps pour que ce type d'effet se lise au travers des statistiques nationales. On commence cependant à voir apparaître les conséquences de la relative fermeture de l'internat aux femmes, puisque le corps des généralistes devient très féminisé, même si la lecture brute des données tend à interpréter cette tendance comme une évolution "naturelle" : "Il semble qu'on assiste actuellement à un renversement de tendance concernant l'orientation des femmes qui hésiteraient davantage à se spécialiser depuis la réforme instaurant un concours. Cette tendance a été retenue dans le modèle. Ainsi, trois médecins généralistes sur dix sont des femmes, elles seraient quatre en 2008 et huit à long terme". J. GOTTELY, A. VILAIN, "Perspectives démographiques du corps médical", *Info Rapides*, SESI, n°47, décembre 1993, p.3

premières années de mise en œuvre de la réforme, mais les conditions d'évaluation de celle-ci ne permettaient pas d'en percevoir le mécanisme.

I.A.1 Une *génération sacrifiée* ?

Les trois facultés retenues, nous l'avons dit, n'avaient pas comme réputation de former des taux exceptionnellement élevés de spécialistes. Nous avons vu que la mise en place de la réforme n'a pas fait l'objet de modifications immédiates dans l'organisation des études médicales, celles-ci s'effectuant progressivement par la suite. La principale conséquence de ces politiques pédagogiques a été un fort taux d'échec — ou de non-présentation — au concours de l'internat, ce qui se traduit par une élévation très forte du nombre de généralistes pour les premières générations du nouveau système.

Évolution du taux de généralistes parmi les étudiants des différentes promotions selon la faculté

Promotion	1973	1975	1978	1980	1984	1986	Total
Nantes	50,9 %	61,1 %	57,1 %	**72,7 %**	59,6 %	60,7 %	56,9 %
Marseille	46,6 %	50 %	44,6 %	**76,3 %**	59,3 %	47,2 %	54,2 %
Lariboisière	49 %	49,1 %	45,5 %	**68,4 %**	51,8 %	50,9 %	52,6 %
Ensemble	48,8 %	53,3 %	49,1 %	**72,5 %**	56,9 %	53 %	55,7 %

Si l'on compare les promotions extrêmes, on constate que le taux de généralistes n'augmente pas de façon très importante pour l'ensemble de notre population. En revanche, cette répartition subit de fortes fluctuations selon les générations étudiantes. Ce sont près des trois quarts des étudiants de la promotion de 1980 qui deviennent généralistes, ce taux variant selon les facultés. Il semble que les responsables pédagogiques se soient fait surprendre par une réforme dont ils n'avaient pas anticipé les effets immédiats sur leurs étudiants. Ceux-ci furent d'ailleurs moins importants à Lariboisière qu'à Marseille, même si l'impact fut, partout, très fort. Les courriers que nous avons reçus témoignent de l'amertume de ces "générations sacrifiées", au profit de celles venant des facultés qui étaient prêtes pour cette réforme, soit parce qu'elles étaient dirigées par des enseignants avertis des procédures en cours, soit (et, souvent, les deux effets se conjuguaient), parce qu'elles proposaient au étudiants une organisation propice à la préparation de l'internat de CHR.

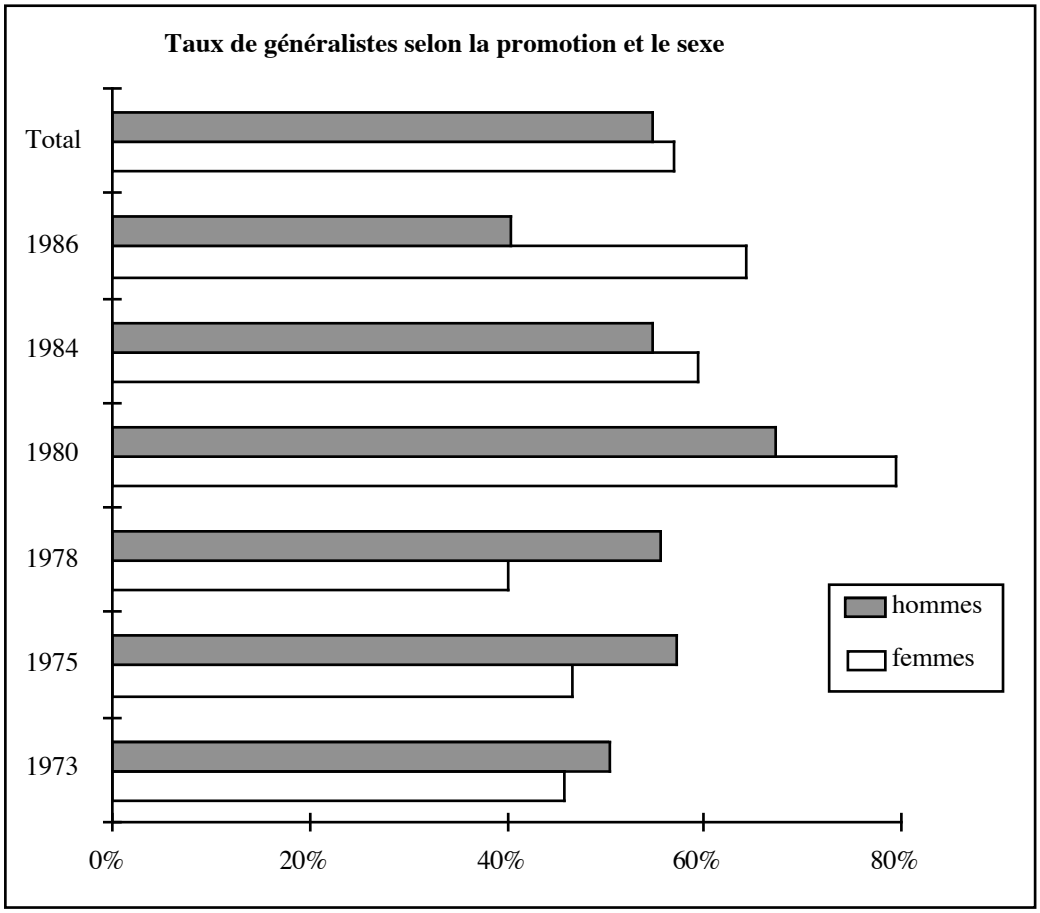
L'effet de surprise est particulièrement fort à la faculté de Marseille, qui a mis un certain temps pour "réagir", mais qui l'a fait efficacement, comme on peut le voir en comparant les taux de spécialisation des deux dernières promotions, qui doivent être mis au crédit des modifications de l'organisation de l'enseignement dans cet établissement. À Lariboisière, si cet effet a été manifeste pour la promotion de 1980, l'organisation pédagogique sous forme de "matières" et la prépondérance parisienne à valoriser la préparation à l'internat ont atténué ses manifestations. Enfin, à Nantes, où la tradition de formation en médecine générale est restée très présente, le taux de spécialisation est devenu le plus bas des trois.

Les statistiques générales sur les résultats des premières années de l'internat de spécialité montraient des variations importantes entre les facultés. Nos résultats confirment cette disparité qui induit nécessairement des mobilités géographiques au moment de l'internat. Celles-ci cependant, s'effectuent toujours dans le même sens : des régions où les facultés enregistrent les meilleurs résultats au concours vers les régions où les taux de réussite sont médiocres. Nous reviendrons plus loin sur les conséquences des politiques universitaires sur les résultats à l'internat et sur les problèmes de régulation démographique nationale qu'elles posent.

I.A.2 "Faire" des femmes généralistes ?

Au-delà des variations constatées au niveau des flux de généralistes et de spécialistes, on constate une modification de la composition interne de chacun de ces segments. Ainsi, un des premiers éléments à prendre en compte est la répartition des hommes et des femmes dans les différents modes d'exercice. Là, c'est une véritable inversion des tendances que l'on constate : les femmes, plus souvent spécialistes sous l'ancien régime, deviennent en majorité généralistes après la réforme.

Alors que dans la promotion 1978, seules 40 % des femmes étaient généralistes, leur taux double pour la promotion 1980. Durant les années suivantes, la tendance s'inverse d'une façon apparemment durable, puisqu'elle se confirme jusqu'à la promotion 1986. Cette tendance se retrouve dans toutes les universités, marquant un phénomène profond, qui montre que le système a été, en premier lieu, préjudiciable aux femmes qui voulaient se spécialiser.



La répartition des médecins de l'échantillon dans les différentes spécialités[73] montre, par ailleurs, que ce sont les spécialités les plus féminisées qui ont vu leurs effectifs baisser à l'issue de la réforme. Il s'agit d'abord des spécialités médicales supprimées : gynécologie, ophtalmologie, ORL ou stomatologie. Ces trois spécialités sont devenues des spécialités exclusivement chirurgicales qui ont été partiellement investies par les femmes, mais dans des proportions moindres que lorsqu'elles étaient accessibles par la voie des CES. Les autres spécialités chirurgicales semblent toujours aussi peu choisies par les femmes. Ce phénomène n'est pas tant dû au jeu des classements qu'à une réticence encore vive de celles-ci à investir les milieux de la chirurgie.

Enfin, certaines spécialités ont été désertées à l'issue de la réforme, comme l'anesthésie-réanimation ou la médecine du travail. La première semble ne plus attirer les étudiants, créant les

[73]Tableau donné en annexe VII.

pénuries hospitalières que l'on connaît et conduisant actuellement au rétablissement d'une filière spécifique de l'internat. La seconde s'effectuait souvent dans un second choix, voire après quelques années d'exercice de médecine générale et était très féminisée. C'est par la voie d'un concours spécial que sont aujourd'hui recrutés les médecins du travail ayant quelques années d'exercice derrière eux, mais il semble que la faible reconnaissance de cette filière n'incite pas les candidats à s'y diriger. La psychiatrie connaît, elle aussi, une baisse d'attractivité. Cette filière, distincte des autres spécialités médicales, fait l'objet de choix souvent ambivalents chez les étudiants lorsque leur classement ne leur laisse plus que cette possibilité-là pour exercer une médecine spécialisée de soins.

La comparaison entre les spécialités choisies avant et après la réforme semble accréditer le fait que les spécialités dites aujourd'hui pénuriques n'étaient pas dévalorisées avant 1982. L'internat de spécialité induit un processus qui modifie l'ordre hiérarchique des exercices de la médecine. Si l'on ne peut attribuer uniquement à la réforme la désertion de ces spécialités, il faut noter que, du point de vue des étudiants en médecine, ces orientations ont été délaissées à partir du nouveau régime, même si les effets de cette désertion ont mis quelques années à se faire sentir au niveau des services hospitaliers. Nous reviendrons plus loin sur ce type d'effet secondaire qui aboutit à déclasser un segment professionnel à l'issue d'un processus qui ne le visait pas particulièrement. L'effet recherché est ici nettement en opposition avec l'effet induit par la réforme.

I.B Rythmes et performances

Cette répartition sexuelle des étudiants entre les filières omnipraticienne et spécialisée s'articule avec des mécanismes d'orientation et de sélection qui s'opèrent tout au long des études universitaires. On peut ainsi voir apparaître des variations nettes quant aux caractéristiques étudiantes des promotions d'avant et après la réforme. Ces éléments permettent de faire le lien entre des parcours de faculté et des devenirs professionnels, sans pour autant interpréter ce lien comme un rapport de "cause à effet". À partir de la durée des études et des notes obtenues, en particulier durant les trois dernières années du second cycle, on voit s'élaborer des processus discriminants plus ou moins directs qui se concrétisent au niveau du troisième cycle.

I.B.1 Les "rapides" et les "lents"

Nous avons vu, au chapitre précédent, que les promotions postérieures à la réforme mettaient plus de temps à réaliser leurs deux premiers cycles universitaires. Ceci tenait à deux éléments : d'une part la baisse du *NC* qui rendait plus difficile le concours de PCEM1 et favorisait les redoublements, voire les triplements et, d'autre part, des stratégies propres à certains étudiants qui redoublaient leur DCEM4 pour se donner une année de préparation supplémentaire au concours. Ce dernier élément jouant de façons très diverses selon les facultés et leurs politiques pédagogiques.

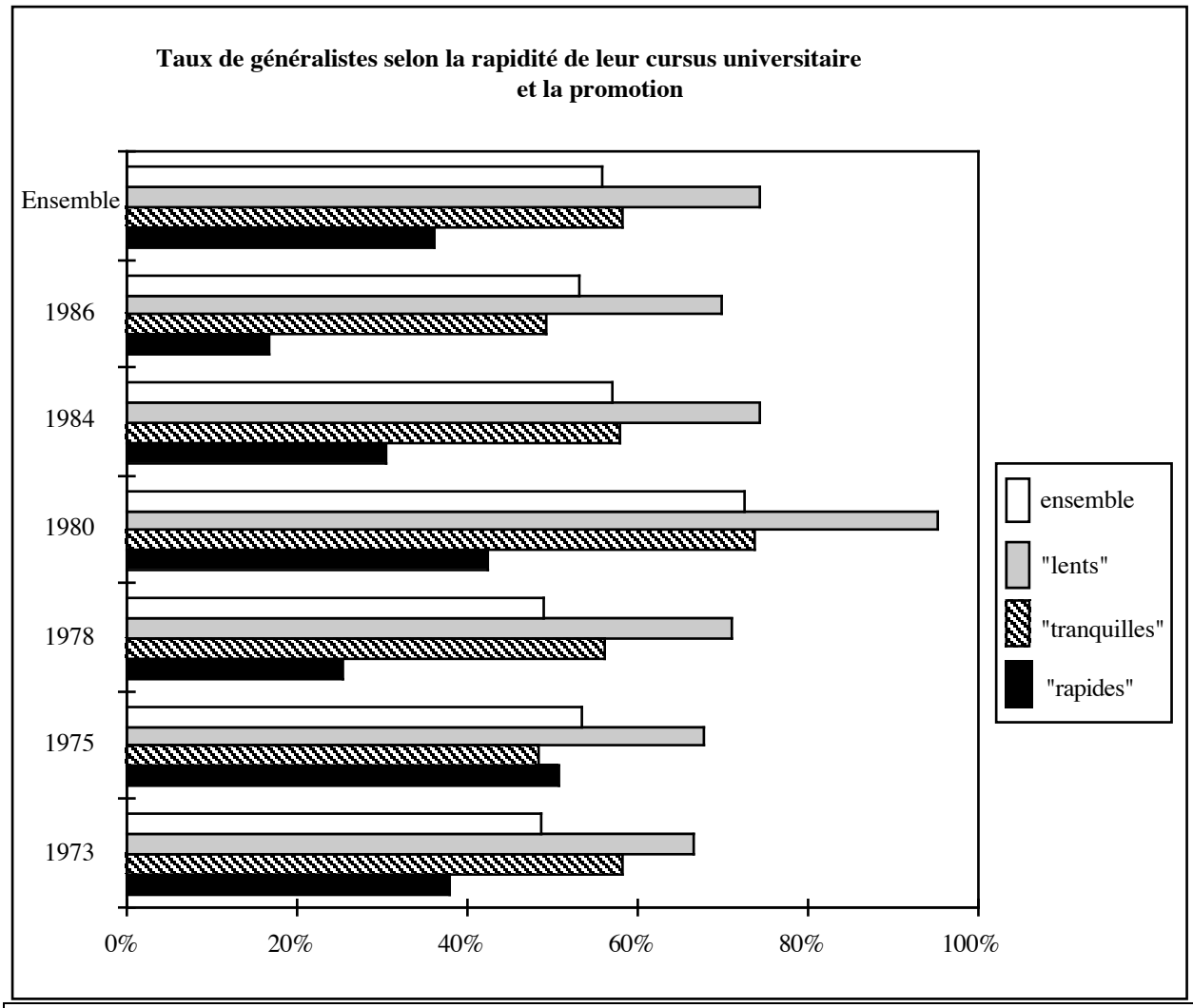
On peut, dans un premier temps, mesurer l'effet brut d'un redoublement sur la probabilité d'accéder à une spécialité. Le concours de PCEM1 prend alors une importance toute particulière. Sous l'ancien régime, le fait de ne pas redoubler son PCEM1 augmentait de 15,2 points la probabilité d'être spécialiste. Sous le nouveau régime, cette augmentation passe à 46,7 %.

Taux de non-redoublants parmi les généralistes et spécialistes des différents régimes

	Ancien régime			**Nouveau régime**		
	Généralistes	**Spécialistes**	**écart**	**Généralistes**	**Spécialistes**	**écart**
PCEM1 en 1 an	50,6 %	65,4 %	15,2 %	17 %	50,3 %	46,7 %

Le concours de PCEM1, en tant que première épreuve classante, joue vraiment son rôle initiatique, décisif pour la suite du parcours. Il est difficile d'interpréter son effet comme une pré-sélection directe, puisqu'il peut tout autant jouer comme un élément d'auto-élimination : plus on a eu de difficulté à avoir ce premier concours, plus on hésite à tenter celui de l'internat. Mais ce résultat montre aussi que le fait de le réussir du premier coup encourage les étudiants à présenter l'internat et les met en bonne position de le réussir.

Sur l'ensemble des cursus, les temps sont surtout sélectifs aux extrêmes : l'absence totale de redoublement et l'accumulation d'au moins deux redoublements provoquent des effets dont l'ampleur discriminatoire augmente très fortement avec les années.



Note méthodologique : Nous avons divisé notre population entre trois groupes : les "rapides" sont ceux qui n'ont jamais redoublé durant leurs 6 premières années, les "tranquilles" sont ceux qui ont redoublé une seule fois et les "lents" ceux qui ont redoublé au moins deux fois.

Pour les deux promotions les plus anciennes, si les redoublements successifs diminuent les chances d'accéder à une spécialité, l'effet ne paraît pas stable ni creusant des écarts aussi importants que sur les années suivantes. La promotion de 1978 témoigne d'une génération de transition, puisque deux redoublements en deuxième cycle faisaient passer les étudiants sous le nouveau régime. Les "rapides" sont allés massivement s'inscrire dans les CES, les autres ont vu leurs chances de se spécialiser un peu diminuer. L'effet discriminant est massif pour la promotion 1980, puisque la probabilité d'être généraliste varie de 52,8 % entre les "rapides" et les "lents". Mais cet effet perdure ensuite, puisque ce différentiel est de 53 % pour la promotion 1986.

L'effet de temps, lorsque l'on combine ainsi l'ensemble des deux premiers cycles, condense des phénomènes de natures différentes. En premier lieu, il distingue ceux qui ont été performants

d'emblée au concours de PCEM1. Ensuite, il témoigne de l'aisance des étudiants à effectuer la suite de leur parcours, en stigmatisant ceux qui ont eux des ruptures dans leurs études, que ce soit pour des raisons privées ou universitaires. Tout semble se passer comme si l'accès à la spécialisation était réservé à des parcours sans accrocs et que les difficultés rencontrées en cours d'études amenuisaient de plus en plus les possibilités de choix.

Mais interviennent ici les choix pédagogiques observés dans les différentes facultés, qui influent nettement sur cet impact des temps d'études sur l'orientation d'exercice. À Nantes, les redoublements sont nettement moins discriminants que dans les deux autres facultés, pour les étudiants du nouveau régime. L'accumulation plus nette, dans cette faculté, de deux programmes distincts, rend plus "normal" un rallongement des études. En revanche, dans des universités où la différence de contenu et de validation des types d'épreuves est moins nette, les difficultés universitaires et les échecs à l'internat vont de pair et les redoublements signalent, justement, les étudiants qui assimilent moins vite ce programme quasi unique. Ainsi, sur Marseille et sur Lariboisière, c'est la totalité des "rapides" des promotions de 1984 et 1986 qui deviennent spécialistes. Tout se passe comme si les performances universitaires jouent un véritable rôle de préorientation pour la suite du cursus.

Par ailleurs, les redoublements étaient nettement moins discriminants pour les femmes que pour les hommes dans les promotions de l'ancien régime. Ceci peut s'expliquer par le double accès à la spécialisation, les hommes choisissant plus souvent le chemin de l'internat et les femmes les CES. Après la réforme, la tendance s'inverse, et les redoublements deviennent un facteur limitant plus sûrement l'accès à la spécialisation chez les femmes que chez les hommes.

Tous ces éléments montrent comment les facultés de médecine ont eu tendance à se transformer en écoles préparatoires au concours de l'internat, plaçant d'emblée les étudiants dans un contexte où la sanction universitaire joue dans le sens d'une prédétermination à la spécialisation.

I.B.2 Les "moins bons", les "bons" et les "très bons"

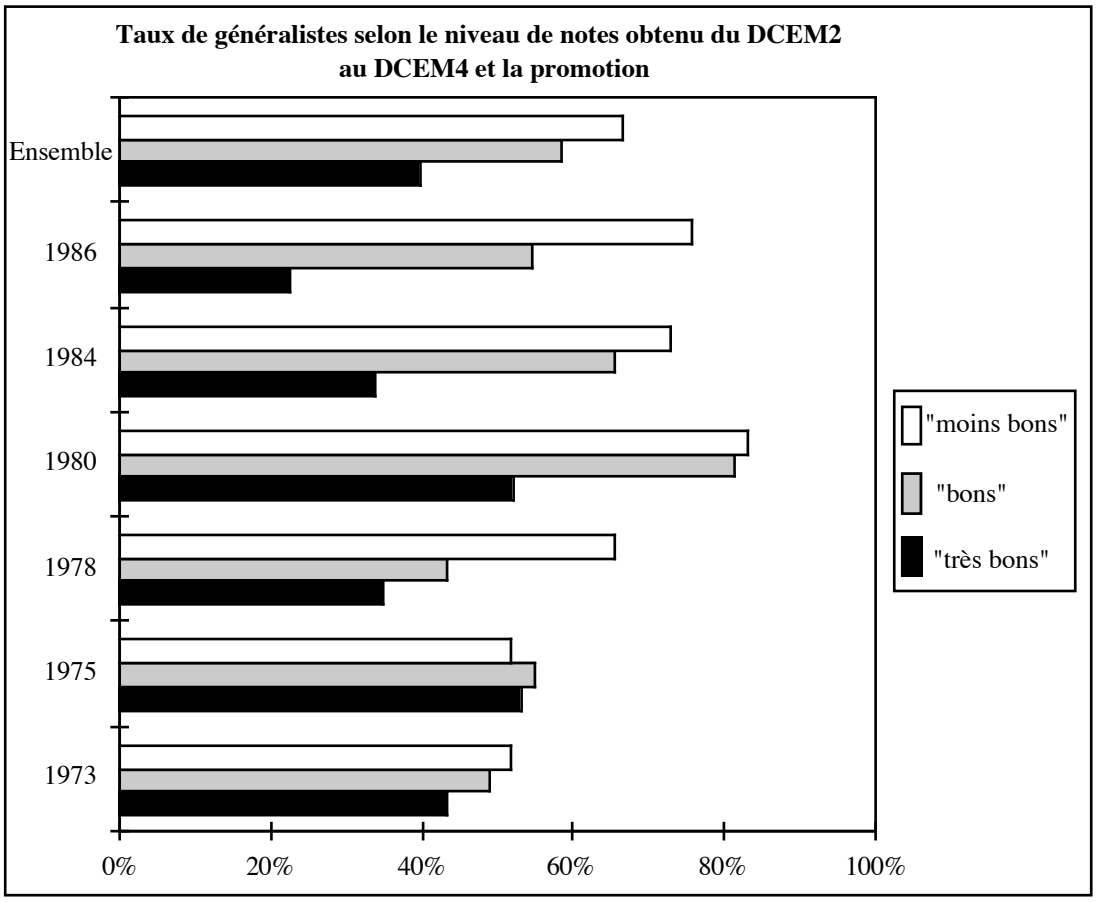
Les notes obtenues aux examens des différentes années nous fournissent un autre élément de comparaison entre les orientations professionnelles et les parcours étudiants. La concordance des programmes s'effectue en général sur les trois dernières années du deuxième cycle, et c'est sur les résultats à ces trois années que nous avons repéré les effets les plus significatifs.

On voit alors s'opérer, année après année, une concordance de plus en plus forte entre les résultats universitaires et les chances d'accès à la spécialité. Nous avons constitué trois groupes de tailles similaires à partir des moyennes des notes obtenues en DCEM2, DCEM3 et DCEM4. Les plus faibles ont été nommés les "moins bons", les moyens les "bons" et les plus forts les "très bons"[74].

Le graphe ci-après est éloquent : pour les promotions les plus anciennes, les résultats universitaires interféraient très peu avec la probabilité de se spécialiser par la suite. On voit alors que les "très bons" étudiants se dirigeaient dans des proportions tout à fait correctes vers la médecine générale, alors qu'ils avaient le choix de se spécialiser. Les écarts entre les groupes

[74] Cette façon de nommer ces étudiants n'est pas une boutade : un doyen nous a expliqué qu'étant donné la sélection du PCEM1, on se retrouvait, dans les années suivantes, avec des étudiants qui présentaient, tous, les capacités suffisantes (d'un point de vue intellectuel) pour devenir médecin. Le fait de réussir au concours les plaçant alors du côté des "bons", comment penser qu'ils puissent, quelques années après, devenir des "mauvais" ? Le jeu des classements induit cette curieuse représentation de la valeur des individus qui n'est pas tributaire d'une étape franchie — comme lors des examens — mais d'un rang relatif conduisant inéluctablement à penser les "derniers" comme les "mauvais". C'est au regard de cette forme d'évaluation que nous avons pris le parti de considérer que notre population n'était composée que de "plus ou moins bons".

d'étudiants deviennent plus importants à partir de la promotion de 1978, puis deviennent très clivants avec le nouveau régime. Comme pour les temps d'études, on voit que les extrêmes s'opposent nettement, comme pour justifier une assertion qui a tendance à se répandre : les spécialistes sont "les meilleurs" et les généralistes sont "les mauvais". Si nos résultats montrent clairement que, depuis la réforme, les généralistes se recrutent surtout parmi les "moins bons" étudiants, on voit aussi que ce clivage n'était pas très apparent avant la réforme. Tout se passe comme si, conçu avec l'idée de "revaloriser" la médecine générale, le nouveau dispositif avait contribué à ce que l'idée que cette médecine ait peu de "valeur" devienne une réalité palpable à travers les caractéristiques des étudiants qui s'y orientaient.



Du point de vue de la stricte interprétation, ce graphe dit tout autre chose : il montre qu'il y a une corrélation qui s'accentue avec les années entre le niveau de réussite universitaire et le mode d'exercice professionnel. Qu'il y ait un lien entre les deux ne donne pas la nature de ce lien et encore moins comment celui-ci s'est construit. Il faut alors tenir compte d'un certain nombre d'éléments :

D'une part, la spécialisation étant subordonnée au concours de l'internat, les étudiants qui ne désirent pas se spécialiser abandonnent la "course" et visent surtout à obtenir leurs années, sans chercher à se placer parmi les meilleurs. Ceci est d'autant plus vrai lorsque les universités calquent leurs programmes sur celui de l'internat. On peut alors comprendre que le choix d'exercer une médecine générale conduise les étudiants à ne pas consacrer l'essentiel de leur temps à être le plus performant possible lors des épreuves théoriques mais, comme nous l'avons vu, à consacrer du temps à leur formation pratique.

D'autre part, les résultats obtenus à l'issue des dernières années d'université jouent un rôle d'autodétermination décisif pour les étudiants. Les "meilleurs" seront encouragés à tenter un concours pour lequel ils auront un maximum de chances, quel que soit leur projet professionnel d'origine. Les moins bons ont tendance à renoncer à tenter une épreuve dont ils pensent qu'ils risquent fort de la rater. Ainsi, cette forme d'auto-sélection joue dans les deux sens et permet

d'expliquer qu'il est, aujourd'hui, fort improbable qu'un étudiant brillant, même attiré par la médecine générale, se refuse la possibilité de présenter le concours de spécialité ou, l'ayant obtenu, renonce à son bénéfice. Nous verrons, à la lueur des entretiens, que la question du choix ne se pose, pour tous les étudiants, qu'en fonction de possibles qu'ils perçoivent à l'aune de leurs propres résultats.

Quoi qu'il en soit, on voit que, si les facultés se posent la question de leur rôle en termes pédagogiques, leur rôle en termes de présélections est ici bien mis en évidence, même si ce n'est pas nécessairement leur mission première. Nous reviendrons plus loin sur ce mécanisme discriminatoire, mais on doit ici constater que le système de l'ancien régime ne plaçait pas systématiquement les étudiants sur une échelle qui prédéterminait leur orientation professionnelle.

Enfin, il convient de distinguer, une fois encore, les femmes et les hommes. Là, on voit une évolution, selon les années, très troublante, puisque les écarts se creusent. Si, dans l'ancien régime, les variations de performance universitaire entre les deux sexes étaient très faibles, elles deviennent plus importantes après la réforme, dans le sens de résultats meilleurs chez les femmes que chez les hommes.

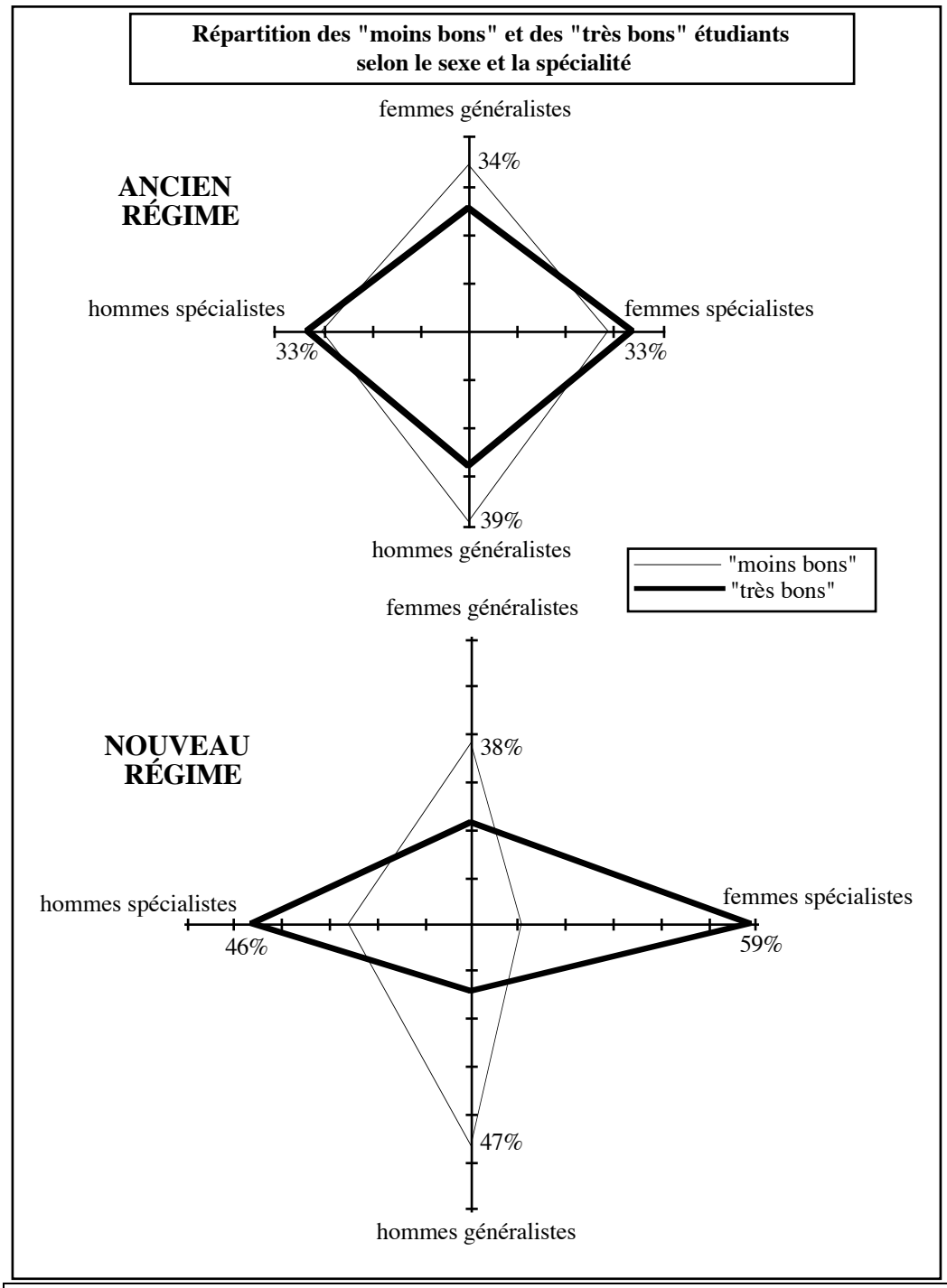
Répartition des étudiants selon leur niveau de notes du DCEM2 au DCEM4 par sexe et par régime

	femmes AR	femmes NR	ens. femmes	hommes AR	hommesNR	ens. hommes
"moins bons"	**30,90**	28,82	29,73	34,72	**37,55**	**36,07**
"bons""	**39,33**	37,56	**38,33**	35,07	34,48	34,79
"très bons"	29,77	**33,62**	**31,94**	**30,21**	27,97	29,14
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Ainsi, sur l'ensemble de notre population, les femmes semblent plutôt "meilleures" que les hommes, en particulier sur les dernières promotions. Or, non seulement elles sont plus nombreuses, mais leurs résultats montrent qu'elles se distinguent désormais de leurs homologues masculins, par une sorte d'inversion des classements : elles sont plus nombreuses à figurer parmi les "premières classées". Ceci permet de comprendre en partie pour quelle raison il est communément dit aujourd'hui en médecine que "les femmes réussissent mieux que les hommes".

Cette évolution, ainsi que les données sur les caractéristiques universitaires des futurs généralistes et des futurs spécialistes, devraient se combiner pour ouvrir aux femmes un accès massif aux spécialités. Or, nous avons vu qu'il n'en est rien et que la réforme de 1982, si elle les a poussées vers une excellence universitaire, les a défavorisées au niveau de l'accès à la spécialisation.

Le graphe de la page suivante schématise cet effet contradictoire. Il représente les "surfaces" couvertes par deux types de populations : les "moins bons" et les "très bons" étudiants. Cette forme permet de visualiser les déformations structurelles de population à l'issue de la réforme. On voit alors que, sur le premier schéma, les différences entre les deux groupes d'étudiants ne sont pas très importantes, signifiant ainsi que les performances universitaires interféraient peu sur le mode d'exercice futur, et ce, quel que soit le sexe. Après la réforme, on assiste à deux tendances contribuant à déformer le schéma. La première concerne le clivage spécialistes / généralistes : on a un étirement horizontal de la "surface couverte" par les "très bons" sur l'axe des spécialistes et un étirement vertical sur l'axe des généralistes pour les moins bons. La deuxième concerne les variations par sexe. On constate alors que cette tendance est plus forte dès lors qu'il s'agit de femmes spécialistes et d'hommes généralistes. Autrement dit, les femmes doivent être "meilleures" que les hommes pour accéder à la spécialité et, lorsqu'elles sont "moins bonnes", leurs chances de se spécialiser sont plus de deux fois moins élevées que pour les hommes.



Lecture : Les quadrilatères formés figurent l'ensemble des "moins bons" et des "très bons" étudiants. Leur forme permet de comparer leur répartition au regard des deux critères que sont le sexe et le mode d'exercice.

Ainsi, le taux de femmes spécialistes "très bonnes" est supérieur à celui de leurs homologues masculins de 13 points. De même, le taux d'hommes spécialistes "moins bons" est supérieur de 9 points à celui de leurs homologues féminins. En outre, 26,5% d'hommes spécialistes sont parmi les "moins bons", alors que cela ne concerne que 10,7 % des femmes spécialistes de même niveau.

Ces représentations graphiques permettent de visualiser un des effets de la réforme : tout en plaçant les généralistes du côté des "moins bons", elle impose aux femmes d'être massivement parmi les "meilleures" pour pouvoir accéder à la spécialisation. Au-delà de la corrélation entre les résultats universitaires et le succès au concours de l'internat, on constate que ce nouveau système, basé sur la sélection, pénalise largement plus les femmes que l'ancien système d'accès aux spécialités. Les entretiens nous montreront comment ces effets se sont conjugués, mais il reste à

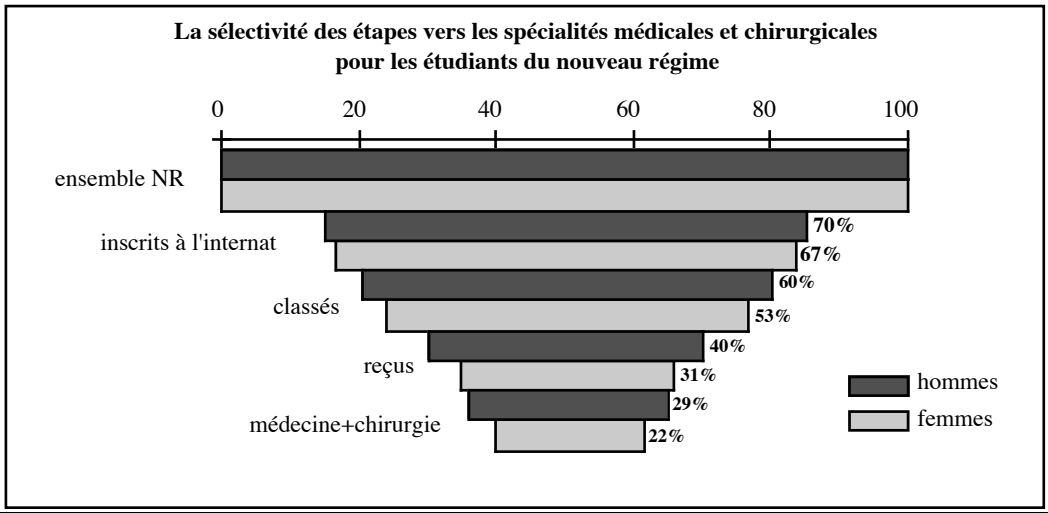
regarder, plus précisément, comment s'est organisée, après la réforme, cette nouvelle répartition des étudiants dans les différents segments professionnels.

I.C Vers l'internat de spécialité

Les données dont nous disposons permettent de suivre précisément chaque individu de notre échantillon, pour le nouveau régime. Ainsi, les fichiers du CITI permettent de distinguer les inscrits au concours, ceux qui ont été classés, c'est-à-dire qui se sont présentés et qui ont validé leur épreuve, et ceux qui ne se sont pas présentés ou qui n'ont pas validé leur épreuve (par exemple en ne validant pas le CSCT). Parmi ceux qui ont été classés, on peut distinguer les reçus dans chacune des filières et les collés. Ceci permet d'aller au-delà d'une simple description en termes de taux de spécialisation sur une promotion, et de mieux comprendre ce qui caractérise les étudiants qui s'inscrivent, puis se présentent, puis sont reçus au concours de l'internat.

I.C.1 L'effet "entonnoir"

Le parcours vers les spécialités suit, pour les étudiants du nouveau régime, des étapes que certains de nos interviewés ont décrites par la métaphore de "l'entonnoir". Ce mécanisme peut être illustré de la façon suivante, pour l'ensemble de ces étudiants :



Note de lecture : Pour chaque étape, on donne ici les taux de "passage" à partir de l'ensemble des hommes et des femmes. Ainsi 29 % des hommes et 22 % des femmes du nouveau régime de notre échantillon, ont accédé aux filières de médecine et chirurgie.

On constate que la sélectivité est plus forte pour les femmes que pour les hommes, à commencer par l'inscription à l'internat qui revient à une auto élimination. Si l'on ne considère que les promotions 1984 et 1986, donc des années où le système était plus rôdé, les étudiants des deux sexes s'inscrivent dans des proportions identiques, qui représentent les trois-quarts de la population, mais les femmes se présentent moins systématiquement que les hommes au concours : 67 % des hommes sont classés contre 60 % des femmes.

Pour chacune de ces étapes, il y a donc un niveau de sélectivité différentiel pour les hommes et pour les femmes, qui est toujours plus important pour les secondes que pour les premiers. Sur les dernières promotions du nouveau régime, le nombre d'étudiants qui s'inscrivent à l'internat est plus élevé, mais les taux de réussite restent relativement stables. L'effet est marquant pour la promotion 1980. À ce moment, les étudiants se sont peu inscrits au concours, ce qui laisserait penser que ceux qui ne préparaient pas l'internat de CHR se sont plus volontiers auto-éliminés. D'ailleurs, ceux de cette promotion qui se sont présentés au nouveau concours ont réussi dans des proportions tout-à-fait convenables.

Taux de réussite à chaque étape du parcours nouveau régime, selon le sexe

	Ensemble nouveau régime			Promotions 1984-1986		
	femmes	hommes	total	femmes	hommes	total
% d'inscrits sur l'ensemble	66,92 %	70,10 %	68,58 %	74,03 %	74,72 %	74,37 %
% de classés sur les inscrits	78,65 %	85,29 %	82,20 %	80,60 %	89,47 %	85,02 %
% de reçus sur les classés	58,57 %	66,67 %	63,06 %	57,41 %	69,75 %	63,88 %
% de reçus en méd. et chir. sur les reçus	70,73 %	73,28 %	72,22 %	70,59 %	77,91 %	74,68 %

Si l'on considère le taux de réussite de l'internat comme le résultat net des candidats ayant validé leur épreuve, on peut considérer que près des deux tiers des étudiants sont reçus au concours. Évidemment, on est loin des taux discriminants de l'internat de CHR, mais aussi de ceux du PCEM1. Mais il est difficile de discerner les étudiants qui ne s'inscrivent pas à l'internat — ou s'inscrivent mais ne se présentent pas — par choix de faire de la médecine générale, de ceux qui y renoncent par anticipation d'un échec ou autres difficultés personnelles à préparer le concours. Il devient alors impossible de savoir qu'elle pourrait être la probabilité, pour un étudiant, d'exercer la médecine de son choix, puisque l'on ne peut considérer que ce choix n'est total qu'à partir du moment où il inclut l'ensemble des possibles. Les entretiens permettent de mieux comprendre comment, pour les étudiants du nouveau régime, le choix volontaire peut être ambiguë, qu'il concerne la médecine générale ou une spécialité donnée.

Pour les femmes, la discrimination se manifeste à plusieurs niveaux : d'une part, elles continuent à être moins nombreuses que leurs homologues masculins à se présenter à l'internat et, d'autre part, elles échouent plus souvent au concours. Tout se passe comme si, anticipant de faibles chances de réussite, une partie d'entre elles s'excluait spontanément de la course.

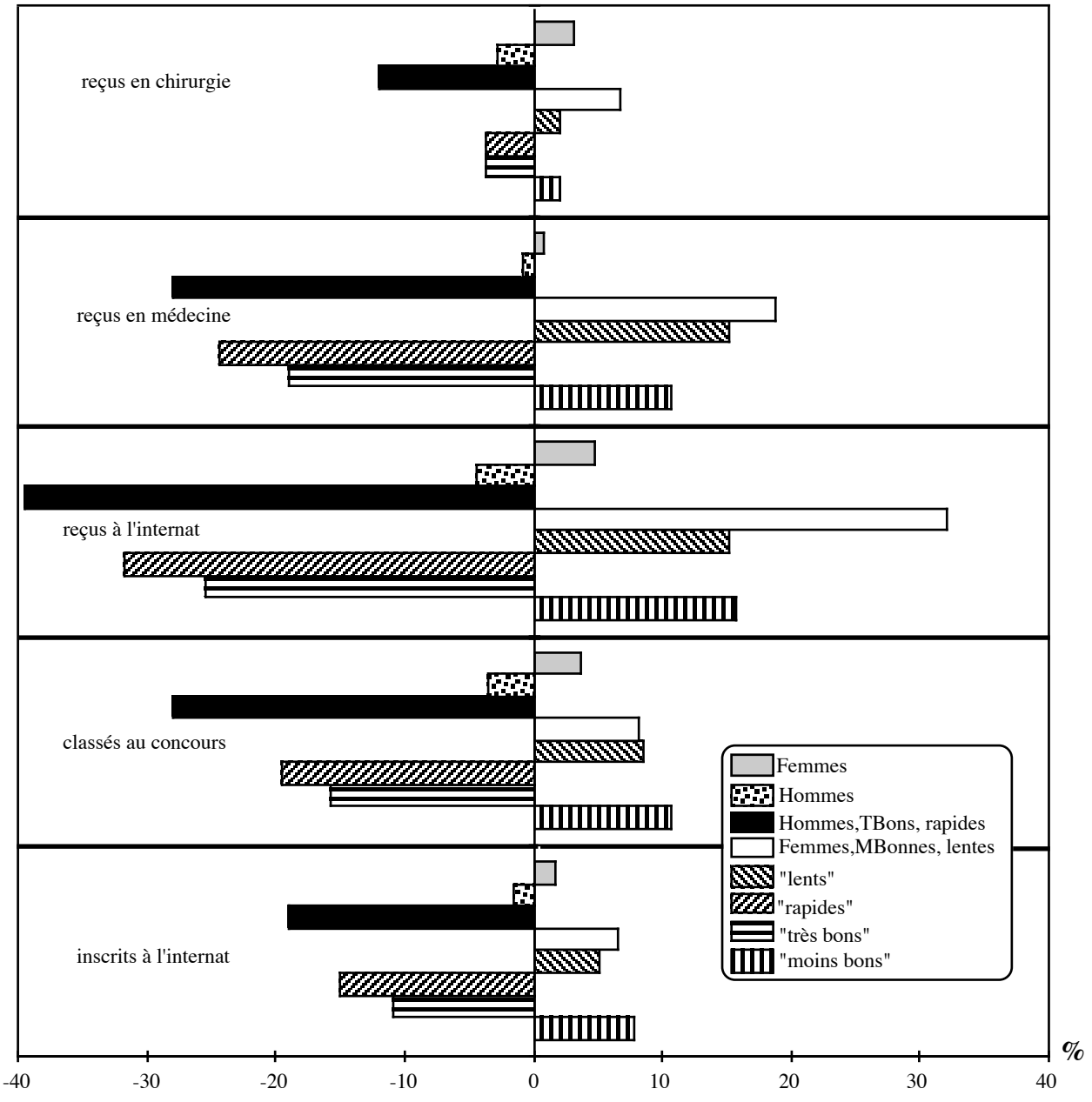
Ce constat va à l'encontre de tout ce que nous avons entendu sur les étudiantes en médecine, où il semblait évident que les femmes étaient "meilleures" que les hommes et qu'elles réussissaient mieux l'internat qu'eux. Assertion *a priori* accréditée par le fait que les spécialités féminines sont parmi les premières choisies à l'issue du classement, une majorité de femmes arrivant "en tête". De plus, les résultats universitaires semblent confirmer ce constat : les étudiantes nouveau régime sont "meilleures" que leurs homologues masculins. Pourquoi, alors, ne sont-elles pas plus souvent spécialistes qu'eux ?

La réalité apparaît plus complexe. Globalement, les femmes réussissent moins bien le concours de l'internat que les hommes. Mais nous avons vu aussi que celles qui réussissent sont, d'un point de vue universitaire, plus performantes que les hommes, ce qui permet d'expliquer qu'elles obtiennent, pour une part d'entre elles, un meilleur classement. Cette comparaison des réussites dépend donc de l'indicateur retenu : soit on regarde les mieux classés, soit on regarde le taux de reçus parmi les classés, soit on regarde le taux de reçus parmi l'ensemble des individus d'une promotion. Ces différentes évaluations aboutissent à des résultats qui peuvent être très contradictoires.

I.C.2 Les facteurs discriminants

Si l'on compare les différents facteurs discriminants à chaque étape de la sélection, on voit s'instaurer une hiérarchie entre ces facteurs, et cela dès l'inscription à l'internat. Le graphe ci-dessous tente de rendre compte de ces effets différentiels et permet de mieux comprendre la complexité des registres dont ils relèvent.

Niveaux de discrimination des différents facteurs, à chaque étape de la sélection



Lectu re : Ce graphe est construit à partir des écarts observés entre les taux de réussite à chaque étape dans chaque catégorie et l'ensemble de la population nouveau régime. Ainsi, si le résultat est négatif, c'est que la réussite est supérieure à la moyenne ; s'il est positif, c'est qu'elle est inférieure.

Quelle que soit l'étape considérée, ces facteurs jouent toujours dans le même sens et dans des proportions qui augmentent jusqu'à la réussite au concours. Les écarts se creusent alors entre les facteurs et sont à leur maximum au niveau des taux de réussite. Les deux catégories extrêmes que nous avons construites (hommes "très bons" et "rapides" / femmes "moins bonnes" et "lentes"). Mais, à chaque fois, les facteurs favorisant la réussite sont plus forts que ceux l'entravant. Cela dit, pour la catégorie des femmes présentant des difficultés universitaires, c'est surtout au niveau de la réussite au concours qu'elles se distinguent, avec un taux global de 3,5 % de reçues à l'internat. Dans le même temps, trois-quarts des hommes "brillants" sont reçus au concours.

On voit alors apparaître un certain nombre de variations. Les notes universitaires sont plus discriminantes que les autres facteurs, d'abord au niveau de l'inscription à l'internat, puis de la présentation au concours. Ensuite, cette prédominance s'atténue, et devient par la suite la plus faible. Pour s'inscrire et se présenter à l'internat, le fait d'avoir de mauvaises notes en faculté apparaît donc comme le facteur le plus dissuasif. En revanche, le facteur le plus encourageant est la rapidité dans les études. Les "rapides", qui n'ont jamais redoublé, y compris le PCEM1,

apparaissent, d'emblée, fortement encouragés à s'inscrire, plus encore à se présenter. Ce qui est réaliste puisqu'ils ont, en effet, des chances massives de réussir à l'internat.

Les écarts entre les opposés ("rapides" / "lents", "très bons" / "moins bons") sont à leur maximum au niveau des chances de réussite, avoisinant 40 %. Enfin, on constate que les effets liés au sexe ne sont pas les plus discriminants au regard des effets purement universitaires, sauf pour la chirurgie, dont on sait qu'elle attire toujours peu les femmes.

Ainsi, les facteurs discriminants dans la procédure de sélection par l'internat se mettent en place bien en amont du concours. On voit bien que, dès l'inscription, les étudiants s'auto-sélectionnent par eux-mêmes, à partir d'une estimation basée sur leurs notes universitaires. Cette auto évaluation semble confirmée par les performances réelles au concours : aucune des "femmes, lentes et moins bonnes" de notre échantillon n'est reçue en médecine.

Mais il faut distinguer les critères de type universitaire (le temps et les notes) et les variations que l'on observe entre les hommes et les femmes. Si les premiers sont "plus rapides" que les secondes, les femmes sont aussi "meilleures" que les hommes. Ils possèdent alors, les uns et les autres, des caractéristiques favorisant la réussite à l'internat. Les différences sexuelles d'accès à la spécialité ne peuvent donc s'expliquer uniquement par des facteurs universitaires, ils mobilisent d'autres niveaux d'explication, que l'on peut considérer comme relevant de données socio-professionnelles, que les entretiens permettent de mieux comprendre.

Il convient, enfin, de faire une place à ces filières dites "secondaires" où, là aussi, s'instaure un système de valeurs très lié à la réussite universitaire.

Le tableau ci-dessous reprend la répartition des étudiants dans chacune des filières de l'internat. On constate alors que les quatre filières de biologie, santé publique et médecine du travail sont celles où se trouvent toujours moins de "très bons" étudiants que sur l'ensemble des reçus, les meilleurs se trouvant bien en médecine. La filière de psychiatrie apparaît un peu à part, et l'on peut supposer que cette branche attire certains étudiants en premier choix autant que des étudiants recalés dans les autres spécialités médicales.

Répartition des étudiants nouveau régime selon leurs performances universitaires, en fonction de leurs résultats à l'internat

	Ensemble	CITI	classés	reçus	médecine	chirurgie	psychiatrie	biologie	S publique	Travail
"moins bons"	33,9	29,1	26,4	18,6	14,6	21,6	29,4	5,9	42,9	42,8
"bons"	36,1	37,3	36,6	31,1	26	35,2	23,5	52,9	28,6	42,9
"très bons"	30	33,6	37	50,3	59,4	43,2	47,1	41,2	28,5	14,3
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Contrairement aux réputations, il ne semble donc pas que les meilleurs étudiants choisissent systématiquement la chirurgie, cette spécialité semblant attirer des candidats d'un niveau à peine supérieur à celui des futurs psychiatres. La biologie se distingue également par son faible taux de "moins bons" étudiants, comme si elle était la première filière "secondaire" à être choisie. Les filières de santé publique et de médecine du travail semblent, en effet, être les dernières choisies. Là, on voit jouer un effet de relégation, mais il faut bien prendre en compte que ce que nous ne possédons pas ici les notes à l'internat, mais les notes aux examens universitaires.

De ces premiers résultats statistiques, nous voyons apparaître des modifications structurelles directement liées à la mise en œuvre de l'internat de spécialité. Mais ces données n'autorisent que des hypothèses quant aux mécanismes stratégiques propres aux étudiants des différentes promotions. L'analyse des récits des parcours de nos interviewés permet, en revanche, d'apporter

des éléments utiles à la compréhension des mécanismes ayant présidé aux choix des différents modes d'exercice. Elle permet surtout de faire le lien entre des contraintes institutionnelles et des mécanismes d'orientation qui relèvent, aussi, des multiples sphères de la vie de chaque individu, privées et professionnelles.

Encadré n°8

Un parcours "sans faute"

L'exemple présenté ici est celui d'une "bonne élève" qui réussit, par la combinaison de stratégies clairement pensées et de performances universitaires de haut niveau, à franchir toutes les étapes lui permettant de réaliser son projet initial. Parisienne, sa mère est enseignante et son père publiciste, et elle compte des médecins dans sa famille, présentant ainsi le profil type de l'étudiante qui a toutes les chances de réussir. Elle se situe dans une perspective qui est, avant tout, volontaire et, d'ailleurs elle veut faire médecine pour "ne pas être l'otage des médecins". Son dossier universitaire est un "modèle" du genre : bachelière C à 17 ans sans mention, elle réussit le concours de PCEM1 50ème sur 181. Elle passe ensuite les années dans aucun redoublement ni même d'examens en septembre et avec des notes très correctes. Si elle ne passe que 6 années dans les deux premiers cycles de ses études, elle en passe 5 en troisième cycle, puisqu'elle a fait valoir son "droit au remord" afin de se réorienter. Son récit est très éclairant de la maîtrise de l'information que nécessite le passage réussi de chacune des étapes de ce "parcours du combattant" que représente, pour cette génération, la réalisation d'un projet. Aujourd'hui, elle exerce la gynécologie médicale à Paris.

Et tout commence dès l'inscription en médecine...

"Q : Je vais donc vous demander de me raconter le plus précisément possible votre carrière depuis le bac jusqu'à aujourd'hui.
Oui, d'accord donc moi en fait j'habitais dans le quartier latin et j'ai passé le bac, un bac scientifique dans un bon lycée parisien hein, je l'ai eu très difficilement mais depuis le début je m'étais dit qu'il fallait que j'ai un bac scientifique pour faire médecine, alors que c'était pas du tout ma tasse de thé à l'origine tout ce qui était maths et physique etc…,
Q : Vous étiez à quel lycée ?
J'étais à Henri IV donc au Panthéon. Après comme je ne me sentais quand même pas très solide sur mes bases en matières scientifiques puisque j'avais vraiment eu des sales notes au bac et que j'ai réussi à l'avoir grâce aux matières littéraires, j'avais acheté à l'époque un petit bouquin qui s'appelait comment préparer vos études de médecine et de pharmacie. J'avais regardé dans les critères de sélection pour le concours de première année quelles étaient les facultés qui permettaient aux gens plus littéraires entre guillemets, de réussir. C'est comme ça que j'ai vu qu'à Paris 7 Bichat et Lariboisière-Saint-Louis étaient plutôt orientés sur psycho, chimie etc, et un peu moins sur les matières scientifiques pures et dures comme physique et mathématiques. C'est pour ça que j'ai choisi Lariboisière, alors que ce n'était pas du tout mon quartier initialement, mais parce que je me suis dit si je veux avoir médecine, c'est comme ça que je vais pouvoir y arriver. Du coup j'ai eu le concours tout de suite la première année après j'ai continué.

… en passant par la préparation de l'internat …

Donc j'ai fait tout mon externat. Mon objectif, à l'origine, c'était d'être gynécologue médicale et, assez vite, je me suis rendu compte que ce serait probablement plus compliqué que prévu puisque il n'y avait plus la spécialité de gynécologie médicale. Il fallait que je passe par l'internat pour faire une spécialité dont j'aimerais que ça ressemble le plus possible à la gynécologie médicale, donc je me suis un peu renseignée. J'ai préparé l'internat à Cochin, enfin avec les conférences privées qu'il y avait à Cochin. J'ai eu l'internat aussi du premier coup et après… et donc pas du tout à Lariboisière, l'internat, moi j'ai eu l'impression vraiment que Lariboisière c'était une fac à laquelle j'allais uniquement préparer mes examens mais pas du tout, du tout pour préparer l'internat, et la préparation de l'internat j'ai eu l'impression que c'était vraiment un travail personnel que je faisais avec les conférences mais que à la fac rien ne m'avait aidée à préparer l'internat. Donc j'ai eu l'internat ...

… et en finissant par le choix de l'exercice en même temps que celui de la spécialité

Et une fois que j'avais l'internat s'est posée la question de comment faire pour arriver à être gynécologue, donc comme j'avais eu d'assez mauvaises expériences pendant mon externat des stages de chirurgie, j'avais pas très envie d'y aller par la voie qui paraissait la plus simple qui était la gynécologie obstétrique, qui est une matière chirurgicale. Je me suis dit je vais essayer d'y aller par l'endocrinologie, donc je me suis inscrite d'abord dans la filière de médecine de l'internat, j'ai commencé à faire un stage de médecine interne, un stage d'endocrinologie, un stage de néphrologie pour me rendre compte que rien de tout ça ne ressemblait beaucoup à la gynécologie et après avoir contacté le responsable du DESC puisqu'à l'époque il y avait des DES complémentaires de gynécologie médicale et de lui avoir demandé de m'inscrire à son DESC, donc ce monsieur qui s'appelait M. qui était à N. m'a dit qu'il n'avait pas l'intention de former des gynécologues médicaux par cette voie, en fait ce DESC était fait pour former des chercheurs très spécialisés en médecine de la reproduction et que donc il n'était pas question qu'il m'inscrive à son DESC si c'était pas ça mon objectif et que donc si je voulais gynécologie médicale il fallait que je fasse de la gynécologie obstétrique comme tout le monde, au revoir mademoiselle il m'a raccroché au nez. Donc j'ai changé de filière, je suis allée faire un stage en chirurgie, en gynécologie obstétrique en me disant je vais voir si ça me plaît ou si ça ne me plaît pas, et je suis tombée sur des gens super sympa qui m'ont dit on va te montrer comme c'est bien et que ça va te plaire, et donc j'ai ensuite changé de filière et donc j'ai fait un internat moitié moitié finalement où j'ai fait, je crois en tout quatre stages de médecine et six stages de chirurgie, dont quatre stages de gynéco-obstétrique. J'ai donc respecté la maquette qui était imposée pour faire de la gynéco-obstétrique, mais finalement j'ai fait un espèce d'internat mélangé moitié médecine et moitié chirurgie et gynécologie obstétrique. A l'issue de ça, j'ai eu ma spécialité de gynécologie-obstétrique, j'ai fait un clinicat de gynécologie-obstétrique, (...), et puis j'ai eu le chance pendant mon clinicat d'être contactée par le gynécologue qui était ici qui s'appelait C. qui partait s'installer à R. et qui par des amies communes a su que j'étais en fin de clinicat et que j'étais donc susceptible de m'installer. Elle m'a appelée, elle m'a proposé de venir ici, j'ai fait la connaissance des deux autres gynécologues et je me suis dit que c'est ça que j'avais envie de faire, parce que c'était comme ça que j'imaginais un cabinet médical et donc je me suis installée ici initialement avec mon diplôme de gynécologue accoucheur en mettant gynécoloque-accoucheur sur mes ordonnances etc, en me disant que j'allais faire de la consultation ici mais que j'allais continuer à faire des accouchements peut-être dans une structure privée environnante. En fait je suis allée visiter ça m'a pas plu, ça m'a pas convaincu, ça m'a pas rassuré et donc j'ai arrêté l'obstétrique, maintenant je ne fais plus que de la gynécologie médicale, et un petit peu de chirurgie très spécialisée dans les maladies de la vulve puisqu'en fait c'est mon dada, et j'ai encore une consultation de pathologie de la vulve dans un service de dermatologie à l'hôpital A., donc ça c'est un truc un peu pointu, et c'est, à terme, moi c'est ça qui m'intéresse. Je voudrais continuer à me spécialiser dans les maladies de la vulve au sein de la gynécologie médicale.

II. Choisir sa voie : un privilège de l'ancien régime ?

Si la réforme de 1982 n'a modifié véritablement que le troisième cycle des études médicales, nous avons vu qu'elle avait aussi considérablement perturbé le deuxième cycle, et de façons différentes selon les facultés et leurs priorités. Dans l'ancien régime, les choix pour un type de médecine, donc d'exercice professionnel, suivaient d'autres rythmes et obéissaient à d'autres contraintes. Pour comprendre comment les mécanismes de choix se sont modifiés, nous avons suivi, à travers les entretiens, la manière dont les uns et les autres reconstituaient les étapes de leurs décisions. Certes, il s'agit toujours de récits *a posteriori*, qui doivent être compris comme cela, mais c'est le cas pour tous, quel que soit le régime d'études auquel ils ont été soumis.

Ces récits se distinguent par quatre principales caractéristiques qui permettent de mettre en relation les contextes institutionnels auxquels ces étudiants étaient soumis et la façon dont est relatée la procédure du choix. En premier lieu, ces étudiants paraissaient disposer **d'un temps de réflexion** qui leur permettait, éventuellement, de différer leurs choix. Ce temps était celui nécessaire à l'accès au titre de docteur en médecine, théoriquement commun à tous et qui les destinait à devenir médecin généraliste. Au cours du deuxième cycle, le seul choix qu'ils avaient à faire était de préparer ou non l'internat, mais l'exercice d'une médecine générale ou spécialisée se décidait souvent en sixième année, voire plus tard.

Dans un deuxième temps, il convient de distinguer la **préparation de l'internat** "ancien régime" de celle qui s'effectue aujourd'hui. Il s'agissait alors d'un concours de recrutement hospitalier[75], et non d'une sélection à l'entrée d'un troisième cycle spécialisé. Tant dans la forme que dans ses objectifs, cet internat se choisissait en fonction de perspectives plus centrées sur une forme d'exercice de la médecine, sur des perspectives de carrière, mais aussi sur une certaine notion de service public.

Les différentes contraintes temporelles permettaient des "circulations" entre des espaces moins cloisonnés qu'aujourd'hui. Ainsi, la troisième caractéristique de ces parcours est la place décisive accordée aux **expériences concrètes**. Nous verrons en particulier que les possibilités ouvertes aux étudiants d'aller voir "sur le terrain" à quoi correspondait une pratique de médecine générale, ou de médecine privée, leur permettait de justifier leurs choix de manière plus personnelle.

Enfin, on voit apparaître une **sexuation très forte** des représentations attachées à ces différentes voies : la médecine générale libérale se trouvant du côté des hommes, la médecine — souvent générale aussi — salariée du côté des femmes, l'internat, parce que essentiellement chirurgical, était "masculin" et les CES "féminins". Au-delà de ce schéma, on trouve bien sûr des variantes, mais elles restent fortement déterminées par ce modèle.

Ce sont ces différents aspects de la procédure de choix, tels que nous les avons repérés à partir de nos entretiens, que nous allons développer ici, en étant conscients que nous n'avons à notre disposition qu'un corpus limité et ciblé d'entretiens qui ne peuvent rendre compte, de manière exhaustive, de la grande variété des mécanismes présidant aux carrières de ces futurs médecins.

---

[75]Ce qui n'empêchait pas par la suite certains internes, en particulier issus des hôpitaux périphériques, d'opter pour la médecine générale libérale.

II.A Avoir le temps

Une des principales caractéristiques des étudiants de l'ancien régime réside dans la manière dont ils articulent le temps de leurs études et le temps de leur choix. À chaque instant des deux premiers cycles, ils pouvaient changer d'objectif, prendre le temps d'être séduits par une spécialité, un patron, un mode d'exercice. Ils pouvaient même, selon leurs possibilités financières ou familiales, choisir d'exercer la médecine générale dans un premier temps à l'issue du deuxième cycle puis, après quelques années d'exercice, décider de faire un CES et de s'engager dans une spécialité. Il existait, par la voie des CES, de nombreuses manières de penser une réorientation future et cette possibilité, même si elle était rarement utilisée, représentait une ouverture qui permettait qu'aucune décision ne prenne un caractère définitif.

Pour ces étudiants, il y avait cette idée qu'ils "avaient du temps". A l'exception des candidats à l'internat — encore qu'il n'existait pas de contrainte pour le moment de la première présentation —, ils pouvaient, non seulement attendre la fin du troisième cycle pour s'orienter, mais encore faire des essais, prendre un chemin tout en gardant à l'idée qu'ils avaient toujours la possibilité d'en prendre un autre si ce dernier ne leur convenait pas. On se trouvait donc devant une temporalité des choix qui était très "élastique" et qui n'était pas pré-réglée par le système. Cette souplesse permettait autant de prendre une orientation précoce que différée. En effet, sauf à nourrir des ambitions démesurées, il était possible de commencer ses études en ayant un projet dont on savait qu'il aurait de fortes chances de se réaliser. Mais aussi, il était possible de différer, pour des raisons diverses (doute, charges familiales etc.), une spécialisation, tout en exerçant la médecine générale.

Cette laxité temporelle permet aux étudiants de l'ancien régime d'intégrer le mécanisme de la décision à leur propre histoire. Ainsi, l'orientation se produit au moment où un événement biographique a lieu et non en fonction d'un contexte prédéterminé. Pour l'un, ce sera une rencontre à l'occasion d'un stage, pour l'autre les conseils de la famille ou d'amis, pour d'autres encore une expérience professionnelle. Les interviewés de cette génération font tous intervenir un événement original dans leur prise de décision, alors que cela est exceptionnel pour les étudiants du nouveau régime.

Les extraits d'entretien qui suivent montrent comment des spécialistes se décident à des moments très divers du parcours, surtout à partir du moment où ils sont confrontés aux réalités du terrain, en traduisant bien le côté "aléatoire" de ce moment :

> *"J'ai fini par passer l'internat assez tardivement (…) Maintenant ce qui a décidé de mon orientation, c'est, en fait, des rencontres au cours des études et notamment j'ai eu la chance de passer par le service du professeur C. à l'hôpital S. (…) et en fait ça a déterminé mes choix."*
> *(chirurgien vasculaire, ancien régime)*

> *"Bon, ça c'est trouvé que bon certainement il y a eu un autre facteur qui était peut-être aussi était un facteur économique, c'est que mon père a créé également une clinique psychiatrique à G. justement. (NDLR : où il exerce actuellement) Bon, au cours de mon cursus j'ai eu une hésitation en 5° année de médecine parce que bon, j'avais fait un choix qui m'avait réellement passionné, qui était un choix d'anesthésie réanimation. Alors, de manière un peu paradoxale, j'ai hésité entre soit …(rires)… endormir le patient, soit le patient endormi qui ne parle pas et essayer de les réanimer ou alors de les écouter, c'était plutôt les opposés (...). Mais également je pense que dans une carrière en médecine on utilise souvent le terme de maître quand… Je crois que dès fois c'est un terme qui est un peu utilisé d'une manière… Mais la personne chez qui j'ai fait mon stage était pour moi un véritable maître. Pour moi, elle m'a beaucoup appris et quelqu'un qui était doté d'un enthousiasme et d'une capacité d'enseignement…*
> **Q : Mais là, vous parlez de l'anesthésiologie ou de la psychiatrie?**
> *De l'anesthésie en 5° année de médecine, et je me suis posé la question durant la 6° année de médecine de savoir vers quoi j'allais me diriger."*
> *(psychiatre, ancien régime)*

Pour autant, certains semblent être médecins généralistes, faute d'en avoir décidé autrement. Mais c'est là aussi que l'on perçoit l'impact de ce temps commun à l'ensemble des

étudiants en médecine de l'époque. Être médecin généraliste, ce n'est pas nécessairement être déclassé par rapport aux autres, c'est tout simplement arrêter ses études avant les autres :

> *"Non ça ne m'a jamais tenté ni de faire le concours de l'internat, ni de faire une spécialité, parce que j'ai toujours eu peur de m'ennuyer si vous voulez sur un créneau trop étroit (…) ça me paraissait tout à fait logique de faire de la médecine générale, je ne comprenais même pas, à la limite, qu'on puisse avoir une vocation pour être dermatologue hein par exemple ! ça me paraît étroit, voilà ! " (généraliste, ancien régime)*

> *"Je suis restée généraliste par flemme, par flemme. J'avais un patron en réa qui voulait me pousser à faire anesthésie réa, … Pouff ! J'ai pas eu envie, y'avait encore quatre ans… J'en avais marre hein ! Au bout de tout ce temps là j'en avais marre, j'avais donné mon quota. Je ne voulais plus en faire plus". (généraliste, ancien régime)*

L'omnipratique constitue alors une étape — plus qu'un choix — lors de laquelle ces étudiants peuvent prendre le temps de s'interroger sur l'opportunité ou non d'aller au-delà. Le "plus" que représente la spécialisation est un "plus d'études", un "plus de temps", mais pas nécessairement un "plus de qualités" ou de "valeur professionnelle".

Cette souplesse des différentes temporalités était intériorisée par les étudiants, pour qui elle fonctionnait comme une "marge de sécurité" en cas de problème. Pour ceux qui avaient entammé leurs études avec ce type de représentation, l'arrivée de la réforme a été perçue comme une fermeture brutale des possibles. Dans de nombreux courriers reçus spontanément, ainsi que chez certains de nos interviewés, la fermeture des CES est venue entériner un titre de médecin généraliste que ces praticiens avaient l'intention de transformer, plus tard (trop tard ?) en spécialisation. Ainsi, les étudiants des premières années du concours se sont trouvés "pris de court" par une réforme qui leur imposait de modifier rapidement leurs projets. On comprend mieux pourquoi les premières années du nouveau régime ont produit une majorité de médecins généralistes dans les facultés où la norme n'était pas la préparation de l'internat.

II.B Choisir l'internat des hôpitaux

Certains décident de préparer et de présenter le concours d'internat des hôpitaux. Cette décision pouvait se prendre tôt, dans les études, ou plus tardivement, puisqu'il n'y avait pas d'exigences aussi strictes qu'aujourd'hui quant au moment des candidatures. En revanche, cet internat jouissait d'une réputation d'excellence et beaucoup d'étudiants n'ont pas vraiment envisagé de le présenter sérieusement, même s'il représentait pour certains un "rêve".

Il faut, à ce sujet, distinguer la *préparation,* de la *présentation* au concours. On voit alors apparaître trois attitudes différentes :

- la première consiste à <u>refuser</u>, d'emblée, de se positionner sur ce registre. Refus de présenter l'internat et, bien sûr, de le préparer. Hormis ceux qui ont eu une "vocation précoce" pour une pratique généraliste, deux formes de raisons sont évoquées: la première, souvent implicite, concerne la question du "niveau". Les étudiants, se considérant médiocres, ne se posent pas vraiment la question de l'internat et adaptent leurs ambitions à ce qui leur semble, raisonnablement, accessible. Cette raison est rarement dite explicitement, mais elle transparaît dans les discours, lorsque, spontanément, les interviewés décrivent un parcours un peu difficile : ainsi, ce généraliste, issu d'une filière littéraire et qui ne s'est jamais considéré comme un "scientifique" :

> *"Moi, dès le début, j'ai fait impasse sur le concours de internat. J'ai travaillé, j'ai suivi les conférences et tout, mais j'avais fait impasse parce que je voulais être médecin généraliste. (...) Je suis pas un scientifique de raisonnement. J'ai une approche littéraire et beaucoup plus intuitive donc si vous voulez ça ne me*

passionnait pas de me pencher sur le cas exceptionnel de pathologie pancréatique parce que je savais que de toute façon je ne serai pas compétent pour traiter le problème, que je ne serai pas compétent pour éventuellement faire le diagnostic, qu'il fallait simplement que je sache orienter ce patient-là qui présentait une symptomatologie difficile..."
(généraliste, ancien régime)

On trouve aussi des refus qui ne sont pas liés aux chances objectives de réussite, ni à des vocations précoces, mais plutôt à un rejet du "système". Que celui-ci soit exprimé par une argumentation politique ou sociale. On voit alors que le fait de refuser de se lancer dans la course n'obère pas systématiquement les chances de spécialisation ou de réalisation d'un projet professionnel. Ainsi cette fille de "patron" décide de se spécialiser par la voie des CES pour ne pas être accusée de "favoritisme" si elle avait l'internat, ou ce cancérologue qui ne le passe pas parce que trop occupé par son militantisme politique, mais qui réussit tout de même à se spécialiser et à intégrer ensuite la filière hospitalo-universitaire :

"J'ai décidé de ne pas préparer l'internat parce que, je vous dis c'était incompatible : un avec mon militantisme et deux avec mon travail. (...) Question de temps absolument, à l'époque je pense que ça n'allait guère au delà, et puis un peu quand même sur un rejet on va dire du côté caste du corps médical, ça allait avec le reste.(...) Sur le moment on n'avait pas l'impression de sacrifier quoi que ce soit on ne raisonnait pas de la même façon, maintenant, bon, je pense que c'était très certainement une erreur."
(cancérologue, ancien régime)

- La deuxième attitude consiste à <u>travailler</u> l'internat. Les fameuses "questions" jouissaient auprès des étudiants de la réputation de traiter de manière complète de sujets qui n'étaient pas toujours abordés de manière satisfaisante dans leurs polycopiés. Sachant que peu d'entre eux suivaient régulièrement les cours, le travail sur les "questions" et les interrogations collectives venaient remplacer ce que la faculté n'apportait pas, à savoir une forme de sociabilité médiatisée par l'apprentissage :

"Je l'ai préparé et puis, comme petit à petit, je m'orientais vers l'anesthésie-réanimation, qu'il y avait le CES, et qu'à l'époque, la formation était aussi simple, voire un petit peu plus courte, parce que on commençait à en avoir ras le bol des études longues, voire plus courte par le CES, que par l'internat, parce que c'était trois ans de CES alors que c'est quatre ans d'internat plus éventuellement chef de clinique… et comme j'avais… donc je l'ai quand même préparé pour, ben pour, pour moi, pour travailler et puis bon, on s'était fait un groupe d'internat, de copains, et puis bon. (...) c'était par conférences d'internat, c'est-à-dire que on trouvait un maît.. régulièrement des praticiens hospitaliers ou des profs qui font, on se retrouve dans une petite pièce comme ça le soir et on bosse, c'est vrai que c'est différent parce que, bon. On apprend pas de la même façon. Le contact n'est pas le même que dans un grand amphi où il y a un cours magistral quoi ! "
(anesthésiste, ancien régime).

Ces étudiants n'étaient pas vraiment décidés à "passer" l'internat et ils se donnaient la possibilité d'envisager parallèlement leur avenir professionnel. Si ce concours désignait l'élite, ne pas le passer ne signifiait pas se priver de la reconnaissance des pairs. Ceci, évidemment, dépendait des milieux familiaux et universitaires dans lesquels évoluaient les étudiants. Cette souplesse d'attitude face à l'internat est néanmoins caractéristique des étudiants de l'ancien régime, pour qui la "préparation" pouvait se faire sans, pour autant, qu'ils intègrent l'obligation d'entrer dans une concurrence systématique entre camarades.

- La troisième attitude est celle des étudiants qui préparent l'internat pour <u>l'avoir</u>. Ils se placent alors dans une autre position et soumettent leur choix d'exercice à une réussite ou un échec éventuel. Cette position peut être précoce ou plus tardive, elle peut être liée à une pression extérieure du groupe ou relever d'un projet de carrière. Mais l'éventail des choix possibles en cas d'échec est tel, pour cette génération, qu'ils n'adoptent pas de position "fermée" à ce sujet : s'ils reconnaissent avoir parfois mal "digéré" un échec, ils ne se sentent pas, pour autant, sans possibilité d'investir par eux-mêmes une autre "vocation".

"En fait, lorsqu'on faisait ces études, l'internat était toujours là, en perspective. Mais il fallait se mettre au travail. Et en fait, pour moi c'était les conditions de travail, c'était une rencontre avec … le gars qui était dans la même année d'études que moi, qui s'appelle P et avec qui on s'est mis à travailler l'internat. Donc mon cursus est plutôt une affaire de rencontre. (...) l'internat j'ai pensé à l'échec les deux derniers mois. Où là, j'ai complètement tout laissé tomber. Je n'arrivais plus à travailler. Donc là, j'ai pensé à l'échec, car en fait si j'ai arrêté de travailler, c'était une façon de préparer l'échec. Si je loupe, c'est parce que je n'ai pas travaillé. En fait on avait vraiment travaillé. (...) Malheureusement il (son copain P) a échoué. Après il pris lui l'option, à l'époque il existait encore les CES. Il a fait un CES d'O.R.L. et il parti s'installer.
***Q :* Vous auriez envisagé de faire un CES si vous aviez échoué à l'internat?**
Poufff!…. Là aussi, je n'ai pas le souvenir d'avoir envisagé autre chose. Je pense que j'aurais fait de la médecine générale."
(chirurgien vasculaire, ancien régime)

Tous ces exemples montrent que l'internat s'inscrivait dans un ensemble de voies possibles et non comme une alternative décisive. Il remplissait par ailleurs des fonctions diverses, au-delà du concours lui-même, puisqu'il était l'occasion à la fois d'améliorer ses connaissances et de construire un réseau de sociabilité à partir duquel des liens se tissent entre ces futurs professionnels. Presque tous les étudiants de l'ancien régime ont travaillé sur les questions de l'internat, mais fort peu l'ont fait systématiquement et dans toutes les matières, et le fait de s'inscrire dans une conférence n'obligeait pas non plus à aller jusqu'au bout. On sent, dans ces récits que, si l'internat jouissait d'une réputation d'excellence, ceux qui ne le préparaient pas ne se sentaient pas particulièrement "nuls"[76].

II.C Expérimenter

Une des caractéristiques majeures de cette génération d'étudiants est la place des l'expériences concrètes dans le processus de décision. Deux moments sont essentiels : le premier est celui des stages, où ils semblent plus investis que pour les générations suivantes, même si les procédures de choix leur barraient parfois des possibilités d'expérimentation. Le second moment est celui de l'arrivée en septième année. Là, tous sont à la même enseigne et sont susceptibles de faire des remplacements de médecine générale. À l'époque, ils s'y essayaient presque tous et, étant donné le nombre croissant d'étudiants en médecine, il n'était pas facile de trouver une place de remplaçant, ce qui donnait de la valeur à cette expérience initiatique. Ce moment du remplacement met, véritablement, les étudiants en situation professionnelle, dans un contexte qui leur était jusque là, inconnu. Moment qui génère des stress, plus ou moins supportables, qui les conduisent à s'interroger sur leurs choix ultérieurs. Pour certains, c'est la confirmation de ce qu'ils veulent faire, pour d'autres, c'est une épreuve trop éprouvante pour qu'ils s'arrêtent là et ils s'engagent alors dans une spécialisation.

"Pendant l'été j'avais été remplaçante d'un généraliste et je me suis dit : je ne serai jamais généraliste (…) C'est ingrat d'être généraliste. On ne peut pas être compétent en tout. C'est très difficile, surtout quand on est seule dans son cabinet."
(neurologue, ancien régime)

"Et puis j'ai fait de la médecine, j'ai commencé à faire des remplacements de médecine générale et puis je me suis dit que c'était pas ça, que ça ne me plairait pas. (...)L'anesthésie ça a un côté plus technique, enfin on fait des choses, et puis … tandis que la médecine générale, c'est bon , c'est les patients qui viennent … c'est plus un contact … peut-être plus humain effectivement mais, il y a un côté plus technique."
(anesthésiste , ancien régime)

[76]Il est vrai que nous avons affaire à des anciens étudiants issus de facultés dont l'objectif pédagogique était tourné vers l'omnipratique. Peut-être que les discours auraient été plus tranchés si nous avions pu interroger des anciens étudiants des grandes facultés du centre parisien, où l'incitation à la préparation au concours était plus forte.

On voit alors se profiler un mécanisme intéressant à prendre en compte, dans un contexte où les pouvoirs publics déploraient le manque d'attractivité de la médecine générale pour les étudiants. Ces derniers se retrouvaient, avec une formation très théorique le plus souvent, seuls dans un cabinet, à prendre en charge la totalité d'une clientèle déjà constituée et sans bénéficier d'un encadrement susceptible de les rassurer. C'est une confrontation souvent éprouvante avec des responsabilités qui leur paraissent dépasser leurs propres compétences. On voit alors que, pour bon nombre de ces futurs médecins, la lourdeur de la tâche les conduit à préférer s'orienter vers une spécialité, autant pour éviter l'exercice solitaire de l'omnipratique que pour prolonger leur formation. Ce n'est jamais, dans ce cas, par mépris pour la médecine générale qu'ils décident de se spécialiser mais, au contraire, parce qu'ils considèrent que c'est un métier très difficile et qu'ils craignent de ne pas "être à la hauteur". Le choix de poursuivre leur formation vers une spécialité devient alors un moyen d'acquérir de l'assurance. Les discours des spécialistes qui ont expérimenté la médecine générale diffèrent de ceux qui ne l'ont jamais pratiquée. Les premiers ont l'idée d'un métier difficile et complet et, une fois installés comme spécialistes, ils parlent de leurs confrères omnipraticiens avec respect. Ceux qui n'ont jamais fait cette expérience — et ils sont rares parmi les anciens régimes — ont tendance à ne pas comprendre la complexité du métier et c'est chez eux que les critiques envers les omnipraticiens sont les plus vives.

Considérer que l'orientation préférentielle des étudiants, à la fin des années 70, vers les spécialités signifiait que la médecine générale était dévalorisée nous semble relever d'une interprétation un peu rapide des processus de choix. Car c'était en connaissance de cause que, le plus souvent, ces étudiants choisissaient et ils considéraient alors l'omnipratique libérale comme un métier difficile, peut-être mal rémunéré au regard de ses exigences, mais pas comme une médecine sous qualifiée. Au contraire, certains se spécialisaient parce qu'il leur paraissait plus facile d'être bon dans un domaine précis que dans tous les domaines, et avaient même tendance à mésestimer leur capacité à pratiquer la médecine générale. Là s'opère une grande différence dans les discours, entre ceux qui *s'imaginent* et ceux qui ont *pratiqué* cette forme de médecine.

Par ailleurs, on remarque que le fait d'avoir le choix entre plusieurs voies possibles permettait d'adopter des stratégies qui laissaient la porte ouverte à d'éventuelles réorientations. Ainsi, l'anesthésiste cité ci-dessus se ménage, grâce au stage interné, la possibilité de poursuivre dans une autre spécialité au cas où celle-ci ne lui conviendrait pas.

> *"C'est pour ça que, le stage interné que j'ai fait à A., avant de commencer la spécialité, était pas mal. Parce que ça m'a permis de rentrer, je n'étais ni anesthésiste, ni même CES d'anesthésie mais j'étais mais, un peu en fonction d'interne d'anesthésie, en anesthésie et réanimation. Donc, j'étais sous la dépendance de beaucoup de cardiologues parce que le service de soins intensifs ou d'anesthésie réanimation. Comme ils savaient que je voulais faire ça en plus, ils m'ont laissé faire plein de trucs, ils m'ont appris ! et puis finalement bon j'ai fait du SAMU, de l'urgence, j'ai pu voir, pendant un an, avant de commencer, en gros si ça me plaisait ou pas hein ! si à l'époque je pense que ça m'avait pas plu, comme j'avais passé qu'un probatoire, j'aurais dit ben écoutez, je reviens pas parce que ça me plaît pas donc… j'ai pu tester un peu avant et puis finalement j'ai dit si ça va, ça m'a bien plu donc j'ai continué."*
> *(anesthésiste, ancien régime)*

Plus tard, ce même médecin effectuera des remplacements dans le privé tout en terminant sa formation, se donnant, là encore, la possibilité de "tester" la pertinence de ses choix.

Cette place de la confrontation avec le réel d'un métier est essentielle pour comprendre la manière dont peuvent s'opérer des choix dans une configuration où l'apprentissage est celui d'une médecine hospitalière spécialisée et le destin commun des étudiants l'exercice d'une médecine générale libérale. Le lien entre un lieu de formation et un lieu d'exercice séparés ne peut se faire qu'au cours d'une période de transition où l'expérience précède les choix. Il est évident que le régime actuel, n'ouvrant la porte des généralistes qu'aux futurs généralistes, empêche catégoriquement que ce choix s'effectue sur autre chose que sur des prénotions tirées le plus

souvent des hiérarchies universitaires, laissant donc peu de place à la réalité de la médecine générale.

II.D Les filles et les garçons

L'éventail des possibles qui s'offrait à ces étudiants s'inscrivait très clairement dans une représentation sexuée des identités sociales autant que professionnelles. Cette représentation peut être modélisée à partir des clivages suivants :

Les formes d'exercice de la médecine présentant un caractère masculin relèvent de métiers qui demandent une grande disponibilité, que ce soit au niveau des études et / ou de la pratique. Il s'agit, d'une part de la médecine générale libérale et, d'autre part, de la médecine hospitalière par la voie de l'internat. C'est aussi celles qui s'inscrivent dans l'origine de la profession et en déterminent à la fois la spécificité et les compétences. Le modèle d'exercice du métier est, au départ, un modèle masculin et le reste malgré l'arrivée des femmes.

Mais d'autres formes d'exercice de la médecine sont apparues : médecine salariée, médecine spécialisée libérale en particulier. Ces zones de développement du métier sont plus récentes et peuvent alors être investies sur des modèles non directement liés à l'archétype du médecin. C'est ainsi que les spécialités non chirurgicales et exercées en cabinet, ainsi que les formes d'exercice de la médecine générale en institution ou dans des collectifs non hospitaliers sont devenus des modèles féminins de la médecine.

Concrètement, au moment des choix étudiants, les futurs médecins sont amenés à se positionner par rapport à leurs identités sexuelles respectives et aux modèles que la profession leur propose. Ainsi, les CES étaient-ils "typiquement féminins" et l'internat "typiquement masculin". Pour qu'un homme fasse le choix d'un CES ou d'une médecine libérale salariée, pour qu'une femme veuille faire l'internat ou créer un cabinet d'omnipratique, ils doivent faire un chemin plus important que les autres et justifier de leur orientation.

> *"Enfin moi j'ai le sentiment si vous voulez que on était une majorité de futurs médecins généralistes. Que vraiment bon on était en fac de médecine pour faire de la médecine générale. Et au sein de ce truc-là, il y avait des gens qui avaient une option différente et qui disaient non, je voudrais passer l'internat, j'aimerais faire ci, j'aimerais faire ça, j'aimerais … bon. Qui avaient d'autres aspirations, mais que l'immense majorité des gens étaient des gens qui voulaient faire de la médecine générale. Et qui ont fait de la médecine générale d'ailleurs, pour les trois quart, des restants hein. Donc il y a des gens qui se sont mis, il y a des femmes qui se sont mis dans la médecine du travail mais il y en avait beaucoup moins à l'époque ! donc qui se sont mis en médecine du travail ou,* ***machin*** *! chez les mecs il y en a très peu qui ont fait des CES. C'est plutôt les femmes qui ont fait un… exercice en CES, mais, on était une, on était une promotion de généralistes !"*
> *(homme généraliste, ancien régime)*

Ce discours montre bien que les étudiants fonctionnaient à partir d'une représentation sexuée des différentes filières, à une époque où les femmes étaient encore minoritaires dans les facultés de médecine. Quant aux quelques femmes qui suivent une orientation plus "masculine", elles ont tendance à dévaloriser les spécialités "féminines", comme si elles avaient besoin de s'identifier à leurs homologues masculins :

> *"Par contre, y'en a beaucoup, malgré tout qui, au début, surtout dans ces années-là, faisaient des études, un petit peu pour se marier plutôt. Pas toujours pour exercer. Puis tout à coup on a voulu raccrocher les wagons ! alors on va faire une* ***petite*** *spécialité style médecine du travail,* ***des choses*** *de salarié pour pouvoir permettre au cas où, bon, prendre un peu la relève. Dans ma promotion, il y a eu une cardiologue par concours d'internat : c'était la major de l'année. Et puis moi après, par le biais du CES. Mais on s'est retrouvées quelques fois en parallèle hein, on s'est retrouvées ensemble hein. Bon, donc nous deux sur… on peut dire presque 200. Par contre il y a eu une dizaine de personnes inscrites, par exemple dermato ! gynécologie fémi… médicale ! alors là ça a été le gros rush ! bon il y en a d'autres qui ont choisit* ***des styles****… médecine acupuncture par exemple, mésothérapie ! l'homéopathie, il y en a qui sont parties*

*comme ça **qui se sont mariées qui sont parties** avec des disciplines **un peu… pas annexes m'enfin quand même un petit peu** ! c'est, je crois que la filière internat faisait une ségrégation."*
(femme, cardiologue par CES, célibataire)

On voit ici transparaître un ordre des hiérarchies professionnelles qui place en bas de l'échelle les métiers dits féminins. Mais, en même temps, ceux-ci sont distingués des autres, ils ouvrent aux femmes des portes différentes de celles des "voies royales" de la profession. Les générations les plus anciennes que nous avons étudiées ont bien intériorisé ces hiérarchies, à un moment où les femmes étaient encore minoritaires parmi les médecins.

Ceci présente l'occasion d'interroger les modalités selon lesquelles les femmes investissent une profession masculine, question que posait en des termes très modernes G. SIMMEL, dès 1902 : "*Le véritable problème culturel que nous posons ainsi, à savoir : la liberté que les femmes recherchent produira-t-elle de nouvelles qualités culturelles — ne trouvera de réponse positive que par un nouveau partage des professions ou par une nouvelle modulation de celles-ci : en faisant non que les femmes deviennent des scientifiques ou des techniciennes, des médecins ou des artistes au sens où les hommes le sont, mais qu'elles assurent des prestations dont ils demeurent incapables. Il s'agit d'abord qu'on établisse une autre division du travail, qu'on redistribue les prestations d'ensemble d'une profession donnée, puis qu'on réunisse les éléments spécifiquement adaptés au mode de prestation féminin pour constituer des métiers partiels, singuliers, différenciés*"[77]. Cette vision de la féminisation des professions scientifiques semble particulièrement adaptée au découpage des segments qui s'est produit au sein de la profession médicale : les femmes ont largement profité d'une division du travail qui s'est traduite par des formes d'exercice où elles n'avaient pas à entrer en concurrence avec les hommes. Que ces voies soient peu valorisées ne doit pas faire oublier qu'elles constituent des moyens d'accès au métier, susceptibles de contribuer, par la suite, à une évolution des pratiques dans les segments plus "traditionnels" — et plus masculins — de la profession.

Ce contexte des orientations en fin de deuxième cycle, fait apparaître une ambiguïté dans la mesure où il permet une grande variété de parcours, une certaine labilité du temps qui donne l'impression que ces étudiants pouvaient choisir de façon relativement "détendue" leur orientation. Dans ce contexte, spécialisation par CES et médecine salariée représentaient des voies ouvertes pour des femmes qui voulaient privilégier leur vie de famille, même si elles étaient perçues comme des orientations secondaires. La réforme de l'internat va mettre fin à ces clivages, du moins dans sa conception, en mettant toutes les spécialités sur le même plan, ce qui, nous allons le voir, ne suffit pas à positionner les hommes et les femmes sur un registre plus égalitaire.

Encadré n°9

De l'internat au CES, en passant par la médecine générale...

Cette gynécologue médicale a un parcours assez typique des étudiants de sa génération. Fille d'un médecin généraliste, petite fille de sage-femme, elle a préparé et tenté par deux fois l'internat de CHR et des internats périphériques. Alors que son mari l'a obtenu, elle a échoué et a pris quelques années pour le suivre lors de son service sous les Tropiques, faire un enfant, faire des remplacements de médecine générale. Ces expériences la conduisent à faire une spécialité et elle entame un CES de gynécologie médicale. Aujourd'hui, elle travaille dans un cabinet et fait des vacations au planning familial. Les extraits qui suivent montrent comment chacune de ces étapes ont progressivement forgé un parcours fait d'échecs, d'expériences, de tâtonnements qui se sont étalés dans le temps. Ces extraits sont présentés dans l'ordre chronologique du

[77]G. SIMMEL, *Philosophie de l'amour,* Éd. Rivages, Paris, 1988, p. 97-98.

déroulement de l'entretien, et montrent comment, progressivement, ce parcours se structure, au fur et à mesure qu'elle revient sur chacun des moments décisifs. Actuellement, elle soutient sans vraiment militer pour le maintien de la gynécologie et a une vision assez globale des questions de santé, sans privilégier à outrance sa "chapelle", témoignant ainsi de la richesse de ses expériences passées.

"Je suis rentrée à la fac de médecine en octobre 72, oui parce que j'ai fait les vendanges donc ça devait pas être la rentrée en septembre. Et puis j'ai fait 10 ans sans problème… à la fac de médecine et puis j'ai fait un an dans la… en septième année on avait l'histoire des stages internés je ne sais plus quoi, mais j'ai pas passé l'internat, j'ai fait un an à l'hôpital de Saint-Nazaire… en 79, puis ensuite je suis partie deux ans à l'Ile de la Réunion, pour suivre… un homme, qui est le père de mes enfants d'ailleurs, qui faisait son, service militaire sous les cocotiers, donc j'ai arrêté deux ans. J'ai rien fait, ah si j'ai fait des remplacements là-bas j'ai fait, bon un peu à l'hôpital un peu en ville, et puis en revenant j'avais un enfant que j'ai fait là-bas, … j'ai fait une troisième année en ne faisant rien, quelques remplacements,…

Q : En médecine générale ?

En médecine générale oui. Et puis j'ai décidé de, ça me plaisait depuis longtemps, de faire de la gynécologie médicale et puis à l'époque il y avait un CES, qui durait trois ans hein, soit trois ans soit quatre ans, mais on passait pas l'internat si on ne voulait pas. Je sais pas si j'aurais pu ! non j'aurais pas eu le courage de, de me lancer dans le travail qui… qui est énorme !

Q : Vous ne l'aviez jamais préparé l'internat ?

Non, si je l'ai, je l'ai préparé y'avait des, y'avait des, conf., hein !

Q : Donc vous suiviez des conférences ?

Oui, les conférences oui. Et puis j'ai été me présenter deux fois j'ai été collée et puis j'ai pas recontinué ! ma vie a pris un autre…

Q : Vous vous êtes présentée à l'internat ?

Oui.

Q : Oui, vous l'avez tenté, vous vouliez vraiment le faire…

Oui oui… (silence) vraiment le faire… oh oui je crois que j'étais tentée par ça oui, mon mari l'avait fait … mais bon ! bon ! je l'ai pas eu ! et je me suis pas représentée. J'ai travaillé dans un CES le soir, c'est vrai que, avec deux enfants on est… bon… voilà.(...)

Un médecin généraliste, il doit s'occuper de tout hein, c'est difficile hein la médecine générale ! un jeune un vieux, une femme un homme, un enfant atteint d'une maladie bénigne à quelqu'un atteint d'un cancer, dépassé ! m'enfin bon ! oui, c'est très varié, beaucoup plus difficile ! c'est peut-être ça qui m'a… aussi… fait ne pas choisir ça c'est trop difficile…

Q : Vous y aviez songé ?

Oui j'y avais songé oui.

Q : A travailler comme médecin généraliste…

Oui, tout-à-fait oui.

Q : Quand vous avez raté l'internat, donc vous êtes partie à ce moment-là à la Réunion…

Oui, il y a eu plusieurs choses oui, il y avait forcément ce ratage de l'internat mais… faut que je parte ! et puis en fait j'ai eu trois ans pour réfléchir, j'ai bien fait de ne pas…

Q : Donc en revenant vous avez continué à faire des remplacements et… vous y pensiez à la gynéco ou il y avait aussi d'autres spécialités qui vous auraient intéressées ?

… j'ai été tout le temps intéressée par la psychiatrie, tentée par la psychiatrie. Pour des raisons familiales mais, justement les problèmes familiaux, psychiatriques qu'il y avait eu… m'ont fait repousser ça. Comment dirais-je… j'avais pas envie d'en parler toute la journée peut-être ! mais ça ça m'a tentée. J'aimais aussi… en tant que spécialité j'aimais la dermatologie, j'aime bien la peau !…. voilà autrement j'ai pas, j'aurais… j'aurais pas aimé être cardiologue ou urologue, enfin ça j'aurais pas aimé…

Q : Oui, les spécialités que vous auriez vraiment pas aimé faire ?

Ouais, cardiologie, ça m'a jamais intéressée… pas du tout, sûrement pas !… je sais pas, ça par exemple, la pneumologie, non ça m'intéressait pas. J'avais plutôt envie de m'occuper des femmes, des enfants, ou de la peau ou de la psychiatrie, voilà ! c'est mon… mon domaine préférentiel. Je suis toujours tournée vers ça ! mais la médecine générale ça m'avait paru oui fatiguant et… trop compliqué.

Q : Vous avez trouvé ça très dur…

… ouais, oui oui, les horaires c'est difficile ! la médecine c'est fatiguant euh… ouais ouais, je trouvais ça difficile.

Q : Et quand vous avez fait votre…

Et je le dis et le redis on n'était pas préparés, à l'époque, à la médecine de ville on était pas préparés. La médecine générale … on était à un endroit où on n'a vu que des pathologies rares et… compliquées puisqu'ils atterrissent au CHU ! voilà.(...)

Q : Vous ne vous sentez pas militante du maintien des gynécologues médicales, comment vous vous positionnez par rapport à ça ?

Je suis très ambivalente. Si ! je trouve qu'on a une, moi je trouve qu'on a une utilité. Mais je pense aussi… je trouve que J'AI une utilité, je sais pas si (rires), mais je pense que ce qu'on fait peut être très bien fait par, par un médecin généraliste qui va un peu se, se spécialiser là dedans !… sauf si on se met à faire des échographies, des stimulations, donc c'est compliqué ! faut faire que ça et faut s'y tenir et je sais pas si on a le temps de bien le faire mais il y a des tas de choses qu'ils peuvent très bien faire hein ! tout à fait ! alors oui je suis ambivalente je dois dire que oui, c'est pas mal ce qu'on a

fait mais je suis pas, je peut-être pas d'un naturel en ce moment combatif quoi ! j'aime pas, j'aime pas ce truc-là : la santé des femmes en danger ça me paraît, excessif.

III. Passer ou ne pas passer l'internat ?

La construction même du schéma d'orientation auquel sont soumis les étudiants actuels est duale : d'un côté, il y a l'internat, de l'autre, la médecine générale. Les entretiens permettent d'interroger la nature de ce choix qui s'opère selon des procédures différentes que pour les étudiants de l'ancien régime, puisque d'une part, la réforme fait intervenir de nouvelles contraintes et, d'autre part, elle supprime certaines opportunités.

La première de ces contraintes est **temporelle** : les étudiants doivent se déterminer rapidement et ils sont soumis à un calendrier beaucoup plus serré que celui de leurs aînés. En outre, les solutions de "rattrapage" et de réorientation sont très limitées, ils sont donc pris dans une sorte de "course contre la montre" qui déterminera leur carrière ultérieure.

Par ailleurs, l'éventail des possibles qui leur est offert se résume à une **succession d'alternatives** : préparer ou non l'internat ; y réussir ou y échouer ; accepter ou non la filière d'affectation. À partir de là, un choix plus large est offert aux "meilleurs" : choisir une spécialité médicale ou chirurgicale, à condition que leur choix géographique et leur rang de classement leur en laisse la possibilité. Cette binarité du processus de décision laisse peu d'espace aux projections imaginaires, aux conseils extérieurs, aux expériences sur le terrain.

Dans ce contexte très contraignant, les étudiants tentent de préserver leur libre arbitre et de trouver des stratégies qui leur permettent de **s'approprier leur destin**. Pour se prémunir d'une relégation par l'échec, les projets sont toujours prudents, l'échec anticipé, la réussite aléatoire.

Enfin, la suppression des CES aboutit, dans le nouveau régime, à fermer ce qui était vécu comme la "voie féminine" de la spécialisation. Pouvons-nous, pour autant, considérer que l'alternative nouvelle suit **un modèle asexué de division du corps médical** ?

III.A Faire la course

Les règles du nouveau concours de l'internat imposent de se présenter la première fois en fin (ou en cours) de DCEM4, après validation de tous les certificats sauf un, le concours étant validé après l'obtention du CSCT. Il n'est donc pas possible, pour un résident qui décide de se réorienter vers une médecine spécialisée, de tenter le concours s'il ne l'a pas présenté une première fois à ce moment-là. Et s'il s'y est présenté, il ne lui reste plus qu'une seule tentative.

La comparaison entre les données des fichiers statistiques et les récits recueillis lors des entretiens montre que certains généralistes se sont inscrits à l'internat, quitte à ne pas s'y présenter, alors qu'ils affirment n'y avoir jamais songé. Il ne s'agit pourtant pas là de la négation d'un échec, mais de "l'oubli" d'une démarche qui, si elle n'engage pas l'étudiant, peut être interprétée comme une "mesure de précaution" :

> *"Au début moi c'était vraiment médecin généraliste. Moi je voulais être médecin de famille, vraiment c'est ce qui m'attirait dans la médecine."*
> *(généraliste nouveau régime, s'est présenté une fois à l'internat)*

> Cet autre généraliste se décrit comme : "*Quelqu'un qui se dédie d'entrée, à la médecine générale, parce que moi le concours d'internat je n'ai jamais voulu le passer. La spécialité, pour moi elle n'a jamais été dans ma tête, je ne me voyais pas être spécialiste en quelque chose, ça ne m'intéressait pas trop à l'époque.*

Bon maintenant aussi, même si je vois bien que les spécialistes par rapport aux généralistes, ont quand même énormément d'avantages."
(généraliste nouveau régime, inscrit à l'internat, non classé)

La décision de préparer l'internat doit être prise tôt et si l'étudiant hésite un peu trop longtemps, ce sera trop tard pour lui. Pour tenter de récupérer ce "temps perdu", la stratégie consiste à redoubler les dernières années, comme l'ont montré les résultats statistiques.

"Je pensais, comme je n'étais pas très bien classé que je serais jamais capable d'avoir l'internat, parce que dès la deuxième troisième année il y en a qui étaient déjà en train de préparer l'internat, j'étais impressionné je savais même pas ce que c'était mais eux ils savaient visiblement, ils commençaient déjà à récupérer les conf., les adresses. Je regardais ça, j'étais déjà content de passer d'une année sur l'autre, je me disais que je serais médecin et puis voilà. Non c'est en cinquième année. (...) et puis en sixième année que j'ai redoublé volontairement pour avoir le temps de le préparer. Il y avait des tas de combines, comme d'avoir toutes les matières et d'en planter une exprès sans avoir zéro, ce qui est toujours un peu délicat. Mais j'avais très peur en fait d'avoir une note suffisante qui me fasse passer."
(anesthésiste nouveau régime, faculté de Nantes)

Cette temporalité conditionne les choix. Durant leurs études, les futurs médecins ont l'occasion de fréquenter une médecine hospitalière fortement spécialisée et les praticiens qu'ils rencontrent sont tous des anciens internes. Le choix ne peut donc s'effectuer qu'à partir de deux critères : les représentations, souvent floues, de la médecine générale et/ou l'anticipation de sa propre capacité à préparer l'internat.

Ce rythme imposé par la nouvelle réforme induit des stratégies qui s'opèrent dès le début du deuxième cycle des études, stratégies qui ne correspondent pas nécessairement aux exigences de la faculté. Ainsi, on constate que ceux qui peuvent le mieux anticiper ce calendrier sont ceux qui bénéficient d'informations extérieures à l'université, par leur famille ou des amis issus du milieu médical. Quand l'étudiant ne dispose pas d'informateurs proches et qu'il concentre son attention à pénétrer un milieu qui lui est étranger, il peut alors "passer à côté" des règles imposées par le système.

On peut ici comparer les récits de deux étudiants : l'un, issu d'un milieu ouvrier, n'a aucune idée des stratégies qu'il faut adopter pour anticiper une orientation future et se retrouve "naturellement" généraliste (1) ; l'autre a un grand frère qui lui donne les "bons conseils" et il arrive alors à maîtriser son parcours qui le conduit à une brillante carrière de pédiatre hospitalier (2) :

1/ "**Q : Vous n'aviez donc pas fait le choix de préparer l'internat ?**
non pas du tout. Moi je me destinais à faire des études de médecine, en voyant au fur et à mesure comment les choses se passaient. Et c'est en cinquième année, là mes premiers stages d'externe, et où on se retrouve plus là en relation avec des internes. Là on commence à nous dire, faut que tu prépares l'internat
Q : on vous l'a pas dit avant la cinquième année ?
non non. Ah non
Q : parce que certains commençaient déjà à le préparer…
ah bien sûr. Je m'en doutais mais finalement on s'en rendait même pas compte. Il y avait des certificats et on voyait bien ceux qui réussissaient de manière fantastique leurs certificats. Mais nous l'objectif c'était la moyenne, et ne pas perdre de place dans le classement pour pouvoir choisir des stages intéressants. C'était ça l'objectif, pour la simple et bonne raison que les stages étant pas du tout formateurs, ça nous engageait pas du tout à faire un choix ultérieur. Le concours de l'internat ? pour quoi faire ? On n'avait pas d'envies. Enfin moi personnellement j'avais aucune idée, si ce n'est toujours la petite arrière pensée de médecine humanitaire."
(généraliste nouveau régime)

2/ "Parce que moi j'avais la chance, enfin…mon frère qui avait 7 ans de plus, je dirais il avait toujours eu un train d'avance, et je voyais le devenir. Donc finalement je voyais…je connaissais je dirais les défauts du système de formation médicale. Donc j'ai pas du tout été surpris. J'étais préparé (...) Je crois que si on pose les bonnes questions on a les réponses. Je crois que là, je sais pas. Où j'ai été aidé, c'est par mon frère au départ parce que lui m'a guidé et j'ai vu que c'était très très rentable. Quand vous travaillez une matière qui sert à rien à l'examen, je crois que c'est un peu décourageant. Je crois que demander les bons renseignements au bon moment c'est très très important."

(pédiatre nouveau régime)

Cet impact des temps met visiblement les étudiants sur des "lignes de départ" différentes en fonction de leur capacité à anticiper ce qui va se passer. Ce n'est pas toujours à la faculté qu'ils doivent trouver les bons renseignements. Ceux-ci se trouvent ailleurs et l'on voit que ceux qui prennent le temps des études de médecine proprement dites, qui vont en stage, qui suivent les cours conformément aux prescriptions universitaires, se font "prendre de vitesse" par ceux qui ont, d'emblée, intégré l'idée qu'avant de s'interroger sur le métier de médecin, il faut préparer le concours de l'internat.

III.B Des processus décisionnels d'un type binaire

Les contraintes imposées par la réforme de l'internat entraînent des successions d'arbitrages qui se succèdent sous une forme duale. A chaque étape, le "non" (refus, échec etc.) oriente vers la médecine générale et le "oui" conduit à la médecine spécialisée. La décision qui consiste à s'orienter vers la médecine générale d'emblée se dit, concrètement, par un "je ne prépare pas l'internat", donc une sorte de dérobade du cursus "normal".

Cette première alternative dépend beaucoup de la faculté d'origine et du milieu social dans lesquels évoluent les étudiants. Quand ces derniers se trouvent dans un contexte où la préparation de l'internat est la norme, ils échappent difficilement au diktat collectif, sauf à occuper une place de "résistant" :

"En fait passer l'internat, c'est ce qui est un peu mal fait en médecine d'ailleurs, ça fait un peu partie du trajet logique, c'est-à-dire on passe pas vraiment l'internat pour être spécialiste, on passe l'internat parce que tout le monde passe l'internat, que c'est un peu comme un examen supplémentaire, alors au fond de moi je pense que j'avais envie d'être neurologue mais comme j'avais très, très peur de ne pas avoir l'internat je ne voulais pas trop me dire je veux être neurologue, donc je disais je passe l'internat comme ça, si je ne l'ai pas c'est pas grave, je pense que généraliste ça me plaisait. J'ai plus passé l'internat parce que ça faisait partie, on avait l'impression qu'en travaillant l'internat on allait être meilleur etc… c'est plus par rapport à ça . Et bon, je pense qu'au fond de moi je voulais être neurologue mais j'avais peur d'être déçue donc en fait j'en parlais pas trop, mais je me souviens que j'avais une amie qui a fait, qui voulait être généraliste et je me disais, je l'admirais un peu parce que c'est vrai c'est relativement courageux de dire non je ne passe pas l'internat parce qu'on est un peu dans le circuit, c'est un peu obligatoire. Pratiquement dès la troisième année de médecine je savais que je passerais l'internat mais parce que, comme si ça faisait partie de…"
(neurologue, nouveau régime, étudiante de Lariboisière)

Cette position fait naître l'ambiguïté, en particulier quant aux choix de ceux qui se destinent à la médecine générale Pour eux, les choses peuvent se dire de deux façons : soit ils choisissent de ne pas (passer l'internat), soit ils choisissent de (faire de la médecine générale). Entre un choix "positif" et un "renoncement", l'alternative n'est pas toujours très claire, autant pour les intéressés que dans les possibilités qu'ils ont de justifier leur position :

"Et comme je vous disais, je n'ai pas participé, certains de mes camarades de fac ont fait des écuries en fin de 3° année, donc hein !, ça se faisait à partir de la… oui, fin de 3° année, surtout en 4° année où ça… Très sincèrement, je… Non, je ne me voyais pas … Je me voyais pas chirurgien, je me voyais pas psychiatre, je me voyais pas gynéco, je me voyais pas gastro… Enfin, je me suis pas vu à faire… Enfin, je sais pas. Je me suis pas vu à … Contrairement à la tendance de l'époque, pour moi le fait d'avoir choisi de façon réfléchie et volontaire la médecine générale, n'a pas été, si vous voulez, une situation d'échec par rapport au fait de ne pas passer l'internat. Moi je l'ai jamais vécu comme tel. Non, c'était un choix, et puis bon, ben j'ai assumé ce choix …
(généraliste, nouveau régime, étudiant marseillais)

Par ailleurs, le choix de préparer l'internat n'est pas le choix d'une spécialité, lequel dépend du rang de classement dans les interrégions et les filières. Certes, les candidats au concours ont souvent

des "préférences" mais, comme le dit la neurologue dans l'extrait ci-dessus, celles-ci ne sont pas, sur le moment, clairement exprimées. Parfois, l'étudiant s'interdit toute projection dans l'avenir et attend ses résultats avant de s'autoriser à un véritable projet. Là aussi, on note des différences dans les stratégies étudiantes : certains, bien informés, savent comment utiliser les règles du choix afin d'obtenir *in fine* une place dans la spécialité qu'ils briguent, quitte à se déplacer dans les services pour convaincre un professeur. D'autres sont plus passifs et s'en tiennent aux informations officielles, et constatent parfois, après coup, qu'ils ont renoncé un peu vite à leur préférence.

Cette forme de soumission à une logique procédurale fait que, dans les discours des spécialistes nouveau régime, il est peu fait mention d'intervenants extérieurs à leur décision. Ceci contraste avec les récits de leurs aînés, où de nombreux "personnages" déclenchent l'orientation : des amis, une histoire familiale, un "grand patron" etc. Les choix s'articulent alors avec chaque histoire pour produire un argumentaire original.

En revanche, sur les 12 spécialistes nouveau régime interrogés, seuls trois d'entre eux évoquent leur histoire personnelle pour expliciter leur choix. Ceux-là poursuivent l'idée qu'ils ont œuvré à la réalisation d'un projet personnel, quitte à lui sacrifier quelque chose : un psychiatre se conforme à une préparation "scientifique" alors qu'il n'était pas *a priori* porté sur ces matières, et doit ensuite abandonner cette approche de la médecine ; une gynécologue-obstétricienne, voulant faire de la gynécologie médicale, tente à tout prix d'éviter la chirurgie mais doit en passer par là, alors qu'elle ne supporte pas l'ambiance des blocs opératoires ; une dermatologue marseillaise se délocalise sur Reims pour être sûre de faire cette spécialité.

> *"Moi je savais que je voulais faire une spécialité, ça, dès le départ, parce que , comme je vous dis, la médecine générale c'était faire une croix sur la famille. (...) j'avais fait en quatrième année un stage à la Timone qui m'avait vraiment emballée, de tout ce que j'avais pu voir comme spécialité, la quatrième année c'est relativement comme cursus et… la spécialité m'a plu, je trouvais que c'était calme, intéressant parce que très visuel, et en plus j'avais un chef de service qui était un, un orateur donc on avait des visites qu'étaient assez passionnantes on écoutait toutes oreilles ouvertes, donc très tôt en fait, je m'étais fixée sur la dermatologie (...) J'ai eu la chance, j'ai choisi une spécialité qui était parmi les plus courues, et je l'ai eu, mais c'est quand même au prix d'être complètement délocalisée de ma région d'origine."*
> *(dermatologue à Paris, d'origine marseillaise)*

Tous les autres, s'ils ont eu des "idées" au fur et à mesure de leur parcours, se sont soumis, *in fine*, au diktat des possibilités offertes ou des stratégies les plus "rentables" à l'issue de leur classement au concours. Certes, la spécialité qu'ils choisissent n'est pas toujours une orientation qui leur déplaisait, mais leur discours est prudent sur ce sujet et il est plus orienté vers des justifications *a posteriori* de leur "goût" pour une spécialité qu'un véritable choix positif. D'ailleurs, leur inscription dans un DES se fait souvent à partir d'un choix où la discipline elle-même n'est pas (et parfois moins) importante que d'autres éléments : le lieu, les possibilités de carrière, les opportunités d'installation voire, au pire, ne pas renoncer au bénéfice du concours.

> *"Je me voyais plutôt pédiatre, d'ailleurs comme mon oncle, enfin si vous voulez on a des modèles familiaux (...) je n'avais pas le choix, pour faire de la pédiatrie je n'avais pas le choix il fallait (passer par l'internat), les CES n'existaient plus, donc j'étais obligé, donc j'ai été nommé à A. en fait la pédiatrie (...) ll n'y avait qu'un service de pédiatrie, et c'était un milieu particulier, donc c'était difficile de faire son trou, alors qu'en radio il y avait trois services, des gens plus ouverts, plus…, j'étais mieux formé que ce que j'ai été en pédiatrie (…) J'ai choisi ma spécialité à partir de ma nomination, c'est-à-dire que la pédiatrie ça aurait été difficile d'être un bon pédiatre et pouvoir continuer à Paris en sortant d'un internat à A., surtout qu'à Paris il y a énormément de pédiatres, alors qu'en radio, j'avais la possibilité d'être bien formé à A., surtout en neuro-radio et je savais que j'aurais la possibilité de trouver un poste en sortant de neuro-radio à A. (…) Et j'ai eu très facilement un poste de chef de clinique à G. (dans la région parisienne)."*
> *(neuroradiologue dans un établissement privé à Paris)*

> *"J'aurais bien aimé être médecin généraliste, mais j'étais rentrée dans le cursus : on fait médecine, il faut faire l'internat sinon c'est pas bien, sinon on n'est pas bons, sinon… et puis en plus j'ai rencontré mon mari donc en quatrième année de médecine, lui était int… il avait eu l'internat en chir en plus, donc tout une espèce de contexte qui a fait que, vous ne pouvez pas le pass… ne pas passer l'internat."*

Elle passe une première fois l'internat : "*Et je l'ai eu, à Nantes, mais très mal classée hein. Mais, ça n'a même pas été… je n'ai même pas cherché à savoir ce que j'avais eu parce que… j'ai commencé à vivre avec mon futur mari, et qu'il m'a dit : " de toute façon si tu vas en province, c'est même pas la peine de vivre ensemble " (...) Et alors à chaque fois c'était, le grand, la grande rigolade c'était : " ah oui ! tu seras IHP : interne des hôpitaux de Pithivier ! " c'est… parce que c'est mon mari qui me disait ça, en plaisantant*."
Elle recommence l'année suivante : "*Voilà, j'ai eu les deux ! j'étais mieux classée dans la zone… nord ! mais en fait, j'étais mieux classée en médecine en province qu'à Paris ! parce qu'à Paris, j'avais que la bio ! enfin j'avais la bio, la santé publique, la psy…. Mais j'avais pas la médecine à Paris ! et, j'avais très, je voulais faire médecine !*"... elle a finalement fait un internat de biologie à Paris.
(biologiste à l'APHP)

Ces récits montrent bien que les décisions se prennent par étapes, et qu'un objectif concret affiché dès le départ risque d'être mis à mal par les aléas d'un classement. Il vaut mieux se donner, d'abord, toutes les chances de "pouvoir choisir" (se trouver "en haut de l'entonnoir") plutôt que d'être déçu. Or, en adoptant cette stratégie, on peut se demander si, *in fine*, il s'agit bien d'un "choix" au sens d'une décision incluant un renoncement. Etre "libre" de choisir implique d'avoir plusieurs possibilités également accessibles. Les étudiants de l'ancien régime pouvaient, objectivement, se diriger vers différentes voies qu'ils pouvaient poursuivre avec des chances équivalentes et dans leur région d'origine. Pour les étudiants du nouveau régime, c'est plutôt la volonté d'éviter l'exclusion qui dicte le choix : il faut, toujours, tenter d'être en "haut" de l'entonnoir, mais puisqu'entonnoir il y a, on sait que la "masse" est surtout en "bas".

Doit-on, pour autant, considérer que le fait de se trouver "en haut" suffit pour qu'il y ait un choix ? Autrement dit, un "très bon" étudiant peut-il se refuser l'opportunité de présenter l'internat ? S'il le réussit, peut-il y renoncer et se tourner vers la médecine générale ? Dans ce cas, l'ordre des contraintes n'est sûrement pas le même que pour les recalés, mais le classement remplit, quel que soit le rang des candidats, son rôle d'imposition d'un ordre des choix qui ne donne pas toujours plus de "liberté" aux premiers qu'aux derniers reçus. Le "pouvoir de choisir" dépend d'une règle explicite qui le situe dans l'ordre du légal, mais aussi de règles morales qui relèvent d'un ordre symbolique professionnel. Ne pas reconnaître les secondes peut être aussi "impossible" que de transgresser les premières.

"*Mais le problème c'est que je trouvais que la façon de sélectionner les généralistes était par l'échec et ça, ça ne me plaisait pas. Au début je m'étais dit je vais faire l'internat pour être un bon généraliste (…) et comme ça me paraissait un peu con d'avoir l'internat pour être généraliste, je m'étais dit interniste (…) et puis maintenant en fait j'essaye d'être un bon généraliste des femmes, quoi, je suis un peu retombée sur mes pattes ! "*
(gynécologue obstétricienne)

Une fois évitée la "sélection par l'échec" que représente la médecine générale, il reste à opter pour une spécialité. Là aussi, des hiérarchies apparaissent, qui trouvent leur argumentaire autant dans les "modes", les conditions d'exercice, la pénibilité, la rentabilité, la démographie, le prestige etc. Chacun, d'ailleurs, suivant sa faculté, son origine sociale, sa génération, peut avoir sa propre représentation, au départ, d'un ordre de valeur des spécialités. Cependant, la crainte de "ne pas pouvoir choisir" qui a accompagné les candidats à l'internat durant leurs années de préparation, les pousse, une fois le concours obtenu, à choisir la spécialité qui leur paraît la plus "haut" placée, même si celle-ci ne correspond pas à ce qu'ils briguaient auparavant. Au final, on a parfois cette curieuse impression que tout l'imaginaire qui avait contribué à motiver l'étudiant s'efface devant un "ordre des choses" qui impose l'ultime décision. Les récits témoignent de la force d'imposition de cette logique d'institution propre à infléchir radicalement les biographies.

"**Q : Jusqu'au concours, au fond, vous pensiez que vous seriez médecin généraliste…**
Ouais ! je me laissais le choix jusqu'au dernier moment. Si j'avais pas eu ce que je voulais, c'est-à-dire que, si j'avais vraiment pas eu la spécialité que je voulais, quelque chose qui me plaisait pas, j'aurais peut-être fait un choix pour voir un petit peu, imaginez que j'ai eu que de la psychiatrie par exemple, j'aurais

peut-être fait un choix mais je pense que j'aurais abandonné. Je ne serais pas allé, j'aurais pas fait ma spécialité.
Q : Alors quelles étaient les idées de spécialité que vous aviez à ce moment-là ?
Euh, j'avais pensé à l'anesthésie-réanimation et la pédiatrie. Et la chirurgie que secondairement au fait que, n'ayant pas, je ne suis pas passé dans un très bon service de chirurgie quand j'étais externe et en fait, j'avais pas une image de bonne qualité (...) Je pouvais faire un choix de médecine. En fait je m'étais dit que, je commencerais la chirurgie et, en fait c'était plus facile d'aller de la chirurgie vers la médecine que de la médecine vers la chirurgie. Donc je me suis dit je vais commencer par la chirurgie et puis, si ça me plaît, je continuerai, je verrai un peu ce que je fais, et puis si ça me plaît pas j'irais en médecine."
(chirurgien)

Il est bien difficile de situer nettement les limites entre un choix "délibéré" et un choix "négatif". Ceci ne signifie pas que les étudiants du nouveau régime n'aient pas d'arbitrage personnel à faire, ni que leur liberté soit totalement aliénée au système, puisque certains d'entre eux adoptent des stratégies volontaristes. Mais c'est toujours par rapport à ce modèle que les décisions se prennent, y compris lorsqu'elles se justifient par une volonté de ne pas s'y soumettre. Ce qui transparaît, c'est le sentiment de ne pas pouvoir réellement choisir, par la force d'une contrainte à laquelle les "meilleurs" n'échappent pas. Le sentiment de frustration que peut générer une telle représentation des "destins" incite les étudiants du nouveau régime à adopter des positions d'évitement[78]. Celles-ci se traduisent souvent par un fatalisme devant le côté inéluctable et indiscutable du classement. En revanche, pour les étudiants se situant à la charnière des deux régimes, l'évolution a été brutale et c'est eux qui expriment le plus de regrets et d'amertume face à la réforme de 1982.

Cette génération de transition, dont les résultats statistiques montrent comment ils se sont fait "prendre de court" par la réforme, concerne plusieurs années. En effet, ce n'est qu'à partir du moment où les étudiants sont entrés en première année après 1982, qu'ils arrivent à anticiper les principes sélectifs du concours. Ceux qui étaient déjà étudiants (même dans le premier cycle) au moment de la réforme ont parfois réagit comme s'ils se refusaient de croire qu'on puisse les empêcher, définitivement, de faire ce qu'ils voulaient faire. C'est, comme le dit l'un d'eux, une forme de "rupture dans le contrat initial" qui déclenche de nombreuses amertumes.

"C'est une grosse injustice parce que moi j'ai fait un cursus de médecine tout à fait brillant et puis… J'avais commencé une première année de CES à l'époque, une spécialité, donc j'avais fait de la pédiatrie, mais j'avais aussi beaucoup d'affinité pour la psy, mais malheureusement j'ai été confronté avec, comment dirais-je…heu, une situation alimentaire, entre guillemets, à l'époque de vache maigre. J'ai été marié très tôt, avec un enfant et pour moi je ne pouvais plus du tout me permettre de continuer des études. Donc j'ai commencé mon activité de médecine générale en me disant : "Pas de problème, j'assure et puis je reprends mes études très très très vite." Donc j'ai commencé en 80, je me suis installé. La première année, ça a été l'horreur, donc il a fallu que je dévisse. (...) Et puis ensuite je suis arrivé ici, le 4 janvier 1982, et ici j'ai explosé. J'ai eu un très très gros gros cabinet. Et puis au bout d'un an et demi, je me suis dit : "Bon, basta, ça y'est, tu as réussi, tu as assuré, tu vas reprendre tes études là où tu avais arrêté." C'est là que malheureusement j'ai appris la catastrophe. Donc vous avez devant vous un médecin généraliste qui n'a jamais voulu être médecin généraliste, mais qui n'a pas pu faire autrement. Tout le dégoût de la médecine et surtout une grande… une grande… un rancoeur, à la fois pour ce corps de métier qui… (...) Et puis alors ça a été une grande souffrance pour moi d'aller à la fac et de… "OK, je suis prêt, je reprends tout, j'assure tout" et on vous dit que ça a changé. Ca a été pour moi une très grande souffrance."
(généraliste, ancien régime)

Ce que l'on constate, dans les récits des médecins qui disent n'avoir pas pu réaliser leur projet, c'est que ce barrage institutionnel les empêche de se sentir artisans de ce qui leur arrive. La démarche est très différente chez les étudiants d'après la réforme. En effet, si, parmi les généralistes ou les spécialistes satisfaits, l'exemple de ceux qui "n'ont pas pu faire ce qu'ils voulaient" est

[78]C'est-à-dire considérer que le choix par classement est inéluctable et "oublier" ce qui se passait pour les générations qui les ont précédé. Nous avons, en effet, constaté que les générations du nouveau régime n'avaient pas gardé la mémoire de ce qui se passait pour leur aînés, ces derniers n'en sachant pas non plus beaucoup sur le nouveau concours de l'internat.

souvent cité pour dénoncer le système, ceux que nous avons interrogé et qui, en effet, n'ont visiblement pas fait ce qu'ils auraient voulu faire, semblent s'accommoder de cette contrainte. Or, ceci n'est possible qu'en adhérant totalement à la légitimité du système, en acceptant la sanction du classement.

III.C Faire son "propre choix"

Les étudiants du nouveau régime se trouvent ainsi devant des procédures de choix fortement déterminés par un ensemble de facteurs qui leur sont extérieurs. Or, la plupart des médecins des dernières promotions que nous avons interrogées, semblaient plutôt satisfaits de leur orientation professionnelle. Certains généralistes regrettaient le "temps perdu" à préparer l'internat alors qu'ils considèrent aujourd'hui que l'omnipratique leur convient, ceux qui n'ont pas tenté le concours s'estiment privilégiés par rapport à leurs collègues qu'ils ont vu déçus d'un échec ou d'un mauvais classement. Quant aux spécialistes, soit ils sont arrivés à faire ce qu'ils voulaient soit, le plus souvent, ils ont adapté leur décision aux possibles qui se présentaient à eux à l'issue de leurs résultats. Globalement, et à l'exception des premières promotions, ces médecins arrivent à donner une cohérence à leur parcours. Il faut ici tenir compte du fait que nous les avons interrogés plusieurs années après les éventuelles déceptions, hésitations ou regrets qui ont pu marquer leur cheminement. Souvent, se mettent alors en place des stratégies qui consistent à transformer un destin en un choix individuel, autrement dit à trouver dans cette orientation plus ou moins obligée des éléments puisés dans leur trajectoire personnelle afin de l'expliquer. Pour cela, il y a plusieurs manières de faire :

La première consiste à **anticiper, d'emblée, un échec au concours et à s'interdire de passer l'internat, ni même de le présenter**. L'expérience de la première année est alors décisive : lorsque le concours de PCEM1 a été difficile à obtenir, lorsque les notes des premières années ne se situent pas dans la première moitié du classement, l'échec à l'internat semble une évidence et il devient raisonnable de se projeter dans la médecine générale. L'argumentaire est simple et se résume dans la formule suivante : "je ne suis pas fait pour les concours". Ceci signifie que l'étudiant considère que c'est de lui que vien "l'imposible" et il se retire de la course. Ainsi cette généraliste qui, après un échec à l'école vétérinaire, déduit qu'elle n'est "*pas faite pour passer des concours*" et renonce tout de suite à préparer l'internat, disant qu'elle ne voulait pas se "*battre pour avoir, je ne voulais pas me battre pour des postes, des machins, des trucs, ce que je voulais c'est avoir des malades avec moi, généraliste donc.*"

Ne pas être "fait pour les concours" ne suffit pas pour être "fait pour la médecine générale". Il devient alors difficile de faire la part des choses lorsque l'on analyse nos résultats statistiques et que l'on écoute ces médecins. Est-ce parce qu'ils voulaient être généralistes que ces anciens étudiants n'ont pas "forcé" leur apprentissage théorique, mais ont cherché à passer le plus de temps possible à l'hôpital ou est-ce parce qu'ils pensaient que leurs chances de réussir le concours étaient minces qu'ils ont investi l'idée de la médecine générale ? Sous l'ancien régime, on constate que l'option pour un type d'exercice se prenait relativement tard dans le cursus, le premier projet étant souvent celui de la médecine générale, ne serait-ce que parce que le "médecin de famille" constituait la référence la plus courante. La spécialisation venait en second lieu, souvent à l'occasion d'expériences particulières. Le nouveau régime impose une option précoce et celle de la médecine générale passe par la décision de ne pas préparer activement l'internat. Y renoncer d'emblée permet de poser un acte volontaire et valorisant, même si, de l'avis de nombreux interviewés, cela demande un certain "courage" et expose au risque d'une mise à l'écart des autres étudiants et au mépris de certains praticiens hospitaliers dans les services. Le dilemne n'est pas mince : pour sauver son "amour-propre", il ne faut pas que ce choix soit vécu comme le résultat d'un échec, mais cette image de soi valorisée s'oppose à l'image renvoyée par ces autres qui "méprisent" les non-candidats au concours.

On perçoit tout l'intérêt d'avoir laissé subsister la possibilité de s'extraire de la course pour faire valoir un choix personnel. Si l'idée commune tend à laisser croire qu'un généraliste est un "raté" de l'internat, ceux qui ne le tentent pas peuvent arguer d'une orientation volontaire. Qu'en sera-t-il demain, lorsque tous les étudiants seront soumis à une même épreuve classante, dont la sanction ne pourra plus être évitée.

Une autre façon de se prémunir contre les effets néfastes de l'échec consiste à **l'anticiper**. Autrement dit, à considérer que l'on est artisan de ce qui nous arrive. Ainsi, on repère des discours similaires chez un certain nombre d'élus comme de recalés : les uns comme les autres racontent leur candidature à l'internat comme une tentative improbable. En cas d'échec, il peuvent dire qu'ils l'ont tenté sans y croire, "pour faire comme tout le monde" en préférant, en tout état de cause, la médecine générale ou en étant prêts à la pratiquer de toute manière. C'est une façon de minimiser les conséquences du classement et de ne pas s'y soumettre *a priori*. Certains vont même jusqu'à réduire leur travail juste avant de passer le concours afin de justifier un échec éventuel. Ce qui ressort de ces stratégies, c'est surtout la volonté d'éviter la douleur de l'échec, cette perte d'estime de soi qu'entraîne une sanction extérieure. Autant dire que, lorsque le choix doit en passer par là, il se fait plus dans l'objectif de sauver sa capacité à conduire son existence qu'à opter pour un mode d'exercice professionnel. De ce fait, ces étudiants sont dans un processus de conservation d'une capacité à influer sur leur destin, ce qui leur permettra, quoi qu'il arrive, d'investir comme une décision personnelle leur orientation. La blessure, toujours, apparaît dans les discours à ce moment précis où les étudiants se sont mis à "y croire" ce qui, paradoxalement, est une condition de la réussite…

*"**Q : Au départ vous n'aviez pas l'idée d'une spécialisation ?***
Non, j'ai passé l'internat pour me former en tant que généraliste, c'est-à-dire que je voulais l'avoir, je voulais le passer. Si je l'avais eu j'aurai peut-être réfléchi fortement, mais mon but était pas forcément d'avoir l'internat, mais je trouvais que c'était une fin d'études qui pouvait un peu faire en sorte qu'on faisait un récapitulatif un peu de tout ce qu'on avait pas vraiment avec l'examen de fin d'études qui était juste mis d'ailleurs un an ou deux avant que moi je finisse ils ont mis le fameux CSCT. Je ne sais pas si c'est toujours ça, cet examen là de fin d'études, qui n'existait même pas deux ans avant la fin de mes études, était vraiment pas du tout, enfin était pas vraiment parfait pour avoir une sorte de synthèse des études. Donc moi je voulais faire l'internat pour ça, ça sera toujours bien, je ne me sentais pas d'attaque pour aller travailler, pour exercer en ville alors que c'était ce que je voulais faire. Si je l'avais eu j'aurai fait pédiatre, c'est-à-dire que si je l'avais eu j'aurais fait une spécialité, mais je voulais faire la spécialité généraliste, qu'est la pédiatrie pour les enfants, je, j'avais pas une spécialité propre."
(femme généraliste nouveau régime)

"J'avais des stages où j'allais le matin oui, je trouvais ça important. En fait, j'ai préparé mon internat pas du tout dans le but d'avoir l'internat, (rires) j'ai fait un peu comme quand je voulais être infirmier (rires) je voulais en fait être médecin généraliste, en fait je m'étais dit, pour préparer l'internat, c'était un très bon moyen d'être un très bon généraliste, d'arriver à un moment de ma carrière où au niveau théorique je savais … même une carrière de généraliste, on peut être au zénith de ce qu'on connaît au niveau théorique, puis après entretenir ça pour, pour tenir la distance, et en fin de compte…"
(Chirurgien nouveau régime)

Nous n'avons pas rencontré d'étudiants qui aient opté pour la médecine générale après avoir été classé en rang utile à l'internat. Mais la similarité des discours d'étudiants dont les résultats ont été très différents permet de montrer à quel point le recours à la médecine générale comme destin "hors concours" constitue, dans les esprits, une "porte de sortie" honorable.

Face à cette contrainte, les médecins qui, aujourd'hui, peuvent dire qu'ils ont fait exactement ce qu'ils voulaient faire sont rares… mais ils sont fiers. Que cela ait été une évidence dès le départ, ou qu'ils aient le sentiment d'avoir su s'extraire des voies de relégation pour aboutir selon leur seule volonté c'est, en soi, un exploit dont se réclament certains médecins du nouveau régime, qu'ils pratiquent la spécialité qu'ils voulaient faire avant l'internat ou qu'ils échappent au destin de médecin généraliste libéral sans passer par le concours.

III.D Des destins asexués ?

Pour les filles, une médecine générale salariée ou une spécialité médicale de ville ; pour les garçons une médecine générale libérale ou une carrière hospitalière spécialisée : ce schéma, issus de représentations encore actives chez les étudiants à la veille de la réforme, se concrétisait par des orientations différenciées en troisième cycle. Avec la suppression des CES, c'est la voie dite "féminine" qui disparaît, pour laisser la place à une dualité internat / médecine générale correspondant à ce qui était plutôt des voies "masculines". Comment les femmes, entrées depuis lors massivement dans les facultés de médecine, trouvent-elles désormais leur place ?

"*Elles nous damnent le pion*", nous dit un doyen de faculté, les yeux rivés sur les "meilleurs", puisque, au concours de PCEM1 comme à celui de l'internat, ce sont surtout des filles qui occupent les premières places. La preuve est apportée par une nouvelle hiérarchisation des spécialités : la dermatologie devient la discipline choisie en priorité et ce sont, évidemment, les femmes qui la pratiquent. Mais nos résultats statistiques font apparaître une autre réalité : les femmes deviennent les grandes perdantes de la réforme, puisque leur taux de spécialisation a soudainement chuté. Comment expliquer ce paradoxe ?

La première explication à ce phénomène pourrait être le handicap que représente le mariage et / ou les maternités pour ces jeunes femmes, situations qui limitent leur disponibilité pour la préparation à l'internat. Nous avons, en effet, constaté que ce barrage était réel pour certaines d'entre elles, mais il est loin d'expliquer totalement nos résultats.

Si l'on compare les trajectoires "conjugales" de l'ensemble de nos 45 interviewés, on remarque une constante : les hommes sont plus souvent en couple avant la fin de leur DCEM4, mais surtout les étudiants du nouveau régime sont moins souvent en couple que les étudiants de l'ancien régime. Ceci est valable pour les hommes comme pour les femmes, pour les spécialistes comme pour les généralistes, ainsi que le montre le tableau ci-dessous :

Répartition des interviewés selon leur "situation conjugale" à la fin du DCEM4

	SPÉCIALISTES				GÉNÉRALISTES				ENSEMBLE										
	hommes		femmes		hommes		femmes		hommes		femmes		spécial.		général.				
	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	TOT
NR	4	4	3	2	6	2	6	1	10	6	9	3	7	6	12	3	19	9	28
AR	1	3	2	3	3	3	1	1	4	6	3	4	3	6	4	4	7	10	17
TOT	5	7	5	5	9	5	7	2	14	12	12	7	10	12	16	7	26	19	45

Légende : C = Célibataires jusqu'à la fin du D4, ou aucune mention à ce sujet ;
M = Mariés ou en couple avant la fin du D4
NR = nouveau régime ; AR = ancien régime

De ces constantes, même tirées d'un petit effectif, on voit que la mise en ménage est retardée pour les étudiants les plus jeunes, dont une majorité semble ne pas chercher à stabiliser leur vie affective avant d'avoir réglé la question de leur formation professionnelle. Le retard de l'âge à la cohabitation et à la parentalité est général dans cette génération et ne touche pas particulièrement les étudiants en médecine. Par ailleurs, ceci reste toujours moins vrai pour les hommes que pour les femmes, surtout dans le cas d'une parentalité : parmi nos interviewés, plusieurs hommes anciens internes étaient pères avant le concours, alors qu'aucune des femmes n'a présenté l'internat après avoir eu un enfant. Les deux femmes spécialistes non célibataires au moment de l'internat avaient formé un couple "favorable" à la préparation du concours : l'une vivait avec un interne de Necker, plus âgé qu'elle, qui l'a poussé jusqu'au bout à avoir l'internat de Paris ; l'autre était avec un

camarade de promotion avec qui elle travaillait l'internat et dont elle s'est séparée sitôt celui-ci obtenu, disant elle-même qu'ils n'avaient alors plus rien à faire ensemble…

Toutes les autres femmes du nouveau régime dont le conjoint n'était pas dans la même branche qu'elles, ou qui ont eu des enfants au cours du deuxième cycle ont, d'elles-mêmes le plus souvent, renoncé à préparer le concours. La même situation familiale étant, en revanche, un facteur privilégiant la préparation d'un CES, dont la charge de travail n'était pas très importante et qui permettait ensuite une activité à temps partiel, même en libéral.

Mais ceci n'explique pas pourquoi de nombreuses femmes célibataires n'ont pas préparé l'internat, alors que leur niveau universitaire le leur pemettait. C'est dans la forme de leur discours que l'on peut trouver une réponse à cette question. Une première analyse montre qu'elles s'expriment surtout sur des arguments subjectifs : volonté d'accéder à une pratique concrète, refus de se lancer dans une concurrence dure, évitement d'un milieu misogyne comme la chirurgie, refus de sacrifier d'autres centres d'intérêts, mais aussi sentiment plus fort de doute, de dévalorisation de ses compétences[79]. Ces traits, que l'on constate assez généralement dans les entretiens comparant les "ambitions" étudiantes et professionnelles des filles et des garçons, pourraient être qualifiés spontanément de "caractères féminins". C'est d'ailleurs la manière dont les uns et les autres sont tentés d'expliciter leurs choix, comme le montrent les extraits ci-dessous, caractéristiques des récits relatant la "misogynie" du milieu chirurgical :

> *"Au départ on sait pas, on se connaît pas on sait pas vers quoi on va pouvoir être attiré et, ben la chirurgie j'avoue que, moi, d'un point de vue caractère et sensibilité ça, j'ai tout de suite jugé ça comme trop difficile pour moi. Bon c'est vrai que c'était pas très, ils sont pas très rassurants dans ce milieu-là, je me souviens d'une, d'une fois où j'ai, je suis quasiment tombée dans les pommes parce que ça m'a choqué, bon, on était pris en charge par les infirmières qu'ont ce côté protecteur et gentil, qui sont venus me rassurer et tout, mais les autres c'est du genre : bon, si t'es trop sensible t'abandonnes tout de suite hein, tu, tu arrêtes hein, c'est pas un milieu qui est fait pour les personnes sensibles, (...) moi j'ai un peu éliminé la chirurgie parce que je trouvais que c'était un milieu trop, trop difficile pour moi"*
> *(Femme dermatologue nouveau régime)*

> *"Bof chirurgiens, c'est un peu un milieu, j'aimais pas trop surtout en tant qu'externe déjà qu'on est mal considéré, mais c'est un peu macho, j'aimais pas trop en tant que fille évidemment mais c'est bon, non j'aime pas trop ce milieu, parce qu'ils ont une manière de penser un peu chirurgicale, c'est tout."*
> *(Femme neurologue nouveau régime)*

On pourrait multiplier les exemples de discours où les caractéristiques "féminines" et "masculines" semblent s'opposer sur le mode de la contradiction entre une approche "sensible", "psychologique", "globale" et une approche "technique", "scientifique", "spécialisée" du métier. Les hommes accréditent d'ailleurs ces différences, en constatant que la féminisation de leur profession bouleverse les habitudes de leur profession, qu'il s'agisse du milieu hospitalier ou de la médecine de ville :

> *"La profession se féminisant gagne un peu en communication je crois. Parce que, les femmes ont, les filles, les étudiantes ont plus tendance à, à comprendre un petit peu plus peut-être, elles gagnent un petit peu ça c'est moins net… un petit peu moins que les garçons. Non, des techniciens, les médecins sont rien d'autre que des techniciens hein!"*
> *(Homme chirurgien urologue nouveau régime)*

> *"Il y a le fait que ce sont des femmes, elles vont avoir des enfants, elles vont pas investir dans un travail. Moi, je sais pas, mais un généraliste comme nous, c'est pas 35h00, c'est 8h00 le matin, 20h00 le soir, plus les gardes le dimanche. C'est pour ça que je le considère comme un travail d'homme. Je ne suis pas misogyne parce que je considère qu'une femme peut très bien faire ce travail. Mais là, on a le cas de Sylvie. Bon, elle est vouée à ce métier. Elle a eu qu'une seule fille qu'elle a pas eu le temps d'élever. C'est sa mère*

[79]C. Baudelot et R. Establet, *Allez les filles !,* Le Seuil, Paris, 1992

qui l'a élevée, voyez, des choses comme ça. Elle a fait un choix, c'est très bien, bon ben, elle a cette capacité."
(Homme médecin généraliste nouveau régime)

Mais ce type d'analyse ne fait que reprendre une approche "naturaliste" des qualités féminines et masculines, sans vraiment expliquer pourquoi les femmes paraissent soumis à d'autres critères que ceux de la réussite universitaire, dans l'ordre de leurs choix. Pour cela, il nous faut tenir compte des critères qui président à cet ordre. Ceux-ci sont directement issus d'une histoire de la profession dont nous avons relaté les grandes lignes et d'un "ancien régime" qui traçait, en quelques sortes, des trajectoires d'accès à des segments "masculins" et des segments "féminins".

Lorsque l'on compare la manière dont les hommes et les femmes racontent leur parcours on constate que, chez les premiers, les décisions s'opèrent à partir d'identifications : c'est parce qu'on s'imagine généraliste que l'on ne prépare pas l'internat ou que l'on accepte l'idée d'y échouer. Ou bien, on prépare l'internat parce que c'est le destin plus ou moins obligé (là, le milieu et la faculté d'origine peuvent jouer un rôle décisif) de tout futur médecin de qualité.

Les femmes n'abordent pas la question de la même manière, elles ont plus de mal à s'identifier à l'une des deux voies proposées et leur décision ressemble à des choix négatifs : elles ne veulent pas préparer l'internat parce qu'elles ne s'en sentent pas capables, pour des raisons diverses, ou qu'elles ne se sentent pas bien dans le milieu hospitalier ; ou elles ne veulent pas être médecin généraliste parce que l'image qu'elles en ont est, justement, celle d'un métier peu compatible avec une vie de famille. Elles opposent volontiers à l'une ou l'autre voie des caractéristiques liées à leur vie de femme, actuelle ou future. Les extraits qui suivent donnent quelques exemples de ces formulations :

Éviter la médecine générale :

*"Mais ce qui m'a fait en fait, **enlever l'idée de la médecine générale**, c'est aussi que les remplacements que j'ai fait, j'ai vu que c'est un métier, hyper difficile ! il faut être très disponible, (...)quand on a des enfants, c'est quasi impossible !"*
(femme biologiste nouveau régime)

*"En tant que femme, ma vie personnelle me tient beaucoup à cœur, donc, je savais que je voulais des enfants, que… **je m'orientais plutôt vers une vie stable de couple avec des enfants**, (...) si les conditions d'exercice étaient présentées comme ça en tout cas, je pense que je n'aurais pas pu, faire une croix sur ma famille au… enfin pour mon métier."*
(femme dermatologue nouveau régime)

Ou renoncer à l'internat :

*"Quand j'étais avec mon copain médecin, je lui ai dit : "**entre préparer l'internat et avoir une vie de famille**, je choisirai avoir une vie de famille""*
(femme médecin généraliste nouveau régime)

*"Enfin à l'époque **j'aurais bien aimé faire de la dermato**. Le stage que j'avais fait en D1.....bon D3 83-84 et D3 ben là il y avait plus d'espoir. Donc moi je me suis pas présentée à un examen en fin de D3 de façon à redoubler, et puis là-dessus j'ai commencé à pas mal travailler, (...) et puis (mon mari) est parti au service militaire, j'étais enceinte; et puis voilà, **l'internat je l'ai même pas présenté**."*
(femme généraliste nouveau régime)

*Après **c'est plutôt des ennuis, je dirais familiaux qui ont fait que je n'ai pas passé l'internat**. Toujours pareil. (...) moi j'avais mon père qui était malade donc euh… et puis après qui est mort. Moi je me sentais un petit peu responsable, si vous voulez."*
(femme généraliste nouveau régime)

Ces exemples montrent que c'est autant leur situation familiale actuelle que l'anticipation de leur vie future, qui place ces jeunes femmes dans une alternative difficile. C'est probablement ce qui explique que les femmes sont moins dans une situation d'échec lié à leurs performances que dans

une problématique de choix de vie, même si celui-ci les conduit à renoncer d'elles-mêmes, soit à présenter le concours, soit à pratiquer une médecine générale libérale. Mais, nous avons constaté que les jeunes omnipraticiennes installées tentaient alors d'adapter leur pratique à leurs exigences professionnelles. Elles acquièrent des compétences en gynécologie ou en pédiatrie, elles travaillent de préférence en ville, elles n'hésitent pas à fermer leur cabinet un jour par semaine, elles font peu de visites. Ainsi, l'image du généraliste toujours disponible qui leur faisait craindre pour leur équilibre familial ne correspond pas à leur pratique actuelle.

On peut reprendre ici la réflexion ouverte par SIMMEL et s'interroger sur ce que l'investissement des femmes dans des métiers jusque là surtout masculins — et conçus à partir d'une pratique masculine — apporte de "nouveau" à la profession. Dans un premier temps, les femmes se sont "glissées" dans des segments émergents de la médecine. Aujourd'hui, les deux voies de formation qui leur sont proposées laissent peu de place à des identifications féminines, mais leur présence massive contribue sans doute à modifier les pratiques professionnelles de l'ensemble du corps médical. C'est une hypothèse que nous pourrions retenir en ce qui concerne les médecins généralistes, qui ont tendance à modifier cette image du "médecin de campagne", toujours disponible et aidé par une épouse "sans profession". La féminisation de l'omnipratique pourrait aussi à modifier les formes d'exercice de la profession en général, y compris les hommes.

Ces évolutions sont susceptibles de modifier les prospectives démographiques, en particulier s'il ne suffit plus d'augmenter le *NC* de PCEM1 et de réduire les places de spécialistes pour obtenir une densité médicale suffisante dans des zones rurales ou suburbaines. C'est en référence à ce type de problème qu'un responsable départemental de l'Ordre des Médecins nous a fait part de son incapacité à résoudre des questions de désertification médicale dans sa région :

> *"Surtout la mentalité a changé, les médecins aujourd'hui sont souvent des femmes qui sont mariées avec des hommes qui eux, ne sont pas mobiles au niveau de leur emploi, ou les médecins hommes sont mariés avec des femmes qui ont fait des études, qui prétendent à un exercice professionnel et qui disent ben attends, si je vais à N. et que je suis sociologue, qu'est-ce que je vais faire en sociologie ? d'accord ? bon ! et donc, vous leur dites, vous allez à N. vous allez gagner trente mille balles par mois, le mec il vous dit, non je m'installe boulevard G., je vais gagner quinze mille balles par mois mais ma femme va gagner quinze mille balles par mois. On aura les mêmes revenus, ma femme me fera pas chier tous les jours en disant qu'est-ce que je m'emmerde, j'ai encore eu ta mère machin qui est venue avec ses lapins et ses trucs, on vivra heureux comme des rois, on aura les mêmes revenus, et on sera en centre ville, on n'aura pas d'emmerde avec les enfants, on aura pas d'emmerde avec la culture, on va pas aller en campagne ! et qu'est-ce qu'on va faire dans nos campagnes ? qu'est-ce que je dis moi, au gars de N. qui viens en disant, on faisait trente actes par jour quand on était six, on en fait cinquante maintenant qu'on n'est plus que quatre, et on est une nuit 25 de garde par semaine, plus un week-end sur quatre ! on n'en peut plus ! qu'est-ce qu'on leur dit ? et dans cinq ans, mon copain là (...) tiens, le premier mec que j'ai remplacé d'ailleurs, tiens, cinquante deux ans, boum ! menace d'infarctus ! et ben ce gars-là il est en campagne ! ben il est obligé de s'arrêter ! au moins… quinze jours quoi ! donc, on bilante un peu son truc et qu'il s'organise quoi. S'il est tout seul ? comment ils font les gens ? "*

Sur quel modèle professionnel actuel les étudiants doivent-ils se déterminer ? Comment imaginer l'adaptation du métier de généraliste pour des hommes et des femmes qui cherchent à préserver leur vie privée ? Certes, nous nous éloignons ici de la question du choix d'une orientation, mais il faut garder à l'esprit que la réforme de 1982 visait à contrôler une démographie dont l'équilibre disciplinaire et géographique semblait menacé. On voit ici que les mesures prises ont généré d'autres formes de déséquilibres qui transparaissent d'abord dans les taux de féminisation des différents segments de la profession, mais qui vont au-delà, et touchent aux représentations attachées à chaque mode d'exercice.

Encadré n°10 Les "déçus de la réforme" nous écrivent

Généraliste oui, mais avec une formation de spécialiste...

Madame,
Je me permets de vous écrire à propos de la recherche ... (...)
Voici en quelques lignes mon expérience personnelle. Inscrite en PCEM2 en 1984 à la faculté de St Etienne, je souhaitais m'orienter vers la pédiatrie, vocation datant de ma très jeune enfance. Mes deux échecs à l'internat pour l'obtention de cette spécialité m'ont conduite, par défaut, à la médecine générale. Au cours du 3ème cycle de mes études, j'ai pris des renseignements dans divers pays de la CEE (Suisse - Belgique) et outre Atlantique (Canada) pour la spécialisation. Les conditions ne m'ont pas permis de la réaliser (coût trop élevé - liste d'attente de 4 ans - nécessité d'acquérir la thèse préalablement - absence de rémunération...)
J'ai cependant pu effectuer la quasi totalité de mes stages de résidanat en service de pédiatrie (CHU). Mes compétences pratiques acquises alors, ainsi que mon très fort penchant pour la santé de l'enfant, ont été entendues et m'ont permis de travailler au service de P.M.I. où je suis actuellement titulaire, à temps plein, et où j'effectue de la pédiatrie préventive et sociale.
Cependant, je souhaiterais toujours à ce jour être diplômée de cette spécialité, afin d'acquérir des compétences complémentaires et d'être détentrice d'un diplôme correspondant réellement à ma pratique (je n'ai jamais effectué de remplacement en médecine générale). Dans ce sens, le Pr. Jean Rey, conseiller du ministère, a évoqué l'idée de rétablir un pseudo CES pour des médecins en exercice...
Je vous remercie de toute l'attention que vous aurez bien voulu porter à ce courrier et d'ans l'attente d'informations de votre part, recevez, madame, mes salutations.

Comment envoyer des généralistes travailler dans le Cantal ?

Madame,
C'est avec un vif intérêt que j'ai pris connaissance, via le Bulletin de l'Ordre... (...)
Je faisais partie de la faculté de Médecine Necker-Enfants Malades de Paris, et je me suis inscrit en PCEM1 en 1981. Reçu 10ème au concours de P1 en première présentation, j'avais déjà une idée assez claire de ce que je désirais accomplir et devenir. En effet, j'avais le projet très clair de devenir psychiatre et psychanalyste.(...)
1982 : (donc alors que j'étais déjà en PCEM2), publication de la réforme et, qui plus est, rétroactive : création de l'internat "pour tous" en fait pour "toutes les spécialités", qui n'est en fait qu'un internat pour certains, plus rusés que d'autres ou avec une situation matérielle plus confortable (autorisant une année "sabbatique" de préparation intensive au concours, après le DCEM4 ; ou bien étant parvenus à louvoyer pendant les stages d'externes, en s'y présentant le moins possible !!!).
Donc, trop naïf, appliqué à suivre l'enseignement à la faculté, à me rendre consciencieusement aux stages d'"externes", j'ai présenté une première fois, sans conviction, en "touriste" - j'allais écrire "toutriste" - ce concours, avec une barre de classement à atteindre qui motiverait une tentative mieux préparée : classement extrêmement décevant, qui m'y a fait renoncer définitivement.
J'ai cependant poursuivi selon mon désir, une sorte de voie de garage : je me suis arrangé pour totaliser, sur mes 2 ans de stages d'"IMG" - appellation plus déshonorante qu'autre chose, signifiant clairement : échec au concours, incapacité à le préparer, promis à la médecine générale "libérale" - 2 semestres en service de psychiatrie. Je suis par la suite parvenu à travailler 2 ans comme FFI en psychiatrie. Soit au total, en fait 3 ans de stages internés en psychiatrie.
Je me suis alors aperçu que cet internat, prétendument "seule filière d'accès aux spécialités", avait quelques trous : j'ai constaté, non sans un profond sentiment d'avoir été berné et sacrifié à une politique de Mandarinat selon des critères technocratiques que j'étais entouré d'une multitude de DIS, médecins formés à l'étranger, à qui, depuis la fermeture des CES et de l'internat psychiatrie, avaient été grandes ouvertes, les portes d'une spécialisation à laquelle moi-même, médecin formé en France, je n'avais pas accès !!
Après quelques errements dans le PMSI, en entreprise de conseil médico-économique (...) je me suis finalement installé comme généraliste libéral dans le Cantal. (...)
En conclusion, je dirais que pour ma part, cette réforme n'a rien eu de salutaire, et que manifestement, elle n'a été instiguée que dans une pure perspective mandarinale et technocratique, (démographie médicale ?) plongeant l'étudiant que j'étais dans l'alternative ou bien de me replonger dans la même perspective que celle du concours de P1, c'est-à-dire de me retrouver à préparer pendant 4 ans un concours qui n'avait que de très lointains rapports avec le domaine dans lequel j'espérais enfin pouvoir me spécialiser, ou bien, ce que j'ai fait, de renoncer purement et simplement à tenter de préparer ce concours, échouer, avec le sentiment amer d'avoir été le jouet, ou la victime ignorée et méprisée d'influences qui me dépassent, d'avoir été et sacrifié à des décisions politiques, et à des intérêts peu clairs, d'avoir été une fois de plus maintenu dans une situation infantile (à nouveau faire ses preuves que l'on est apte à être apte), d'avoir été en outre floué, berné, traité injustement, par le fait de que des voies détournées (DIS) aient été accordées à des médecins ayant fait leurs études de Médecine dans d'autres pays, droits dont je n'ai pas bénéficié. (...)
En espérant que ce témoignage peut-être partial et plein de rancoeur vous éclairera peut-être sur des conséquences individuelles d'une réforme aveugle qui m'aura sans doute privé d'une vraie possibilité de m'accomplir sur le plan professionnel, donc pour une grande part existentiel.
Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

IV Des études au métier

Des études au métier, il reste encore des choix à faire et ceux-ci ne sont pas définitifs. Une fois inscrits dans un troisième cycle, d'autres étapes sont à franchir, qui se situent dans la continuité des précédentes, mais dont les règles deviennent de moins en moins formalisées.

À l'issue du DCEM4, les "jeux sont presque faits" : résidents et internes suivent, les uns et les autres, des voies séparées, et peu en changeront[80]. Il s'agit, pour les premiers, de "devenir généraliste" et, pour les seconds, de "devenir spécialiste". Ce chemin, qui est long car il peut durer autant d'années que les deux premiers cycles des études médicales, permet de métamorphoser l'étudiant en professionnel. La réforme a véritablement changé cette partie des études, et ce pour tous les médecins.

IV.A Devenir généraliste

On peut considérer que la formation de généraliste se situe dans deux "endroits" différents : l'hôpital et le cabinet libéral. Ce qui s'appelait "stage interné" dans l'ancien régime est devenu le "résidanat" dans le nouveau régime, changement qui n'est pas seulement terminologique, mais qui détermine la place de ces futurs médecins. Nous verrons ainsi quels sont les apports et les limites de cette nouvelle organisation du troisième cycle de médecine générale.

Mais les généralistes sont peu nombreux à exercer en milieu hospitalier, la plupart d'entre eux pratiqueront une médecine libérale et celle-ci ne s'apprend pas à l'hôpital. Le "stage chez le praticien" était destiné à familiariser l'étudiant avec sa future pratique mais, de l'avis de tous, la véritable formation du généraliste se situe au moment des remplacements.

Enfin, les résidents prolongent souvent plus longtemps que leurs aînés leur formation hospitalière et le lien avec l'institution est plus difficile à rompre. Nous verrons alors comment se négocie, pas toujours de façon définitive, le passage de l'hôpital à la ville.

IV.A.1 "J'avais l'impression d'être médecin"

La septième année de médecine est, pour tous les étudiants, anciens et nouveau régime, futurs spécialistes ou futurs généralistes, une année décisive, qui marque une rupture dans le cursus. Dans l'ancien système, c'était la dernière année, pour les généralistes, durant laquelle ils effectuaient leur stage interne et rédigeaient leur thèse, souvent tout en faisant des remplacements. Autant dire que l'essentiel de leurs acquisitions, celles qu'ils devaient mettre en pratique lors de leurs premiers remplacements, avait eu lieu durant ces six premières années de formation. En septième année, les généralistes de l'ancien régime pouvaient véritablement nourrir cette "impression d'être médecin" car, effectivement, leur formation était quasiment terminée et ils assumaient les véritables responsabilités d'un professionnel.

Dans la pratique, s'il était possible d'enchaîner la thèse sur les deux semestres de stage interné et de s'installer immédiatement après, la plupart des étudiants prenaient un peu plus de temps. S'ils avaient la possibilité d'occuper un poste de faisant fonction d'interne dans un hôpital périphérique (FFI), ils touchaient une rémunération plus importante et pouvaient ainsi parfaire leur formation pratique. Certains prenaient quelques années pour tester différentes formes d'exercice de la médecine générale en effectuant des remplacements plus ou moins réguliers. La période de service militaire a également été évoquée par des médecins comme un temps où ils se sont trouvé confrontés à de véritables responsabilités médicales.

---

[80]Ce ne peut être le cas que de résidents qui décident de tenter l'internat une deuxième fois l'internat.

Le résidanat, d'abord appelé internat de médecine générale se présentait, au départ, comme un stage interné prolongé de deux semestres supplémentaires, auquel s'est ajouté le stage auprès du praticien, sur lequel nous reviendrons plus loin. Il s'est ensuite prolongé d'un, puis deux semestres, avec une maquette de plus en plus structurée. L'objectif — pas toujours atteint si l'on en croit nos témoignages — étant d'assurer à chaque médecin généraliste une formation dans des services de pédiatrie, gynécologie, urgences, en hôpital général le plus souvent, mais avec, également, des stages en CHU. Tous les généralistes que nous avons rencontrés, quel que soit leur régime d'études, se sont arrêtés sur ce moment particulier qui se situe entre les deux premiers cycles d'études et l'installation. C'est vraiment l'instant du passage de l'étudiant au professionnel. Ces expériences, quelle qu'en soit la durée, ont été marquantes puisque c'est le moment de la prise de responsabilité. Cependant, elles se situent toutes dans le prolongement des stages d'externes, mais avec une différence de lieu qui peut être décisive.

Ainsi, les stages du troisième cycle ne sont pas vécus de la même manière selon qu'ils se déroulent en CHU ou en hôpitaux généraux. Dans ces derniers, les étudiants trouvent une équipe plus accueillante, des rivalités moins fortes, un encadrement plus attentif.

> *"ça m'a vraiment plu, parce que bon j'avais l'impression d'être médecin et j'étais médecin d'ailleurs là parce que dans les stages dans les hôpitaux périphériques on est … vraiment livrés à nous-mêmes (…) Et les médecins là-bas ils me faisaient entièrement confiance."*
> *(Généraliste, nouveau régime, SOS médecin)*

Les témoignages sont nombreux pour décrire cette confiance qui se manifeste dans les hôpitaux périphériques, et qui permet de mieux vivre le stress de la responsabilité. La différence entre les médecins issus des deux régimes se situe plutôt dans la manière dont ils perçoivent leur situation au regard des hiérarchies hospitalières. Déjà, pour ceux qui avaient opté pour la médecine générale, ils s'étaient sentis mis à l'écart durant leurs stages d'externes, surtout s'ils avaient le malheur de dire qu'ils se destinaient à la médecine générale. Une fois résidents, ils perçoivent cette forme de discrimination de manière douloureuse, constatant, par exemple qu'un "*praticien hospitalier (...) serrait la main des internes en spécialité mais ne serrait pas la main des résidents*". Les premières générations — celles qui s'appelaient "internes", justement — se voyaient attirer les foudres des anciens internes des hôpitaux, qui considéraient leur titre, si chèrement acquis, fourvoyé par des étudiants qui ne s'étaient pas soumis à l'épreuve du concours.

Dans ce contexte, les résidents trouvent plus facilement leur place dans les hôpitaux périphériques que dans les CHU, où ils ont l'impression de faire de la "figuration" à côté des internes de spécialité dont la position est privilégiée. La fermeture progressive des petits hôpitaux périphériques ne leur est pas favorable, car ils y trouvaient la possibilité de se confronter à des pathologies plus courantes qui les rapprochaient de la pratique du généraliste. Car le gros problème de cette formation à l'omnipratique, dénoncé par tous les médecins que nous avons interviewés, est bien l'inadéquation entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Le choc est quasiment inéluctable entre la rencontre de deux formes d'exercice que, par définition, l'hôpital ne peut enseigner.

IV.A.2 "Personne ne m'avait appris à immobiliser une cheville"

Cette phrase est extraite d'un récit qui raconte avec humour comment un jeune médecin qui est passé dans les "meilleurs" services hospitaliers se trouve totalement démuni devant un problème simple de consultation de généraliste, alors qu'on lui avait appris à "poser des broches", mais pas à faire un bandage à la suite d'une entorse. Là aussi, les générations se succèdent et se ressemblent étrangement : ce n'est pas à l'hôpital que l'on apprend la médecine générale. Le prolongement de la formation hospitalière ne résout absolument pas ce paradoxe, et même, il aurait tendance à le renforcer, puisque le temps passé à remplacer est aujourd'hui occupé par le résidanat.

Les études de médecine générale sont, dans les faits, rallongées. Elles ne le sont pas seulement du fait du troisième cycle, mais parce qu'une partie des étudiants devenant généralistes sont aussi ceux qui redoublent leur PCEM1, prolongent leur deuxième cycle s'ils veulent tenter l'internat et que, dans les cas de choix par l'échec de la médecine générale, ils prolongent — parfois dans l'espoir d'obtenir un poste de P.H. — leur formation hospitalière le plus longtemps possible. Tout ceci fait que les futurs généralistes ont des temps réels d'études plus élevés que les futurs spécialistes et qu'ils ont hâte de s'installer.

Devant l'écart important que tous constatent entre une médecine hospitalière et la médecine de ville, diverses solutions, plus ou moins institutionnalisées, ont été tentées. L'une d'elles concerne le stage auprès du praticien. Nous n'avons rencontré de possibilité d'effectuer ce stage sous l'ancien régime que dans la faculté de Nantes, et il pouvait, alors, valider un semestre de stage interné. Il s'agissait d'une démarche volontaire de la part de l'étudiant et nécessitait qu'il réussisse à convaincre un généraliste de l'accueillir dans son cabinet, démarche également volontaire et gratuite de la part de ce dernier. Dans un contexte où les remplaçants étaient nombreux, l'intérêt du praticien à participer à la formation d'un étudiant n'était pas évident.

La réforme a généralisé cette pratique sans que, pour autant, le stage auprès du praticien ne se substitue à un semestre de stage, mais corresponde plutôt à un certain nombre de demi-journées passées dans le cabinet d'un "maître de stage" désormais habilité par la faculté et rémunéré. Les effets pédagogiques de cette expérience sont, aux dires de nos interviewés, très discutables. Pour certains, ce fut une véritable "révélation", la découverte d'un métier dont ils ne soupçonnaient pas les réalités concrètes. Pour d'autres, il s'agit d'une formalité remplie sans intérêt par leur "maître" et qui, parfois, se résolvait par une transaction : "tu peux ne pas venir, je te valide ton stage quand même...". Au-delà de ces critiques plus ou moins acerbes qui dénotent surtout des problèmes relationnels, se pose la question de l'introduction d'un tiers dans ce qui se présente comme un "colloque singulier". Comment apprendre à trois une relation à deux ?

> *"On nous impose le stage chez le généraliste. Mec qui, en général, est bien content de lui hein ! Parce qu'il est directeur de stage, c'est affiché dans sa salle d'attente, et qui vous octroie, je crois, un certain nombre de demi-journées où vous plantez la tente à côté de lui. Alors c'est affiché sur la porte : " Attention j'ai ma petite stagiaire ", j'aime bien. Et vous regardez comment se déroule la consultation. Alors déjà je trouve que c'est pervers parce qu'une consultation, ce doit être entre deux personnes, pas une troisième qui regarde, enfin du moins dans un cabinet médical. Et ensuite et ben, on n'apprend rien, parce que là c'est pareil, ce sont les patients d'un confrère, avec sa personnalité, la personnalité du patient, quelque chose qui se noue entre les deux, qui se noue mal parce qu'il y a une troisième personne qui regarde. Et ça sert à rien. Il nous apprend vaguement à remplir les papiers, vaguement parce qu'il n'a pas que ça à foutre (…) Heureusement j'ai fait des remplacements. "*
> *(Généraliste, nouveau régime)*

L'ambiguïté est d'autant plus forte que, lorsque le stage auprès du praticien a été institué, les étudiants avaient du mal à trouver des remplacements de médecine générale et risquaient de s'installer sans jamais avoir eu d'expérience de terrain. Aujourd'hui, la situation est inversée, car ce sont les généralistes qui ne trouvent plus de remplaçants. La formule du "maître de stage" peut alors devenir un bon moyen de "recruter" des remplaçants. Un des projets en cours sur la réforme des troisième cycle de médecine générale va jusqu'à imposer aux étudiants un dernier semestre de "remplacements" en quatrième année de résidanat... Quel est alors le "statut" du "remplaçant" ? Ces problèmes sont délicats et le Conseil de l'Ordre s'est montré souvent vigilant quant aux risques d'utilisation détournée du "stagiaire" par des praticiens en exercice.

La "vraie" formation du généraliste semble bien avoir toujours été et reste encore le remplacement d'un médecin en exercice. Certes, selon les conditions dans lesquelles celui-ci s'effectue, il peut être plus ou moins formateur : entre l'étudiant frais émoulu de son DCEM4 qui se trouve, durant plusieurs semaines, aux prises avec une clientèle forgée par un médecin qui exerce seul son activité en milieu rural, et celui qui commence par remplacer une journée par semaine un

généraliste travaillant en milieu urbain dans un cabinet de groupe, les conditions ne sont pas du tout les mêmes. Or, tous sont soumis aux mêmes règles, et devant les problèmes posés par cette immersion parfois trop rapide, les réponses sont souvent radicales : on repousse aujourd'hui l'autorisation de remplacer de plus en plus loin dans le cursus. Ainsi, les premières promotions du nouveau régime pouvaient encore remplacer à l'issue du DCEM4 et certains internes de spécialité en ont profité pour se confronter à la réalité du métier de généraliste. Aujourd'hui ce n'est plus possible, il faut avoir fait une première année de résidanat pour prétendre à une autorisation de remplacement.

Il est difficile de savoir si, aujourd'hui, un médecin généraliste est "mieux" formé qu'hier, et cela n'est, ni de notre propos, ni de notre compétence. Ce dont nous pouvons, ici, rendre compte, c'est de ce sentiment toujours aussi général et qui s'exprime selon les mêmes termes, d'avoir été "mal" formé. Un peu comme pour les stages hospitaliers, il semble que l'institution ne réponde pas aux attentes des futurs médecins et que les "bonnes" formations soient celles que chacun se fabrique.

IV.A.3 "Après on se dit, bon maintenant c'est à nous de..."

Formation hospitalière, stage auprès du praticien, remplacements, thèse et après... il faut bien prendre une décision : s'installer ? seul ou en groupe ? trouver un emploi salarié ? rester à l'hôpital ? lequel ? Les décisions ne sont pas faciles à prendre et nous avons rencontré, dans les générations les plus anciennes, de nombreux cas où elles n'étaient pas définitives. Les récits d'installation "ratées" sont cuisants, l'amertume, si elle n'est le cas que d'une minorité de nos interviewés, concerne surtout les généralistes.

On voit alors que les choix s'opèrent à l'issue d'étapes successives. La première consiste à quitter l'hôpital. L'alternative ne semblait pas vraiment se poser chez les étudiants de l'ancien régime. Futurs généralistes, ils n'imaginaient pas faire une carrière hospitalière, et soit ils s'installaient en libéral, soit ils devenaient salariés. Chez les plus jeunes, les choses sont racontées différemment. Leur statut et le prolongement de leur formation hospitalière les a intégrés, un temps, à l'institution. Il s'agit donc, pour eux, de la quitter. Si cela se fait rapidement et sans hésitation pour certains, pour d'autres cette séparation est plus difficile.

On trouve ici un des paradoxes de la formation du généraliste : l'augmentation de sa durée ne joue pas toujours en faveur d'une plus grande assurance pour faire le pas vers l'exercice libéral. Là, le médecin sait — parce qu'il a remplacé — qu'il sera seul, qu'il devra décider souvent dans l'urgence, qu'il devra faire attention aux coûts, qu'il n'aura pas à sa disposition le plateau technique dont il profite en milieu hospitalier. A l'hôpital, il "prend des habitudes" qui sont encore plus difficiles à perdre. Certains vont chercher à y rester, soit dans un CHS ou un CHG, soit aux urgences, la plupart prennent surtout conscience que la hiérarchie hospitalière ne leur est pas favorable et c'est ce qui peut déclencher la décision.

Il subsiste, chez certains généralistes du nouveau régime en exercice, un sentiment de doute quant à leurs compétences et on sent, dans leurs récits, le besoin de (se) prouver qu'ils ne sont pas aussi "nuls" qu'ils l'ont entendu durant tout leur cursus.

> *"j'ai parfois pas honte d'amener chez le spécialiste, mais parfois je me dis le spécialiste, il va dire que c'est de la rigolade, et je vois que le spécialiste, ça lui pose un problème aussi. Alors je me dis : je ne suis pas vraiment nul, j'avais raison, c'était vraiment un problème."*
> *(médecin généraliste nouveau régime)*

> *"Mais c'est vrai quand moi j'ai fait mes études, on considérait que les généralistes, c'étaient ceux qui avaient raté l'internat, bon moi je le vivais pas comme ça parce que je savais ce que je voulais faire, un peu comme genre de... mais c'est vrai que c'était ce qui était considéré quoi ! Maintenant on en revient un petit peu mais... et puis c'est pas ça, surtout parce que on s'aperçoit que les fameux spécialistes, ils sont*

bien contents de nous avoir quand après ils se dépatouillent pas avec la mamie qu'a tout, dans tous les sens, eux ils voient leur truc et après ils sont bien contents qu'il y ait quelqu'un qui fasse le point ! " (médecin généraliste, nouveau régime)

Ce n'est qu'après avoir acquis un peu d'expérience, qu'ils s'autorisent à remettre en cause l'enseignement qu'ils ont reçu et les attitudes méprisantes qu'ils ont ressenties à leur égard. Durant les études, le recul est impossible à faire, on considère que le système auquel on est soumis est le "meilleur", les hiérarchies sont justifiées continuellement par un jeu de classement qui agit comme une justification de la valeur et qui accorde peu de place à tout ce qui n'y participe pas. Les généralistes du nouveau régime n'avaient pas, durant leurs études, les moyens de contester cette attitude de dévalorisation à leur égard, d'autant plus que, nous l'avons vu, le système s'est stabilisé sur un mode qui les place, en effet, en "bas" des classements universitaires.

Encadré n°11

"Ca reste un beau métier"

Fille d'une institutrice et d'un commerçant, cette étudiante parisienne choisit de faire médecine par "vocation", après s'être occupée de son grand père souffrant. Elle a vécu des "échecs" scolaires puisqu'elle fut d'abord orientée vers une filière technique avant d'intégrer une seconde générale : "personne n'aurait parié sur moi", affirme-t-elle. Rapidement, elle fait une croix sur l'internat et se destine à la médecine générale même si elle se laisse entraîner à préparer le concours à la fin de son deuxième cycle. Assidue aux cours, attentive à trouver des stages variés, elle s'installe néanmoins dans le doute et se fait soutenir par son père (qui achète les murs de son cabinet) et son mari (ingénieur, qui lui assure une sécurité financière et un soutien psychologique).

Q : Et vos stages alors comment vous les avez choisi ?
Je les ai choisi toujours un peu dans l'optique de devenir médecin généraliste, oui, c'est vrai, c'est-à-dire que j'ai fait de la cardio, j'ai fait de la gynéco, j'ai fait de la pédiatrie, j'ai fait un peu les choses généralistes quoi, qui pouvaient…, et puis j'ai fait les trucs obligatoires, chirurgie tout ça, qui n'étaient pas forcément mon truc quoi (...)
Q : Donc vous vous êtes dit non parce que l'internat se préparait assez tôt dans les études ?
Je ne l'ai pas préparé assez tôt. Voilà c'est ça, voilà je ne l'ai pas préparé, oui non je ne bachotais pas comme ceux qui voulaient absolument l'avoir, deux ans avant non non, ça a du être la dernière année ou l'avant dernière année, je me souviens plus trop que j'ai du décider de le passer la dernière année, en me disant je le travaille, je vous dit là c'était dans l'optique de toute façon je ne l'aurai pas, c'est pour me former quoi, pour parfaire mes connaissances.
Q : Est-ce que vous avez l'impression que vous étiez bien formée en tant que généraliste ?
Non, non, non, non je pense que c'est peut-être mieux maintenant mais à l'époque on formait des spécialistes, non et pourtant à l'époque c'était il y a dix ans hein ! Les stages c'est que des stages de spécialités, on vous montre la spécialité de votre stage sauf en pédiatrie (...) dans un service où il était quand même très porté sur la pédiatrie générale (...), on était de garde aux urgences on voyait de la pédiatrie de ville et donc, sauf ça, et la gynéco et encore parce que la gynéco il y avait beaucoup d'obstétrique (...) donc en fait, non on était formé, bon, pourquoi, parce que c'est vrai que l'enseignement se fait à l'hôpital, donc à l'hôpital en général déjà, c'est spécialisé mais moi j'ai…, les derniers temps aussi j'ai fait des stages de consultations de médecine générale à l'hôpital pour pouvoir essayer de voir ce que ça pouvait être parce que…
Q : Et vous avez fait des remplacements tôt ?
J'ai pas fait de remplacement quasiment, non même pas quasiment je ne voulais pas. j'en ai pas fait.
Q : Donc vous avez décidé le privé ?
Oui, parce qu'à Paris, il n'y a aucune possibilité de travailler à l'hôpital, j'aurais pu trouver une place dans le public j'aurais peut-être essayé quand même, parce que rester dans une structure, enfin oui et non parce que la dernière année, j'en avais marre de la hiérarchie, de l'hôpital, du chef, du machin, du truc. J'en avais marre quoi de cette hiérarchie, j'avais marre des gardes, des urgences mais vraiment, vraiment c'était quelque chose d'horrible donc j'avais envie de sortir de ce milieu-là sans savoir vraiment ce que c'était que l'autre milieu d'ailleurs, mais bon.
Q : D'accord, et votre installation, comment ça s'est passé ? Vous avez passé votre thèse ?
Alors moi j'ai passé ma thèse, j'ai préparé, commencé à préparer ma thèse lors de mon dernier stage de médecine générale parce que je voulais l'avoir, je savais le danger de un petit peu ça y est c'est fini au revoir et puis de laisser passer et puis de plus avoir de motivation pour la passer parce que c'était quelque chose qui était un peu, je trouvais pas très intéressant la thèse en soi quoi, donc, (...) j'ai du passer ma thèse le 18 juin et j'ai ouvert mon cabinet début août.

Q : Et est-ce que vous avez un souvenir d'avoir eu des angoisses pour le premier patient ou, comment ça s'est passé ?
Ah oui, mon premier patient je m'en souviens comme si c'était hier, mon mari était resté avec moi, c'était une dame qui, qu'est ce que vous voulez savoir, si ça m'a angoissé ?
Q : Oui c'est ça, est-ce que vous vous êtes sentie un peu démunie, vous avez eu peur ?
Oui, oui, oui c'est sûr, oui, c'est sûr, pas que le premier d'ailleurs, les premiers temps quoi ! Oui, oui.
Q : Qu'est ce qui vous a posé le plus de problèmes dans les premiers temps ?
Ben j'étais pas sûre que je saurai, que j'étais vraiment médecin, je me disais quand même c'est…, on avait toujours exercé dans un cadre protégé à l'hôpital, même si on faisait des choses qui étaient a priori au moins aussi compliquées, mais c'est aussi toujours cette formation qu'on avait pas quoi, de médecine générale. Moi la première dame qui est venue elle s'était fait piquer par une guêpe sur la lèvre, ben ça à l'hôpital, à moins que ce soit le choc prophylactique, on ne le voit pas, donc bon on peut chercher faut tout de suite avoir les réflexes, un petit peu de dire qu'est-ce que je fais dans un cas, c'était pas grave, mais bon ! Et puis c'était ça qui m'avait paru un peu difficile au début et puis cette sensation d'être seule dans le cabinet c'est-à-dire que bon ben faut résoudre le problème de la personne tout de suite, il ne faut pas lui dire et ben on verra, on va faire plein d'examens et puis on va voir, comme on fait à l'hôpital. Parce qu'à l'hôpital vous voyez la personne c'est tout juste si vous l'examinez vous lui faite toute une batterie d'examens et puis après on va réfléchir au cas, mais en fait là c'est le contraire, d'abord on réfléchit au cas et on se demande s'il faut vraiment faire certains examens pour avoir la preuve. Donc c'était vraiment l'inverse la façon de travailler, alors moi j'ai pas beaucoup remplacé c'est pour ça aussi que il y avait ce décalage, j'ai fait quand même le stage chez le praticien, qui m'avait laissé d'ailleurs pas mal de liberté à ma grande surprise, donc j'avais quand même vu un peu, mais, mais c'est une expérience avec quelqu'un toujours, où je me disais si j'ai un problème je lui demande.
Q : Oui, vous avez l'impression que vous vous êtes formée un peu sur le tas ?
Oui, totalement oui, enfin totalement…(...)
Q : Qu'est-ce que vous diriez qu'il faut comme qualités pour être un bon généraliste?
Il faut de l'écoute, beaucoup d'écoute. Il faut de la disponibilité d'esprit, il faut... ah ! c'est difficile ce que vous demandez ! Parce que ça voudrait dire que j'ai toutes ces qualités, si je me considère comme un bon généraliste ! (...) faut quand même pouvoir un petit peu sentir les maladies ou les choses, enfin sentir l'état des gens parce que pour moi c'est quand même très au feeling la médecine, c'est pas juste des connaissances. C'est pour ça que j'ai jamais collé non plus dans le bachotage de l'internat". (...) Donc on fait de la médecine et la médecine c'est ça quoi, et il faut aller trouver le symptôme important au milieu, des fois d'un magma de troubles de vie quoi, de mal d'être (...)
Q : Vous n'êtes pas déçue du tout ?
Ah non, je ne suis pas déçue du tout. Je suis fatiguée dès fois, je suis énervée, des fois ça me barbe, mais ça reste un beau métier.

IV B. Devenir spécialiste

La grande modification induite par la réforme reste celle du déroulement du troisième cycle spécialisé. C'est, pour les étudiants du nouveau régime, souvent le début de l'apprentissage du métier. Parce qu'il s'agit, justement, de ceux qui viennent de consacrer six années à se classer avantageusement année après année, à préparer le concours afin d'avoir le choix le plus large possible, ce sont chez eux que l'on ressent le plus l'importance de ce moment où, enfin, ils vont apprendre le métier. La rupture est beaucoup plus nette pour eux que pour leurs aînés, chez qui, nous l'avons vu, le processus se déroulait par étapes et par expériences successives. Les résultats au concours de l'internat les classent une fois pour toutes et il leur faut "faire avec" cette nouvelle donne pour déterminer, ensuite, quel sera leur avenir professionnel.

Une fois les premiers choix de stage faits, ils se retrouvent dans des services où on leur confie très vite des responsabilités. Le choc est souvent brutal et c'est cette expérience dont nous rendrons compte dans un premier temps. Mais, en même temps qu'ils se confrontent vraiment aux malades, au diagnostic, à la prise de décision thérapeutique, ils prennent conscience de leur place dans la hiérarchie hospitalière et doivent, très rapidement, s'y situer. S'ils veulent rester dans un grand hôpital, les places sont chères et la concurrence est vive. Mais là, tout ne dépend pas seulement d'eux, il faut aussi qu'ils soient choisis par un chef de service qui les aidera à obtenir un poste de chef de clinique puis de praticien hospitalier.

A la fin de leur internat, voire de leur clinicat, il leur faut alors prendre la décision de quitter l'institution hospitalière dans laquelle ils viennent de passer au minimum 4 années, mais souvent beaucoup plus. Là, les choix sont difficiles pour ceux qui n'ont pas été "élus" par leur hiérarchie, ils doivent prospecter, s'interroger et, surtout, faire le pas de se séparer d'un environnement technique et collectif dans lequel ils ont appris leur métier.

IV.B.1 "C'est un peu le baptême du soin, le baptême du feu"

De même que, pour certains étudiants, l'entrée à l'hôpital comme stagiaire de PCEM2 représentait une "récompense", de même l'intégration comme interne dans un service constitue un passage symbolique essentiel pour les internes. Ils découvrent alors l'écart entre l'apprentissage théorique auquel ils viennent de se consacrer et la pratique d'une médecine qui nécessite des connaissances cliniques et une notion qui, jusque là, leur était parfois étrangère, qui est celle du soin.

> *"Et puis je dois dire qu'avec les stages d'internat on se prend au jeu de la clinique. C'est là, qu'on commence, enfin, enfin je crois que c'est vraiment là que j'ai commencé à prendre conscience de l'intérêt de la médecine en terme d'aide, en terme de soins, en termes de soulagement. C'est un peu le baptême du soin, le baptême du feu."*
> *(Pédiatre, nouveau régime, hospitalier)*

Ce discours est très caractéristiques des étudiants du nouveau régime, ou de ceux qui, dans l'ancien régime, ont passé l'internat des hôpitaux. Les spécialistes par CES avaient un parcours beaucoup plus chaotique, ils passaient par la médecine générale le plus souvent, et surtout ils vivaient leur troisième cycle dans la continuité du second. Le passage par l'internat signifie cette rupture entre deux apprentissages, entre deux formes de savoir et, ce que ces étudiants avaient intégré comme étant le "top" de la connaissance médicale, ils doivent, d'une certaine manière, l'abandonner pour entrer dans la pratique. Ces médecins s'aperçoivent que ce n'est pas la question difficile à laquelle ils ont réussi à répondre le jour de l'épreuve qui fait d'eux un meilleur médecin et un certain nombre d'entre eux s'interrogent, alors, pour savoir "ce qui manque" à la formation médicale.

De ce point de vue, on relève deux types d'attitudes : il y a ceux qui considèrent que l'enseignement contient des insuffisances, que certaines "matières" auraient dû figurer au programme, concernant, par exemple, l'abord psychologique du malade. La confrontation avec la réalité du métier les laissent sur cette idée que le "programme" n'était pas complet. D'autres analysent leurs difficultés, non pas comme un manque de savoir, mais comme une "erreur" pédagogique. C'est la forme de l'apprentissage qu'ils remettent en question, en particulier une approche de la pathologie qui ne fait pas le lien, concrètement, avec la personne humaine.

Quelle que soit la manière dont s'expriment ces anciens étudiants, la dichotomie entre savoir théorique et pratique médicale est relevée par l'ensemble de nos interviewés. Alors que la sélection se fait uniquement sur les savoirs théoriques, que les études ne permettent aucune évaluation sur la pratique, on note, dans les discours, une survalorisation de l'apprentissage du métier "au lit du malade". Du coup, la différence de "qualité" entre des internes et des anciens CES ne réside plus dans le fait que les premiers ont été de brillants candidats à un concours, mais dans la différence de formation pratique.

Q : Vous estimez-vous avoir été bien préparé à votre métier de médecin ? :
"Par l'internat oui. Par l'internat oui, pas par les études, pas du tout. Et par le concours, pas du tout non plus si ce n'est qu'on a une grande base de connaissance après qu'on utilise et qu'on lie par expérience, tout simplement. L'internat c'est un moment magnifique. Les médecins qui sortent de l'internat de médecine sont tout à fait formés pour bien soigner les gens, ça sans problème. Ils ont vu beaucoup de malades, ils ont participé à beaucoup d'heures, ils ont fait énormément de gardes, ils ont rencontré beaucoup de gens connaissant leur métier, beaucoup de gens qui ne connaissent pas du tout leur métier, donc ils ont pu apprendre par le positif et aussi par le négatif. Et fatalement, à la fin, l'interne en spécialité, est d'excellente qualité et nettement, nettement mieux préparé que par le CES. Il n'y a pas de problème là-dessus. (…) On passe dans les services les plus pointus de la ville, et on voit les choses les plus belles. (…) A côté de ça les CES n'avaient qu'une formation théorique, n'étaient pas vraiment acceptés dans les services. Ils servaient de secrétaires ou de sous-secrétaire aux autres médecins."
(Cardiologue, nouveau régime)

L'extrait d'entretien ci-dessus montre, de façon typique, comment l'accumulation de connaissances théoriques prend la place d'une autorisation à avoir accès à la "vraie" formation, qui se fait sur le terrain. Le superlatif est sans cesse utilisé pour caractériser la formation de l'interne : "moment magnifique", "tout-à-fait formés", "beaucoup de malades, d'heures, de gardes" etc. A côté, les études, c'est le "pas du tout" et les CES étaient des "secrétaires ou sous-secrétaires", dont la formation n'est **que** théorique. De ce point de vue, on voit des effets très directs d'une réforme qui cherchait à uniformiser les formations spécialisées, mais aussi le paradoxe du moyen utilisé : on sélectionne ceux qui auront accès à cette pratique à partir de leur capacité à engranger un savoir théorique sous une forme standardisée. Ceci conduit un grand nombre d'anciens internes à dévaloriser ce savoir pour lequel ils ont tant donné, considérant, *in fine*, qu'il n'a surtout servi qu'à la sélection.

IV.B.2 "La motivation principale, c'est le pouvoir"

Réussir le concours peut aussi être un piège, pour ceux qui pensent qu'enfin, leur "heure" est arrivée. Car, si les internes de CHU jouissaient d'une place privilégiée pour accéder à une carrière hospitalo-universitaire, les internes de spécialité ne sont plus dans ce cas, et la majorité d'entre eux devront se tourner vers le secteur privé. Ils se confrontent alors à des règles de "choix", celles qui feront que, cette fois-ci, c'est eux qui seront choisis.

Les concours d'accès aux postes hospitaliers obéissent à des règles formelles que nos interviewés nous ont décrites comme étant surtout subjectives. En effet, ce n'est pas tant le dossier final qui fera la différence que la possibilité, offerte en amont, à un candidat de se constituer un dossier performant. Pour cela, il faut passer des examens supplémentaires (DEA, Thèse), figurer en bonne place sur des publications, "rendre des services" à l'institution, autant de "points" qui ne peuvent s'accumuler que dans certaines conditions. Là, il faut se battre à nouveau, ou alors

bénéficier du soutien d'un chef de service qui vous donne les meilleures conditions de préparation au clinicat et aux concours de P.H. : temps consacré à la publication, délégations de cours etc. Mais il s'agit tout de même de sacrifier, encore, une grande partie de son temps à la préparation des concours hospitaliers, ce qui, souvent, génère une auto-élimination.

Celle-ci se fait sur des critères simples. Certains sont dans la continuité des discriminations de l'internat. Les femmes, en particulier, renoncent assez spontanément à poursuivre cette course. Elles ont, pour réussir le concours, et plus souvent que les hommes, dû sacrifier toute vie privée, conjugale et familiale. Une fois interne, elles ne sont plus aussi prêtes à poursuivre un tel "sacerdoce" et renoncent alors, d'elles-mêmes, à l'investissement que représente la "course au poste".

Très vite, les internes perçoivent quelles sont leurs chances de rester dans le système. Un des critères est la mobilité : les internes "déplacés" sont rarement "élus" par un chef de service, qui leur préférera un local. Le jeu devient subtil car il combine une capacité à continuer à investir le travail théorique et la nature des relations inter-individuelles. Tout peut se dire très vite, comme l'expriment à mots plus ou moins "couverts", les interviewés :

> *"Bon le choix de notre cursus universitaire, au terme de l'internat et de l'assistanat, si vous optez pour une carrière hospitalière encore faut-il qu'on vous soutienne, soit le reste c'est les cliniques. Moi quand j'ai commencé mon assistanat dans les services de l'hôpital Nord, la première chose que m'a dit mon chef de service c'est : qu'est-ce que tu vas faire une fois que tu auras fini ton assistanat ? Donc ça voulait dire : tu ne feras rien avec moi, donc penses déjà à la sortie"*
> *(Chirurgien, ancien régime)*

> *"Parce qu'il y avait un aspect carrière, de carrière hospitalière qui était pas adaptée. C'était pas ... C'était pas ... C'est très particulier, il y a une influence politique, une influence politique locale, politique de services à qui veut rester à l'hôpital comment ça se passe. Y'a une lutte des chefs un peu permanente, y'a tout qu'est pas toujours..."*
> *(Cardiologue, nouveau régime)*

L'expression couramment utilisée est celle de la course que, cette fois, certains abandonnent. Du coup, même ceux qui passent les différentes étapes sont bien conscients que ce n'est pas "la qualité du médecin" qui fait leur distinction, mais que ça se joue "au nombre de papiers, au nombre de points, à la recherche". Ce mode de sélection ne contribue pas à renforcer une confiance en soi. Paradoxalement, les récits montrent que, lorsque la concurrence est rude — et là tout est question de vacances de places et de réputation des services —, le candidat aux postes hospitaliers néglige une fois de plus sa pratique médicale pour se constituer un dossier performant. Plus leur parcours est "brillant" — du point de vue des critères hiérarchiques du corps —, plus les médecins que nous avons interrogés tombent "de haut" lorsqu'ils se confrontent à une réalité du métier qui les laisse toujours dans le doute.

Le paradoxe de la formation médicale semble donc se poursuivre avec l'internat et l'accès aux postes hospitaliers. Un paradoxe fondé sur l'articulation apparemment impossible entre l'apprentissage d'un métier et les critères de la sélection censés faire les "meilleurs". Au final, on n'évite pas la cooptation et l'anonymat n'est plus à l'ordre du jour, lorsqu'il s'agit de constituer un "corps d'élite". Car, comme le dit un de nos interviewés, ce n'est pas le ministre de la santé qui a le Pouvoir, ce sont les médecins hospitalo-universitaires, ce sont eux qui, sur le terrain, ont à prendre les décisions sur les fondements mêmes de la médecine d'aujourd'hui, à travers les choix qui s'opèrent au cours de la formation des médecins.

IV.B.3 "Vais-je rester tout le temps à l'hôpital ?"

L'enjeu d'une carrière hospitalière n'est pas seulement professionnel, il est aussi économique. Seuls ceux qui ont occupé un poste de chef de clinique pourront prétendre, lors de leur installation dans le privé, à un conventionnement en secteur 2, dit à "honoraires libres". Dans les zones où cette

distinction est importante, comme à Paris, l'enjeu est donc de taille, les candidats luttent pour leur futur niveau de vie.

Internat et clinicat représentent donc, au minimum, six années supplémentaires avant de penser une installation dans le privé. Autant que les six premières années d'études, mais ce sont celles durant lesquelles les jeunes médecins acquièrent une expérience de terrain, mais aussi s'installent dans leur vie personnelle et aspirent à une stabilité professionnelle. Quitter l'hôpital n'est donc pas une mince affaire et le choix se situe à plusieurs niveaux.

Un premier choix pourrait être qualifié d'éthique. L'hôpital représente un service public auquel ces anciens internes étaient, pour nombre d'entre eux, attachés. Il correspond bien à l'image du médecin de tous, il évite aussi que des questions financières s'interposent dans la relation avec les malades. On trouve cette représentation de l'institution surtout chez les médecins d'une origine sociale plus modeste, ceux qui se plaçaient, en entrant en faculté, plus du côté du soin. De ce point de vue, l'hôpital déçoit. Il donne une image déshumanisée du soin et de la relation au malade d'un côté, de l'autre côté il se présente comme un enjeu de luttes individualistes où la notion de service public paraît désuète.

> *" Ben le choix public, privé ça se pose de moins en moins, c'est vrai qu'avant il y avait une grosse identité du secteur public, une grosse identité médicale et c'est vrai que ça tombe beaucoup. Moi je suis assez, à la limite, je serais assez content qu'il y ait une certaine identité du secteur médical public... Parce que une certaine identité, ça peut demander une éthique de travail, aussi, c'est-à-dire que on est ouvert sur... Même les gens au niveau financier, complètement démunis, on peut complètement travailler, on va pas chercher si il a une mutuelle, ni si il est capable de supporter un dépassement d'honoraires, ça c'est une éthique qui disparaît ! Enfin je trouve que ça n'a pas été bien cultivé par nos patrons depuis, depuis, c'est pas récent hein, depuis trente ans hein !, Qui ont plus, ont presque une étiquette, se permettant de faire des actes gratuits, des choses comme ça que on avait à l'hôpital public quoi. Donc je trouve que... Puis il y a beaucoup de gens qui travaillent à l'hôpital public qui n'ont pas du tout un caractère de travail dans l'hôpital public ! C'est-à-dire qui raisonnent comme des gens du privé ! Qui cherchent à faire du privé ! "*
> *(Chirurgien nouveau régime, chef de clinique en CHU)*

Au-delà de cette dimension éthique, vient se greffer une dimension plus professionnelle, en particulier pour ceux qui pratiquent une médecine qui demande des moyens techniques et humains importants. Beaucoup de nos interviewés découvrent, au fil des années, que le privé n'offre souvent pas moins de moyens que le public et ils considèrent que l'ambiance y est parfois bien meilleure, puisque la hiérarchie hospitalière pèse moins dans les relations entre médecins. Pour ceux qui ne sont pas dans des secteurs de recherche, dont la place ne leur est pas "réservée", l'alternative est souvent d'avoir à choisir entre un poste dans un hôpital périphérique ou une installation dans le privé. De ce point de vue, il faut une grande dose d'abnégation pour choisir l'option qui sera la moins rentable financièrement, la moins intéressante techniquement et la moins attractive socialement et pour sa famille. L'hôpital périphérique ne "fait pas le poids" par rapport au privé et c'est ce que les plus anciens ont compris et que les plus jeunes commencent à réaliser. Un interne de santé publique explique ainsi que, plutôt que de rester "second couteau" à l'hôpital, il a préféré monter une société dans le privé, et un pédiatre affirme qu'il ne restera dans le public que s'il a les moyens "d'avancer".

> *"non le côté déshumanisé de la médecine hospitalière fait que à mon avis on peut travailler dans les hôpitaux dans la mesure où on s'intègre à une équipe, le travail en équipe, ça c'est quelque chose de porteur, c'est-à-dire qu'on construit ensemble quelque chose, on est dans une société humaine, on modifie un secteur d'activité de soins et on avance vers quelque chose (...) Je me suis toujours dit : si je trouve une équipe hospitalière dans laquelle je m'intègre, où je peux faire avancer les choses OK. Si je la trouve pas, ça ne me gène absolument pas de m'installer en ville."*
> *(Pédiatre, CHU, nouveau régime)*

Pour certains, qui se sont piqués au jeu de la recherche dans des domaines pointus et qui ont trouvé, dans l'institution hospitalière de quoi avancer dans ce domaine, risquent, à un moment

donné, d'être enfermés dans une ultraspécialisation qui ne leur laisse pas d'autre alternative que de trouver une place dans un service très performant ou... d'abandonner la médecine.

Ce qui marque cette génération d'étudiants, c'est vraiment cette proximité à l'hôpital qui rend toute rupture problématique. Leurs relations avec l'hôpital est souvent ambiguë puisque leur place est à la fois plus stable — le temps de l'internat — et plus précaire, puisque la majorité d'entre eux devront quitter l'hôpital. Certains vont jusqu'à faire des vacations gratuites tout en remplaçant dans le privé, et ont beaucoup de mal à couper les liens avec l'environnement hospitalier. La plupart se retrouvent dans des associations professionnelles où le collectif leur permet de retrouver un "cocon" rassurant. Le pas vers la solitude, les problèmes de coût des prescriptions, la décision prise seule, pose des problèmes de même nature que ceux que nous avons pointé chez les généralistes. La différence est que, là, il se fait plus tardivement et cela permet qu'ils aient acquis une expérience plus grande que celle des généralistes, d'autant plus que la médecine hospitalière est plus proche de leur futur métier que de l'omnipratique libérale. En revanche, leur dépendance est aussi plus grande et les choix se font plus tard, avec parfois des déceptions d'autant plus forte qu'ils ont fait les sacrifices devant leur permettre de gravir des échelons qui, finalement, les conduiront aussi à l'exclusion. En outre, cette hiérarchie instituée entre hôpitaux périphériques et CHU, qui est assimilée à celle existant entre résidents et internes les conduit à considérer qu'une place dans les hôpitaux secondaires serait une rétrogradation. Leur choix se formule le plus souvent entre des services de pointe des CHU ou le privé.

Encadré n°12

Clinique ou recherche ?

L'équilibre entre la clinique et la recherche n'est pas toujours facile à trouver, pour les médecins hospitaliers. Souvent, la recherche se fait au détriment de la vie privée, dans la continuité de la préparation aux concours. Les deux chefs de cliniques dont nous citons les extraits d'entretiens ci-dessous disent travailler souvent chez eux, le soir et le week-end. Ils vivent la recherche et les publications comme une "obligation informelle" qui permet leur maintien à l'hôpital, même si, l'un comme l'autre ne sont pas encore bien sûrs de pouvoir y rester.

Femme, neurologue chef de clinique à l'hôpital

"Donc en fait là je suis dans le service de neurologie, euh donc je viens juste de finir mon clinicat et c'est un poste en fait qui est fixe dans le service, moi c'est un peu compliqué parce que l'autre poste que je vais avoir il va être à mi-temps ici et à mi-temps, si il ouvre un jour, à l'hôpital européen, l'hôpital Georges Pompidou, voilà en fait le travail ici c'est des consultations, j'en ai deux par semaine, enfin deux après-midi, ensuite il y a le travail ici en hospitalisation, donc en fait j'ai la responsabilité d'une salle, donc il y a 18 lits et donc je fais des visites assez souvent dans la semaine, plus avec le chef de clinique de la salle on encadre les internes etc… donc il y a ce travail là et puis il y a tout le travail à côté de recherche en fait qui nous prend bien la moitié de notre temps, largement.
Q : Alors la recherche ?
Ben en fait…
Q : Est-ce qu'au départ vous aviez envie d'en faire ?
Non pas du tout non, non, en fait j'y pensais pas vraiment enfin la recherche pour la recherche ça ne me tentait pas trop parce que j'aimais bien le métier de médecin, ça ne m'a jamais tenté là en fait c'est de la recherche clinique donc c'est ça oui c'est très intéressant.(...)
Q : Est-ce vous diriez que vous êtes rentrée dans le créneau de la promotion à l'hôpital, vous avez envie de monter, par les publications, par les… ?
Alors ça c'est compliqué parce que je pense que non, je pense pas du tout que j'ai le profil de vouloir absolument je suis pas aussi ambitieuse que ça, euh les publications, c'est vrai que le fait de travailler sur un sujet … parce qu'au début on nous le demande ça vient pas forcément spontanément, le fait de travailler sur un sujet. C'est vrai qu'on s'améliore par ce biais là c'est agréable, ça fait vraiment, d'ailleurs c'est la même chose que pour les études. C'est vrai que le fait de travailler sur un article, sur un sujet on le revoit à fond, on connaît mieux que … voilà, donc ça c'est agréable, la reconnaissance des autres est importante aussi mais je pense pas que j'ai le profil de sacrifier tout pour continuer de monter dans le système.(...)

Ça dépend de quelle recherche vous parlez, parce que la recherche clinique c'est vraiment les malades, c'est complètement adapté aux malades. Bien sûr il y a une autre recherche plus fondamentale où les gens peuvent être enfermés dans leur bureau ou dans leur laboratoire et là où on est plus loin du patient c'est sûr et là ça peut être un gros problème, parce que ça peut être que les internes sont tout seuls auprès des malades, ils ne sont plus encadrés etc…

Q : Ou même que les internes sont déjà partis dans ce trajet là ?

Oh oui c'est encore pire que tout ! ça tout à fait, non ça c'est grave ! Très grave! Non mais ça c'est vrai, j'en ai connu des chefs de clinique qui étaient dans leur bureau en permanence, c'est sûr ! Mais c'est pas trop la… enfin, c'est pas trop la mentalité des services en fait. En fait c'est un peu ambiguë quand on arrive comme chef de clinique on demande une activité de recherche, en revanche c'est très clair que l'activité principale c'est la clinique et qu'il n'y ait pas de problème et que tout se passe bien. Parce que c'est ça, c'est ça, surtout, qui fait la réputation d'un service, si un patient il y a un problème, qu'il est mal traité, qu'il y a une erreur, euh tout découle donc non, moi à mon avis c'est la priorité. D'ailleurs quand on est chef de clinique, enfin en tout cas, moi, quand j'étais chef de clinique dans un service actif, il est assez actif ce service, on peut quasiment faire rien d'autre que de la clinique, donc quand je dis qu'il y a la moitié du temps, c'est que c'est la moitié en dehors de l'hôpital ce qui fait qu'on passe notre vie à travailler c'est sûr, le soir et le week-end, mais, par contre, à l'hôpital on est très pris par la clinique."

Homme hématologue, chef de clinique, ancien étudiant de Necker et normalien

"Je ne sais pas si c'est trop en rapport avec l'étude sur l'internat mais je pense que c'est un lièvre à soulever si il est pas déjà soulevé par beaucoup de personnes, mais on demande en France, ça je sais pas sur les autres pays, on demande en France dans de plus en plus de spécialités, c'est vrai que ça s'y prête un petit peu l'hématologie parce qu'il y a beaucoup de recherche, beaucoup d'examens très poussés, que l'on demande couramment en pratique clinique. Alors c'est bien de faire de la recherche, un DEA c'est bien parce que ça nous apprend à comprendre les examens complémentaires, comment on les fait, comment on les interprète, qu'est-ce que c'est qu'un faux positif, un faux négatif. D'en faire un petit peu, mais après ils nous demandent de faire, c'est pas officiel mais nous on pratique et ils nous demandent de faire une thèse de sciences, de faire de plus en plus de recherches à côté et être de bons clinicien, il faut quand même faire un choix ! Les bons cliniciens ils font que de la clinique hein, un tout petit peu éventuellement de la recherche, en gros c'est ce que j'aimerai bien faire, un tout petit peu de recherche pour le plaisir mais surtout la clinique qui m'intéresse le plus. J'ai fait de la médecine pour faire de la clinique, et puis ceux qui sont intéressés par la recherche en général ils s'arrêtent et ils ne font que de la recherche, on ne peut pas être un bon chercheur en faisant de la clinique à côté c'est fou ! Et quand on voit les chercheurs qui sont célèbres qui font des consultations, le résultat des consultations c'est la catastrophe et on récupère, parce qu'ils ont plus l'habitude. Il faut faire un choix, ça, ça, mais vraiment ça m'étonne, il y a ça en hématologie, il y a ça dans d'autres spécialités. J'ai des amis qui sont chirurgiens on demande à un urologue ou à un ophtalmologue de faire de la recherche fondamentale alors que ce qu'on demande c'est de savoir opérer, c'est le malade qui a demandé de savoir opérer et pour avoir des places en hospitalo-universitaire, c'est ça, ça va être au nombre de papiers, au nombre de points, à la recherche, c'est pas à la qualité du médecin, s'il est humain ou pas ou si il est efficace hein ! ça c'est un peu fou il y a des moments où j'envie mes copains qui sont allés dans le privé ou qui sont généralistes parce qu'ils ont pas de souci ils font leur travail, si ils sont mauvais ils sont sanctionnés par les malades, si sont bons ben ils ont la chance d'avoir euh, c'est ça une stimulation des plus saine !

Q : Oui mais alors justement là est-ce que vous voulez faire une carrière hospitalière ?

Oui, oui j'ai pas trop le choix.

Q : Donc vous êtes obligé…

Ben je suis obligé de faire un petit peu les deux, c'est vrai il n'y a pas que des côtés désagréables dans la recherche hein mais comparé à la clinique c'est clair que je préfère la clinique."

Une fois passé le concours de première année, la majorité des étudiants seront médecins. Ils font médecine… mais quelle médecine ? car leur voie n'est pas toute tracée et il leur faut s'orienter vers un exercice particulier, volet sur lequel porte explicitement la réforme de 1982. En dehors des changements formels introduits dans l'organisation des études médicales, nous avons vu que les rythmes d'études et les stratégies, tant individuelles que collectives, des étudiants s'étaient modifiés à l'issue de la réforme. Les deux premiers cycles des études médicales sont désormais orientés autour d'une étape décisive : l'internat de spécialité, qui permettra à chacun de définir ses choix possibles d'orientation. C'est ce mécanisme de choix que nous étudierons plus en détail dans ce chapitre, sachant que nous sommes, ici, confrontés à un problème d'interprétation. En effet, nous ne pouvons raisonner qu'à partir de données récoltées *a posteriori*, qu'il s'agisse de données statistiques ou des récits de nos interviewés. Ainsi, les possibles qui s'offraient aux étudiants au moment où ils devaient "faire des choix" sont confrontés à un devenir aujourd'hui connu. À l'exception de quelques individus qui nous ont clairement exprimé, soit leur déception de ne pas avoir pu concrétiser un projet, soit leur satisfaction de faire aujourd'hui ce qu'ils avaient toujours rêvé de faire, la plupart des médecins rencontrés font état d'orientations par étapes, qui n'étaient pas claires dès le début de leurs études. Il n'est pas toujours facile de faire la part de ceux qui se trouvent une vocation dans une discipline qui leur a été plus ou moins imposée et ceux qui ont vraiment choisi. Cependant, la manière dont ils décrivent ces différentes étapes montre l'effet déterminant des contextes dans lesquels s'effectue une décision.

Dans un premier temps, nous étudierons l'impact de la réforme sur les mécanismes d'orientations professionnelles à partir d'une analyse des données statistiques relatives aux parcours des médecins de notre échantillon. Ces données montrent surtout une modification significative des déterminants contribuant à former les différents segments de la profession. La réforme marque nettement une rupture dans la manière dont les populations étudiantes se distinguent, à partir du troisième cycle, au-delà d'une simple régulation des flux de généralistes et de spécialistes. Cette première analyse pose de nombreuses questions quant aux conditions dans lesquelles ces orientations se déroulent et nécessite l'éclairage des entretiens.

L'analyse des discours montre comment les décisions se sont opérées chez les étudiants des différentes générations. Dans l'ancien régime, il semble que le processus procède d'un choix s'ancrant dans des expériences ouvrant un éventail de possibles relativement large et étendu dans le temps. Sous le nouveau régime, les questions se posent, plus souvent, en deux temps, le premier consistant à prendre ou non la décision de préparer le concours de l'internat. Les changements de contexte modèlent donc la forme de la décision, mais aussi, au-delà des processus eux-mêmes, contribuent à en modifier le sens. On ne devient pas aujourd'hui généraliste de la même manière qu'hier.

Les conséquences de ces processus décisionnels se manifestent dans la manière d'entrer en profession. Ce passage des études au métier s'effectue durant le troisième cycle, selon des modalités dont la réforme a modifié les règles. La place de l'hôpital y est déterminante puisque c'est au sein de cette institution qu'ils font leurs premiers pas en tant que professionnels responsables. Au final, les positions des uns et des autres dans le champ médical apparaissent selon des clivages qui se comprennent à la lumière de cette longue socialisation professionnelle que représentent dix à quinze années d'études de médecine.

I. Les effets structurels de la réforme

Notre fichier était riche et il y avait plusieurs manières de procéder à son exploitation. Nous présentons ici trois ensembles de résultats qui répondent à des questions particulières. La première concerne les grandes modifications structurelles observées quant aux caractéristiques objectives des populations selon les promotions. Ces "premières tendances" permettent de montrer comment se sont opérées, au lendemain de la réforme, de grandes distorsions structurelles dans l'équilibre entre les généralistes et les spécialistes et mettent en évidence un premier effet discriminant de la mise en œuvre de l'internat de spécialité, portant sur les femmes.

Nous nous sommes ensuite interrogés sur les rapports existant entre les performances universitaires et le devenir des médecins. Ceux-ci sont particulièrement complexes à interpréter car ils ne peuvent se réduire à une relation de cause à effet. À travers l'étude des rythmes et des notations universitaires, nous verrons comment le système de sélection et les choix pédagogiques contribuent à renforcer les hiérarchies structurant le corps professionnel. Enfin, les modalités de l'accès à la spécialisation, telles qu'elles ont été conçues à l'issue de la réforme, se déroulent selon les étapes discriminantes qui donnent au processus un aspect "d'entonnoir".

I.A Premières tendances

Dans les facultés que nous avons étudiées, la réforme de 1982 a eu des effets progressifs, dont nous n'étudions ici que les premiers. Nous ne disposons pas de données permettant de mesurer cet impact au-delà des dix premières années. Ainsi, notre analyse ne vise pas à rendre compte de phénomènes actuels, mais des effets de court et moyen terme d'une réforme qui modifie les modes d'accès à la spécialisation médicale. C'est pourquoi nous raisonnerons ici en termes de tendances induites par des mécanismes précis. En l'occurrence, elles permettent de comprendre sous quelle forme le dispositif s'est stabilisé et peut introduire une réflexion plus générale quant aux effets directs et secondaires de processus de ce type.

Les principales tendances structurelles que nous avons observées portent sur des caractéristiques objectives de nos populations. En premier lieu, nous regarderons comment s'est modifiée, durant les premières années, la structure générale de notre échantillon, compte tenu des contextes universitaires que nous avons décrits. Si cet effet n'a pas perduré, c'est au prix de changements qui marquent durablement les mécanismes d'orientation des étudiants du nouveau régime. En second lieu, nous nous arrêterons sur l'impact de la réforme sur la répartition sexuelle des étudiants dans les différents segments professionnels. Cet impact, qui contribue à l'orientation massive des femmes vers la médecine générale, était passé relativement inaperçu durant les premières années de l'application de la loi de 1982, mais les analystes de la démographie médicale commencent aujourd'hui à en décrire les effets[81]. Ce phénomène était pourtant perceptible dès les

[81]Il faut du temps pour que ce type d'effet se lise au travers des statistiques nationales. On commence cependant à voir apparaître les conséquences de la relative fermeture de l'internat aux femmes, puisque le corps des généralistes devient très féminisé, même si la lecture brute des données tend à interpréter cette tendance comme une évolution "naturelle" : "Il semble qu'on assiste actuellement à un renversement de tendance concernant l'orientation des femmes qui hésiteraient davantage à se spécialiser depuis la réforme instaurant un concours. Cette tendance a été retenue dans le modèle. Ainsi, trois médecins généralistes sur dix sont des femmes, elles seraient quatre en 2008 et huit à long terme". J. GOTTELY, A. VILAIN, "Perspectives démographiques du corps médical", *Info Rapides*, SESI, n°47, décembre 1993, p.3

premières années de mise en œuvre de la réforme, mais les conditions d'évaluation de celle-ci ne permettaient pas d'en percevoir le mécanisme.

I.A.1 Une *génération sacrifiée* ?

Les trois facultés retenues, nous l'avons dit, n'avaient pas comme réputation de former des taux exceptionnellement élevés de spécialistes. Nous avons vu que la mise en place de la réforme n'a pas fait l'objet de modifications immédiates dans l'organisation des études médicales, celles-ci s'effectuant progressivement par la suite. La principale conséquence de ces politiques pédagogiques a été un fort taux d'échec — ou de non-présentation — au concours de l'internat, ce qui se traduit par une élévation très forte du nombre de généralistes pour les premières générations du nouveau système.

Évolution du taux de généralistes parmi les étudiants des différentes promotions selon la faculté

Promotion	1973	1975	1978	1980	1984	1986	Total
Nantes	50,9 %	61,1 %	57,1 %	**72,7 %**	59,6 %	60,7 %	56,9 %
Marseille	46,6 %	50 %	44,6 %	**76,3 %**	59,3 %	47,2 %	54,2 %
Lariboisière	49 %	49,1 %	45,5 %	**68,4 %**	51,8 %	50,9 %	52,6 %
Ensemble	48,8 %	53,3 %	49,1 %	**72,5 %**	56,9 %	53 %	55,7 %

Si l'on compare les promotions extrêmes, on constate que le taux de généralistes n'augmente pas de façon très importante pour l'ensemble de notre population. En revanche, cette répartition subit de fortes fluctuations selon les générations étudiantes. Ce sont près des trois quarts des étudiants de la promotion de 1980 qui deviennent généralistes, ce taux variant selon les facultés. Il semble que les responsables pédagogiques se soient fait surprendre par une réforme dont ils n'avaient pas anticipé les effets immédiats sur leurs étudiants. Ceux-ci furent d'ailleurs moins importants à Lariboisière qu'à Marseille, même si l'impact fut, partout, très fort. Les courriers que nous avons reçus témoignent de l'amertume de ces "générations sacrifiées", au profit de celles venant des facultés qui étaient prêtes pour cette réforme, soit parce qu'elles étaient dirigées par des enseignants avertis des procédures en cours, soit (et, souvent, les deux effets se conjuguaient), parce qu'elles proposaient au étudiants une organisation propice à la préparation de l'internat de CHR.

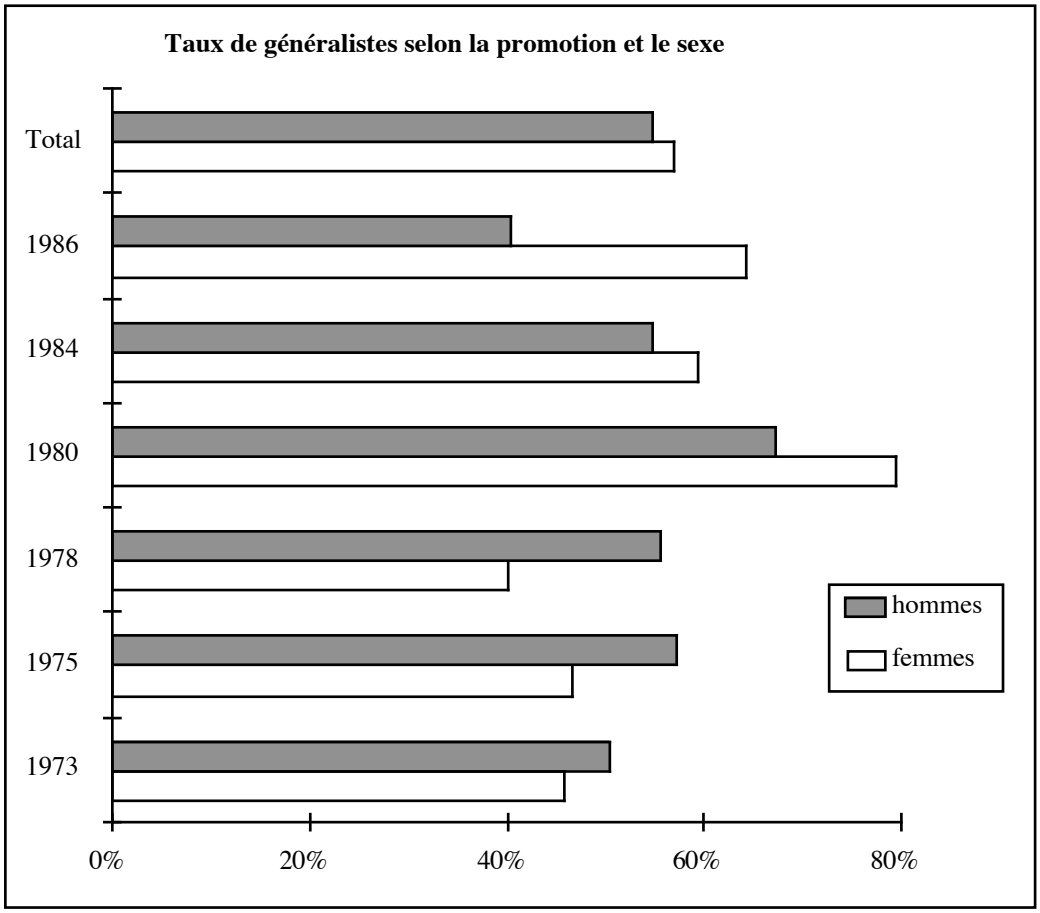
L'effet de surprise est particulièrement fort à la faculté de Marseille, qui a mis un certain temps pour "réagir", mais qui l'a fait efficacement, comme on peut le voir en comparant les taux de spécialisation des deux dernières promotions, qui doivent être mis au crédit des modifications de l'organisation de l'enseignement dans cet établissement. À Lariboisière, si cet effet a été manifeste pour la promotion de 1980, l'organisation pédagogique sous forme de "matières" et la prépondérance parisienne à valoriser la préparation à l'internat ont atténué ses manifestations. Enfin, à Nantes, où la tradition de formation en médecine générale est restée très présente, le taux de spécialisation est devenu le plus bas des trois.

Les statistiques générales sur les résultats des premières années de l'internat de spécialité montraient des variations importantes entre les facultés. Nos résultats confirment cette disparité qui induit nécessairement des mobilités géographiques au moment de l'internat. Celles-ci cependant, s'effectuent toujours dans le même sens : des régions où les facultés enregistrent les meilleurs résultats au concours vers les régions où les taux de réussite sont médiocres. Nous reviendrons plus loin sur les conséquences des politiques universitaires sur les résultats à l'internat et sur les problèmes de régulation démographique nationale qu'elles posent.

I.A.2 "Faire" des femmes généralistes ?

Au-delà des variations constatées au niveau des flux de généralistes et de spécialistes, on constate une modification de la composition interne de chacun de ces segments. Ainsi, un des premiers éléments à prendre en compte est la répartition des hommes et des femmes dans les différents modes d'exercice. Là, c'est une véritable inversion des tendances que l'on constate : les femmes, plus souvent spécialistes sous l'ancien régime, deviennent en majorité généralistes après la réforme.

Alors que dans la promotion 1978, seules 40 % des femmes étaient généralistes, leur taux double pour la promotion 1980. Durant les années suivantes, la tendance s'inverse d'une façon apparemment durable, puisqu'elle se confirme jusqu'à la promotion 1986. Cette tendance se retrouve dans toutes les universités, marquant un phénomène profond, qui montre que le système a été, en premier lieu, préjudiciable aux femmes qui voulaient se spécialiser.



La répartition des médecins de l'échantillon dans les différentes spécialités[82] montre, par ailleurs, que ce sont les spécialités les plus féminisées qui ont vu leurs effectifs baisser à l'issue de la réforme. Il s'agit d'abord des spécialités médicales supprimées : gynécologie, ophtalmologie, ORL ou stomatologie. Ces trois spécialités sont devenues des spécialités exclusivement chirurgicales qui ont été partiellement investies par les femmes, mais dans des proportions moindres que lorsqu'elles étaient accessibles par la voie des CES. Les autres spécialités chirurgicales semblent toujours aussi peu choisies par les femmes. Ce phénomène n'est pas tant dû au jeu des classements qu'à une réticence encore vive de celles-ci à investir les milieux de la chirurgie.

Enfin, certaines spécialités ont été désertées à l'issue de la réforme, comme l'anesthésie-réanimation ou la médecine du travail. La première semble ne plus attirer les étudiants, créant les

[82]Tableau donné en annexe VII.

pénuries hospitalières que l'on connaît et conduisant actuellement au rétablissement d'une filière spécifique de l'internat. La seconde s'effectuait souvent dans un second choix, voire après quelques années d'exercice de médecine générale et était très féminisée. C'est par la voie d'un concours spécial que sont aujourd'hui recrutés les médecins du travail ayant quelques années d'exercice derrière eux, mais il semble que la faible reconnaissance de cette filière n'incite pas les candidats à s'y diriger. La psychiatrie connaît, elle aussi, une baisse d'attractivité. Cette filière, distincte des autres spécialités médicales, fait l'objet de choix souvent ambivalents chez les étudiants lorsque leur classement ne leur laisse plus que cette possibilité-là pour exercer une médecine spécialisée de soins.

La comparaison entre les spécialités choisies avant et après la réforme semble accréditer le fait que les spécialités dites aujourd'hui pénuriques n'étaient pas dévalorisées avant 1982. L'internat de spécialité induit un processus qui modifie l'ordre hiérarchique des exercices de la médecine. Si l'on ne peut attribuer uniquement à la réforme la désertion de ces spécialités, il faut noter que, du point de vue des étudiants en médecine, ces orientations ont été délaissées à partir du nouveau régime, même si les effets de cette désertion ont mis quelques années à se faire sentir au niveau des services hospitaliers. Nous reviendrons plus loin sur ce type d'effet secondaire qui aboutit à déclasser un segment professionnel à l'issue d'un processus qui ne le visait pas particulièrement. L'effet recherché est ici nettement en opposition avec l'effet induit par la réforme.

I.B Rythmes et performances

Cette répartition sexuelle des étudiants entre les filières omnipraticienne et spécialisée s'articule avec des mécanismes d'orientation et de sélection qui s'opèrent tout au long des études universitaires. On peut ainsi voir apparaître des variations nettes quant aux caractéristiques étudiantes des promotions d'avant et après la réforme. Ces éléments permettent de faire le lien entre des parcours de faculté et des devenirs professionnels, sans pour autant interpréter ce lien comme un rapport de "cause à effet". À partir de la durée des études et des notes obtenues, en particulier durant les trois dernières années du second cycle, on voit s'élaborer des processus discriminants plus ou moins directs qui se concrétisent au niveau du troisième cycle.

I.B.1 Les "rapides" et les "lents"

Nous avons vu, au chapitre précédent, que les promotions postérieures à la réforme mettaient plus de temps à réaliser leurs deux premiers cycles universitaires. Ceci tenait à deux éléments : d'une part la baisse du *NC* qui rendait plus difficile le concours de PCEM1 et favorisait les redoublements, voire les triplements et, d'autre part, des stratégies propres à certains étudiants qui redoublaient leur DCEM4 pour se donner une année de préparation supplémentaire au concours. Ce dernier élément jouant de façons très diverses selon les facultés et leurs politiques pédagogiques.

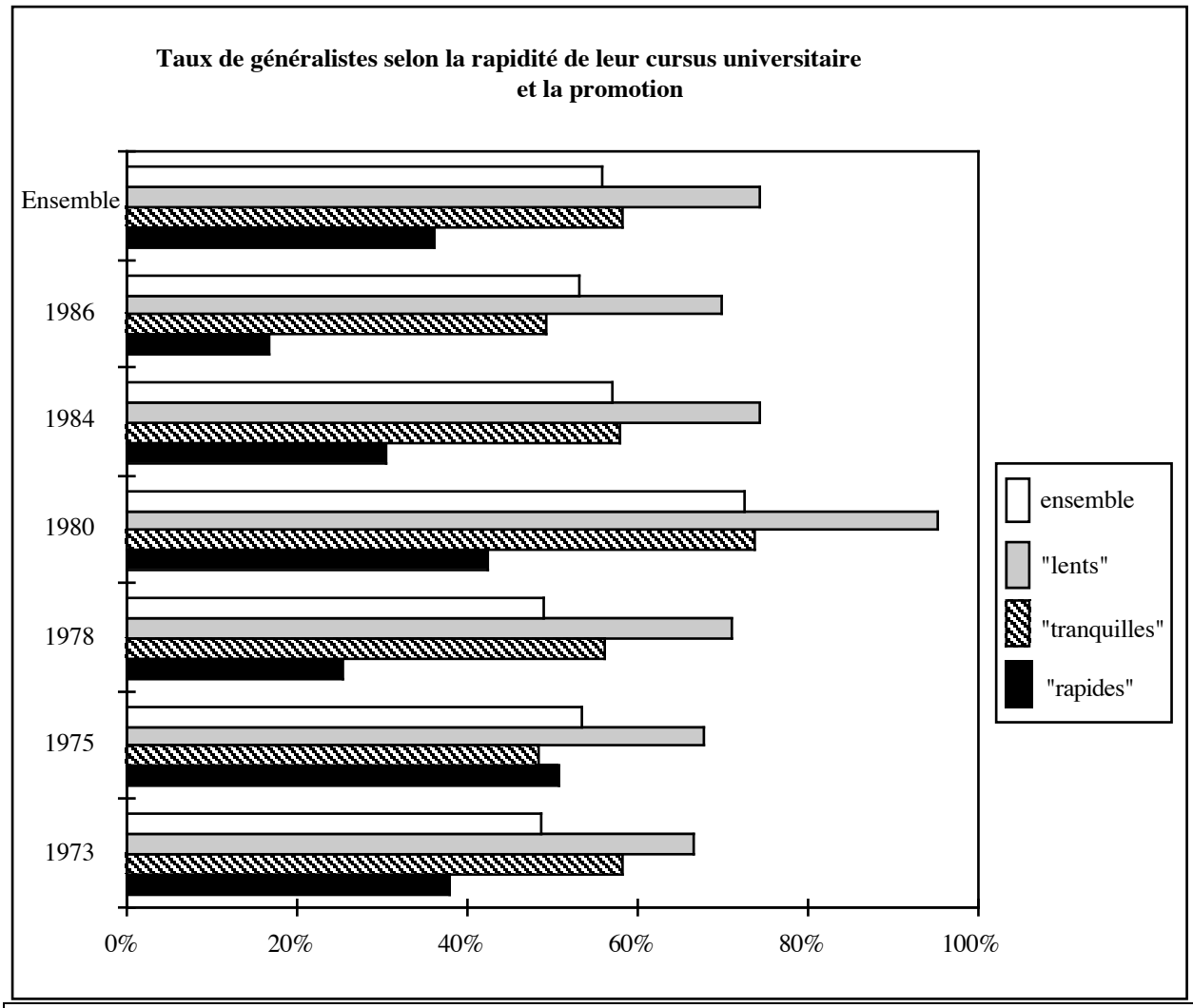
On peut, dans un premier temps, mesurer l'effet brut d'un redoublement sur la probabilité d'accéder à une spécialité. Le concours de PCEM1 prend alors une importance toute particulière. Sous l'ancien régime, le fait de ne pas redoubler son PCEM1 augmentait de 15,2 points la probabilité d'être spécialiste. Sous le nouveau régime, cette augmentation passe à 46,7 %.

Taux de non-redoublants parmi les généralistes et spécialistes des différents régimes

	Ancien régime			**Nouveau régime**		
	Généralistes	**Spécialistes**	**écart**	**Généralistes**	**Spécialistes**	**écart**
PCEM1 en 1 an	50,6 %	65,4 %	15,2 %	17 %	50,3 %	46,7 %

Le concours de PCEM1, en tant que première épreuve classante, joue vraiment son rôle initiatique, décisif pour la suite du parcours. Il est difficile d'interpréter son effet comme une pré-sélection directe, puisqu'il peut tout autant jouer comme un élément d'auto-élimination : plus on a eu de difficulté à avoir ce premier concours, plus on hésite à tenter celui de l'internat. Mais ce résultat montre aussi que le fait de le réussir du premier coup encourage les étudiants à présenter l'internat et les met en bonne position de le réussir.

Sur l'ensemble des cursus, les temps sont surtout sélectifs aux extrêmes : l'absence totale de redoublement et l'accumulation d'au moins deux redoublements provoquent des effets dont l'ampleur discriminatoire augmente très fortement avec les années.



Note méthodologique : Nous avons divisé notre population entre trois groupes : les "rapides" sont ceux qui n'ont jamais redoublé durant leurs 6 premières années, les "tranquilles" sont ceux qui ont redoublé une seule fois et les "lents" ceux qui ont redoublé au moins deux fois.

Pour les deux promotions les plus anciennes, si les redoublements successifs diminuent les chances d'accéder à une spécialité, l'effet ne paraît pas stable ni creusant des écarts aussi importants que sur les années suivantes. La promotion de 1978 témoigne d'une génération de transition, puisque deux redoublements en deuxième cycle faisaient passer les étudiants sous le nouveau régime. Les "rapides" sont allés massivement s'inscrire dans les CES, les autres ont vu leurs chances de se spécialiser un peu diminuer. L'effet discriminant est massif pour la promotion 1980, puisque la probabilité d'être généraliste varie de 52,8 % entre les "rapides" et les "lents". Mais cet effet perdure ensuite, puisque ce différentiel est de 53 % pour la promotion 1986.

L'effet de temps, lorsque l'on combine ainsi l'ensemble des deux premiers cycles, condense des phénomènes de natures différentes. En premier lieu, il distingue ceux qui ont été performants

d'emblée au concours de PCEM1. Ensuite, il témoigne de l'aisance des étudiants à effectuer la suite de leur parcours, en stigmatisant ceux qui ont eux des ruptures dans leurs études, que ce soit pour des raisons privées ou universitaires. Tout semble se passer comme si l'accès à la spécialisation était réservé à des parcours sans accrocs et que les difficultés rencontrées en cours d'études amenuisaient de plus en plus les possibilités de choix.

Mais interviennent ici les choix pédagogiques observés dans les différentes facultés, qui influent nettement sur cet impact des temps d'études sur l'orientation d'exercice. À Nantes, les redoublements sont nettement moins discriminants que dans les deux autres facultés, pour les étudiants du nouveau régime. L'accumulation plus nette, dans cette faculté, de deux programmes distincts, rend plus "normal" un rallongement des études. En revanche, dans des universités où la différence de contenu et de validation des types d'épreuves est moins nette, les difficultés universitaires et les échecs à l'internat vont de pair et les redoublements signalent, justement, les étudiants qui assimilent moins vite ce programme quasi unique. Ainsi, sur Marseille et sur Lariboisière, c'est la totalité des "rapides" des promotions de 1984 et 1986 qui deviennent spécialistes. Tout se passe comme si les performances universitaires jouent un véritable rôle de préorientation pour la suite du cursus.

Par ailleurs, les redoublements étaient nettement moins discriminants pour les femmes que pour les hommes dans les promotions de l'ancien régime. Ceci peut s'expliquer par le double accès à la spécialisation, les hommes choisissant plus souvent le chemin de l'internat et les femmes les CES. Après la réforme, la tendance s'inverse, et les redoublements deviennent un facteur limitant plus sûrement l'accès à la spécialisation chez les femmes que chez les hommes.

Tous ces éléments montrent comment les facultés de médecine ont eu tendance à se transformer en écoles préparatoires au concours de l'internat, plaçant d'emblée les étudiants dans un contexte où la sanction universitaire joue dans le sens d'une prédétermination à la spécialisation.

I.B.2 Les "moins bons", les "bons" et les "très bons"

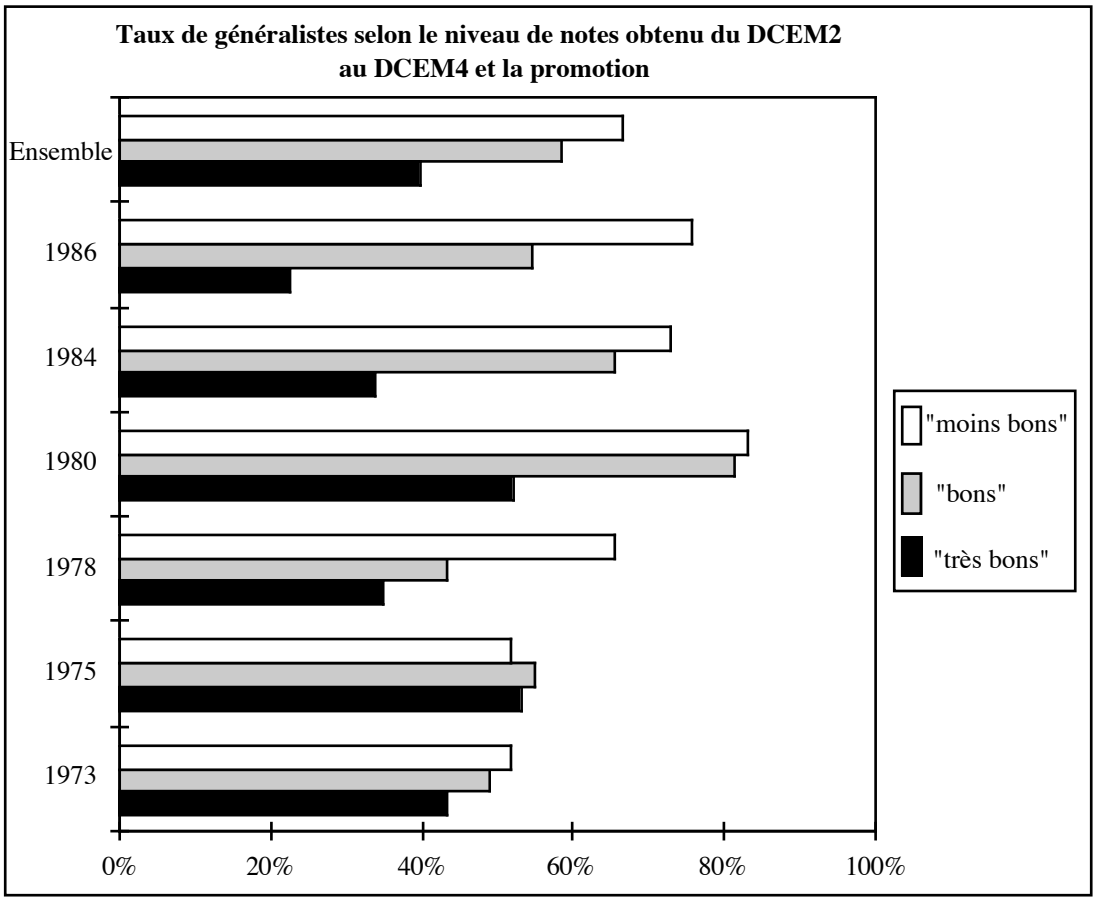
Les notes obtenues aux examens des différentes années nous fournissent un autre élément de comparaison entre les orientations professionnelles et les parcours étudiants. La concordance des programmes s'effectue en général sur les trois dernières années du deuxième cycle, et c'est sur les résultats à ces trois années que nous avons repéré les effets les plus significatifs.

On voit alors s'opérer, année après année, une concordance de plus en plus forte entre les résultats universitaires et les chances d'accès à la spécialité. Nous avons constitué trois groupes de tailles similaires à partir des moyennes des notes obtenues en DCEM2, DCEM3 et DCEM4. Les plus faibles ont été nommés les "moins bons", les moyens les "bons" et les plus forts les "très bons"[83].

Le graphe ci-après est éloquent : pour les promotions les plus anciennes, les résultats universitaires interféraient très peu avec la probabilité de se spécialiser par la suite. On voit alors que les "très bons" étudiants se dirigeaient dans des proportions tout à fait correctes vers la médecine générale, alors qu'ils avaient le choix de se spécialiser. Les écarts entre les groupes

[83] Cette façon de nommer ces étudiants n'est pas une boutade : un doyen nous a expliqué qu'étant donné la sélection du PCEM1, on se retrouvait, dans les années suivantes, avec des étudiants qui présentaient, tous, les capacités suffisantes (d'un point de vue intellectuel) pour devenir médecin. Le fait de réussir au concours les plaçant alors du côté des "bons", comment penser qu'ils puissent, quelques années après, devenir des "mauvais" ? Le jeu des classements induit cette curieuse représentation de la valeur des individus qui n'est pas tributaire d'une étape franchie — comme lors des examens — mais d'un rang relatif conduisant inéluctablement à penser les "derniers" comme les "mauvais". C'est au regard de cette forme d'évaluation que nous avons pris le parti de considérer que notre population n'était composée que de "plus ou moins bons".

d'étudiants deviennent plus importants à partir de la promotion de 1978, puis deviennent très clivants avec le nouveau régime. Comme pour les temps d'études, on voit que les extrêmes s'opposent nettement, comme pour justifier une assertion qui a tendance à se répandre : les spécialistes sont "les meilleurs" et les généralistes sont "les mauvais". Si nos résultats montrent clairement que, depuis la réforme, les généralistes se recrutent surtout parmi les "moins bons" étudiants, on voit aussi que ce clivage n'était pas très apparent avant la réforme. Tout se passe comme si, conçu avec l'idée de "revaloriser" la médecine générale, le nouveau dispositif avait contribué à ce que l'idée que cette médecine ait peu de "valeur" devienne une réalité palpable à travers les caractéristiques des étudiants qui s'y orientaient.



Du point de vue de la stricte interprétation, ce graphe dit tout autre chose : il montre qu'il y a une corrélation qui s'accentue avec les années entre le niveau de réussite universitaire et le mode d'exercice professionnel. Qu'il y ait un lien entre les deux ne donne pas la nature de ce lien et encore moins comment celui-ci s'est construit. Il faut alors tenir compte d'un certain nombre d'éléments :

D'une part, la spécialisation étant subordonnée au concours de l'internat, les étudiants qui ne désirent pas se spécialiser abandonnent la "course" et visent surtout à obtenir leurs années, sans chercher à se placer parmi les meilleurs. Ceci est d'autant plus vrai lorsque les universités calquent leurs programmes sur celui de l'internat. On peut alors comprendre que le choix d'exercer une médecine générale conduise les étudiants à ne pas consacrer l'essentiel de leur temps à être le plus performant possible lors des épreuves théoriques mais, comme nous l'avons vu, à consacrer du temps à leur formation pratique.

D'autre part, les résultats obtenus à l'issue des dernières années d'université jouent un rôle d'autodétermination décisif pour les étudiants. Les "meilleurs" seront encouragés à tenter un concours pour lequel ils auront un maximum de chances, quel que soit leur projet professionnel d'origine. Les moins bons ont tendance à renoncer à tenter une épreuve dont ils pensent qu'ils risquent fort de la rater. Ainsi, cette forme d'auto-sélection joue dans les deux sens et permet

d'expliquer qu'il est, aujourd'hui, fort improbable qu'un étudiant brillant, même attiré par la médecine générale, se refuse la possibilité de présenter le concours de spécialité ou, l'ayant obtenu, renonce à son bénéfice. Nous verrons, à la lueur des entretiens, que la question du choix ne se pose, pour tous les étudiants, qu'en fonction de possibles qu'ils perçoivent à l'aune de leurs propres résultats.

Quoi qu'il en soit, on voit que, si les facultés se posent la question de leur rôle en termes pédagogiques, leur rôle en termes de présélections est ici bien mis en évidence, même si ce n'est pas nécessairement leur mission première. Nous reviendrons plus loin sur ce mécanisme discriminatoire, mais on doit ici constater que le système de l'ancien régime ne plaçait pas systématiquement les étudiants sur une échelle qui prédéterminait leur orientation professionnelle.

Enfin, il convient de distinguer, une fois encore, les femmes et les hommes. Là, on voit une évolution, selon les années, très troublante, puisque les écarts se creusent. Si, dans l'ancien régime, les variations de performance universitaire entre les deux sexes étaient très faibles, elles deviennent plus importantes après la réforme, dans le sens de résultats meilleurs chez les femmes que chez les hommes.

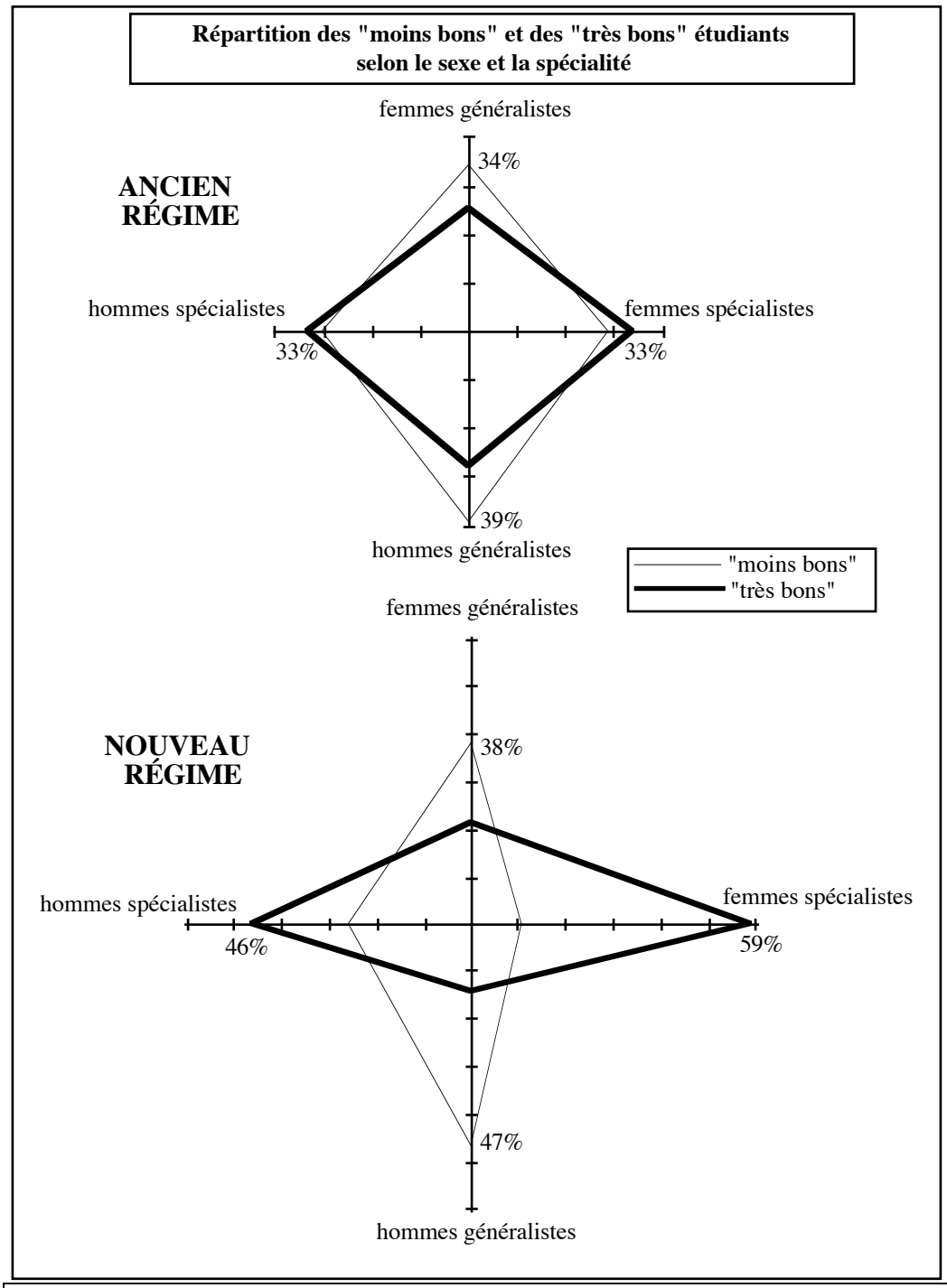
Répartition des étudiants selon leur niveau de notes du DCEM2 au DCEM4 par sexe et par régime

	femmes AR	femmes NR	ens. femmes	hommes AR	hommesNR	ens. hommes
"moins bons"	**30,90**	28,82	29,73	34,72	**37,55**	**36,07**
"bons""	**39,33**	37,56	**38,33**	35,07	34,48	34,79
"très bons"	29,77	**33,62**	**31,94**	**30,21**	27,97	29,14
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Ainsi, sur l'ensemble de notre population, les femmes semblent plutôt "meilleures" que les hommes, en particulier sur les dernières promotions. Or, non seulement elles sont plus nombreuses, mais leurs résultats montrent qu'elles se distinguent désormais de leurs homologues masculins, par une sorte d'inversion des classements : elles sont plus nombreuses à figurer parmi les "premières classées". Ceci permet de comprendre en partie pour quelle raison il est communément dit aujourd'hui en médecine que "les femmes réussissent mieux que les hommes".

Cette évolution, ainsi que les données sur les caractéristiques universitaires des futurs généralistes et des futurs spécialistes, devraient se combiner pour ouvrir aux femmes un accès massif aux spécialités. Or, nous avons vu qu'il n'en est rien et que la réforme de 1982, si elle les a poussées vers une excellence universitaire, les a défavorisées au niveau de l'accès à la spécialisation.

Le graphe de la page suivante schématise cet effet contradictoire. Il représente les "surfaces" couvertes par deux types de populations : les "moins bons" et les "très bons" étudiants. Cette forme permet de visualiser les déformations structurelles de population à l'issue de la réforme. On voit alors que, sur le premier schéma, les différences entre les deux groupes d'étudiants ne sont pas très importantes, signifiant ainsi que les performances universitaires interféraient peu sur le mode d'exercice futur, et ce, quel que soit le sexe. Après la réforme, on assiste à deux tendances contribuant à déformer le schéma. La première concerne le clivage spécialistes / généralistes : on a un étirement horizontal de la "surface couverte" par les "très bons" sur l'axe des spécialistes et un étirement vertical sur l'axe des généralistes pour les moins bons. La deuxième concerne les variations par sexe. On constate alors que cette tendance est plus forte dès lors qu'il s'agit de femmes spécialistes et d'hommes généralistes. Autrement dit, les femmes doivent être "meilleures" que les hommes pour accéder à la spécialité et, lorsqu'elles sont "moins bonnes", leurs chances de se spécialiser sont plus de deux fois moins élevées que pour les hommes.



Lecture : Les quadrilatères formés figurent l'ensemble des "moins bons" et des "très bons" étudiants. Leur forme permet de comparer leur répartition au regard des deux critères que sont le sexe et le mode d'exercice.

Ainsi, le taux de femmes spécialistes "très bonnes" est supérieur à celui de leurs homologues masculins de 13 points. De même, le taux d'hommes spécialistes "moins bons" est supérieur de 9 points à celui de leurs homologues féminins. En outre, 26,5% d'hommes spécialistes sont parmi les "moins bons", alors que cela ne concerne que 10,7 % des femmes spécialistes de même niveau.

Ces représentations graphiques permettent de visualiser un des effets de la réforme : tout en plaçant les généralistes du côté des "moins bons", elle impose aux femmes d'être massivement parmi les "meilleures" pour pouvoir accéder à la spécialisation. Au-delà de la corrélation entre les résultats universitaires et le succès au concours de l'internat, on constate que ce nouveau système, basé sur la sélection, pénalise largement plus les femmes que l'ancien système d'accès aux spécialités. Les entretiens nous montreront comment ces effets se sont conjugués, mais il reste à

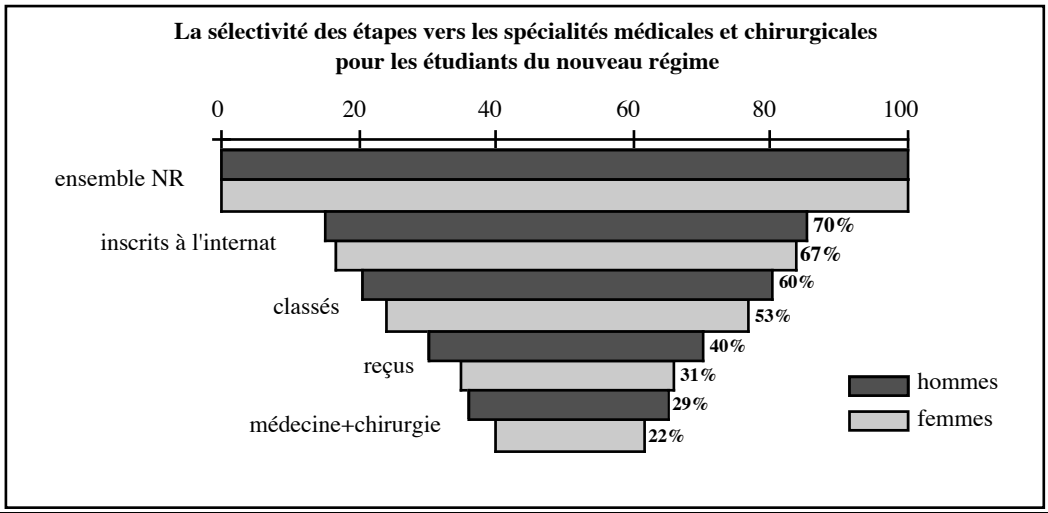
regarder, plus précisément, comment s'est organisée, après la réforme, cette nouvelle répartition des étudiants dans les différents segments professionnels.

I.C Vers l'internat de spécialité

Les données dont nous disposons permettent de suivre précisément chaque individu de notre échantillon, pour le nouveau régime. Ainsi, les fichiers du CITI permettent de distinguer les inscrits au concours, ceux qui ont été classés, c'est-à-dire qui se sont présentés et qui ont validé leur épreuve, et ceux qui ne se sont pas présentés ou qui n'ont pas validé leur épreuve (par exemple en ne validant pas le CSCT). Parmi ceux qui ont été classés, on peut distinguer les reçus dans chacune des filières et les collés. Ceci permet d'aller au-delà d'une simple description en termes de taux de spécialisation sur une promotion, et de mieux comprendre ce qui caractérise les étudiants qui s'inscrivent, puis se présentent, puis sont reçus au concours de l'internat.

I.C.1 L'effet "entonnoir"

Le parcours vers les spécialités suit, pour les étudiants du nouveau régime, des étapes que certains de nos interviewés ont décrites par la métaphore de "l'entonnoir". Ce mécanisme peut être illustré de la façon suivante, pour l'ensemble de ces étudiants :



Note de lecture : Pour chaque étape, on donne ici les taux de "passage" à partir de l'ensemble des hommes et des femmes. Ainsi 29 % des hommes et 22 % des femmes du nouveau régime de notre échantillon, ont accédé aux filières de médecine et chirurgie.

On constate que la sélectivité est plus forte pour les femmes que pour les hommes, à commencer par l'inscription à l'internat qui revient à une auto élimination. Si l'on ne considère que les promotions 1984 et 1986, donc des années où le système était plus rôdé, les étudiants des deux sexes s'inscrivent dans des proportions identiques, qui représentent les trois-quarts de la population, mais les femmes se présentent moins systématiquement que les hommes au concours : 67 % des hommes sont classés contre 60 % des femmes.

Pour chacune de ces étapes, il y a donc un niveau de sélectivité différentiel pour les hommes et pour les femmes, qui est toujours plus important pour les secondes que pour les premiers. Sur les dernières promotions du nouveau régime, le nombre d'étudiants qui s'inscrivent à l'internat est plus élevé, mais les taux de réussite restent relativement stables. L'effet est marquant pour la promotion 1980. À ce moment, les étudiants se sont peu inscrits au concours, ce qui laisserait penser que ceux qui ne préparaient pas l'internat de CHR se sont plus volontiers auto-éliminés. D'ailleurs, ceux de cette promotion qui se sont présentés au nouveau concours ont réussi dans des proportions tout-à-fait convenables.

Taux de réussite à chaque étape du parcours nouveau régime, selon le sexe

	Ensemble nouveau régime			Promotions 1984-1986		
	femmes	hommes	total	femmes	hommes	total
% d'inscrits sur l'ensemble	66,92 %	70,10 %	68,58 %	74,03 %	74,72 %	74,37 %
% de classés sur les inscrits	78,65 %	85,29 %	82,20 %	80,60 %	89,47 %	85,02 %
% de reçus sur les classés	58,57 %	66,67 %	63,06 %	57,41 %	69,75 %	63,88 %
% de reçus en méd. et chir. sur les reçus	70,73 %	73,28 %	72,22 %	70,59 %	77,91 %	74,68 %

Si l'on considère le taux de réussite de l'internat comme le résultat net des candidats ayant validé leur épreuve, on peut considérer que près des deux tiers des étudiants sont reçus au concours. Évidemment, on est loin des taux discriminants de l'internat de CHR, mais aussi de ceux du PCEM1. Mais il est difficile de discerner les étudiants qui ne s'inscrivent pas à l'internat — ou s'inscrivent mais ne se présentent pas — par choix de faire de la médecine générale, de ceux qui y renoncent par anticipation d'un échec ou autres difficultés personnelles à préparer le concours. Il devient alors impossible de savoir qu'elle pourrait être la probabilité, pour un étudiant, d'exercer la médecine de son choix, puisque l'on ne peut considérer que ce choix n'est total qu'à partir du moment où il inclut l'ensemble des possibles. Les entretiens permettent de mieux comprendre comment, pour les étudiants du nouveau régime, le choix volontaire peut être ambiguë, qu'il concerne la médecine générale ou une spécialité donnée.

Pour les femmes, la discrimination se manifeste à plusieurs niveaux : d'une part, elles continuent à être moins nombreuses que leurs homologues masculins à se présenter à l'internat et, d'autre part, elles échouent plus souvent au concours. Tout se passe comme si, anticipant de faibles chances de réussite, une partie d'entre elles s'excluait spontanément de la course.

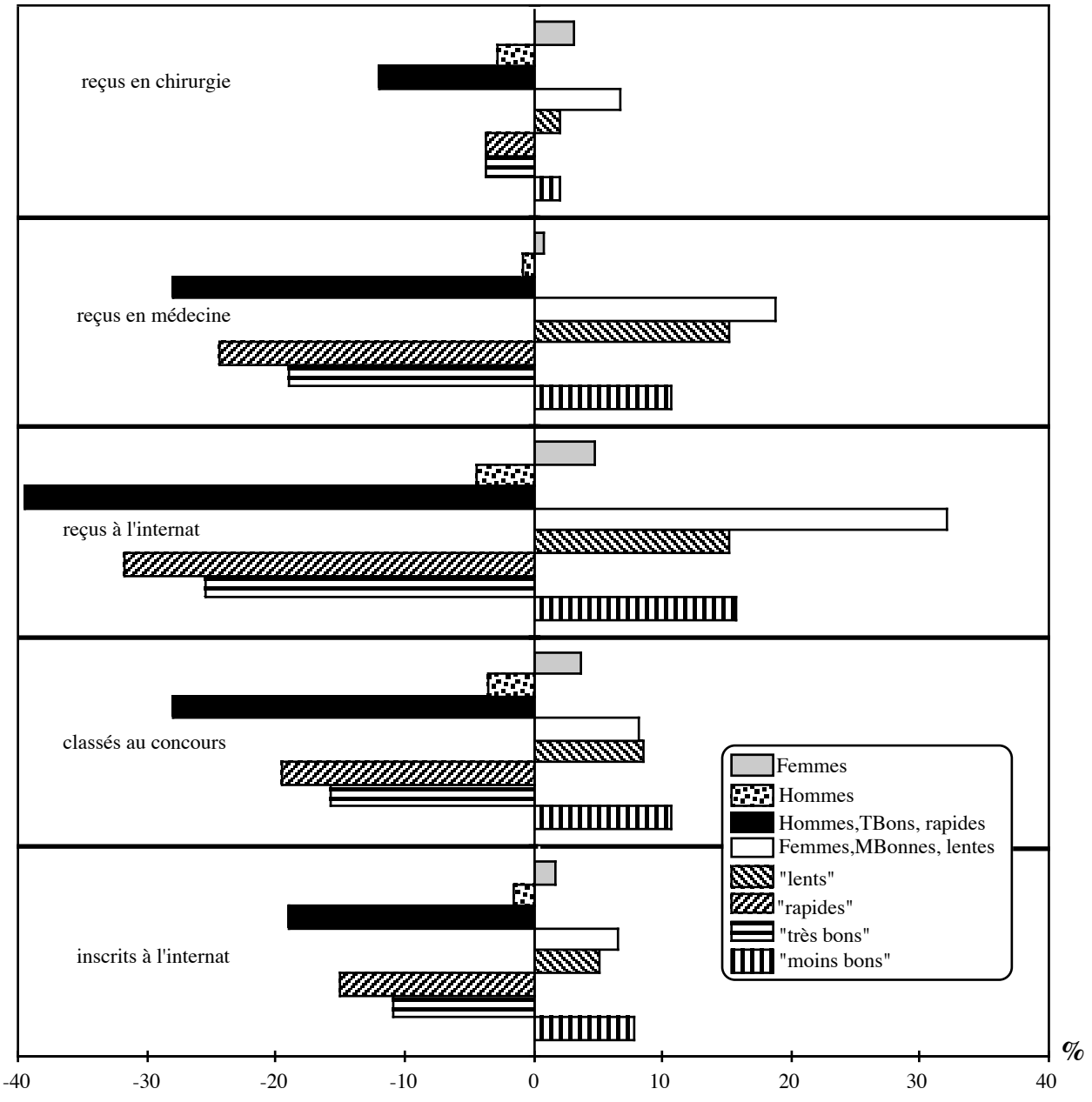
Ce constat va à l'encontre de tout ce que nous avons entendu sur les étudiantes en médecine, où il semblait évident que les femmes étaient "meilleures" que les hommes et qu'elles réussissaient mieux l'internat qu'eux. Assertion *a priori* accréditée par le fait que les spécialités féminines sont parmi les premières choisies à l'issue du classement, une majorité de femmes arrivant "en tête". De plus, les résultats universitaires semblent confirmer ce constat : les étudiantes nouveau régime sont "meilleures" que leurs homologues masculins. Pourquoi, alors, ne sont-elles pas plus souvent spécialistes qu'eux ?

La réalité apparaît plus complexe. Globalement, les femmes réussissent moins bien le concours de l'internat que les hommes. Mais nous avons vu aussi que celles qui réussissent sont, d'un point de vue universitaire, plus performantes que les hommes, ce qui permet d'expliquer qu'elles obtiennent, pour une part d'entre elles, un meilleur classement. Cette comparaison des réussites dépend donc de l'indicateur retenu : soit on regarde les mieux classés, soit on regarde le taux de reçus parmi les classés, soit on regarde le taux de reçus parmi l'ensemble des individus d'une promotion. Ces différentes évaluations aboutissent à des résultats qui peuvent être très contradictoires.

I.C.2 Les facteurs discriminants

Si l'on compare les différents facteurs discriminants à chaque étape de la sélection, on voit s'instaurer une hiérarchie entre ces facteurs, et cela dès l'inscription à l'internat. Le graphe ci-dessous tente de rendre compte de ces effets différentiels et permet de mieux comprendre la complexité des registres dont ils relèvent.

Niveaux de discrimination des différents facteurs, à chaque étape de la sélection



Lectu re : Ce graphe est construit à partir des écarts observés entre les taux de réussite à chaque étape dans chaque catégorie et l'ensemble de la population nouveau régime. Ainsi, si le résultat est négatif, c'est que la réussite est supérieure à la moyenne ; s'il est positif, c'est qu'elle est inférieure.

Quelle que soit l'étape considérée, ces facteurs jouent toujours dans le même sens et dans des proportions qui augmentent jusqu'à la réussite au concours. Les écarts se creusent alors entre les facteurs et sont à leur maximum au niveau des taux de réussite. Les deux catégories extrêmes que nous avons construites (hommes "très bons" et "rapides" / femmes "moins bonnes" et "lentes"). Mais, à chaque fois, les facteurs favorisant la réussite sont plus forts que ceux l'entravant. Cela dit, pour la catégorie des femmes présentant des difficultés universitaires, c'est surtout au niveau de la réussite au concours qu'elles se distinguent, avec un taux global de 3,5 % de reçues à l'internat. Dans le même temps, trois-quarts des hommes "brillants" sont reçus au concours.

On voit alors apparaître un certain nombre de variations. Les notes universitaires sont plus discriminantes que les autres facteurs, d'abord au niveau de l'inscription à l'internat, puis de la présentation au concours. Ensuite, cette prédominance s'atténue, et devient par la suite la plus faible. Pour s'inscrire et se présenter à l'internat, le fait d'avoir de mauvaises notes en faculté apparaît donc comme le facteur le plus dissuasif. En revanche, le facteur le plus encourageant est la rapidité dans les études. Les "rapides", qui n'ont jamais redoublé, y compris le PCEM1,

apparaissent, d'emblée, fortement encouragés à s'inscrire, plus encore à se présenter. Ce qui est réaliste puisqu'ils ont, en effet, des chances massives de réussir à l'internat.

Les écarts entre les opposés ("rapides" / "lents", "très bons" / "moins bons") sont à leur maximum au niveau des chances de réussite, avoisinant 40 %. Enfin, on constate que les effets liés au sexe ne sont pas les plus discriminants au regard des effets purement universitaires, sauf pour la chirurgie, dont on sait qu'elle attire toujours peu les femmes.

Ainsi, les facteurs discriminants dans la procédure de sélection par l'internat se mettent en place bien en amont du concours. On voit bien que, dès l'inscription, les étudiants s'auto-sélectionnent par eux-mêmes, à partir d'une estimation basée sur leurs notes universitaires. Cette auto évaluation semble confirmée par les performances réelles au concours : aucune des "femmes, lentes et moins bonnes" de notre échantillon n'est reçue en médecine.

Mais il faut distinguer les critères de type universitaire (le temps et les notes) et les variations que l'on observe entre les hommes et les femmes. Si les premiers sont "plus rapides" que les secondes, les femmes sont aussi "meilleures" que les hommes. Ils possèdent alors, les uns et les autres, des caractéristiques favorisant la réussite à l'internat. Les différences sexuelles d'accès à la spécialité ne peuvent donc s'expliquer uniquement par des facteurs universitaires, ils mobilisent d'autres niveaux d'explication, que l'on peut considérer comme relevant de données socio-professionnelles, que les entretiens permettent de mieux comprendre.

Il convient, enfin, de faire une place à ces filières dites "secondaires" où, là aussi, s'instaure un système de valeurs très lié à la réussite universitaire.

Le tableau ci-dessous reprend la répartition des étudiants dans chacune des filières de l'internat. On constate alors que les quatre filières de biologie, santé publique et médecine du travail sont celles où se trouvent toujours moins de "très bons" étudiants que sur l'ensemble des reçus, les meilleurs se trouvant bien en médecine. La filière de psychiatrie apparaît un peu à part, et l'on peut supposer que cette branche attire certains étudiants en premier choix autant que des étudiants recalés dans les autres spécialités médicales.

Répartition des étudiants nouveau régime selon leurs performances universitaires, en fonction de leurs résultats à l'internat

	Ensemble	CITI	classés	reçus	médecine	chirurgie	psychiatrie	biologie	S publique	Travail
"moins bons"	33,9	29,1	26,4	18,6	14,6	21,6	29,4	5,9	42,9	42,8
"bons"	36,1	37,3	36,6	31,1	26	35,2	23,5	52,9	28,6	42,9
"très bons"	30	33,6	37	50,3	59,4	43,2	47,1	41,2	28,5	14,3
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Contrairement aux réputations, il ne semble donc pas que les meilleurs étudiants choisissent systématiquement la chirurgie, cette spécialité semblant attirer des candidats d'un niveau à peine supérieur à celui des futurs psychiatres. La biologie se distingue également par son faible taux de "moins bons" étudiants, comme si elle était la première filière "secondaire" à être choisie. Les filières de santé publique et de médecine du travail semblent, en effet, être les dernières choisies. Là, on voit jouer un effet de relégation, mais il faut bien prendre en compte que ce que nous ne possédons pas ici les notes à l'internat, mais les notes aux examens universitaires.

De ces premiers résultats statistiques, nous voyons apparaître des modifications structurelles directement liées à la mise en œuvre de l'internat de spécialité. Mais ces données n'autorisent que des hypothèses quant aux mécanismes stratégiques propres aux étudiants des différentes promotions. L'analyse des récits des parcours de nos interviewés permet, en revanche, d'apporter

des éléments utiles à la compréhension des mécanismes ayant présidé aux choix des différents modes d'exercice. Elle permet surtout de faire le lien entre des contraintes institutionnelles et des mécanismes d'orientation qui relèvent, aussi, des multiples sphères de la vie de chaque individu, privées et professionnelles.

Encadré n°8

Un parcours "sans faute"

L'exemple présenté ici est celui d'une "bonne élève" qui réussit, par la combinaison de stratégies clairement pensées et de performances universitaires de haut niveau, à franchir toutes les étapes lui permettant de réaliser son projet initial. Parisienne, sa mère est enseignante et son père publiciste, et elle compte des médecins dans sa famille, présentant ainsi le profil type de l'étudiante qui a toutes les chances de réussir. Elle se situe dans une perspective qui est, avant tout, volontaire et, d'ailleurs elle veut faire médecine pour "ne pas être l'otage des médecins". Son dossier universitaire est un "modèle" du genre : bachelière C à 17 ans sans mention, elle réussit le concours de PCEM1 50ème sur 181. Elle passe ensuite les années dans aucun redoublement ni même d'examens en septembre et avec des notes très correctes. Si elle ne passe que 6 années dans les deux premiers cycles de ses études, elle en passe 5 en troisième cycle, puisqu'elle a fait valoir son "droit au remord" afin de se réorienter. Son récit est très éclairant de la maîtrise de l'information que nécessite le passage réussi de chacune des étapes de ce "parcours du combattant" que représente, pour cette génération, la réalisation d'un projet. Aujourd'hui, elle exerce la gynécologie médicale à Paris.

Et tout commence dès l'inscription en médecine...

"Q : Je vais donc vous demander de me raconter le plus précisément possible votre carrière depuis le bac jusqu'à aujourd'hui.
Oui, d'accord donc moi en fait j'habitais dans le quartier latin et j'ai passé le bac, un bac scientifique dans un bon lycée parisien hein, je l'ai eu très difficilement mais depuis le début je m'étais dit qu'il fallait que j'ai un bac scientifique pour faire médecine, alors que c'était pas du tout ma tasse de thé à l'origine tout ce qui était maths et physique etc…,
Q : Vous étiez à quel lycée ?
J'étais à Henri IV donc au Panthéon. Après comme je ne me sentais quand même pas très solide sur mes bases en matières scientifiques puisque j'avais vraiment eu des sales notes au bac et que j'ai réussi à l'avoir grâce aux matières littéraires, j'avais acheté à l'époque un petit bouquin qui s'appelait comment préparer vos études de médecine et de pharmacie. J'avais regardé dans les critères de sélection pour le concours de première année quelles étaient les facultés qui permettaient aux gens plus littéraires entre guillemets, de réussir. C'est comme ça que j'ai vu qu'à Paris 7 Bichat et Lariboisière-Saint-Louis étaient plutôt orientés sur psycho, chimie etc, et un peu moins sur les matières scientifiques pures et dures comme physique et mathématiques. C'est pour ça que j'ai choisi Lariboisière, alors que ce n'était pas du tout mon quartier initialement, mais parce que je me suis dit si je veux avoir médecine, c'est comme ça que je vais pouvoir y arriver. Du coup j'ai eu le concours tout de suite la première année après j'ai continué.

… en passant par la préparation de l'internat …

Donc j'ai fait tout mon externat. Mon objectif, à l'origine, c'était d'être gynécologue médicale et, assez vite, je me suis rendu compte que ce serait probablement plus compliqué que prévu puisque il n'y avait plus la spécialité de gynécologie médicale. Il fallait que je passe par l'internat pour faire une spécialité dont j'aimerais que ça ressemble le plus possible à la gynécologie médicale, donc je me suis un peu renseignée. J'ai préparé l'internat à Cochin, enfin avec les conférences privées qu'il y avait à Cochin. J'ai eu l'internat aussi du premier coup et après… et donc pas du tout à Lariboisière, l'internat, moi j'ai eu l'impression vraiment que Lariboisière c'était une fac à laquelle j'allais uniquement préparer mes examens mais pas du tout, du tout pour préparer l'internat, et la préparation de l'internat j'ai eu l'impression que c'était vraiment un travail personnel que je faisais avec les conférences mais que à la fac rien ne m'avait aidée à préparer l'internat. Donc j'ai eu l'internat ...

… et en finissant par le choix de l'exercice en même temps que celui de la spécialité

Et une fois que j'avais l'internat s'est posée la question de comment faire pour arriver à être gynécologue, donc comme j'avais eu d'assez mauvaises expériences pendant mon externat des stages de chirurgie, j'avais pas très envie d'y aller par la voie qui paraissait la plus simple qui était la gynécologie obstétrique, qui est une matière chirurgicale. Je me suis dit je vais essayer d'y aller par l'endocrinologie, donc je me suis inscrite d'abord dans la filière de médecine de l'internat, j'ai commencé à faire un stage de médecine interne, un stage d'endocrinologie, un stage de néphrologie pour me rendre compte que rien de tout ça ne ressemblait beaucoup à la gynécologie et après avoir contacté le responsable du DESC puisqu'à l'époque il y avait des DES complémentaires de gynécologie médicale et de lui avoir demandé de m'inscrire à son DESC, donc ce monsieur qui s'appelait M. qui était à N. m'a dit qu'il n'avait pas l'intention de former des gynécologues médicaux par cette voie, en fait ce DESC était fait pour former des chercheurs très spécialisés en médecine de la reproduction et que donc il n'était pas question qu'il m'inscrive à son DESC si c'était pas ça mon objectif et que donc si je voulais gynécologie médicale il fallait que je fasse de la gynécologie obstétrique comme tout le monde, au revoir mademoiselle il m'a raccroché au nez. Donc j'ai changé de filière, je suis allée faire un stage en chirurgie, en gynécologie obstétrique en me disant je vais voir si ça me plaît ou si ça ne me plaît pas, et je suis tombée sur des gens super sympa qui m'ont dit on va te montrer comme c'est bien et que ça va te plaire, et donc j'ai ensuite changé de filière et donc j'ai fait un internat moitié moitié finalement où j'ai fait, je crois en tout quatre stages de médecine et six stages de chirurgie, dont quatre stages de gynéco-obstétrique. J'ai donc respecté la maquette qui était imposée pour faire de la gynéco-obstétrique, mais finalement j'ai fait un espèce d'internat mélangé moitié médecine et moitié chirurgie et gynécologie obstétrique. A l'issue de ça, j'ai eu ma spécialité de gynécologie-obstétrique, j'ai fait un clinicat de gynécologie-obstétrique, (...), et puis j'ai eu le chance pendant mon clinicat d'être contactée par le gynécologue qui était ici qui s'appelait C. qui partait s'installer à R. et qui par des amies communes a su que j'étais en fin de clinicat et que j'étais donc susceptible de m'installer. Elle m'a appelée, elle m'a proposé de venir ici, j'ai fait la connaissance des deux autres gynécologues et je me suis dit que c'est ça que j'avais envie de faire, parce que c'était comme ça que j'imaginais un cabinet médical et donc je me suis installée ici initialement avec mon diplôme de gynécologue accoucheur en mettant gynécoloque-accoucheur sur mes ordonnances etc, en me disant que j'allais faire de la consultation ici mais que j'allais continuer à faire des accouchements peut-être dans une structure privée environnante. En fait je suis allée visiter ça m'a pas plu, ça m'a pas convaincu, ça m'a pas rassuré et donc j'ai arrêté l'obstétrique, maintenant je ne fais plus que de la gynécologie médicale, et un petit peu de chirurgie très spécialisée dans les maladies de la vulve puisqu'en fait c'est mon dada, et j'ai encore une consultation de pathologie de la vulve dans un service de dermatologie à l'hôpital A., donc ça c'est un truc un peu pointu, et c'est, à terme, moi c'est ça qui m'intéresse. Je voudrais continuer à me spécialiser dans les maladies de la vulve au sein de la gynécologie médicale.

II. Choisir sa voie : un privilège de l'ancien régime ?

Si la réforme de 1982 n'a modifié véritablement que le troisième cycle des études médicales, nous avons vu qu'elle avait aussi considérablement perturbé le deuxième cycle, et de façons différentes selon les facultés et leurs priorités. Dans l'ancien régime, les choix pour un type de médecine, donc d'exercice professionnel, suivaient d'autres rythmes et obéissaient à d'autres contraintes. Pour comprendre comment les mécanismes de choix se sont modifiés, nous avons suivi, à travers les entretiens, la manière dont les uns et les autres reconstituaient les étapes de leurs décisions. Certes, il s'agit toujours de récits *a posteriori*, qui doivent être compris comme cela, mais c'est le cas pour tous, quel que soit le régime d'études auquel ils ont été soumis.

Ces récits se distinguent par quatre principales caractéristiques qui permettent de mettre en relation les contextes institutionnels auxquels ces étudiants étaient soumis et la façon dont est relatée la procédure du choix. En premier lieu, ces étudiants paraissaient disposer **d'un temps de réflexion** qui leur permettait, éventuellement, de différer leurs choix. Ce temps était celui nécessaire à l'accès au titre de docteur en médecine, théoriquement commun à tous et qui les destinait à devenir médecin généraliste. Au cours du deuxième cycle, le seul choix qu'ils avaient à faire était de préparer ou non l'internat, mais l'exercice d'une médecine générale ou spécialisée se décidait souvent en sixième année, voire plus tard.

Dans un deuxième temps, il convient de distinguer la **préparation de l'internat** "ancien régime" de celle qui s'effectue aujourd'hui. Il s'agissait alors d'un concours de recrutement hospitalier[84], et non d'une sélection à l'entrée d'un troisième cycle spécialisé. Tant dans la forme que dans ses objectifs, cet internat se choisissait en fonction de perspectives plus centrées sur une forme d'exercice de la médecine, sur des perspectives de carrière, mais aussi sur une certaine notion de service public.

Les différentes contraintes temporelles permettaient des "circulations" entre des espaces moins cloisonnés qu'aujourd'hui. Ainsi, la troisième caractéristique de ces parcours est la place décisive accordée aux **expériences concrètes**. Nous verrons en particulier que les possibilités ouvertes aux étudiants d'aller voir "sur le terrain" à quoi correspondait une pratique de médecine générale, ou de médecine privée, leur permettait de justifier leurs choix de manière plus personnelle.

Enfin, on voit apparaître une **sexuation très forte** des représentations attachées à ces différentes voies : la médecine générale libérale se trouvant du côté des hommes, la médecine — souvent générale aussi — salariée du côté des femmes, l'internat, parce que essentiellement chirurgical, était "masculin" et les CES "féminins". Au-delà de ce schéma, on trouve bien sûr des variantes, mais elles restent fortement déterminées par ce modèle.

Ce sont ces différents aspects de la procédure de choix, tels que nous les avons repérés à partir de nos entretiens, que nous allons développer ici, en étant conscients que nous n'avons à notre disposition qu'un corpus limité et ciblé d'entretiens qui ne peuvent rendre compte, de manière exhaustive, de la grande variété des mécanismes présidant aux carrières de ces futurs médecins.

---

[84]Ce qui n'empêchait pas par la suite certains internes, en particulier issus des hôpitaux périphériques, d'opter pour la médecine générale libérale.

II.A Avoir le temps

Une des principales caractéristiques des étudiants de l'ancien régime réside dans la manière dont ils articulent le temps de leurs études et le temps de leur choix. À chaque instant des deux premiers cycles, ils pouvaient changer d'objectif, prendre le temps d'être séduits par une spécialité, un patron, un mode d'exercice. Ils pouvaient même, selon leurs possibilités financières ou familiales, choisir d'exercer la médecine générale dans un premier temps à l'issue du deuxième cycle puis, après quelques années d'exercice, décider de faire un CES et de s'engager dans une spécialité. Il existait, par la voie des CES, de nombreuses manières de penser une réorientation future et cette possibilité, même si elle était rarement utilisée, représentait une ouverture qui permettait qu'aucune décision ne prenne un caractère définitif.

Pour ces étudiants, il y avait cette idée qu'ils "avaient du temps". A l'exception des candidats à l'internat — encore qu'il n'existait pas de contrainte pour le moment de la première présentation —, ils pouvaient, non seulement attendre la fin du troisième cycle pour s'orienter, mais encore faire des essais, prendre un chemin tout en gardant à l'idée qu'ils avaient toujours la possibilité d'en prendre un autre si ce dernier ne leur convenait pas. On se trouvait donc devant une temporalité des choix qui était très "élastique" et qui n'était pas pré-réglée par le système. Cette souplesse permettait autant de prendre une orientation précoce que différée. En effet, sauf à nourrir des ambitions démesurées, il était possible de commencer ses études en ayant un projet dont on savait qu'il aurait de fortes chances de se réaliser. Mais aussi, il était possible de différer, pour des raisons diverses (doute, charges familiales etc.), une spécialisation, tout en exerçant la médecine générale.

Cette laxité temporelle permet aux étudiants de l'ancien régime d'intégrer le mécanisme de la décision à leur propre histoire. Ainsi, l'orientation se produit au moment où un événement biographique a lieu et non en fonction d'un contexte prédéterminé. Pour l'un, ce sera une rencontre à l'occasion d'un stage, pour l'autre les conseils de la famille ou d'amis, pour d'autres encore une expérience professionnelle. Les interviewés de cette génération font tous intervenir un événement original dans leur prise de décision, alors que cela est exceptionnel pour les étudiants du nouveau régime.

Les extraits d'entretien qui suivent montrent comment des spécialistes se décident à des moments très divers du parcours, surtout à partir du moment où ils sont confrontés aux réalités du terrain, en traduisant bien le côté "aléatoire" de ce moment :

> *"J'ai fini par passer l'internat assez tardivement (…) Maintenant ce qui a décidé de mon orientation, c'est, en fait, des rencontres au cours des études et notamment j'ai eu la chance de passer par le service du professeur C. à l'hôpital S. (…) et en fait ça a déterminé mes choix."*
> *(chirurgien vasculaire, ancien régime)*

> *"Bon, ça c'est trouvé que bon certainement il y a eu un autre facteur qui était peut-être aussi était un facteur économique, c'est que mon père a créé également une clinique psychiatrique à G. justement. (NDLR : où il exerce actuellement) Bon, au cours de mon cursus j'ai eu une hésitation en 5° année de médecine parce que bon, j'avais fait un choix qui m'avait réellement passionné, qui était un choix d'anesthésie réanimation. Alors, de manière un peu paradoxale, j'ai hésité entre soit …(rires)… endormir le patient, soit le patient endormi qui ne parle pas et essayer de les réanimer ou alors de les écouter, c'était plutôt les opposés (...). Mais également je pense que dans une carrière en médecine on utilise souvent le terme de maître quand… Je crois que dès fois c'est un terme qui est un peu utilisé d'une manière… Mais la personne chez qui j'ai fait mon stage était pour moi un véritable maître. Pour moi, elle m'a beaucoup appris et quelqu'un qui était doté d'un enthousiasme et d'une capacité d'enseignement…*
> **Q : Mais là, vous parlez de l'anesthésiologie ou de la psychiatrie?**
> *De l'anesthésie en 5° année de médecine, et je me suis posé la question durant la 6° année de médecine de savoir vers quoi j'allais me diriger."*
> *(psychiatre, ancien régime)*

Pour autant, certains semblent être médecins généralistes, faute d'en avoir décidé autrement. Mais c'est là aussi que l'on perçoit l'impact de ce temps commun à l'ensemble des

étudiants en médecine de l'époque. Être médecin généraliste, ce n'est pas nécessairement être déclassé par rapport aux autres, c'est tout simplement arrêter ses études avant les autres :

> *"Non ça ne m'a jamais tenté ni de faire le concours de l'internat, ni de faire une spécialité, parce que j'ai toujours eu peur de m'ennuyer si vous voulez sur un créneau trop étroit (…) ça me paraissait tout à fait logique de faire de la médecine générale, je ne comprenais même pas, à la limite, qu'on puisse avoir une vocation pour être dermatologue hein par exemple ! ça me paraît étroit, voilà ! " (généraliste, ancien régime)*

> *"Je suis restée généraliste par flemme, par flemme. J'avais un patron en réa qui voulait me pousser à faire anesthésie réa, … Pouff ! J'ai pas eu envie, y'avait encore quatre ans… J'en avais marre hein ! Au bout de tout ce temps là j'en avais marre, j'avais donné mon quota. Je ne voulais plus en faire plus". (généraliste, ancien régime)*

L'omnipratique constitue alors une étape — plus qu'un choix — lors de laquelle ces étudiants peuvent prendre le temps de s'interroger sur l'opportunité ou non d'aller au-delà. Le "plus" que représente la spécialisation est un "plus d'études", un "plus de temps", mais pas nécessairement un "plus de qualités" ou de "valeur professionnelle".

Cette souplesse des différentes temporalités était intériorisée par les étudiants, pour qui elle fonctionnait comme une "marge de sécurité" en cas de problème. Pour ceux qui avaient entammé leurs études avec ce type de représentation, l'arrivée de la réforme a été perçue comme une fermeture brutale des possibles. Dans de nombreux courriers reçus spontanément, ainsi que chez certains de nos interviewés, la fermeture des CES est venue entériner un titre de médecin généraliste que ces praticiens avaient l'intention de transformer, plus tard (trop tard ?) en spécialisation. Ainsi, les étudiants des premières années du concours se sont trouvés "pris de court" par une réforme qui leur imposait de modifier rapidement leurs projets. On comprend mieux pourquoi les premières années du nouveau régime ont produit une majorité de médecins généralistes dans les facultés où la norme n'était pas la préparation de l'internat.

II.B Choisir l'internat des hôpitaux

Certains décident de préparer et de présenter le concours d'internat des hôpitaux. Cette décision pouvait se prendre tôt, dans les études, ou plus tardivement, puisqu'il n'y avait pas d'exigences aussi strictes qu'aujourd'hui quant au moment des candidatures. En revanche, cet internat jouissait d'une réputation d'excellence et beaucoup d'étudiants n'ont pas vraiment envisagé de le présenter sérieusement, même s'il représentait pour certains un "rêve".

Il faut, à ce sujet, distinguer la *préparation,* de la *présentation* au concours. On voit alors apparaître trois attitudes différentes :

- la première consiste à <u>refuser</u>, d'emblée, de se positionner sur ce registre. Refus de présenter l'internat et, bien sûr, de le préparer. Hormis ceux qui ont eu une "vocation précoce" pour une pratique généraliste, deux formes de raisons sont évoquées: la première, souvent implicite, concerne la question du "niveau". Les étudiants, se considérant médiocres, ne se posent pas vraiment la question de l'internat et adaptent leurs ambitions à ce qui leur semble, raisonnablement, accessible. Cette raison est rarement dite explicitement, mais elle transparaît dans les discours, lorsque, spontanément, les interviewés décrivent un parcours un peu difficile : ainsi, ce généraliste, issu d'une filière littéraire et qui ne s'est jamais considéré comme un "scientifique" :

> *"Moi, dès le début, j'ai fait impasse sur le concours de internat. J'ai travaillé, j'ai suivi les conférences et tout, mais j'avais fait impasse parce que je voulais être médecin généraliste. (...) Je suis pas un scientifique de raisonnement. J'ai une approche littéraire et beaucoup plus intuitive donc si vous voulez ça ne me*

passionnait pas de me pencher sur le cas exceptionnel de pathologie pancréatique parce que je savais que de toute façon je ne serai pas compétent pour traiter le problème, que je ne serai pas compétent pour éventuellement faire le diagnostic, qu'il fallait simplement que je sache orienter ce patient-là qui présentait une symptomatologie difficile..."
(généraliste, ancien régime)

On trouve aussi des refus qui ne sont pas liés aux chances objectives de réussite, ni à des vocations précoces, mais plutôt à un rejet du "système". Que celui-ci soit exprimé par une argumentation politique ou sociale. On voit alors que le fait de refuser de se lancer dans la course n'obère pas systématiquement les chances de spécialisation ou de réalisation d'un projet professionnel. Ainsi cette fille de "patron" décide de se spécialiser par la voie des CES pour ne pas être accusée de "favoritisme" si elle avait l'internat, ou ce cancérologue qui ne le passe pas parce que trop occupé par son militantisme politique, mais qui réussit tout de même à se spécialiser et à intégrer ensuite la filière hospitalo-universitaire :

"J'ai décidé de ne pas préparer l'internat parce que, je vous dis c'était incompatible : un avec mon militantisme et deux avec mon travail. (...) Question de temps absolument, à l'époque je pense que ça n'allait guère au delà, et puis un peu quand même sur un rejet on va dire du côté caste du corps médical, ça allait avec le reste.(...) Sur le moment on n'avait pas l'impression de sacrifier quoi que ce soit on ne raisonnait pas de la même façon, maintenant, bon, je pense que c'était très certainement une erreur."
(cancérologue, ancien régime)

- La deuxième attitude consiste à <u>travailler</u> l'internat. Les fameuses "questions" jouissaient auprès des étudiants de la réputation de traiter de manière complète de sujets qui n'étaient pas toujours abordés de manière satisfaisante dans leurs polycopiés. Sachant que peu d'entre eux suivaient régulièrement les cours, le travail sur les "questions" et les interrogations collectives venaient remplacer ce que la faculté n'apportait pas, à savoir une forme de sociabilité médiatisée par l'apprentissage :

"Je l'ai préparé et puis, comme petit à petit, je m'orientais vers l'anesthésie-réanimation, qu'il y avait le CES, et qu'à l'époque, la formation était aussi simple, voire un petit peu plus courte, parce que on commençait à en avoir ras le bol des études longues, voire plus courte par le CES, que par l'internat, parce que c'était trois ans de CES alors que c'est quatre ans d'internat plus éventuellement chef de clinique… et comme j'avais… donc je l'ai quand même préparé pour, ben pour, pour moi, pour travailler et puis bon, on s'était fait un groupe d'internat, de copains, et puis bon. (...) c'était par conférences d'internat, c'est-à-dire que on trouvait un maît.. régulièrement des praticiens hospitaliers ou des profs qui font, on se retrouve dans une petite pièce comme ça le soir et on bosse, c'est vrai que c'est différent parce que, bon. On apprend pas de la même façon. Le contact n'est pas le même que dans un grand amphi où il y a un cours magistral quoi ! "
(anesthésiste, ancien régime).

Ces étudiants n'étaient pas vraiment décidés à "passer" l'internat et ils se donnaient la possibilité d'envisager parallèlement leur avenir professionnel. Si ce concours désignait l'élite, ne pas le passer ne signifiait pas se priver de la reconnaissance des pairs. Ceci, évidemment, dépendait des milieux familiaux et universitaires dans lesquels évoluaient les étudiants. Cette souplesse d'attitude face à l'internat est néanmoins caractéristique des étudiants de l'ancien régime, pour qui la "préparation" pouvait se faire sans, pour autant, qu'ils intègrent l'obligation d'entrer dans une concurrence systématique entre camarades.

- La troisième attitude est celle des étudiants qui préparent l'internat pour <u>l'avoir</u>. Ils se placent alors dans une autre position et soumettent leur choix d'exercice à une réussite ou un échec éventuel. Cette position peut être précoce ou plus tardive, elle peut être liée à une pression extérieure du groupe ou relever d'un projet de carrière. Mais l'éventail des choix possibles en cas d'échec est tel, pour cette génération, qu'ils n'adoptent pas de position "fermée" à ce sujet : s'ils reconnaissent avoir parfois mal "digéré" un échec, ils ne se sentent pas, pour autant, sans possibilité d'investir par eux-mêmes une autre "vocation".

"En fait, lorsqu'on faisait ces études, l'internat était toujours là, en perspective. Mais il fallait se mettre au travail. Et en fait, pour moi c'était les conditions de travail, c'était une rencontre avec … le gars qui était dans la même année d'études que moi, qui s'appelle P et avec qui on s'est mis à travailler l'internat. Donc mon cursus est plutôt une affaire de rencontre. (...) l'internat j'ai pensé à l'échec les deux derniers mois. Où là, j'ai complètement tout laissé tomber. Je n'arrivais plus à travailler. Donc là, j'ai pensé à l'échec, car en fait si j'ai arrêté de travailler, c'était une façon de préparer l'échec. Si je loupe, c'est parce que je n'ai pas travaillé. En fait on avait vraiment travaillé. (...) Malheureusement il (son copain P) a échoué. Après il pris lui l'option, à l'époque il existait encore les CES. Il a fait un CES d'O.R.L. et il parti s'installer.
***Q :* Vous auriez envisagé de faire un CES si vous aviez échoué à l'internat?**
Poufff!…. Là aussi, je n'ai pas le souvenir d'avoir envisagé autre chose. Je pense que j'aurais fait de la médecine générale."
(chirurgien vasculaire, ancien régime)

Tous ces exemples montrent que l'internat s'inscrivait dans un ensemble de voies possibles et non comme une alternative décisive. Il remplissait par ailleurs des fonctions diverses, au-delà du concours lui-même, puisqu'il était l'occasion à la fois d'améliorer ses connaissances et de construire un réseau de sociabilité à partir duquel des liens se tissent entre ces futurs professionnels. Presque tous les étudiants de l'ancien régime ont travaillé sur les questions de l'internat, mais fort peu l'ont fait systématiquement et dans toutes les matières, et le fait de s'inscrire dans une conférence n'obligeait pas non plus à aller jusqu'au bout. On sent, dans ces récits que, si l'internat jouissait d'une réputation d'excellence, ceux qui ne le préparaient pas ne se sentaient pas particulièrement "nuls"[85].

II.C Expérimenter

Une des caractéristiques majeures de cette génération d'étudiants est la place des l'expériences concrètes dans le processus de décision. Deux moments sont essentiels : le premier est celui des stages, où ils semblent plus investis que pour les générations suivantes, même si les procédures de choix leur barraient parfois des possibilités d'expérimentation. Le second moment est celui de l'arrivée en septième année. Là, tous sont à la même enseigne et sont susceptibles de faire des remplacements de médecine générale. À l'époque, ils s'y essayaient presque tous et, étant donné le nombre croissant d'étudiants en médecine, il n'était pas facile de trouver une place de remplaçant, ce qui donnait de la valeur à cette expérience initiatique. Ce moment du remplacement met, véritablement, les étudiants en situation professionnelle, dans un contexte qui leur était jusque là, inconnu. Moment qui génère des stress, plus ou moins supportables, qui les conduisent à s'interroger sur leurs choix ultérieurs. Pour certains, c'est la confirmation de ce qu'ils veulent faire, pour d'autres, c'est une épreuve trop éprouvante pour qu'ils s'arrêtent là et ils s'engagent alors dans une spécialisation.

"Pendant l'été j'avais été remplaçante d'un généraliste et je me suis dit : je ne serai jamais généraliste (…) C'est ingrat d'être généraliste. On ne peut pas être compétent en tout. C'est très difficile, surtout quand on est seule dans son cabinet."
(neurologue, ancien régime)

"Et puis j'ai fait de la médecine, j'ai commencé à faire des remplacements de médecine générale et puis je me suis dit que c'était pas ça, que ça ne me plairait pas. (...)L'anesthésie ça a un côté plus technique, enfin on fait des choses, et puis … tandis que la médecine générale, c'est bon , c'est les patients qui viennent … c'est plus un contact … peut-être plus humain effectivement mais, il y a un côté plus technique."
(anesthésiste , ancien régime)

[85]Il est vrai que nous avons affaire à des anciens étudiants issus de facultés dont l'objectif pédagogique était tourné vers l'omnipratique. Peut-être que les discours auraient été plus tranchés si nous avions pu interroger des anciens étudiants des grandes facultés du centre parisien, où l'incitation à la préparation au concours était plus forte.

On voit alors se profiler un mécanisme intéressant à prendre en compte, dans un contexte où les pouvoirs publics déploraient le manque d'attractivité de la médecine générale pour les étudiants. Ces derniers se retrouvaient, avec une formation très théorique le plus souvent, seuls dans un cabinet, à prendre en charge la totalité d'une clientèle déjà constituée et sans bénéficier d'un encadrement susceptible de les rassurer. C'est une confrontation souvent éprouvante avec des responsabilités qui leur paraissent dépasser leurs propres compétences. On voit alors que, pour bon nombre de ces futurs médecins, la lourdeur de la tâche les conduit à préférer s'orienter vers une spécialité, autant pour éviter l'exercice solitaire de l'omnipratique que pour prolonger leur formation. Ce n'est jamais, dans ce cas, par mépris pour la médecine générale qu'ils décident de se spécialiser mais, au contraire, parce qu'ils considèrent que c'est un métier très difficile et qu'ils craignent de ne pas "être à la hauteur". Le choix de poursuivre leur formation vers une spécialité devient alors un moyen d'acquérir de l'assurance. Les discours des spécialistes qui ont expérimenté la médecine générale diffèrent de ceux qui ne l'ont jamais pratiquée. Les premiers ont l'idée d'un métier difficile et complet et, une fois installés comme spécialistes, ils parlent de leurs confrères omnipraticiens avec respect. Ceux qui n'ont jamais fait cette expérience — et ils sont rares parmi les anciens régimes — ont tendance à ne pas comprendre la complexité du métier et c'est chez eux que les critiques envers les omnipraticiens sont les plus vives.

Considérer que l'orientation préférentielle des étudiants, à la fin des années 70, vers les spécialités signifiait que la médecine générale était dévalorisée nous semble relever d'une interprétation un peu rapide des processus de choix. Car c'était en connaissance de cause que, le plus souvent, ces étudiants choisissaient et ils considéraient alors l'omnipratique libérale comme un métier difficile, peut-être mal rémunéré au regard de ses exigences, mais pas comme une médecine sous qualifiée. Au contraire, certains se spécialisaient parce qu'il leur paraissait plus facile d'être bon dans un domaine précis que dans tous les domaines, et avaient même tendance à mésestimer leur capacité à pratiquer la médecine générale. Là s'opère une grande différence dans les discours, entre ceux qui *s'imaginent* et ceux qui ont *pratiqué* cette forme de médecine.

Par ailleurs, on remarque que le fait d'avoir le choix entre plusieurs voies possibles permettait d'adopter des stratégies qui laissaient la porte ouverte à d'éventuelles réorientations. Ainsi, l'anesthésiste cité ci-dessus se ménage, grâce au stage interné, la possibilité de poursuivre dans une autre spécialité au cas où celle-ci ne lui conviendrait pas.

> *"C'est pour ça que, le stage interné que j'ai fait à A., avant de commencer la spécialité, était pas mal. Parce que ça m'a permis de rentrer, je n'étais ni anesthésiste, ni même CES d'anesthésie mais j'étais mais, un peu en fonction d'interne d'anesthésie, en anesthésie et réanimation. Donc, j'étais sous la dépendance de beaucoup de cardiologues parce que le service de soins intensifs ou d'anesthésie réanimation. Comme ils savaient que je voulais faire ça en plus, ils m'ont laissé faire plein de trucs, ils m'ont appris ! et puis finalement bon j'ai fait du SAMU, de l'urgence, j'ai pu voir, pendant un an, avant de commencer, en gros si ça me plaisait ou pas hein ! si à l'époque je pense que ça m'avait pas plu, comme j'avais passé qu'un probatoire, j'aurais dit ben écoutez, je reviens pas parce que ça me plaît pas donc… j'ai pu tester un peu avant et puis finalement j'ai dit si ça va, ça m'a bien plu donc j'ai continué."*
> *(anesthésiste, ancien régime)*

Plus tard, ce même médecin effectuera des remplacements dans le privé tout en terminant sa formation, se donnant, là encore, la possibilité de "tester" la pertinence de ses choix.

Cette place de la confrontation avec le réel d'un métier est essentielle pour comprendre la manière dont peuvent s'opérer des choix dans une configuration où l'apprentissage est celui d'une médecine hospitalière spécialisée et le destin commun des étudiants l'exercice d'une médecine générale libérale. Le lien entre un lieu de formation et un lieu d'exercice séparés ne peut se faire qu'au cours d'une période de transition où l'expérience précède les choix. Il est évident que le régime actuel, n'ouvrant la porte des généralistes qu'aux futurs généralistes, empêche catégoriquement que ce choix s'effectue sur autre chose que sur des prénotions tirées le plus

souvent des hiérarchies universitaires, laissant donc peu de place à la réalité de la médecine générale.

II.D Les filles et les garçons

L'éventail des possibles qui s'offrait à ces étudiants s'inscrivait très clairement dans une représentation sexuée des identités sociales autant que professionnelles. Cette représentation peut être modélisée à partir des clivages suivants :

Les formes d'exercice de la médecine présentant un caractère masculin relèvent de métiers qui demandent une grande disponibilité, que ce soit au niveau des études et / ou de la pratique. Il s'agit, d'une part de la médecine générale libérale et, d'autre part, de la médecine hospitalière par la voie de l'internat. C'est aussi celles qui s'inscrivent dans l'origine de la profession et en déterminent à la fois la spécificité et les compétences. Le modèle d'exercice du métier est, au départ, un modèle masculin et le reste malgré l'arrivée des femmes.

Mais d'autres formes d'exercice de la médecine sont apparues : médecine salariée, médecine spécialisée libérale en particulier. Ces zones de développement du métier sont plus récentes et peuvent alors être investies sur des modèles non directement liés à l'archétype du médecin. C'est ainsi que les spécialités non chirurgicales et exercées en cabinet, ainsi que les formes d'exercice de la médecine générale en institution ou dans des collectifs non hospitaliers sont devenus des modèles féminins de la médecine.

Concrètement, au moment des choix étudiants, les futurs médecins sont amenés à se positionner par rapport à leurs identités sexuelles respectives et aux modèles que la profession leur propose. Ainsi, les CES étaient-ils "typiquement féminins" et l'internat "typiquement masculin". Pour qu'un homme fasse le choix d'un CES ou d'une médecine libérale salariée, pour qu'une femme veuille faire l'internat ou créer un cabinet d'omnipratique, ils doivent faire un chemin plus important que les autres et justifier de leur orientation.

> *"Enfin moi j'ai le sentiment si vous voulez que on était une majorité de futurs médecins généralistes. Que vraiment bon on était en fac de médecine pour faire de la médecine générale. Et au sein de ce truc-là, il y avait des gens qui avaient une option différente et qui disaient non, je voudrais passer l'internat, j'aimerais faire ci, j'aimerais faire ça, j'aimerais … bon. Qui avaient d'autres aspirations, mais que l'immense majorité des gens étaient des gens qui voulaient faire de la médecine générale. Et qui ont fait de la médecine générale d'ailleurs, pour les trois quart, des restants hein. Donc il y a des gens qui se sont mis, il y a des femmes qui se sont mis dans la médecine du travail mais il y en avait beaucoup moins à l'époque ! donc qui se sont mis en médecine du travail ou,* ***machin*** *! chez les mecs il y en a très peu qui ont fait des CES. C'est plutôt les femmes qui ont fait un… exercice en CES, mais, on était une, on était une promotion de généralistes !"*
> *(homme généraliste, ancien régime)*

Ce discours montre bien que les étudiants fonctionnaient à partir d'une représentation sexuée des différentes filières, à une époque où les femmes étaient encore minoritaires dans les facultés de médecine. Quant aux quelques femmes qui suivent une orientation plus "masculine", elles ont tendance à dévaloriser les spécialités "féminines", comme si elles avaient besoin de s'identifier à leurs homologues masculins :

> *"Par contre, y'en a beaucoup, malgré tout qui, au début, surtout dans ces années-là, faisaient des études, un petit peu pour se marier plutôt. Pas toujours pour exercer. Puis tout à coup on a voulu raccrocher les wagons ! alors on va faire une* ***petite*** *spécialité style médecine du travail,* ***des choses*** *de salarié pour pouvoir permettre au cas où, bon, prendre un peu la relève. Dans ma promotion, il y a eu une cardiologue par concours d'internat : c'était la major de l'année. Et puis moi après, par le biais du CES. Mais on s'est retrouvées quelques fois en parallèle hein, on s'est retrouvées ensemble hein. Bon, donc nous deux sur… on peut dire presque 200. Par contre il y a eu une dizaine de personnes inscrites, par exemple dermato ! gynécologie fémi… médicale ! alors là ça a été le gros rush ! bon il y en a d'autres qui ont choisit* ***des styles****… médecine acupuncture par exemple, mésothérapie ! l'homéopathie, il y en a qui sont parties*

*comme ça **qui se sont mariées qui sont parties** avec des disciplines **un peu… pas annexes m'enfin quand même un petit peu** ! c'est, je crois que la filière internat faisait une ségrégation."*
(femme, cardiologue par CES, célibataire)

On voit ici transparaître un ordre des hiérarchies professionnelles qui place en bas de l'échelle les métiers dits féminins. Mais, en même temps, ceux-ci sont distingués des autres, ils ouvrent aux femmes des portes différentes de celles des "voies royales" de la profession. Les générations les plus anciennes que nous avons étudiées ont bien intériorisé ces hiérarchies, à un moment où les femmes étaient encore minoritaires parmi les médecins.

Ceci présente l'occasion d'interroger les modalités selon lesquelles les femmes investissent une profession masculine, question que posait en des termes très modernes G. SIMMEL, dès 1902 : "*Le véritable problème culturel que nous posons ainsi, à savoir : la liberté que les femmes recherchent produira-t-elle de nouvelles qualités culturelles — ne trouvera de réponse positive que par un nouveau partage des professions ou par une nouvelle modulation de celles-ci : en faisant non que les femmes deviennent des scientifiques ou des techniciennes, des médecins ou des artistes au sens où les hommes le sont, mais qu'elles assurent des prestations dont ils demeurent incapables. Il s'agit d'abord qu'on établisse une autre division du travail, qu'on redistribue les prestations d'ensemble d'une profession donnée, puis qu'on réunisse les éléments spécifiquement adaptés au mode de prestation féminin pour constituer des métiers partiels, singuliers, différenciés*"[86]. Cette vision de la féminisation des professions scientifiques semble particulièrement adaptée au découpage des segments qui s'est produit au sein de la profession médicale : les femmes ont largement profité d'une division du travail qui s'est traduite par des formes d'exercice où elles n'avaient pas à entrer en concurrence avec les hommes. Que ces voies soient peu valorisées ne doit pas faire oublier qu'elles constituent des moyens d'accès au métier, susceptibles de contribuer, par la suite, à une évolution des pratiques dans les segments plus "traditionnels" — et plus masculins — de la profession.

Ce contexte des orientations en fin de deuxième cycle, fait apparaître une ambiguïté dans la mesure où il permet une grande variété de parcours, une certaine labilité du temps qui donne l'impression que ces étudiants pouvaient choisir de façon relativement "détendue" leur orientation. Dans ce contexte, spécialisation par CES et médecine salariée représentaient des voies ouvertes pour des femmes qui voulaient privilégier leur vie de famille, même si elles étaient perçues comme des orientations secondaires. La réforme de l'internat va mettre fin à ces clivages, du moins dans sa conception, en mettant toutes les spécialités sur le même plan, ce qui, nous allons le voir, ne suffit pas à positionner les hommes et les femmes sur un registre plus égalitaire.

Encadré n°9

De l'internat au CES, en passant par la médecine générale...

Cette gynécologue médicale a un parcours assez typique des étudiants de sa génération. Fille d'un médecin généraliste, petite fille de sage-femme, elle a préparé et tenté par deux fois l'internat de CHR et des internats périphériques. Alors que son mari l'a obtenu, elle a échoué et a pris quelques années pour le suivre lors de son service sous les Tropiques, faire un enfant, faire des remplacements de médecine générale. Ces expériences la conduisent à faire une spécialité et elle entame un CES de gynécologie médicale. Aujourd'hui, elle travaille dans un cabinet et fait des vacations au planning familial. Les extraits qui suivent montrent comment chacune de ces étapes ont progressivement forgé un parcours fait d'échecs, d'expériences, de tâtonnements qui se sont étalés dans le temps. Ces extraits sont présentés dans l'ordre chronologique du

[86]G. SIMMEL, *Philosophie de l'amour,* Éd. Rivages, Paris, 1988, p. 97-98.

déroulement de l'entretien, et montrent comment, progressivement, ce parcours se structure, au fur et à mesure qu'elle revient sur chacun des moments décisifs. Actuellement, elle soutient sans vraiment militer pour le maintien de la gynécologie et a une vision assez globale des questions de santé, sans privilégier à outrance sa "chapelle", témoignant ainsi de la richesse de ses expériences passées.

"Je suis rentrée à la fac de médecine en octobre 72, oui parce que j'ai fait les vendanges donc ça devait pas être la rentrée en septembre. Et puis j'ai fait 10 ans sans problème… à la fac de médecine et puis j'ai fait un an dans la… en septième année on avait l'histoire des stages internés je ne sais plus quoi, mais j'ai pas passé l'internat, j'ai fait un an à l'hôpital de Saint-Nazaire… en 79, puis ensuite je suis partie deux ans à l'Ile de la Réunion, pour suivre… un homme, qui est le père de mes enfants d'ailleurs, qui faisait son, service militaire sous les cocotiers, donc j'ai arrêté deux ans. J'ai rien fait, ah si j'ai fait des remplacements là-bas j'ai fait, bon un peu à l'hôpital un peu en ville, et puis en revenant j'avais un enfant que j'ai fait là-bas, … j'ai fait une troisième année en ne faisant rien, quelques remplacements,…

Q : En médecine générale ?

En médecine générale oui. Et puis j'ai décidé de, ça me plaisait depuis longtemps, de faire de la gynécologie médicale et puis à l'époque il y avait un CES, qui durait trois ans hein, soit trois ans soit quatre ans, mais on passait pas l'internat si on ne voulait pas. Je sais pas si j'aurais pu ! non j'aurais pas eu le courage de, de me lancer dans le travail qui… qui est énorme !

Q : Vous ne l'aviez jamais préparé l'internat ?

Non, si je l'ai, je l'ai préparé y'avait des, y'avait des, conf., hein !

Q : Donc vous suiviez des conférences ?

Oui, les conférences oui. Et puis j'ai été me présenter deux fois j'ai été collée et puis j'ai pas recontinué ! ma vie a pris un autre…

Q : Vous vous êtes présentée à l'internat ?

Oui.

Q : Oui, vous l'avez tenté, vous vouliez vraiment le faire…

Oui oui… (silence) vraiment le faire… oh oui je crois que j'étais tentée par ça oui, mon mari l'avait fait … mais bon ! bon ! je l'ai pas eu ! et je me suis pas représentée. J'ai travaillé dans un CES le soir, c'est vrai que, avec deux enfants on est… bon… voilà.(...)

Un médecin généraliste, il doit s'occuper de tout hein, c'est difficile hein la médecine générale ! un jeune un vieux, une femme un homme, un enfant atteint d'une maladie bénigne à quelqu'un atteint d'un cancer, dépassé ! m'enfin bon ! oui, c'est très varié, beaucoup plus difficile ! c'est peut-être ça qui m'a… aussi… fait ne pas choisir ça c'est trop difficile…

Q : Vous y aviez songé ?

Oui j'y avais songé oui.

Q : A travailler comme médecin généraliste…

Oui, tout-à-fait oui.

Q : Quand vous avez raté l'internat, donc vous êtes partie à ce moment-là à la Réunion…

Oui, il y a eu plusieurs choses oui, il y avait forcément ce ratage de l'internat mais… faut que je parte ! et puis en fait j'ai eu trois ans pour réfléchir, j'ai bien fait de ne pas…

Q : Donc en revenant vous avez continué à faire des remplacements et… vous y pensiez à la gynéco ou il y avait aussi d'autres spécialités qui vous auraient intéressées ?

… j'ai été tout le temps intéressée par la psychiatrie, tentée par la psychiatrie. Pour des raisons familiales mais, justement les problèmes familiaux, psychiatriques qu'il y avait eu… m'ont fait repousser ça. Comment dirais-je… j'avais pas envie d'en parler toute la journée peut-être ! mais ça ça m'a tentée. J'aimais aussi… en tant que spécialité j'aimais la dermatologie, j'aime bien la peau !…. voilà autrement j'ai pas, j'aurais… j'aurais pas aimé être cardiologue ou urologue, enfin ça j'aurais pas aimé…

Q : Oui, les spécialités que vous auriez vraiment pas aimé faire ?

Ouais, cardiologie, ça m'a jamais intéressée… pas du tout, sûrement pas !… je sais pas, ça par exemple, la pneumologie, non ça m'intéressait pas. J'avais plutôt envie de m'occuper des femmes, des enfants, ou de la peau ou de la psychiatrie, voilà ! c'est mon… mon domaine préférentiel. Je suis toujours tournée vers ça ! mais la médecine générale ça m'avait paru oui fatiguant et… trop compliqué.

Q : Vous avez trouvé ça très dur…

… ouais, oui oui, les horaires c'est difficile ! la médecine c'est fatiguant euh… ouais ouais, je trouvais ça difficile.

Q : Et quand vous avez fait votre…

Et je le dis et le redis on n'était pas préparés, à l'époque, à la médecine de ville on était pas préparés. La médecine générale … on était à un endroit où on n'a vu que des pathologies rares et… compliquées puisqu'ils atterrissent au CHU ! voilà.(...)

Q : Vous ne vous sentez pas militante du maintien des gynécologues médicales, comment vous vous positionnez par rapport à ça ?

Je suis très ambivalente. Si ! je trouve qu'on a une, moi je trouve qu'on a une utilité. Mais je pense aussi… je trouve que J'AI une utilité, je sais pas si (rires), mais je pense que ce qu'on fait peut être très bien fait par, par un médecin généraliste qui va un peu se, se spécialiser là dedans !… sauf si on se met à faire des échographies, des stimulations, donc c'est compliqué ! faut faire que ça et faut s'y tenir et je sais pas si on a le temps de bien le faire mais il y a des tas de choses qu'ils peuvent très bien faire hein ! tout à fait ! alors oui je suis ambivalente je dois dire que oui, c'est pas mal ce qu'on a

fait mais je suis pas, je peut-être pas d'un naturel en ce moment combatif quoi ! j'aime pas, j'aime pas ce truc-là : la santé des femmes en danger ça me paraît, excessif.

III. Passer ou ne pas passer l'internat ?

La construction même du schéma d'orientation auquel sont soumis les étudiants actuels est duale : d'un côté, il y a l'internat, de l'autre, la médecine générale. Les entretiens permettent d'interroger la nature de ce choix qui s'opère selon des procédures différentes que pour les étudiants de l'ancien régime, puisque d'une part, la réforme fait intervenir de nouvelles contraintes et, d'autre part, elle supprime certaines opportunités.

La première de ces contraintes est **temporelle** : les étudiants doivent se déterminer rapidement et ils sont soumis à un calendrier beaucoup plus serré que celui de leurs aînés. En outre, les solutions de "rattrapage" et de réorientation sont très limitées, ils sont donc pris dans une sorte de "course contre la montre" qui déterminera leur carrière ultérieure.

Par ailleurs, l'éventail des possibles qui leur est offert se résume à une **succession d'alternatives** : préparer ou non l'internat ; y réussir ou y échouer ; accepter ou non la filière d'affectation. À partir de là, un choix plus large est offert aux "meilleurs" : choisir une spécialité médicale ou chirurgicale, à condition que leur choix géographique et leur rang de classement leur en laisse la possibilité. Cette binarité du processus de décision laisse peu d'espace aux projections imaginaires, aux conseils extérieurs, aux expériences sur le terrain.

Dans ce contexte très contraignant, les étudiants tentent de préserver leur libre arbitre et de trouver des stratégies qui leur permettent de **s'approprier leur destin**. Pour se prémunir d'une relégation par l'échec, les projets sont toujours prudents, l'échec anticipé, la réussite aléatoire.

Enfin, la suppression des CES aboutit, dans le nouveau régime, à fermer ce qui était vécu comme la "voie féminine" de la spécialisation. Pouvons-nous, pour autant, considérer que l'alternative nouvelle suit **un modèle asexué de division du corps médical** ?

III.A Faire la course

Les règles du nouveau concours de l'internat imposent de se présenter la première fois en fin (ou en cours) de DCEM4, après validation de tous les certificats sauf un, le concours étant validé après l'obtention du CSCT. Il n'est donc pas possible, pour un résident qui décide de se réorienter vers une médecine spécialisée, de tenter le concours s'il ne l'a pas présenté une première fois à ce moment-là. Et s'il s'y est présenté, il ne lui reste plus qu'une seule tentative.

La comparaison entre les données des fichiers statistiques et les récits recueillis lors des entretiens montre que certains généralistes se sont inscrits à l'internat, quitte à ne pas s'y présenter, alors qu'ils affirment n'y avoir jamais songé. Il ne s'agit pourtant pas là de la négation d'un échec, mais de "l'oubli" d'une démarche qui, si elle n'engage pas l'étudiant, peut être interprétée comme une "mesure de précaution" :

> *"Au début moi c'était vraiment médecin généraliste. Moi je voulais être médecin de famille, vraiment c'est ce qui m'attirait dans la médecine."*
> *(généraliste nouveau régime, s'est présenté une fois à l'internat)*

> Cet autre généraliste se décrit comme : "*Quelqu'un qui se dédie d'entrée, à la médecine générale, parce que moi le concours d'internat je n'ai jamais voulu le passer. La spécialité, pour moi elle n'a jamais été dans ma tête, je ne me voyais pas être spécialiste en quelque chose, ça ne m'intéressait pas trop à l'époque.*

Bon maintenant aussi, même si je vois bien que les spécialistes par rapport aux généralistes, ont quand même énormément d'avantages."
(généraliste nouveau régime, inscrit à l'internat, non classé)

La décision de préparer l'internat doit être prise tôt et si l'étudiant hésite un peu trop longtemps, ce sera trop tard pour lui. Pour tenter de récupérer ce "temps perdu", la stratégie consiste à redoubler les dernières années, comme l'ont montré les résultats statistiques.

"Je pensais, comme je n'étais pas très bien classé que je serais jamais capable d'avoir l'internat, parce que dès la deuxième troisième année il y en a qui étaient déjà en train de préparer l'internat, j'étais impressionné je savais même pas ce que c'était mais eux ils savaient visiblement, ils commençaient déjà à récupérer les conf., les adresses. Je regardais ça, j'étais déjà content de passer d'une année sur l'autre, je me disais que je serais médecin et puis voilà. Non c'est en cinquième année. (...) et puis en sixième année que j'ai redoublé volontairement pour avoir le temps de le préparer. Il y avait des tas de combines, comme d'avoir toutes les matières et d'en planter une exprès sans avoir zéro, ce qui est toujours un peu délicat. Mais j'avais très peur en fait d'avoir une note suffisante qui me fasse passer."
(anesthésiste nouveau régime, faculté de Nantes)

Cette temporalité conditionne les choix. Durant leurs études, les futurs médecins ont l'occasion de fréquenter une médecine hospitalière fortement spécialisée et les praticiens qu'ils rencontrent sont tous des anciens internes. Le choix ne peut donc s'effectuer qu'à partir de deux critères : les représentations, souvent floues, de la médecine générale et/ou l'anticipation de sa propre capacité à préparer l'internat.

Ce rythme imposé par la nouvelle réforme induit des stratégies qui s'opèrent dès le début du deuxième cycle des études, stratégies qui ne correspondent pas nécessairement aux exigences de la faculté. Ainsi, on constate que ceux qui peuvent le mieux anticiper ce calendrier sont ceux qui bénéficient d'informations extérieures à l'université, par leur famille ou des amis issus du milieu médical. Quand l'étudiant ne dispose pas d'informateurs proches et qu'il concentre son attention à pénétrer un milieu qui lui est étranger, il peut alors "passer à côté" des règles imposées par le système.

On peut ici comparer les récits de deux étudiants : l'un, issu d'un milieu ouvrier, n'a aucune idée des stratégies qu'il faut adopter pour anticiper une orientation future et se retrouve "naturellement" généraliste (1) ; l'autre a un grand frère qui lui donne les "bons conseils" et il arrive alors à maîtriser son parcours qui le conduit à une brillante carrière de pédiatre hospitalier (2) :

1/ "**Q : Vous n'aviez donc pas fait le choix de préparer l'internat ?**
non pas du tout. Moi je me destinais à faire des études de médecine, en voyant au fur et à mesure comment les choses se passaient. Et c'est en cinquième année, là mes premiers stages d'externe, et où on se retrouve plus là en relation avec des internes. Là on commence à nous dire, faut que tu prépares l'internat
Q : on vous l'a pas dit avant la cinquième année ?
non non. Ah non
Q : parce que certains commençaient déjà à le préparer…
ah bien sûr. Je m'en doutais mais finalement on s'en rendait même pas compte. Il y avait des certificats et on voyait bien ceux qui réussissaient de manière fantastique leurs certificats. Mais nous l'objectif c'était la moyenne, et ne pas perdre de place dans le classement pour pouvoir choisir des stages intéressants. C'était ça l'objectif, pour la simple et bonne raison que les stages étant pas du tout formateurs, ça nous engageait pas du tout à faire un choix ultérieur. Le concours de l'internat ? pour quoi faire ? On n'avait pas d'envies. Enfin moi personnellement j'avais aucune idée, si ce n'est toujours la petite arrière pensée de médecine humanitaire."
(généraliste nouveau régime)

2/ "Parce que moi j'avais la chance, enfin…mon frère qui avait 7 ans de plus, je dirais il avait toujours eu un train d'avance, et je voyais le devenir. Donc finalement je voyais…je connaissais je dirais les défauts du système de formation médicale. Donc j'ai pas du tout été surpris. J'étais préparé (...) Je crois que si on pose les bonnes questions on a les réponses. Je crois que là, je sais pas. Où j'ai été aidé, c'est par mon frère au départ parce que lui m'a guidé et j'ai vu que c'était très très rentable. Quand vous travaillez une matière qui sert à rien à l'examen, je crois que c'est un peu décourageant. Je crois que demander les bons renseignements au bon moment c'est très très important."

(pédiatre nouveau régime)

Cet impact des temps met visiblement les étudiants sur des "lignes de départ" différentes en fonction de leur capacité à anticiper ce qui va se passer. Ce n'est pas toujours à la faculté qu'ils doivent trouver les bons renseignements. Ceux-ci se trouvent ailleurs et l'on voit que ceux qui prennent le temps des études de médecine proprement dites, qui vont en stage, qui suivent les cours conformément aux prescriptions universitaires, se font "prendre de vitesse" par ceux qui ont, d'emblée, intégré l'idée qu'avant de s'interroger sur le métier de médecin, il faut préparer le concours de l'internat.

III.B Des processus décisionnels d'un type binaire

Les contraintes imposées par la réforme de l'internat entraînent des successions d'arbitrages qui se succèdent sous une forme duale. A chaque étape, le "non" (refus, échec etc.) oriente vers la médecine générale et le "oui" conduit à la médecine spécialisée. La décision qui consiste à s'orienter vers la médecine générale d'emblée se dit, concrètement, par un "je ne prépare pas l'internat", donc une sorte de dérobade du cursus "normal".

Cette première alternative dépend beaucoup de la faculté d'origine et du milieu social dans lesquels évoluent les étudiants. Quand ces derniers se trouvent dans un contexte où la préparation de l'internat est la norme, ils échappent difficilement au diktat collectif, sauf à occuper une place de "résistant" :

"En fait passer l'internat, c'est ce qui est un peu mal fait en médecine d'ailleurs, ça fait un peu partie du trajet logique, c'est-à-dire on passe pas vraiment l'internat pour être spécialiste, on passe l'internat parce que tout le monde passe l'internat, que c'est un peu comme un examen supplémentaire, alors au fond de moi je pense que j'avais envie d'être neurologue mais comme j'avais très, très peur de ne pas avoir l'internat je ne voulais pas trop me dire je veux être neurologue, donc je disais je passe l'internat comme ça, si je ne l'ai pas c'est pas grave, je pense que généraliste ça me plaisait. J'ai plus passé l'internat parce que ça faisait partie, on avait l'impression qu'en travaillant l'internat on allait être meilleur etc… c'est plus par rapport à ça . Et bon, je pense qu'au fond de moi je voulais être neurologue mais j'avais peur d'être déçue donc en fait j'en parlais pas trop, mais je me souviens que j'avais une amie qui a fait, qui voulait être généraliste et je me disais, je l'admirais un peu parce que c'est vrai c'est relativement courageux de dire non je ne passe pas l'internat parce qu'on est un peu dans le circuit, c'est un peu obligatoire. Pratiquement dès la troisième année de médecine je savais que je passerais l'internat mais parce que, comme si ça faisait partie de…"
(neurologue, nouveau régime, étudiante de Lariboisière)

Cette position fait naître l'ambiguïté, en particulier quant aux choix de ceux qui se destinent à la médecine générale Pour eux, les choses peuvent se dire de deux façons : soit ils choisissent de ne pas (passer l'internat), soit ils choisissent de (faire de la médecine générale). Entre un choix "positif" et un "renoncement", l'alternative n'est pas toujours très claire, autant pour les intéressés que dans les possibilités qu'ils ont de justifier leur position :

"Et comme je vous disais, je n'ai pas participé, certains de mes camarades de fac ont fait des écuries en fin de 3° année, donc hein !, ça se faisait à partir de la… oui, fin de 3° année, surtout en 4° année où ça… Très sincèrement, je… Non, je ne me voyais pas … Je me voyais pas chirurgien, je me voyais pas psychiatre, je me voyais pas gynéco, je me voyais pas gastro… Enfin, je me suis pas vu à faire… Enfin, je sais pas. Je me suis pas vu à … Contrairement à la tendance de l'époque, pour moi le fait d'avoir choisi de façon réfléchie et volontaire la médecine générale, n'a pas été, si vous voulez, une situation d'échec par rapport au fait de ne pas passer l'internat. Moi je l'ai jamais vécu comme tel. Non, c'était un choix, et puis bon, ben j'ai assumé ce choix …
(généraliste, nouveau régime, étudiant marseillais)

Par ailleurs, le choix de préparer l'internat n'est pas le choix d'une spécialité, lequel dépend du rang de classement dans les interrégions et les filières. Certes, les candidats au concours ont souvent

des "préférences" mais, comme le dit la neurologue dans l'extrait ci-dessus, celles-ci ne sont pas, sur le moment, clairement exprimées. Parfois, l'étudiant s'interdit toute projection dans l'avenir et attend ses résultats avant de s'autoriser à un véritable projet. Là aussi, on note des différences dans les stratégies étudiantes : certains, bien informés, savent comment utiliser les règles du choix afin d'obtenir *in fine* une place dans la spécialité qu'ils briguent, quitte à se déplacer dans les services pour convaincre un professeur. D'autres sont plus passifs et s'en tiennent aux informations officielles, et constatent parfois, après coup, qu'ils ont renoncé un peu vite à leur préférence.

Cette forme de soumission à une logique procédurale fait que, dans les discours des spécialistes nouveau régime, il est peu fait mention d'intervenants extérieurs à leur décision. Ceci contraste avec les récits de leurs aînés, où de nombreux "personnages" déclenchent l'orientation : des amis, une histoire familiale, un "grand patron" etc. Les choix s'articulent alors avec chaque histoire pour produire un argumentaire original.

En revanche, sur les 12 spécialistes nouveau régime interrogés, seuls trois d'entre eux évoquent leur histoire personnelle pour expliciter leur choix. Ceux-là poursuivent l'idée qu'ils ont œuvré à la réalisation d'un projet personnel, quitte à lui sacrifier quelque chose : un psychiatre se conforme à une préparation "scientifique" alors qu'il n'était pas *a priori* porté sur ces matières, et doit ensuite abandonner cette approche de la médecine ; une gynécologue-obstétricienne, voulant faire de la gynécologie médicale, tente à tout prix d'éviter la chirurgie mais doit en passer par là, alors qu'elle ne supporte pas l'ambiance des blocs opératoires ; une dermatologue marseillaise se délocalise sur Reims pour être sûre de faire cette spécialité.

> *"Moi je savais que je voulais faire une spécialité, ça, dès le départ, parce que , comme je vous dis, la médecine générale c'était faire une croix sur la famille. (...) j'avais fait en quatrième année un stage à la Timone qui m'avait vraiment emballée, de tout ce que j'avais pu voir comme spécialité, la quatrième année c'est relativement comme cursus et… la spécialité m'a plu, je trouvais que c'était calme, intéressant parce que très visuel, et en plus j'avais un chef de service qui était un, un orateur donc on avait des visites qu'étaient assez passionnantes on écoutait toutes oreilles ouvertes, donc très tôt en fait, je m'étais fixée sur la dermatologie (...) J'ai eu la chance, j'ai choisi une spécialité qui était parmi les plus courues, et je l'ai eu, mais c'est quand même au prix d'être complètement délocalisée de ma région d'origine."*
> *(dermatologue à Paris, d'origine marseillaise)*

Tous les autres, s'ils ont eu des "idées" au fur et à mesure de leur parcours, se sont soumis, *in fine*, au diktat des possibilités offertes ou des stratégies les plus "rentables" à l'issue de leur classement au concours. Certes, la spécialité qu'ils choisissent n'est pas toujours une orientation qui leur déplaisait, mais leur discours est prudent sur ce sujet et il est plus orienté vers des justifications *a posteriori* de leur "goût" pour une spécialité qu'un véritable choix positif. D'ailleurs, leur inscription dans un DES se fait souvent à partir d'un choix où la discipline elle-même n'est pas (et parfois moins) importante que d'autres éléments : le lieu, les possibilités de carrière, les opportunités d'installation voire, au pire, ne pas renoncer au bénéfice du concours.

> *"Je me voyais plutôt pédiatre, d'ailleurs comme mon oncle, enfin si vous voulez on a des modèles familiaux (...) je n'avais pas le choix, pour faire de la pédiatrie je n'avais pas le choix il fallait (passer par l'internat), les CES n'existaient plus, donc j'étais obligé, donc j'ai été nommé à A. en fait la pédiatrie (...) ll n'y avait qu'un service de pédiatrie, et c'était un milieu particulier, donc c'était difficile de faire son trou, alors qu'en radio il y avait trois services, des gens plus ouverts, plus…, j'étais mieux formé que ce que j'ai été en pédiatrie (…) J'ai choisi ma spécialité à partir de ma nomination, c'est-à-dire que la pédiatrie ça aurait été difficile d'être un bon pédiatre et pouvoir continuer à Paris en sortant d'un internat à A., surtout qu'à Paris il y a énormément de pédiatres, alors qu'en radio, j'avais la possibilité d'être bien formé à A., surtout en neuro-radio et je savais que j'aurais la possibilité de trouver un poste en sortant de neuro-radio à A. (…) Et j'ai eu très facilement un poste de chef de clinique à G. (dans la région parisienne)."*
> *(neuroradiologue dans un établissement privé à Paris)*

> *"J'aurais bien aimé être médecin généraliste, mais j'étais rentrée dans le cursus : on fait médecine, il faut faire l'internat sinon c'est pas bien, sinon on n'est pas bons, sinon… et puis en plus j'ai rencontré mon mari donc en quatrième année de médecine, lui était int… il avait eu l'internat en chir en plus, donc tout une espèce de contexte qui a fait que, vous ne pouvez pas le pass… ne pas passer l'internat."*

Elle passe une première fois l'internat : "*Et je l'ai eu, à Nantes, mais très mal classée hein. Mais, ça n'a même pas été… je n'ai même pas cherché à savoir ce que j'avais eu parce que… j'ai commencé à vivre avec mon futur mari, et qu'il m'a dit : " de toute façon si tu vas en province, c'est même pas la peine de vivre ensemble " (...) Et alors à chaque fois c'était, le grand, la grande rigolade c'était : " ah oui ! tu seras IHP : interne des hôpitaux de Pithivier ! " c'est… parce que c'est mon mari qui me disait ça, en plaisantant*."
Elle recommence l'année suivante : "*Voilà, j'ai eu les deux ! j'étais mieux classée dans la zone… nord ! mais en fait, j'étais mieux classée en médecine en province qu'à Paris ! parce qu'à Paris, j'avais que la bio ! enfin j'avais la bio, la santé publique, la psy…. Mais j'avais pas la médecine à Paris ! et, j'avais très, je voulais faire médecine !*"... elle a finalement fait un internat de biologie à Paris.
(biologiste à l'APHP)

Ces récits montrent bien que les décisions se prennent par étapes, et qu'un objectif concret affiché dès le départ risque d'être mis à mal par les aléas d'un classement. Il vaut mieux se donner, d'abord, toutes les chances de "pouvoir choisir" (se trouver "en haut de l'entonnoir") plutôt que d'être déçu. Or, en adoptant cette stratégie, on peut se demander si, *in fine*, il s'agit bien d'un "choix" au sens d'une décision incluant un renoncement. Etre "libre" de choisir implique d'avoir plusieurs possibilités également accessibles. Les étudiants de l'ancien régime pouvaient, objectivement, se diriger vers différentes voies qu'ils pouvaient poursuivre avec des chances équivalentes et dans leur région d'origine. Pour les étudiants du nouveau régime, c'est plutôt la volonté d'éviter l'exclusion qui dicte le choix : il faut, toujours, tenter d'être en "haut" de l'entonnoir, mais puisqu'entonnoir il y a, on sait que la "masse" est surtout en "bas".

Doit-on, pour autant, considérer que le fait de se trouver "en haut" suffit pour qu'il y ait un choix ? Autrement dit, un "très bon" étudiant peut-il se refuser l'opportunité de présenter l'internat ? S'il le réussit, peut-il y renoncer et se tourner vers la médecine générale ? Dans ce cas, l'ordre des contraintes n'est sûrement pas le même que pour les recalés, mais le classement remplit, quel que soit le rang des candidats, son rôle d'imposition d'un ordre des choix qui ne donne pas toujours plus de "liberté" aux premiers qu'aux derniers reçus. Le "pouvoir de choisir" dépend d'une règle explicite qui le situe dans l'ordre du légal, mais aussi de règles morales qui relèvent d'un ordre symbolique professionnel. Ne pas reconnaître les secondes peut être aussi "impossible" que de transgresser les premières.

"*Mais le problème c'est que je trouvais que la façon de sélectionner les généralistes était par l'échec et ça, ça ne me plaisait pas. Au début je m'étais dit je vais faire l'internat pour être un bon généraliste (…) et comme ça me paraissait un peu con d'avoir l'internat pour être généraliste, je m'étais dit interniste (…) et puis maintenant en fait j'essaye d'être un bon généraliste des femmes, quoi, je suis un peu retombée sur mes pattes ! "*
(gynécologue obstétricienne)

Une fois évitée la "sélection par l'échec" que représente la médecine générale, il reste à opter pour une spécialité. Là aussi, des hiérarchies apparaissent, qui trouvent leur argumentaire autant dans les "modes", les conditions d'exercice, la pénibilité, la rentabilité, la démographie, le prestige etc. Chacun, d'ailleurs, suivant sa faculté, son origine sociale, sa génération, peut avoir sa propre représentation, au départ, d'un ordre de valeur des spécialités. Cependant, la crainte de "ne pas pouvoir choisir" qui a accompagné les candidats à l'internat durant leurs années de préparation, les pousse, une fois le concours obtenu, à choisir la spécialité qui leur paraît la plus "haut" placée, même si celle-ci ne correspond pas à ce qu'ils briguaient auparavant. Au final, on a parfois cette curieuse impression que tout l'imaginaire qui avait contribué à motiver l'étudiant s'efface devant un "ordre des choses" qui impose l'ultime décision. Les récits témoignent de la force d'imposition de cette logique d'institution propre à infléchir radicalement les biographies.

"**Q : Jusqu'au concours, au fond, vous pensiez que vous seriez médecin généraliste…**
Ouais ! je me laissais le choix jusqu'au dernier moment. Si j'avais pas eu ce que je voulais, c'est-à-dire que, si j'avais vraiment pas eu la spécialité que je voulais, quelque chose qui me plaisait pas, j'aurais peut-être fait un choix pour voir un petit peu, imaginez que j'ai eu que de la psychiatrie par exemple, j'aurais

peut-être fait un choix mais je pense que j'aurais abandonné. Je ne serais pas allé, j'aurais pas fait ma spécialité.
Q : Alors quelles étaient les idées de spécialité que vous aviez à ce moment-là ?
Euh, j'avais pensé à l'anesthésie-réanimation et la pédiatrie. Et la chirurgie que secondairement au fait que, n'ayant pas, je ne suis pas passé dans un très bon service de chirurgie quand j'étais externe et en fait, j'avais pas une image de bonne qualité (...) Je pouvais faire un choix de médecine. En fait je m'étais dit que, je commencerais la chirurgie et, en fait c'était plus facile d'aller de la chirurgie vers la médecine que de la médecine vers la chirurgie. Donc je me suis dit je vais commencer par la chirurgie et puis, si ça me plaît, je continuerai, je verrai un peu ce que je fais, et puis si ça me plaît pas j'irais en médecine."
(chirurgien)

Il est bien difficile de situer nettement les limites entre un choix "délibéré" et un choix "négatif". Ceci ne signifie pas que les étudiants du nouveau régime n'aient pas d'arbitrage personnel à faire, ni que leur liberté soit totalement aliénée au système, puisque certains d'entre eux adoptent des stratégies volontaristes. Mais c'est toujours par rapport à ce modèle que les décisions se prennent, y compris lorsqu'elles se justifient par une volonté de ne pas s'y soumettre. Ce qui transparaît, c'est le sentiment de ne pas pouvoir réellement choisir, par la force d'une contrainte à laquelle les "meilleurs" n'échappent pas. Le sentiment de frustration que peut générer une telle représentation des "destins" incite les étudiants du nouveau régime à adopter des positions d'évitement[87]. Celles-ci se traduisent souvent par un fatalisme devant le côté inéluctable et indiscutable du classement. En revanche, pour les étudiants se situant à la charnière des deux régimes, l'évolution a été brutale et c'est eux qui expriment le plus de regrets et d'amertume face à la réforme de 1982.

Cette génération de transition, dont les résultats statistiques montrent comment ils se sont fait "prendre de court" par la réforme, concerne plusieurs années. En effet, ce n'est qu'à partir du moment où les étudiants sont entrés en première année après 1982, qu'ils arrivent à anticiper les principes sélectifs du concours. Ceux qui étaient déjà étudiants (même dans le premier cycle) au moment de la réforme ont parfois réagit comme s'ils se refusaient de croire qu'on puisse les empêcher, définitivement, de faire ce qu'ils voulaient faire. C'est, comme le dit l'un d'eux, une forme de "rupture dans le contrat initial" qui déclenche de nombreuses amertumes.

"C'est une grosse injustice parce que moi j'ai fait un cursus de médecine tout à fait brillant et puis… J'avais commencé une première année de CES à l'époque, une spécialité, donc j'avais fait de la pédiatrie, mais j'avais aussi beaucoup d'affinité pour la psy, mais malheureusement j'ai été confronté avec, comment dirais-je…heu, une situation alimentaire, entre guillemets, à l'époque de vache maigre. J'ai été marié très tôt, avec un enfant et pour moi je ne pouvais plus du tout me permettre de continuer des études. Donc j'ai commencé mon activité de médecine générale en me disant : "Pas de problème, j'assure et puis je reprends mes études très très très vite." Donc j'ai commencé en 80, je me suis installé. La première année, ça a été l'horreur, donc il a fallu que je dévisse. (...) Et puis ensuite je suis arrivé ici, le 4 janvier 1982, et ici j'ai explosé. J'ai eu un très très gros gros cabinet. Et puis au bout d'un an et demi, je me suis dit : "Bon, basta, ça y'est, tu as réussi, tu as assuré, tu vas reprendre tes études là où tu avais arrêté." C'est là que malheureusement j'ai appris la catastrophe. Donc vous avez devant vous un médecin généraliste qui n'a jamais voulu être médecin généraliste, mais qui n'a pas pu faire autrement. Tout le dégoût de la médecine et surtout une grande… une grande… un rancoeur, à la fois pour ce corps de métier qui… (...) Et puis alors ça a été une grande souffrance pour moi d'aller à la fac et de… "OK, je suis prêt, je reprends tout, j'assure tout" et on vous dit que ça a changé. Ca a été pour moi une très grande souffrance."
(généraliste, ancien régime)

Ce que l'on constate, dans les récits des médecins qui disent n'avoir pas pu réaliser leur projet, c'est que ce barrage institutionnel les empêche de se sentir artisans de ce qui leur arrive. La démarche est très différente chez les étudiants d'après la réforme. En effet, si, parmi les généralistes ou les spécialistes satisfaits, l'exemple de ceux qui "n'ont pas pu faire ce qu'ils voulaient" est

[87]C'est-à-dire considérer que le choix par classement est inéluctable et "oublier" ce qui se passait pour les générations qui les ont précédé. Nous avons, en effet, constaté que les générations du nouveau régime n'avaient pas gardé la mémoire de ce qui se passait pour leur aînés, ces derniers n'en sachant pas non plus beaucoup sur le nouveau concours de l'internat.

souvent cité pour dénoncer le système, ceux que nous avons interrogé et qui, en effet, n'ont visiblement pas fait ce qu'ils auraient voulu faire, semblent s'accommoder de cette contrainte. Or, ceci n'est possible qu'en adhérant totalement à la légitimité du système, en acceptant la sanction du classement.

III.C Faire son "propre choix"

Les étudiants du nouveau régime se trouvent ainsi devant des procédures de choix fortement déterminés par un ensemble de facteurs qui leur sont extérieurs. Or, la plupart des médecins des dernières promotions que nous avons interrogées, semblaient plutôt satisfaits de leur orientation professionnelle. Certains généralistes regrettaient le "temps perdu" à préparer l'internat alors qu'ils considèrent aujourd'hui que l'omnipratique leur convient, ceux qui n'ont pas tenté le concours s'estiment privilégiés par rapport à leurs collègues qu'ils ont vu déçus d'un échec ou d'un mauvais classement. Quant aux spécialistes, soit ils sont arrivés à faire ce qu'ils voulaient soit, le plus souvent, ils ont adapté leur décision aux possibles qui se présentaient à eux à l'issue de leurs résultats. Globalement, et à l'exception des premières promotions, ces médecins arrivent à donner une cohérence à leur parcours. Il faut ici tenir compte du fait que nous les avons interrogés plusieurs années après les éventuelles déceptions, hésitations ou regrets qui ont pu marquer leur cheminement. Souvent, se mettent alors en place des stratégies qui consistent à transformer un destin en un choix individuel, autrement dit à trouver dans cette orientation plus ou moins obligée des éléments puisés dans leur trajectoire personnelle afin de l'expliquer. Pour cela, il y a plusieurs manières de faire :

La première consiste à **anticiper, d'emblée, un échec au concours et à s'interdire de passer l'internat, ni même de le présenter**. L'expérience de la première année est alors décisive : lorsque le concours de PCEM1 a été difficile à obtenir, lorsque les notes des premières années ne se situent pas dans la première moitié du classement, l'échec à l'internat semble une évidence et il devient raisonnable de se projeter dans la médecine générale. L'argumentaire est simple et se résume dans la formule suivante : "je ne suis pas fait pour les concours". Ceci signifie que l'étudiant considère que c'est de lui que vien "l'imposible" et il se retire de la course. Ainsi cette généraliste qui, après un échec à l'école vétérinaire, déduit qu'elle n'est "*pas faite pour passer des concours*" et renonce tout de suite à préparer l'internat, disant qu'elle ne voulait pas se "*battre pour avoir, je ne voulais pas me battre pour des postes, des machins, des trucs, ce que je voulais c'est avoir des malades avec moi, généraliste donc.*"

Ne pas être "fait pour les concours" ne suffit pas pour être "fait pour la médecine générale". Il devient alors difficile de faire la part des choses lorsque l'on analyse nos résultats statistiques et que l'on écoute ces médecins. Est-ce parce qu'ils voulaient être généralistes que ces anciens étudiants n'ont pas "forcé" leur apprentissage théorique, mais ont cherché à passer le plus de temps possible à l'hôpital ou est-ce parce qu'ils pensaient que leurs chances de réussir le concours étaient minces qu'ils ont investi l'idée de la médecine générale ? Sous l'ancien régime, on constate que l'option pour un type d'exercice se prenait relativement tard dans le cursus, le premier projet étant souvent celui de la médecine générale, ne serait-ce que parce que le "médecin de famille" constituait la référence la plus courante. La spécialisation venait en second lieu, souvent à l'occasion d'expériences particulières. Le nouveau régime impose une option précoce et celle de la médecine générale passe par la décision de ne pas préparer activement l'internat. Y renoncer d'emblée permet de poser un acte volontaire et valorisant, même si, de l'avis de nombreux interviewés, cela demande un certain "courage" et expose au risque d'une mise à l'écart des autres étudiants et au mépris de certains praticiens hospitaliers dans les services. Le dilemne n'est pas mince : pour sauver son "amour-propre", il ne faut pas que ce choix soit vécu comme le résultat d'un échec, mais cette image de soi valorisée s'oppose à l'image renvoyée par ces autres qui "méprisent" les non-candidats au concours.

On perçoit tout l'intérêt d'avoir laissé subsister la possibilité de s'extraire de la course pour faire valoir un choix personnel. Si l'idée commune tend à laisser croire qu'un généraliste est un "raté" de l'internat, ceux qui ne le tentent pas peuvent arguer d'une orientation volontaire. Qu'en sera-t-il demain, lorsque tous les étudiants seront soumis à une même épreuve classante, dont la sanction ne pourra plus être évitée.

Une autre façon de se prémunir contre les effets néfastes de l'échec consiste à **l'anticiper**. Autrement dit, à considérer que l'on est artisan de ce qui nous arrive. Ainsi, on repère des discours similaires chez un certain nombre d'élus comme de recalés : les uns comme les autres racontent leur candidature à l'internat comme une tentative improbable. En cas d'échec, il peuvent dire qu'ils l'ont tenté sans y croire, "pour faire comme tout le monde" en préférant, en tout état de cause, la médecine générale ou en étant prêts à la pratiquer de toute manière. C'est une façon de minimiser les conséquences du classement et de ne pas s'y soumettre *a priori*. Certains vont même jusqu'à réduire leur travail juste avant de passer le concours afin de justifier un échec éventuel. Ce qui ressort de ces stratégies, c'est surtout la volonté d'éviter la douleur de l'échec, cette perte d'estime de soi qu'entraîne une sanction extérieure. Autant dire que, lorsque le choix doit en passer par là, il se fait plus dans l'objectif de sauver sa capacité à conduire son existence qu'à opter pour un mode d'exercice professionnel. De ce fait, ces étudiants sont dans un processus de conservation d'une capacité à influer sur leur destin, ce qui leur permettra, quoi qu'il arrive, d'investir comme une décision personnelle leur orientation. La blessure, toujours, apparaît dans les discours à ce moment précis où les étudiants se sont mis à "y croire" ce qui, paradoxalement, est une condition de la réussite…

*"**Q : Au départ vous n'aviez pas l'idée d'une spécialisation ?***
Non, j'ai passé l'internat pour me former en tant que généraliste, c'est-à-dire que je voulais l'avoir, je voulais le passer. Si je l'avais eu j'aurai peut-être réfléchi fortement, mais mon but était pas forcément d'avoir l'internat, mais je trouvais que c'était une fin d'études qui pouvait un peu faire en sorte qu'on faisait un récapitulatif un peu de tout ce qu'on avait pas vraiment avec l'examen de fin d'études qui était juste mis d'ailleurs un an ou deux avant que moi je finisse ils ont mis le fameux CSCT. Je ne sais pas si c'est toujours ça, cet examen là de fin d'études, qui n'existait même pas deux ans avant la fin de mes études, était vraiment pas du tout, enfin était pas vraiment parfait pour avoir une sorte de synthèse des études. Donc moi je voulais faire l'internat pour ça, ça sera toujours bien, je ne me sentais pas d'attaque pour aller travailler, pour exercer en ville alors que c'était ce que je voulais faire. Si je l'avais eu j'aurai fait pédiatre, c'est-à-dire que si je l'avais eu j'aurais fait une spécialité, mais je voulais faire la spécialité généraliste, qu'est la pédiatrie pour les enfants, je, j'avais pas une spécialité propre."
(femme généraliste nouveau régime)

"J'avais des stages où j'allais le matin oui, je trouvais ça important. En fait, j'ai préparé mon internat pas du tout dans le but d'avoir l'internat, (rires) j'ai fait un peu comme quand je voulais être infirmier (rires) je voulais en fait être médecin généraliste, en fait je m'étais dit, pour préparer l'internat, c'était un très bon moyen d'être un très bon généraliste, d'arriver à un moment de ma carrière où au niveau théorique je savais … même une carrière de généraliste, on peut être au zénith de ce qu'on connaît au niveau théorique, puis après entretenir ça pour, pour tenir la distance, et en fin de compte…"
(Chirurgien nouveau régime)

Nous n'avons pas rencontré d'étudiants qui aient opté pour la médecine générale après avoir été classé en rang utile à l'internat. Mais la similarité des discours d'étudiants dont les résultats ont été très différents permet de montrer à quel point le recours à la médecine générale comme destin "hors concours" constitue, dans les esprits, une "porte de sortie" honorable.

Face à cette contrainte, les médecins qui, aujourd'hui, peuvent dire qu'ils ont fait exactement ce qu'ils voulaient faire sont rares… mais ils sont fiers. Que cela ait été une évidence dès le départ, ou qu'ils aient le sentiment d'avoir su s'extraire des voies de relégation pour aboutir selon leur seule volonté c'est, en soi, un exploit dont se réclament certains médecins du nouveau régime, qu'ils pratiquent la spécialité qu'ils voulaient faire avant l'internat ou qu'ils échappent au destin de médecin généraliste libéral sans passer par le concours.

III.D Des destins asexués ?

Pour les filles, une médecine générale salariée ou une spécialité médicale de ville ; pour les garçons une médecine générale libérale ou une carrière hospitalière spécialisée : ce schéma, issus de représentations encore actives chez les étudiants à la veille de la réforme, se concrétisait par des orientations différenciées en troisième cycle. Avec la suppression des CES, c'est la voie dite "féminine" qui disparaît, pour laisser la place à une dualité internat / médecine générale correspondant à ce qui était plutôt des voies "masculines". Comment les femmes, entrées depuis lors massivement dans les facultés de médecine, trouvent-elles désormais leur place ?

"*Elles nous damnent le pion*", nous dit un doyen de faculté, les yeux rivés sur les "meilleurs", puisque, au concours de PCEM1 comme à celui de l'internat, ce sont surtout des filles qui occupent les premières places. La preuve est apportée par une nouvelle hiérarchisation des spécialités : la dermatologie devient la discipline choisie en priorité et ce sont, évidemment, les femmes qui la pratiquent. Mais nos résultats statistiques font apparaître une autre réalité : les femmes deviennent les grandes perdantes de la réforme, puisque leur taux de spécialisation a soudainement chuté. Comment expliquer ce paradoxe ?

La première explication à ce phénomène pourrait être le handicap que représente le mariage et / ou les maternités pour ces jeunes femmes, situations qui limitent leur disponibilité pour la préparation à l'internat. Nous avons, en effet, constaté que ce barrage était réel pour certaines d'entre elles, mais il est loin d'expliquer totalement nos résultats.

Si l'on compare les trajectoires "conjugales" de l'ensemble de nos 45 interviewés, on remarque une constante : les hommes sont plus souvent en couple avant la fin de leur DCEM4, mais surtout les étudiants du nouveau régime sont moins souvent en couple que les étudiants de l'ancien régime. Ceci est valable pour les hommes comme pour les femmes, pour les spécialistes comme pour les généralistes, ainsi que le montre le tableau ci-dessous :

Répartition des interviewés selon leur "situation conjugale" à la fin du DCEM4

	SPÉCIALISTES				GÉNÉRALISTES				ENSEMBLE										
	hommes		femmes		hommes		femmes		hommes		femmes		spécial.		général.				
	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	TOT
NR	4	4	3	2	6	2	6	1	10	6	9	3	7	6	12	3	19	9	28
AR	1	3	2	3	3	3	1	1	4	6	3	4	3	6	4	4	7	10	17
TOT	5	7	5	5	9	5	7	2	14	12	12	7	10	12	16	7	26	19	45

Légende : C = Célibataires jusqu'à la fin du D4, ou aucune mention à ce sujet ;
M = Mariés ou en couple avant la fin du D4
NR = nouveau régime ; AR = ancien régime

De ces constantes, même tirées d'un petit effectif, on voit que la mise en ménage est retardée pour les étudiants les plus jeunes, dont une majorité semble ne pas chercher à stabiliser leur vie affective avant d'avoir réglé la question de leur formation professionnelle. Le retard de l'âge à la cohabitation et à la parentalité est général dans cette génération et ne touche pas particulièrement les étudiants en médecine. Par ailleurs, ceci reste toujours moins vrai pour les hommes que pour les femmes, surtout dans le cas d'une parentalité : parmi nos interviewés, plusieurs hommes anciens internes étaient pères avant le concours, alors qu'aucune des femmes n'a présenté l'internat après avoir eu un enfant. Les deux femmes spécialistes non célibataires au moment de l'internat avaient formé un couple "favorable" à la préparation du concours : l'une vivait avec un interne de Necker, plus âgé qu'elle, qui l'a poussé jusqu'au bout à avoir l'internat de Paris ; l'autre était avec un

camarade de promotion avec qui elle travaillait l'internat et dont elle s'est séparée sitôt celui-ci obtenu, disant elle-même qu'ils n'avaient alors plus rien à faire ensemble…

Toutes les autres femmes du nouveau régime dont le conjoint n'était pas dans la même branche qu'elles, ou qui ont eu des enfants au cours du deuxième cycle ont, d'elles-mêmes le plus souvent, renoncé à préparer le concours. La même situation familiale étant, en revanche, un facteur privilégiant la préparation d'un CES, dont la charge de travail n'était pas très importante et qui permettait ensuite une activité à temps partiel, même en libéral.

Mais ceci n'explique pas pourquoi de nombreuses femmes célibataires n'ont pas préparé l'internat, alors que leur niveau universitaire le leur pemettait. C'est dans la forme de leur discours que l'on peut trouver une réponse à cette question. Une première analyse montre qu'elles s'expriment surtout sur des arguments subjectifs : volonté d'accéder à une pratique concrète, refus de se lancer dans une concurrence dure, évitement d'un milieu misogyne comme la chirurgie, refus de sacrifier d'autres centres d'intérêts, mais aussi sentiment plus fort de doute, de dévalorisation de ses compétences[88]. Ces traits, que l'on constate assez généralement dans les entretiens comparant les "ambitions" étudiantes et professionnelles des filles et des garçons, pourraient être qualifiés spontanément de "caractères féminins". C'est d'ailleurs la manière dont les uns et les autres sont tentés d'expliciter leurs choix, comme le montrent les extraits ci-dessous, caractéristiques des récits relatant la "misogynie" du milieu chirurgical :

> *"Au départ on sait pas, on se connaît pas on sait pas vers quoi on va pouvoir être attiré et, ben la chirurgie j'avoue que, moi, d'un point de vue caractère et sensibilité ça, j'ai tout de suite jugé ça comme trop difficile pour moi. Bon c'est vrai que c'était pas très, ils sont pas très rassurants dans ce milieu-là, je me souviens d'une, d'une fois où j'ai, je suis quasiment tombée dans les pommes parce que ça m'a choqué, bon, on était pris en charge par les infirmières qu'ont ce côté protecteur et gentil, qui sont venus me rassurer et tout, mais les autres c'est du genre : bon, si t'es trop sensible t'abandonnes tout de suite hein, tu, tu arrêtes hein, c'est pas un milieu qui est fait pour les personnes sensibles, (...) moi j'ai un peu éliminé la chirurgie parce que je trouvais que c'était un milieu trop, trop difficile pour moi"*
> *(Femme dermatologue nouveau régime)*

> *"Bof chirurgiens, c'est un peu un milieu, j'aimais pas trop surtout en tant qu'externe déjà qu'on est mal considéré, mais c'est un peu macho, j'aimais pas trop en tant que fille évidemment mais c'est bon, non j'aime pas trop ce milieu, parce qu'ils ont une manière de penser un peu chirurgicale, c'est tout."*
> *(Femme neurologue nouveau régime)*

On pourrait multiplier les exemples de discours où les caractéristiques "féminines" et "masculines" semblent s'opposer sur le mode de la contradiction entre une approche "sensible", "psychologique", "globale" et une approche "technique", "scientifique", "spécialisée" du métier. Les hommes accréditent d'ailleurs ces différences, en constatant que la féminisation de leur profession bouleverse les habitudes de leur profession, qu'il s'agisse du milieu hospitalier ou de la médecine de ville :

> *"La profession se féminisant gagne un peu en communication je crois. Parce que, les femmes ont, les filles, les étudiantes ont plus tendance à, à comprendre un petit peu plus peut-être, elles gagnent un petit peu ça c'est moins net… un petit peu moins que les garçons. Non, des techniciens, les médecins sont rien d'autre que des techniciens hein!"*
> *(Homme chirurgien urologue nouveau régime)*

> *"Il y a le fait que ce sont des femmes, elles vont avoir des enfants, elles vont pas investir dans un travail. Moi, je sais pas, mais un généraliste comme nous, c'est pas 35h00, c'est 8h00 le matin, 20h00 le soir, plus les gardes le dimanche. C'est pour ça que je le considère comme un travail d'homme. Je ne suis pas misogyne parce que je considère qu'une femme peut très bien faire ce travail. Mais là, on a le cas de Sylvie. Bon, elle est vouée à ce métier. Elle a eu qu'une seule fille qu'elle a pas eu le temps d'élever. C'est sa mère*

[88] C. Baudelot et R. Establet, *Allez les filles !,* Le Seuil, Paris, 1992

qui l'a élevée, voyez, des choses comme ça. Elle a fait un choix, c'est très bien, bon ben, elle a cette capacité."
(Homme médecin généraliste nouveau régime)

Mais ce type d'analyse ne fait que reprendre une approche "naturaliste" des qualités féminines et masculines, sans vraiment expliquer pourquoi les femmes paraissent soumis à d'autres critères que ceux de la réussite universitaire, dans l'ordre de leurs choix. Pour cela, il nous faut tenir compte des critères qui président à cet ordre. Ceux-ci sont directement issus d'une histoire de la profession dont nous avons relaté les grandes lignes et d'un "ancien régime" qui traçait, en quelques sortes, des trajectoires d'accès à des segments "masculins" et des segments "féminins".

Lorsque l'on compare la manière dont les hommes et les femmes racontent leur parcours on constate que, chez les premiers, les décisions s'opèrent à partir d'identifications : c'est parce qu'on s'imagine généraliste que l'on ne prépare pas l'internat ou que l'on accepte l'idée d'y échouer. Ou bien, on prépare l'internat parce que c'est le destin plus ou moins obligé (là, le milieu et la faculté d'origine peuvent jouer un rôle décisif) de tout futur médecin de qualité.

Les femmes n'abordent pas la question de la même manière, elles ont plus de mal à s'identifier à l'une des deux voies proposées et leur décision ressemble à des choix négatifs : elles ne veulent pas préparer l'internat parce qu'elles ne s'en sentent pas capables, pour des raisons diverses, ou qu'elles ne se sentent pas bien dans le milieu hospitalier ; ou elles ne veulent pas être médecin généraliste parce que l'image qu'elles en ont est, justement, celle d'un métier peu compatible avec une vie de famille. Elles opposent volontiers à l'une ou l'autre voie des caractéristiques liées à leur vie de femme, actuelle ou future. Les extraits qui suivent donnent quelques exemples de ces formulations :

Éviter la médecine générale :

*"Mais ce qui m'a fait en fait, **enlever l'idée de la médecine générale**, c'est aussi que les remplacements que j'ai fait, j'ai vu que c'est un métier, hyper difficile ! il faut être très disponible, (...)quand on a des enfants, c'est quasi impossible !"*
(femme biologiste nouveau régime)

*"En tant que femme, ma vie personnelle me tient beaucoup à cœur, donc, je savais que je voulais des enfants, que… **je m'orientais plutôt vers une vie stable de couple avec des enfants**, (...) si les conditions d'exercice étaient présentées comme ça en tout cas, je pense que je n'aurais pas pu, faire une croix sur ma famille au… enfin pour mon métier."*
(femme dermatologue nouveau régime)

Ou renoncer à l'internat :

*"Quand j'étais avec mon copain médecin, je lui ai dit : "**entre préparer l'internat et avoir une vie de famille**, je choisirai avoir une vie de famille""*
(femme médecin généraliste nouveau régime)

*"Enfin à l'époque **j'aurais bien aimé faire de la dermato**. Le stage que j'avais fait en D1.....bon D3 83-84 et D3 ben là il y avait plus d'espoir. Donc moi je me suis pas présentée à un examen en fin de D3 de façon à redoubler, et puis là-dessus j'ai commencé à pas mal travailler, (...) et puis (mon mari) est parti au service militaire, j'étais enceinte; et puis voilà, **l'internat je l'ai même pas présenté**."*
(femme généraliste nouveau régime)

*Après **c'est plutôt des ennuis, je dirais familiaux qui ont fait que je n'ai pas passé l'internat**. Toujours pareil. (...) moi j'avais mon père qui était malade donc euh… et puis après qui est mort. Moi je me sentais un petit peu responsable, si vous voulez."*
(femme généraliste nouveau régime)

Ces exemples montrent que c'est autant leur situation familiale actuelle que l'anticipation de leur vie future, qui place ces jeunes femmes dans une alternative difficile. C'est probablement ce qui explique que les femmes sont moins dans une situation d'échec lié à leurs performances que dans

une problématique de choix de vie, même si celui-ci les conduit à renoncer d'elles-mêmes, soit à présenter le concours, soit à pratiquer une médecine générale libérale. Mais, nous avons constaté que les jeunes omnipraticiennes installées tentaient alors d'adapter leur pratique à leurs exigences professionnelles. Elles acquièrent des compétences en gynécologie ou en pédiatrie, elles travaillent de préférence en ville, elles n'hésitent pas à fermer leur cabinet un jour par semaine, elles font peu de visites. Ainsi, l'image du généraliste toujours disponible qui leur faisait craindre pour leur équilibre familial ne correspond pas à leur pratique actuelle.

On peut reprendre ici la réflexion ouverte par SIMMEL et s'interroger sur ce que l'investissement des femmes dans des métiers jusque là surtout masculins — et conçus à partir d'une pratique masculine — apporte de "nouveau" à la profession. Dans un premier temps, les femmes se sont "glissées" dans des segments émergents de la médecine. Aujourd'hui, les deux voies de formation qui leur sont proposées laissent peu de place à des identifications féminines, mais leur présence massive contribue sans doute à modifier les pratiques professionnelles de l'ensemble du corps médical. C'est une hypothèse que nous pourrions retenir en ce qui concerne les médecins généralistes, qui ont tendance à modifier cette image du "médecin de campagne", toujours disponible et aidé par une épouse "sans profession". La féminisation de l'omnipratique pourrait aussi à modifier les formes d'exercice de la profession en général, y compris les hommes.

Ces évolutions sont susceptibles de modifier les prospectives démographiques, en particulier s'il ne suffit plus d'augmenter le *NC* de PCEM1 et de réduire les places de spécialistes pour obtenir une densité médicale suffisante dans des zones rurales ou suburbaines. C'est en référence à ce type de problème qu'un responsable départemental de l'Ordre des Médecins nous a fait part de son incapacité à résoudre des questions de désertification médicale dans sa région :

> *"Surtout la mentalité a changé, les médecins aujourd'hui sont souvent des femmes qui sont mariées avec des hommes qui eux, ne sont pas mobiles au niveau de leur emploi, ou les médecins hommes sont mariés avec des femmes qui ont fait des études, qui prétendent à un exercice professionnel et qui disent ben attends, si je vais à N. et que je suis sociologue, qu'est-ce que je vais faire en sociologie ? d'accord ? bon ! et donc, vous leur dites, vous allez à N. vous allez gagner trente mille balles par mois, le mec il vous dit, non je m'installe boulevard G., je vais gagner quinze mille balles par mois mais ma femme va gagner quinze mille balles par mois. On aura les mêmes revenus, ma femme me fera pas chier tous les jours en disant qu'est-ce que je m'emmerde, j'ai encore eu ta mère machin qui est venue avec ses lapins et ses trucs, on vivra heureux comme des rois, on aura les mêmes revenus, et on sera en centre ville, on n'aura pas d'emmerde avec les enfants, on aura pas d'emmerde avec la culture, on va pas aller en campagne ! et qu'est-ce qu'on va faire dans nos campagnes ? qu'est-ce que je dis moi, au gars de N. qui viens en disant, on faisait trente actes par jour quand on était six, on en fait cinquante maintenant qu'on n'est plus que quatre, et on est une nuit 25 de garde par semaine, plus un week-end sur quatre ! on n'en peut plus ! qu'est-ce qu'on leur dit ? et dans cinq ans, mon copain là (...) tiens, le premier mec que j'ai remplacé d'ailleurs, tiens, cinquante deux ans, boum ! menace d'infarctus ! et ben ce gars-là il est en campagne ! ben il est obligé de s'arrêter ! au moins… quinze jours quoi ! donc, on bilante un peu son truc et qu'il s'organise quoi. S'il est tout seul ? comment ils font les gens ? "*

Sur quel modèle professionnel actuel les étudiants doivent-ils se déterminer ? Comment imaginer l'adaptation du métier de généraliste pour des hommes et des femmes qui cherchent à préserver leur vie privée ? Certes, nous nous éloignons ici de la question du choix d'une orientation, mais il faut garder à l'esprit que la réforme de 1982 visait à contrôler une démographie dont l'équilibre disciplinaire et géographique semblait menacé. On voit ici que les mesures prises ont généré d'autres formes de déséquilibres qui transparaissent d'abord dans les taux de féminisation des différents segments de la profession, mais qui vont au-delà, et touchent aux représentations attachées à chaque mode d'exercice.

Encadré n°10 Les "déçus de la réforme" nous écrivent

Généraliste oui, mais avec une formation de spécialiste...

Madame,
Je me permets de vous écrire à propos de la recherche ... (...)
Voici en quelques lignes mon expérience personnelle. Inscrite en PCEM2 en 1984 à la faculté de St Etienne, je souhaitais m'orienter vers la pédiatrie, vocation datant de ma très jeune enfance. Mes deux échecs à l'internat pour l'obtention de cette spécialité m'ont conduite, par défaut, à la médecine générale. Au cours du 3ème cycle de mes études, j'ai pris des renseignements dans divers pays de la CEE (Suisse - Belgique) et outre Atlantique (Canada) pour la spécialisation. Les conditions ne m'ont pas permis de la réaliser (coût trop élevé - liste d'attente de 4 ans - nécessité d'acquérir la thèse préalablement - absence de rémunération...)
J'ai cependant pu effectuer la quasi totalité de mes stages de résidanat en service de pédiatrie (CHU). Mes compétences pratiques acquises alors, ainsi que mon très fort penchant pour la santé de l'enfant, ont été entendues et m'ont permis de travailler au service de P.M.I. où je suis actuellement titulaire, à temps plein, et où j'effectue de la pédiatrie préventive et sociale.
Cependant, je souhaiterais toujours à ce jour être diplômée de cette spécialité, afin d'acquérir des compétences complémentaires et d'être détentrice d'un diplôme correspondant réellement à ma pratique (je n'ai jamais effectué de remplacement en médecine générale). Dans ce sens, le Pr. Jean Rey, conseiller du ministère, a évoqué l'idée de rétablir un pseudo CES pour des médecins en exercice...
Je vous remercie de toute l'attention que vous aurez bien voulu porter à ce courrier et d'ans l'attente d'informations de votre part, recevez, madame, mes salutations.

Comment envoyer des généralistes travailler dans le Cantal ?

Madame,
C'est avec un vif intérêt que j'ai pris connaissance, via le Bulletin de l'Ordre... (...)
Je faisais partie de la faculté de Médecine Necker-Enfants Malades de Paris, et je me suis inscrit en PCEM1 en 1981. Reçu 10ème au concours de P1 en première présentation, j'avais déjà une idée assez claire de ce que je désirais accomplir et devenir. En effet, j'avais le projet très clair de devenir psychiatre et psychanalyste.(...)
1982 : (donc alors que j'étais déjà en PCEM2), publication de la réforme et, qui plus est, rétroactive : création de l'internat "pour tous" en fait pour "toutes les spécialités", qui n'est en fait qu'un internat pour certains, plus rusés que d'autres ou avec une situation matérielle plus confortable (autorisant une année "sabbatique" de préparation intensive au concours, après le DCEM4 ; ou bien étant parvenus à louvoyer pendant les stages d'externes, en s'y présentant le moins possible !!!).
Donc, trop naïf, appliqué à suivre l'enseignement à la faculté, à me rendre consciencieusement aux stages d'"externes", j'ai présenté une première fois, sans conviction, en "touriste" - j'allais écrire "toutriste" - ce concours, avec une barre de classement à atteindre qui motiverait une tentative mieux préparée : classement extrêmement décevant, qui m'y a fait renoncer définitivement.
J'ai cependant poursuivi selon mon désir, une sorte de voie de garage : je me suis arrangé pour totaliser, sur mes 2 ans de stages d'"IMG" - appellation plus déshonorante qu'autre chose, signifiant clairement : échec au concours, incapacité à le préparer, promis à la médecine générale "libérale" - 2 semestres en service de psychiatrie. Je suis par la suite parvenu à travailler 2 ans comme FFI en psychiatrie. Soit au total, en fait 3 ans de stages internés en psychiatrie.
Je me suis alors aperçu que cet internat, prétendument "seule filière d'accès aux spécialités", avait quelques trous : j'ai constaté, non sans un profond sentiment d'avoir été berné et sacrifié à une politique de Mandarinat selon des critères technocratiques que j'étais entouré d'une multitude de DIS, médecins formés à l'étranger, à qui, depuis la fermeture des CES et de l'internat psychiatrie, avaient été grandes ouvertes, les portes d'une spécialisation à laquelle moi-même, médecin formé en France, je n'avais pas accès !!
Après quelques errements dans le PMSI, en entreprise de conseil médico-économique (...) je me suis finalement installé comme généraliste libéral dans le Cantal. (...)
En conclusion, je dirais que pour ma part, cette réforme n'a rien eu de salutaire, et que manifestement, elle n'a été instiguée que dans une pure perspective mandarinale et technocratique, (démographie médicale ?) plongeant l'étudiant que j'étais dans l'alternative ou bien de me replonger dans la même perspective que celle du concours de P1, c'est-à-dire de me retrouver à préparer pendant 4 ans un concours qui n'avait que de très lointains rapports avec le domaine dans lequel j'espérais enfin pouvoir me spécialiser, ou bien, ce que j'ai fait, de renoncer purement et simplement à tenter de préparer ce concours, échouer, avec le sentiment amer d'avoir été le jouet, ou la victime ignorée et méprisée d'influences qui me dépassent, d'avoir été et sacrifié à des décisions politiques, et à des intérêts peu clairs, d'avoir été une fois de plus maintenu dans une situation infantile (à nouveau faire ses preuves que l'on est apte à être apte), d'avoir été en outre floué, berné, traité injustement, par le fait de que des voies détournées (DIS) aient été accordées à des médecins ayant fait leurs études de Médecine dans d'autres pays, droits dont je n'ai pas bénéficié. (...)
En espérant que ce témoignage peut-être partial et plein de rancoeur vous éclairera peut-être sur des conséquences individuelles d'une réforme aveugle qui m'aura sans doute privé d'une vraie possibilité de m'accomplir sur le plan professionnel, donc pour une grande part existentiel.
Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

IV Des études au métier

Des études au métier, il reste encore des choix à faire et ceux-ci ne sont pas définitifs. Une fois inscrits dans un troisième cycle, d'autres étapes sont à franchir, qui se situent dans la continuité des précédentes, mais dont les règles deviennent de moins en moins formalisées.

À l'issue du DCEM4, les "jeux sont presque faits" : résidents et internes suivent, les uns et les autres, des voies séparées, et peu en changeront[89]. Il s'agit, pour les premiers, de "devenir généraliste" et, pour les seconds, de "devenir spécialiste". Ce chemin, qui est long car il peut durer autant d'années que les deux premiers cycles des études médicales, permet de métamorphoser l'étudiant en professionnel. La réforme a véritablement changé cette partie des études, et ce pour tous les médecins.

IV.A Devenir généraliste

On peut considérer que la formation de généraliste se situe dans deux "endroits" différents : l'hôpital et le cabinet libéral. Ce qui s'appelait "stage interné" dans l'ancien régime est devenu le "résidanat" dans le nouveau régime, changement qui n'est pas seulement terminologique, mais qui détermine la place de ces futurs médecins. Nous verrons ainsi quels sont les apports et les limites de cette nouvelle organisation du troisième cycle de médecine générale.

Mais les généralistes sont peu nombreux à exercer en milieu hospitalier, la plupart d'entre eux pratiqueront une médecine libérale et celle-ci ne s'apprend pas à l'hôpital. Le "stage chez le praticien" était destiné à familiariser l'étudiant avec sa future pratique mais, de l'avis de tous, la véritable formation du généraliste se situe au moment des remplacements.

Enfin, les résidents prolongent souvent plus longtemps que leurs aînés leur formation hospitalière et le lien avec l'institution est plus difficile à rompre. Nous verrons alors comment se négocie, pas toujours de façon définitive, le passage de l'hôpital à la ville.

IV.A.1 "J'avais l'impression d'être médecin"

La septième année de médecine est, pour tous les étudiants, anciens et nouveau régime, futurs spécialistes ou futurs généralistes, une année décisive, qui marque une rupture dans le cursus. Dans l'ancien système, c'était la dernière année, pour les généralistes, durant laquelle ils effectuaient leur stage interne et rédigeaient leur thèse, souvent tout en faisant des remplacements. Autant dire que l'essentiel de leurs acquisitions, celles qu'ils devaient mettre en pratique lors de leurs premiers remplacements, avait eu lieu durant ces six premières années de formation. En septième année, les généralistes de l'ancien régime pouvaient véritablement nourrir cette "impression d'être médecin" car, effectivement, leur formation était quasiment terminée et ils assumaient les véritables responsabilités d'un professionnel.

Dans la pratique, s'il était possible d'enchaîner la thèse sur les deux semestres de stage interné et de s'installer immédiatement après, la plupart des étudiants prenaient un peu plus de temps. S'ils avaient la possibilité d'occuper un poste de faisant fonction d'interne dans un hôpital périphérique (FFI), ils touchaient une rémunération plus importante et pouvaient ainsi parfaire leur formation pratique. Certains prenaient quelques années pour tester différentes formes d'exercice de la médecine générale en effectuant des remplacements plus ou moins réguliers. La période de service militaire a également été évoquée par des médecins comme un temps où ils se sont trouvé confrontés à de véritables responsabilités médicales.

---

[89]Ce ne peut être le cas que de résidents qui décident de tenter l'internat une deuxième fois l'internat.

Le résidanat, d'abord appelé internat de médecine générale se présentait, au départ, comme un stage interné prolongé de deux semestres supplémentaires, auquel s'est ajouté le stage auprès du praticien, sur lequel nous reviendrons plus loin. Il s'est ensuite prolongé d'un, puis deux semestres, avec une maquette de plus en plus structurée. L'objectif — pas toujours atteint si l'on en croit nos témoignages — étant d'assurer à chaque médecin généraliste une formation dans des services de pédiatrie, gynécologie, urgences, en hôpital général le plus souvent, mais avec, également, des stages en CHU. Tous les généralistes que nous avons rencontrés, quel que soit leur régime d'études, se sont arrêtés sur ce moment particulier qui se situe entre les deux premiers cycles d'études et l'installation. C'est vraiment l'instant du passage de l'étudiant au professionnel. Ces expériences, quelle qu'en soit la durée, ont été marquantes puisque c'est le moment de la prise de responsabilité. Cependant, elles se situent toutes dans le prolongement des stages d'externes, mais avec une différence de lieu qui peut être décisive.

Ainsi, les stages du troisième cycle ne sont pas vécus de la même manière selon qu'ils se déroulent en CHU ou en hôpitaux généraux. Dans ces derniers, les étudiants trouvent une équipe plus accueillante, des rivalités moins fortes, un encadrement plus attentif.

> *"ça m'a vraiment plu, parce que bon j'avais l'impression d'être médecin et j'étais médecin d'ailleurs là parce que dans les stages dans les hôpitaux périphériques on est … vraiment livrés à nous-mêmes (…) Et les médecins là-bas ils me faisaient entièrement confiance."*
> *(Généraliste, nouveau régime, SOS médecin)*

Les témoignages sont nombreux pour décrire cette confiance qui se manifeste dans les hôpitaux périphériques, et qui permet de mieux vivre le stress de la responsabilité. La différence entre les médecins issus des deux régimes se situe plutôt dans la manière dont ils perçoivent leur situation au regard des hiérarchies hospitalières. Déjà, pour ceux qui avaient opté pour la médecine générale, ils s'étaient sentis mis à l'écart durant leurs stages d'externes, surtout s'ils avaient le malheur de dire qu'ils se destinaient à la médecine générale. Une fois résidents, ils perçoivent cette forme de discrimination de manière douloureuse, constatant, par exemple qu'un "*praticien hospitalier (...) serrait la main des internes en spécialité mais ne serrait pas la main des résidents*". Les premières générations — celles qui s'appelaient "internes", justement — se voyaient attirer les foudres des anciens internes des hôpitaux, qui considéraient leur titre, si chèrement acquis, fourvoyé par des étudiants qui ne s'étaient pas soumis à l'épreuve du concours.

Dans ce contexte, les résidents trouvent plus facilement leur place dans les hôpitaux périphériques que dans les CHU, où ils ont l'impression de faire de la "figuration" à côté des internes de spécialité dont la position est privilégiée. La fermeture progressive des petits hôpitaux périphériques ne leur est pas favorable, car ils y trouvaient la possibilité de se confronter à des pathologies plus courantes qui les rapprochaient de la pratique du généraliste. Car le gros problème de cette formation à l'omnipratique, dénoncé par tous les médecins que nous avons interviewés, est bien l'inadéquation entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Le choc est quasiment inéluctable entre la rencontre de deux formes d'exercice que, par définition, l'hôpital ne peut enseigner.

IV.A.2 "Personne ne m'avait appris à immobiliser une cheville"

Cette phrase est extraite d'un récit qui raconte avec humour comment un jeune médecin qui est passé dans les "meilleurs" services hospitaliers se trouve totalement démuni devant un problème simple de consultation de généraliste, alors qu'on lui avait appris à "poser des broches", mais pas à faire un bandage à la suite d'une entorse. Là aussi, les générations se succèdent et se ressemblent étrangement : ce n'est pas à l'hôpital que l'on apprend la médecine générale. Le prolongement de la formation hospitalière ne résout absolument pas ce paradoxe, et même, il aurait tendance à le renforcer, puisque le temps passé à remplacer est aujourd'hui occupé par le résidanat.

Les études de médecine générale sont, dans les faits, rallongées. Elles ne le sont pas seulement du fait du troisième cycle, mais parce qu'une partie des étudiants devenant généralistes sont aussi ceux qui redoublent leur PCEM1, prolongent leur deuxième cycle s'ils veulent tenter l'internat et que, dans les cas de choix par l'échec de la médecine générale, ils prolongent — parfois dans l'espoir d'obtenir un poste de P.H. — leur formation hospitalière le plus longtemps possible. Tout ceci fait que les futurs généralistes ont des temps réels d'études plus élevés que les futurs spécialistes et qu'ils ont hâte de s'installer.

Devant l'écart important que tous constatent entre une médecine hospitalière et la médecine de ville, diverses solutions, plus ou moins institutionnalisées, ont été tentées. L'une d'elles concerne le stage auprès du praticien. Nous n'avons rencontré de possibilité d'effectuer ce stage sous l'ancien régime que dans la faculté de Nantes, et il pouvait, alors, valider un semestre de stage interné. Il s'agissait d'une démarche volontaire de la part de l'étudiant et nécessitait qu'il réussisse à convaincre un généraliste de l'accueillir dans son cabinet, démarche également volontaire et gratuite de la part de ce dernier. Dans un contexte où les remplaçants étaient nombreux, l'intérêt du praticien à participer à la formation d'un étudiant n'était pas évident.

La réforme a généralisé cette pratique sans que, pour autant, le stage auprès du praticien ne se substitue à un semestre de stage, mais corresponde plutôt à un certain nombre de demi-journées passées dans le cabinet d'un "maître de stage" désormais habilité par la faculté et rémunéré. Les effets pédagogiques de cette expérience sont, aux dires de nos interviewés, très discutables. Pour certains, ce fut une véritable "révélation", la découverte d'un métier dont ils ne soupçonnaient pas les réalités concrètes. Pour d'autres, il s'agit d'une formalité remplie sans intérêt par leur "maître" et qui, parfois, se résolvait par une transaction : "tu peux ne pas venir, je te valide ton stage quand même...". Au-delà de ces critiques plus ou moins acerbes qui dénotent surtout des problèmes relationnels, se pose la question de l'introduction d'un tiers dans ce qui se présente comme un "colloque singulier". Comment apprendre à trois une relation à deux ?

> *"On nous impose le stage chez le généraliste. Mec qui, en général, est bien content de lui hein ! Parce qu'il est directeur de stage, c'est affiché dans sa salle d'attente, et qui vous octroie, je crois, un certain nombre de demi-journées où vous plantez la tente à côté de lui. Alors c'est affiché sur la porte : " Attention j'ai ma petite stagiaire ", j'aime bien. Et vous regardez comment se déroule la consultation. Alors déjà je trouve que c'est pervers parce qu'une consultation, ce doit être entre deux personnes, pas une troisième qui regarde, enfin du moins dans un cabinet médical. Et ensuite et ben, on n'apprend rien, parce que là c'est pareil, ce sont les patients d'un confrère, avec sa personnalité, la personnalité du patient, quelque chose qui se noue entre les deux, qui se noue mal parce qu'il y a une troisième personne qui regarde. Et ça sert à rien. Il nous apprend vaguement à remplir les papiers, vaguement parce qu'il n'a pas que ça à foutre (…) Heureusement j'ai fait des remplacements. "*
> *(Généraliste, nouveau régime)*

L'ambiguïté est d'autant plus forte que, lorsque le stage auprès du praticien a été institué, les étudiants avaient du mal à trouver des remplacements de médecine générale et risquaient de s'installer sans jamais avoir eu d'expérience de terrain. Aujourd'hui, la situation est inversée, car ce sont les généralistes qui ne trouvent plus de remplaçants. La formule du "maître de stage" peut alors devenir un bon moyen de "recruter" des remplaçants. Un des projets en cours sur la réforme des troisième cycle de médecine générale va jusqu'à imposer aux étudiants un dernier semestre de "remplacements" en quatrième année de résidanat... Quel est alors le "statut" du "remplaçant" ? Ces problèmes sont délicats et le Conseil de l'Ordre s'est montré souvent vigilant quant aux risques d'utilisation détournée du "stagiaire" par des praticiens en exercice.

La "vraie" formation du généraliste semble bien avoir toujours été et reste encore le remplacement d'un médecin en exercice. Certes, selon les conditions dans lesquelles celui-ci s'effectue, il peut être plus ou moins formateur : entre l'étudiant frais émoulu de son DCEM4 qui se trouve, durant plusieurs semaines, aux prises avec une clientèle forgée par un médecin qui exerce seul son activité en milieu rural, et celui qui commence par remplacer une journée par semaine un

généraliste travaillant en milieu urbain dans un cabinet de groupe, les conditions ne sont pas du tout les mêmes. Or, tous sont soumis aux mêmes règles, et devant les problèmes posés par cette immersion parfois trop rapide, les réponses sont souvent radicales : on repousse aujourd'hui l'autorisation de remplacer de plus en plus loin dans le cursus. Ainsi, les premières promotions du nouveau régime pouvaient encore remplacer à l'issue du DCEM4 et certains internes de spécialité en ont profité pour se confronter à la réalité du métier de généraliste. Aujourd'hui ce n'est plus possible, il faut avoir fait une première année de résidanat pour prétendre à une autorisation de remplacement.

Il est difficile de savoir si, aujourd'hui, un médecin généraliste est "mieux" formé qu'hier, et cela n'est, ni de notre propos, ni de notre compétence. Ce dont nous pouvons, ici, rendre compte, c'est de ce sentiment toujours aussi général et qui s'exprime selon les mêmes termes, d'avoir été "mal" formé. Un peu comme pour les stages hospitaliers, il semble que l'institution ne réponde pas aux attentes des futurs médecins et que les "bonnes" formations soient celles que chacun se fabrique.

IV.A.3 "Après on se dit, bon maintenant c'est à nous de..."

Formation hospitalière, stage auprès du praticien, remplacements, thèse et après... il faut bien prendre une décision : s'installer ? seul ou en groupe ? trouver un emploi salarié ? rester à l'hôpital ? lequel ? Les décisions ne sont pas faciles à prendre et nous avons rencontré, dans les générations les plus anciennes, de nombreux cas où elles n'étaient pas définitives. Les récits d'installation "ratées" sont cuisants, l'amertume, si elle n'est le cas que d'une minorité de nos interviewés, concerne surtout les généralistes.

On voit alors que les choix s'opèrent à l'issue d'étapes successives. La première consiste à quitter l'hôpital. L'alternative ne semblait pas vraiment se poser chez les étudiants de l'ancien régime. Futurs généralistes, ils n'imaginaient pas faire une carrière hospitalière, et soit ils s'installaient en libéral, soit ils devenaient salariés. Chez les plus jeunes, les choses sont racontées différemment. Leur statut et le prolongement de leur formation hospitalière les a intégrés, un temps, à l'institution. Il s'agit donc, pour eux, de la quitter. Si cela se fait rapidement et sans hésitation pour certains, pour d'autres cette séparation est plus difficile.

On trouve ici un des paradoxes de la formation du généraliste : l'augmentation de sa durée ne joue pas toujours en faveur d'une plus grande assurance pour faire le pas vers l'exercice libéral. Là, le médecin sait — parce qu'il a remplacé — qu'il sera seul, qu'il devra décider souvent dans l'urgence, qu'il devra faire attention aux coûts, qu'il n'aura pas à sa disposition le plateau technique dont il profite en milieu hospitalier. A l'hôpital, il "prend des habitudes" qui sont encore plus difficiles à perdre. Certains vont chercher à y rester, soit dans un CHS ou un CHG, soit aux urgences, la plupart prennent surtout conscience que la hiérarchie hospitalière ne leur est pas favorable et c'est ce qui peut déclencher la décision.

Il subsiste, chez certains généralistes du nouveau régime en exercice, un sentiment de doute quant à leurs compétences et on sent, dans leurs récits, le besoin de (se) prouver qu'ils ne sont pas aussi "nuls" qu'ils l'ont entendu durant tout leur cursus.

> *"j'ai parfois pas honte d'amener chez le spécialiste, mais parfois je me dis le spécialiste, il va dire que c'est de la rigolade, et je vois que le spécialiste, ça lui pose un problème aussi. Alors je me dis : je ne suis pas vraiment nul, j'avais raison, c'était vraiment un problème."*
> *(médecin généraliste nouveau régime)*

> *"Mais c'est vrai quand moi j'ai fait mes études, on considérait que les généralistes, c'étaient ceux qui avaient raté l'internat, bon moi je le vivais pas comme ça parce que je savais ce que je voulais faire, un peu comme genre de... mais c'est vrai que c'était ce qui était considéré quoi ! Maintenant on en revient un petit peu mais... et puis c'est pas ça, surtout parce que on s'aperçoit que les fameux spécialistes, ils sont*

bien contents de nous avoir quand après ils se dépatouillent pas avec la mamie qu'a tout, dans tous les sens, eux ils voient leur truc et après ils sont bien contents qu'il y ait quelqu'un qui fasse le point ! " (médecin généraliste, nouveau régime)

Ce n'est qu'après avoir acquis un peu d'expérience, qu'ils s'autorisent à remettre en cause l'enseignement qu'ils ont reçu et les attitudes méprisantes qu'ils ont ressenties à leur égard. Durant les études, le recul est impossible à faire, on considère que le système auquel on est soumis est le "meilleur", les hiérarchies sont justifiées continuellement par un jeu de classement qui agit comme une justification de la valeur et qui accorde peu de place à tout ce qui n'y participe pas. Les généralistes du nouveau régime n'avaient pas, durant leurs études, les moyens de contester cette attitude de dévalorisation à leur égard, d'autant plus que, nous l'avons vu, le système s'est stabilisé sur un mode qui les place, en effet, en "bas" des classements universitaires.

Encadré n°11

"Ca reste un beau métier"

Fille d'une institutrice et d'un commerçant, cette étudiante parisienne choisit de faire médecine par "vocation", après s'être occupée de son grand père souffrant. Elle a vécu des "échecs" scolaires puisqu'elle fut d'abord orientée vers une filière technique avant d'intégrer une seconde générale : "personne n'aurait parié sur moi", affirme-t-elle. Rapidement, elle fait une croix sur l'internat et se destine à la médecine générale même si elle se laisse entraîner à préparer le concours à la fin de son deuxième cycle. Assidue aux cours, attentive à trouver des stages variés, elle s'installe néanmoins dans le doute et se fait soutenir par son père (qui achète les murs de son cabinet) et son mari (ingénieur, qui lui assure une sécurité financière et un soutien psychologique).

Q : Et vos stages alors comment vous les avez choisi ?
Je les ai choisi toujours un peu dans l'optique de devenir médecin généraliste, oui, c'est vrai, c'est-à-dire que j'ai fait de la cardio, j'ai fait de la gynéco, j'ai fait de la pédiatrie, j'ai fait un peu les choses généralistes quoi, qui pouvaient…, et puis j'ai fait les trucs obligatoires, chirurgie tout ça, qui n'étaient pas forcément mon truc quoi (...)
Q : Donc vous vous êtes dit non parce que l'internat se préparait assez tôt dans les études ?
Je ne l'ai pas préparé assez tôt. Voilà c'est ça, voilà je ne l'ai pas préparé, oui non je ne bachotais pas comme ceux qui voulaient absolument l'avoir, deux ans avant non non, ça a du être la dernière année ou l'avant dernière année, je me souviens plus trop que j'ai du décider de le passer la dernière année, en me disant je le travaille, je vous dit là c'était dans l'optique de toute façon je ne l'aurai pas, c'est pour me former quoi, pour parfaire mes connaissances.
Q : Est-ce que vous avez l'impression que vous étiez bien formée en tant que généraliste ?
Non, non, non, non je pense que c'est peut-être mieux maintenant mais à l'époque on formait des spécialistes, non et pourtant à l'époque c'était il y a dix ans hein ! Les stages c'est que des stages de spécialités, on vous montre la spécialité de votre stage sauf en pédiatrie (...) dans un service où il était quand même très porté sur la pédiatrie générale (...), on était de garde aux urgences on voyait de la pédiatrie de ville et donc, sauf ça, et la gynéco et encore parce que la gynéco il y avait beaucoup d'obstétrique (...) donc en fait, non on était formé, bon, pourquoi, parce que c'est vrai que l'enseignement se fait à l'hôpital, donc à l'hôpital en général déjà, c'est spécialisé mais moi j'ai…, les derniers temps aussi j'ai fait des stages de consultations de médecine générale à l'hôpital pour pouvoir essayer de voir ce que ça pouvait être parce que…
Q : Et vous avez fait des remplacements tôt ?
J'ai pas fait de remplacement quasiment, non même pas quasiment je ne voulais pas. j'en ai pas fait.
Q : Donc vous avez décidé le privé ?
Oui, parce qu'à Paris, il n'y a aucune possibilité de travailler à l'hôpital, j'aurais pu trouver une place dans le public j'aurais peut-être essayé quand même, parce que rester dans une structure, enfin oui et non parce que la dernière année, j'en avais marre de la hiérarchie, de l'hôpital, du chef, du machin, du truc. J'en avais marre quoi de cette hiérarchie, j'avais marre des gardes, des urgences mais vraiment, vraiment c'était quelque chose d'horrible donc j'avais envie de sortir de ce milieu-là sans savoir vraiment ce que c'était que l'autre milieu d'ailleurs, mais bon.
Q : D'accord, et votre installation, comment ça s'est passé ? Vous avez passé votre thèse ?
Alors moi j'ai passé ma thèse, j'ai préparé, commencé à préparer ma thèse lors de mon dernier stage de médecine générale parce que je voulais l'avoir, je savais le danger de un petit peu ça y est c'est fini au revoir et puis de laisser passer et puis de plus avoir de motivation pour la passer parce que c'était quelque chose qui était un peu, je trouvais pas très intéressant la thèse en soi quoi, donc, (...) j'ai du passer ma thèse le 18 juin et j'ai ouvert mon cabinet début août.

Q : Et est-ce que vous avez un souvenir d'avoir eu des angoisses pour le premier patient ou, comment ça s'est passé ?
Ah oui, mon premier patient je m'en souviens comme si c'était hier, mon mari était resté avec moi, c'était une dame qui, qu'est ce que vous voulez savoir, si ça m'a angoissé ?
Q : Oui c'est ça, est-ce que vous vous êtes sentie un peu démunie, vous avez eu peur ?
Oui, oui, oui c'est sûr, oui, c'est sûr, pas que le premier d'ailleurs, les premiers temps quoi ! Oui, oui.
Q : Qu'est ce qui vous a posé le plus de problèmes dans les premiers temps ?
Ben j'étais pas sûre que je saurai, que j'étais vraiment médecin, je me disais quand même c'est…, on avait toujours exercé dans un cadre protégé à l'hôpital, même si on faisait des choses qui étaient a priori au moins aussi compliquées, mais c'est aussi toujours cette formation qu'on avait pas quoi, de médecine générale. Moi la première dame qui est venue elle s'était fait piquer par une guêpe sur la lèvre, ben ça à l'hôpital, à moins que ce soit le choc prophylactique, on ne le voit pas, donc bon on peut chercher faut tout de suite avoir les réflexes, un petit peu de dire qu'est-ce que je fais dans un cas, c'était pas grave, mais bon ! Et puis c'était ça qui m'avait paru un peu difficile au début et puis cette sensation d'être seule dans le cabinet c'est-à-dire que bon ben faut résoudre le problème de la personne tout de suite, il ne faut pas lui dire et ben on verra, on va faire plein d'examens et puis on va voir, comme on fait à l'hôpital. Parce qu'à l'hôpital vous voyez la personne c'est tout juste si vous l'examinez vous lui faite toute une batterie d'examens et puis après on va réfléchir au cas, mais en fait là c'est le contraire, d'abord on réfléchit au cas et on se demande s'il faut vraiment faire certains examens pour avoir la preuve. Donc c'était vraiment l'inverse la façon de travailler, alors moi j'ai pas beaucoup remplacé c'est pour ça aussi que il y avait ce décalage, j'ai fait quand même le stage chez le praticien, qui m'avait laissé d'ailleurs pas mal de liberté à ma grande surprise, donc j'avais quand même vu un peu, mais, mais c'est une expérience avec quelqu'un toujours, où je me disais si j'ai un problème je lui demande.
Q : Oui, vous avez l'impression que vous vous êtes formée un peu sur le tas ?
Oui, totalement oui, enfin totalement…(...)
Q : Qu'est-ce que vous diriez qu'il faut comme qualités pour être un bon généraliste?
Il faut de l'écoute, beaucoup d'écoute. Il faut de la disponibilité d'esprit, il faut... ah ! c'est difficile ce que vous demandez ! Parce que ça voudrait dire que j'ai toutes ces qualités, si je me considère comme un bon généraliste ! (...) faut quand même pouvoir un petit peu sentir les maladies ou les choses, enfin sentir l'état des gens parce que pour moi c'est quand même très au feeling la médecine, c'est pas juste des connaissances. C'est pour ça que j'ai jamais collé non plus dans le bachotage de l'internat". (...) Donc on fait de la médecine et la médecine c'est ça quoi, et il faut aller trouver le symptôme important au milieu, des fois d'un magma de troubles de vie quoi, de mal d'être (...)
Q : Vous n'êtes pas déçue du tout ?
Ah non, je ne suis pas déçue du tout. Je suis fatiguée dès fois, je suis énervée, des fois ça me barbe, mais ça reste un beau métier.

IV B. Devenir spécialiste

La grande modification induite par la réforme reste celle du déroulement du troisième cycle spécialisé. C'est, pour les étudiants du nouveau régime, souvent le début de l'apprentissage du métier. Parce qu'il s'agit, justement, de ceux qui viennent de consacrer six années à se classer avantageusement année après année, à préparer le concours afin d'avoir le choix le plus large possible, ce sont chez eux que l'on ressent le plus l'importance de ce moment où, enfin, ils vont apprendre le métier. La rupture est beaucoup plus nette pour eux que pour leurs aînés, chez qui, nous l'avons vu, le processus se déroulait par étapes et par expériences successives. Les résultats au concours de l'internat les classent une fois pour toutes et il leur faut "faire avec" cette nouvelle donne pour déterminer, ensuite, quel sera leur avenir professionnel.

Une fois les premiers choix de stage faits, ils se retrouvent dans des services où on leur confie très vite des responsabilités. Le choc est souvent brutal et c'est cette expérience dont nous rendrons compte dans un premier temps. Mais, en même temps qu'ils se confrontent vraiment aux malades, au diagnostic, à la prise de décision thérapeutique, ils prennent conscience de leur place dans la hiérarchie hospitalière et doivent, très rapidement, s'y situer. S'ils veulent rester dans un grand hôpital, les places sont chères et la concurrence est vive. Mais là, tout ne dépend pas seulement d'eux, il faut aussi qu'ils soient choisis par un chef de service qui les aidera à obtenir un poste de chef de clinique puis de praticien hospitalier.

A la fin de leur internat, voire de leur clinicat, il leur faut alors prendre la décision de quitter l'institution hospitalière dans laquelle ils viennent de passer au minimum 4 années, mais souvent beaucoup plus. Là, les choix sont difficiles pour ceux qui n'ont pas été "élus" par leur hiérarchie, ils doivent prospecter, s'interroger et, surtout, faire le pas de se séparer d'un environnement technique et collectif dans lequel ils ont appris leur métier.

IV.B.1 "C'est un peu le baptême du soin, le baptême du feu"

De même que, pour certains étudiants, l'entrée à l'hôpital comme stagiaire de PCEM2 représentait une "récompense", de même l'intégration comme interne dans un service constitue un passage symbolique essentiel pour les internes. Ils découvrent alors l'écart entre l'apprentissage théorique auquel ils viennent de se consacrer et la pratique d'une médecine qui nécessite des connaissances cliniques et une notion qui, jusque là, leur était parfois étrangère, qui est celle du soin.

> *"Et puis je dois dire qu'avec les stages d'internat on se prend au jeu de la clinique. C'est là, qu'on commence, enfin, enfin je crois que c'est vraiment là que j'ai commencé à prendre conscience de l'intérêt de la médecine en terme d'aide, en terme de soins, en termes de soulagement. C'est un peu le baptême du soin, le baptême du feu."*
> *(Pédiatre, nouveau régime, hospitalier)*

Ce discours est très caractéristiques des étudiants du nouveau régime, ou de ceux qui, dans l'ancien régime, ont passé l'internat des hôpitaux. Les spécialistes par CES avaient un parcours beaucoup plus chaotique, ils passaient par la médecine générale le plus souvent, et surtout ils vivaient leur troisième cycle dans la continuité du second. Le passage par l'internat signifie cette rupture entre deux apprentissages, entre deux formes de savoir et, ce que ces étudiants avaient intégré comme étant le "top" de la connaissance médicale, ils doivent, d'une certaine manière, l'abandonner pour entrer dans la pratique. Ces médecins s'aperçoivent que ce n'est pas la question difficile à laquelle ils ont réussi à répondre le jour de l'épreuve qui fait d'eux un meilleur médecin et un certain nombre d'entre eux s'interrogent, alors, pour savoir "ce qui manque" à la formation médicale.

De ce point de vue, on relève deux types d'attitudes : il y a ceux qui considèrent que l'enseignement contient des insuffisances, que certaines "matières" auraient dû figurer au programme, concernant, par exemple, l'abord psychologique du malade. La confrontation avec la réalité du métier les laissent sur cette idée que le "programme" n'était pas complet. D'autres analysent leurs difficultés, non pas comme un manque de savoir, mais comme une "erreur" pédagogique. C'est la forme de l'apprentissage qu'ils remettent en question, en particulier une approche de la pathologie qui ne fait pas le lien, concrètement, avec la personne humaine.

Quelle que soit la manière dont s'expriment ces anciens étudiants, la dichotomie entre savoir théorique et pratique médicale est relevée par l'ensemble de nos interviewés. Alors que la sélection se fait uniquement sur les savoirs théoriques, que les études ne permettent aucune évaluation sur la pratique, on note, dans les discours, une survalorisation de l'apprentissage du métier "au lit du malade". Du coup, la différence de "qualité" entre des internes et des anciens CES ne réside plus dans le fait que les premiers ont été de brillants candidats à un concours, mais dans la différence de formation pratique.

Q : Vous estimez-vous avoir été bien préparé à votre métier de médecin ? :
"Par l'internat oui. Par l'internat oui, pas par les études, pas du tout. Et par le concours, pas du tout non plus si ce n'est qu'on a une grande base de connaissance après qu'on utilise et qu'on lie par expérience, tout simplement. L'internat c'est un moment magnifique. Les médecins qui sortent de l'internat de médecine sont tout à fait formés pour bien soigner les gens, ça sans problème. Ils ont vu beaucoup de malades, ils ont participé à beaucoup d'heures, ils ont fait énormément de gardes, ils ont rencontré beaucoup de gens connaissant leur métier, beaucoup de gens qui ne connaissent pas du tout leur métier, donc ils ont pu apprendre par le positif et aussi par le négatif. Et fatalement, à la fin, l'interne en spécialité, est d'excellente qualité et nettement, nettement mieux préparé que par le CES. Il n'y a pas de problème là-dessus. (…) On passe dans les services les plus pointus de la ville, et on voit les choses les plus belles. (…) A côté de ça les CES n'avaient qu'une formation théorique, n'étaient pas vraiment acceptés dans les services. Ils servaient de secrétaires ou de sous-secrétaire aux autres médecins."
(Cardiologue, nouveau régime)

L'extrait d'entretien ci-dessus montre, de façon typique, comment l'accumulation de connaissances théoriques prend la place d'une autorisation à avoir accès à la "vraie" formation, qui se fait sur le terrain. Le superlatif est sans cesse utilisé pour caractériser la formation de l'interne : "moment magnifique", "tout-à-fait formés", "beaucoup de malades, d'heures, de gardes" etc. A côté, les études, c'est le "pas du tout" et les CES étaient des "secrétaires ou sous-secrétaires", dont la formation n'est **que** théorique. De ce point de vue, on voit des effets très directs d'une réforme qui cherchait à uniformiser les formations spécialisées, mais aussi le paradoxe du moyen utilisé : on sélectionne ceux qui auront accès à cette pratique à partir de leur capacité à engranger un savoir théorique sous une forme standardisée. Ceci conduit un grand nombre d'anciens internes à dévaloriser ce savoir pour lequel ils ont tant donné, considérant, *in fine*, qu'il n'a surtout servi qu'à la sélection.

IV.B.2 "La motivation principale, c'est le pouvoir"

Réussir le concours peut aussi être un piège, pour ceux qui pensent qu'enfin, leur "heure" est arrivée. Car, si les internes de CHU jouissaient d'une place privilégiée pour accéder à une carrière hospitalo-universitaire, les internes de spécialité ne sont plus dans ce cas, et la majorité d'entre eux devront se tourner vers le secteur privé. Ils se confrontent alors à des règles de "choix", celles qui feront que, cette fois-ci, c'est eux qui seront choisis.

Les concours d'accès aux postes hospitaliers obéissent à des règles formelles que nos interviewés nous ont décrites comme étant surtout subjectives. En effet, ce n'est pas tant le dossier final qui fera la différence que la possibilité, offerte en amont, à un candidat de se constituer un dossier performant. Pour cela, il faut passer des examens supplémentaires (DEA, Thèse), figurer en bonne place sur des publications, "rendre des services" à l'institution, autant de "points" qui ne peuvent s'accumuler que dans certaines conditions. Là, il faut se battre à nouveau, ou alors

bénéficier du soutien d'un chef de service qui vous donne les meilleures conditions de préparation au clinicat et aux concours de P.H. : temps consacré à la publication, délégations de cours etc. Mais il s'agit tout de même de sacrifier, encore, une grande partie de son temps à la préparation des concours hospitaliers, ce qui, souvent, génère une auto-élimination.

Celle-ci se fait sur des critères simples. Certains sont dans la continuité des discriminations de l'internat. Les femmes, en particulier, renoncent assez spontanément à poursuivre cette course. Elles ont, pour réussir le concours, et plus souvent que les hommes, dû sacrifier toute vie privée, conjugale et familiale. Une fois interne, elles ne sont plus aussi prêtes à poursuivre un tel "sacerdoce" et renoncent alors, d'elles-mêmes, à l'investissement que représente la "course au poste".

Très vite, les internes perçoivent quelles sont leurs chances de rester dans le système. Un des critères est la mobilité : les internes "déplacés" sont rarement "élus" par un chef de service, qui leur préférera un local. Le jeu devient subtil car il combine une capacité à continuer à investir le travail théorique et la nature des relations inter-individuelles. Tout peut se dire très vite, comme l'expriment à mots plus ou moins "couverts", les interviewés :

> *"Bon le choix de notre cursus universitaire, au terme de l'internat et de l'assistanat, si vous optez pour une carrière hospitalière encore faut-il qu'on vous soutienne, soit le reste c'est les cliniques. Moi quand j'ai commencé mon assistanat dans les services de l'hôpital Nord, la première chose que m'a dit mon chef de service c'est : qu'est-ce que tu vas faire une fois que tu auras fini ton assistanat ? Donc ça voulait dire : tu ne feras rien avec moi, donc penses déjà à la sortie"*
> *(Chirurgien, ancien régime)*

> *"Parce qu'il y avait un aspect carrière, de carrière hospitalière qui était pas adaptée. C'était pas ... C'était pas ... C'est très particulier, il y a une influence politique, une influence politique locale, politique de services à qui veut rester à l'hôpital comment ça se passe. Y'a une lutte des chefs un peu permanente, y'a tout qu'est pas toujours..."*
> *(Cardiologue, nouveau régime)*

L'expression couramment utilisée est celle de la course que, cette fois, certains abandonnent. Du coup, même ceux qui passent les différentes étapes sont bien conscients que ce n'est pas "la qualité du médecin" qui fait leur distinction, mais que ça se joue "au nombre de papiers, au nombre de points, à la recherche". Ce mode de sélection ne contribue pas à renforcer une confiance en soi. Paradoxalement, les récits montrent que, lorsque la concurrence est rude — et là tout est question de vacances de places et de réputation des services —, le candidat aux postes hospitaliers néglige une fois de plus sa pratique médicale pour se constituer un dossier performant. Plus leur parcours est "brillant" — du point de vue des critères hiérarchiques du corps —, plus les médecins que nous avons interrogés tombent "de haut" lorsqu'ils se confrontent à une réalité du métier qui les laisse toujours dans le doute.

Le paradoxe de la formation médicale semble donc se poursuivre avec l'internat et l'accès aux postes hospitaliers. Un paradoxe fondé sur l'articulation apparemment impossible entre l'apprentissage d'un métier et les critères de la sélection censés faire les "meilleurs". Au final, on n'évite pas la cooptation et l'anonymat n'est plus à l'ordre du jour, lorsqu'il s'agit de constituer un "corps d'élite". Car, comme le dit un de nos interviewés, ce n'est pas le ministre de la santé qui a le Pouvoir, ce sont les médecins hospitalo-universitaires, ce sont eux qui, sur le terrain, ont à prendre les décisions sur les fondements mêmes de la médecine d'aujourd'hui, à travers les choix qui s'opèrent au cours de la formation des médecins.

IV.B.3 "Vais-je rester tout le temps à l'hôpital ?"

L'enjeu d'une carrière hospitalière n'est pas seulement professionnel, il est aussi économique. Seuls ceux qui ont occupé un poste de chef de clinique pourront prétendre, lors de leur installation dans le privé, à un conventionnement en secteur 2, dit à "honoraires libres". Dans les zones où cette

distinction est importante, comme à Paris, l'enjeu est donc de taille, les candidats luttent pour leur futur niveau de vie.

Internat et clinicat représentent donc, au minimum, six années supplémentaires avant de penser une installation dans le privé. Autant que les six premières années d'études, mais ce sont celles durant lesquelles les jeunes médecins acquièrent une expérience de terrain, mais aussi s'installent dans leur vie personnelle et aspirent à une stabilité professionnelle. Quitter l'hôpital n'est donc pas une mince affaire et le choix se situe à plusieurs niveaux.

Un premier choix pourrait être qualifié d'éthique. L'hôpital représente un service public auquel ces anciens internes étaient, pour nombre d'entre eux, attachés. Il correspond bien à l'image du médecin de tous, il évite aussi que des questions financières s'interposent dans la relation avec les malades. On trouve cette représentation de l'institution surtout chez les médecins d'une origine sociale plus modeste, ceux qui se plaçaient, en entrant en faculté, plus du côté du soin. De ce point de vue, l'hôpital déçoit. Il donne une image déshumanisée du soin et de la relation au malade d'un côté, de l'autre côté il se présente comme un enjeu de luttes individualistes où la notion de service public paraît désuète.

> *" Ben le choix public, privé ça se pose de moins en moins, c'est vrai qu'avant il y avait une grosse identité du secteur public, une grosse identité médicale et c'est vrai que ça tombe beaucoup. Moi je suis assez, à la limite, je serais assez content qu'il y ait une certaine identité du secteur médical public... Parce que une certaine identité, ça peut demander une éthique de travail, aussi, c'est-à-dire que on est ouvert sur... Même les gens au niveau financier, complètement démunis, on peut complètement travailler, on va pas chercher si il a une mutuelle, ni si il est capable de supporter un dépassement d'honoraires, ça c'est une éthique qui disparaît ! Enfin je trouve que ça n'a pas été bien cultivé par nos patrons depuis, depuis, c'est pas récent hein, depuis trente ans hein !, Qui ont plus, ont presque une étiquette, se permettant de faire des actes gratuits, des choses comme ça que on avait à l'hôpital public quoi. Donc je trouve que... Puis il y a beaucoup de gens qui travaillent à l'hôpital public qui n'ont pas du tout un caractère de travail dans l'hôpital public ! C'est-à-dire qui raisonnent comme des gens du privé ! Qui cherchent à faire du privé ! "*
> *(Chirurgien nouveau régime, chef de clinique en CHU)*

Au-delà de cette dimension éthique, vient se greffer une dimension plus professionnelle, en particulier pour ceux qui pratiquent une médecine qui demande des moyens techniques et humains importants. Beaucoup de nos interviewés découvrent, au fil des années, que le privé n'offre souvent pas moins de moyens que le public et ils considèrent que l'ambiance y est parfois bien meilleure, puisque la hiérarchie hospitalière pèse moins dans les relations entre médecins. Pour ceux qui ne sont pas dans des secteurs de recherche, dont la place ne leur est pas "réservée", l'alternative est souvent d'avoir à choisir entre un poste dans un hôpital périphérique ou une installation dans le privé. De ce point de vue, il faut une grande dose d'abnégation pour choisir l'option qui sera la moins rentable financièrement, la moins intéressante techniquement et la moins attractive socialement et pour sa famille. L'hôpital périphérique ne "fait pas le poids" par rapport au privé et c'est ce que les plus anciens ont compris et que les plus jeunes commencent à réaliser. Un interne de santé publique explique ainsi que, plutôt que de rester "second couteau" à l'hôpital, il a préféré monter une société dans le privé, et un pédiatre affirme qu'il ne restera dans le public que s'il a les moyens "d'avancer".

> *"non le côté déshumanisé de la médecine hospitalière fait que à mon avis on peut travailler dans les hôpitaux dans la mesure où on s'intègre à une équipe, le travail en équipe, ça c'est quelque chose de porteur, c'est-à-dire qu'on construit ensemble quelque chose, on est dans une société humaine, on modifie un secteur d'activité de soins et on avance vers quelque chose (...) Je me suis toujours dit : si je trouve une équipe hospitalière dans laquelle je m'intègre, où je peux faire avancer les choses OK. Si je la trouve pas, ça ne me gène absolument pas de m'installer en ville."*
> *(Pédiatre, CHU, nouveau régime)*

Pour certains, qui se sont piqués au jeu de la recherche dans des domaines pointus et qui ont trouvé, dans l'institution hospitalière de quoi avancer dans ce domaine, risquent, à un moment

donné, d'être enfermés dans une ultraspécialisation qui ne leur laisse pas d'autre alternative que de trouver une place dans un service très performant ou... d'abandonner la médecine.

Ce qui marque cette génération d'étudiants, c'est vraiment cette proximité à l'hôpital qui rend toute rupture problématique. Leurs relations avec l'hôpital est souvent ambiguë puisque leur place est à la fois plus stable — le temps de l'internat — et plus précaire, puisque la majorité d'entre eux devront quitter l'hôpital. Certains vont jusqu'à faire des vacations gratuites tout en remplaçant dans le privé, et ont beaucoup de mal à couper les liens avec l'environnement hospitalier. La plupart se retrouvent dans des associations professionnelles où le collectif leur permet de retrouver un "cocon" rassurant. Le pas vers la solitude, les problèmes de coût des prescriptions, la décision prise seule, pose des problèmes de même nature que ceux que nous avons pointé chez les généralistes. La différence est que, là, il se fait plus tardivement et cela permet qu'ils aient acquis une expérience plus grande que celle des généralistes, d'autant plus que la médecine hospitalière est plus proche de leur futur métier que de l'omnipratique libérale. En revanche, leur dépendance est aussi plus grande et les choix se font plus tard, avec parfois des déceptions d'autant plus forte qu'ils ont fait les sacrifices devant leur permettre de gravir des échelons qui, finalement, les conduiront aussi à l'exclusion. En outre, cette hiérarchie instituée entre hôpitaux périphériques et CHU, qui est assimilée à celle existant entre résidents et internes les conduit à considérer qu'une place dans les hôpitaux secondaires serait une rétrogradation. Leur choix se formule le plus souvent entre des services de pointe des CHU ou le privé.

Encadré n°12

Clinique ou recherche ?

L'équilibre entre la clinique et la recherche n'est pas toujours facile à trouver, pour les médecins hospitaliers. Souvent, la recherche se fait au détriment de la vie privée, dans la continuité de la préparation aux concours. Les deux chefs de cliniques dont nous citons les extraits d'entretiens ci-dessous disent travailler souvent chez eux, le soir et le week-end. Ils vivent la recherche et les publications comme une "obligation informelle" qui permet leur maintien à l'hôpital, même si, l'un comme l'autre ne sont pas encore bien sûrs de pouvoir y rester.

Femme, neurologue chef de clinique à l'hôpital

"Donc en fait là je suis dans le service de neurologie, euh donc je viens juste de finir mon clinicat et c'est un poste en fait qui est fixe dans le service, moi c'est un peu compliqué parce que l'autre poste que je vais avoir il va être à mi-temps ici et à mi-temps, si il ouvre un jour, à l'hôpital européen, l'hôpital Georges Pompidou, voilà en fait le travail ici c'est des consultations, j'en ai deux par semaine, enfin deux après-midi, ensuite il y a le travail ici en hospitalisation, donc en fait j'ai la responsabilité d'une salle, donc il y a 18 lits et donc je fais des visites assez souvent dans la semaine, plus avec le chef de clinique de la salle on encadre les internes etc… donc il y a ce travail là et puis il y a tout le travail à côté de recherche en fait qui nous prend bien la moitié de notre temps, largement.
Q : Alors la recherche ?
Ben en fait…
Q : Est-ce qu'au départ vous aviez envie d'en faire ?
Non pas du tout non, non, en fait j'y pensais pas vraiment enfin la recherche pour la recherche ça ne me tentait pas trop parce que j'aimais bien le métier de médecin, ça ne m'a jamais tenté là en fait c'est de la recherche clinique donc c'est ça oui c'est très intéressant.(...)
Q : Est-ce vous diriez que vous êtes rentrée dans le créneau de la promotion à l'hôpital, vous avez envie de monter, par les publications, par les… ?
Alors ça c'est compliqué parce que je pense que non, je pense pas du tout que j'ai le profil de vouloir absolument je suis pas aussi ambitieuse que ça, euh les publications, c'est vrai que le fait de travailler sur un sujet … parce qu'au début on nous le demande ça vient pas forcément spontanément, le fait de travailler sur un sujet. C'est vrai qu'on s'améliore par ce biais là c'est agréable, ça fait vraiment, d'ailleurs c'est la même chose que pour les études. C'est vrai que le fait de travailler sur un article, sur un sujet on le revoit à fond, on connaît mieux que … voilà, donc ça c'est agréable, la reconnaissance des autres est importante aussi mais je pense pas que j'ai le profil de sacrifier tout pour continuer de monter dans le système.(...)

Ça dépend de quelle recherche vous parlez, parce que la recherche clinique c'est vraiment les malades, c'est complètement adapté aux malades. Bien sûr il y a une autre recherche plus fondamentale où les gens peuvent être enfermés dans leur bureau ou dans leur laboratoire et là où on est plus loin du patient c'est sûr et là ça peut être un gros problème, parce que ça peut être que les internes sont tout seuls auprès des malades, ils ne sont plus encadrés etc…

Q : Ou même que les internes sont déjà partis dans ce trajet là ?

Oh oui c'est encore pire que tout ! ça tout à fait, non ça c'est grave ! Très grave! Non mais ça c'est vrai, j'en ai connu des chefs de clinique qui étaient dans leur bureau en permanence, c'est sûr ! Mais c'est pas trop la… enfin, c'est pas trop la mentalité des services en fait. En fait c'est un peu ambiguë quand on arrive comme chef de clinique on demande une activité de recherche, en revanche c'est très clair que l'activité principale c'est la clinique et qu'il n'y ait pas de problème et que tout se passe bien. Parce que c'est ça, c'est ça, surtout, qui fait la réputation d'un service, si un patient il y a un problème, qu'il est mal traité, qu'il y a une erreur, euh tout découle donc non, moi à mon avis c'est la priorité. D'ailleurs quand on est chef de clinique, enfin en tout cas, moi, quand j'étais chef de clinique dans un service actif, il est assez actif ce service, on peut quasiment faire rien d'autre que de la clinique, donc quand je dis qu'il y a la moitié du temps, c'est que c'est la moitié en dehors de l'hôpital ce qui fait qu'on passe notre vie à travailler c'est sûr, le soir et le week-end, mais, par contre, à l'hôpital on est très pris par la clinique."

Homme hématologue, chef de clinique, ancien étudiant de Necker et normalien

"Je ne sais pas si c'est trop en rapport avec l'étude sur l'internat mais je pense que c'est un lièvre à soulever si il est pas déjà soulevé par beaucoup de personnes, mais on demande en France, ça je sais pas sur les autres pays, on demande en France dans de plus en plus de spécialités, c'est vrai que ça s'y prête un petit peu l'hématologie parce qu'il y a beaucoup de recherche, beaucoup d'examens très poussés, que l'on demande couramment en pratique clinique. Alors c'est bien de faire de la recherche, un DEA c'est bien parce que ça nous apprend à comprendre les examens complémentaires, comment on les fait, comment on les interprète, qu'est-ce que c'est qu'un faux positif, un faux négatif. D'en faire un petit peu, mais après ils nous demandent de faire, c'est pas officiel mais nous on pratique et ils nous demandent de faire une thèse de sciences, de faire de plus en plus de recherches à côté et être de bons clinicien, il faut quand même faire un choix ! Les bons cliniciens ils font que de la clinique hein, un tout petit peu éventuellement de la recherche, en gros c'est ce que j'aimerai bien faire, un tout petit peu de recherche pour le plaisir mais surtout la clinique qui m'intéresse le plus. J'ai fait de la médecine pour faire de la clinique, et puis ceux qui sont intéressés par la recherche en général ils s'arrêtent et ils ne font que de la recherche, on ne peut pas être un bon chercheur en faisant de la clinique à côté c'est fou ! Et quand on voit les chercheurs qui sont célèbres qui font des consultations, le résultat des consultations c'est la catastrophe et on récupère, parce qu'ils ont plus l'habitude. Il faut faire un choix, ça, ça, mais vraiment ça m'étonne, il y a ça en hématologie, il y a ça dans d'autres spécialités. J'ai des amis qui sont chirurgiens on demande à un urologue ou à un ophtalmologue de faire de la recherche fondamentale alors que ce qu'on demande c'est de savoir opérer, c'est le malade qui a demandé de savoir opérer et pour avoir des places en hospitalo-universitaire, c'est ça, ça va être au nombre de papiers, au nombre de points, à la recherche, c'est pas à la qualité du médecin, s'il est humain ou pas ou si il est efficace hein ! ça c'est un peu fou il y a des moments où j'envie mes copains qui sont allés dans le privé ou qui sont généralistes parce qu'ils ont pas de souci ils font leur travail, si ils sont mauvais ils sont sanctionnés par les malades, si sont bons ben ils ont la chance d'avoir euh, c'est ça une stimulation des plus saine !

Q : Oui mais alors justement là est-ce que vous voulez faire une carrière hospitalière ?

Oui, oui j'ai pas trop le choix.

Q : Donc vous êtes obligé…

Ben je suis obligé de faire un petit peu les deux, c'est vrai il n'y a pas que des côtés désagréables dans la recherche hein mais comparé à la clinique c'est clair que je préfère la clinique."

Conclusion

A la veille d'une nouvelle modification des textes portant sur les modalités de répartition des médecins dans les différents segments professionnels, nous voudrions, dans cette conclusion, revenir sur quelques résultats de notre travail. Les multiples attendus de la réforme de 1982 avaient nécessité une longue concertation entre le Ministère de la santé et le Ministère de l'éducation nationale, chacun poursuivant des objectifs propres qu'il fallait concilier. Au final, il apparaît que le dispositif n'ait pas vraiment répondu aux attentes des uns ni des autres. Il a, en outre, généré des effets difficiles à anticiper et contredisant, parfois, les ambitions des réformateurs.

En fait, notre recherche a fait apparaître que les volontés d'harmonisation des études médicales et, partant, du corps professionnel lui-même, étaient impuissantes à enrayer un mouvement profond de division de la profession. Ce thème est, nous l'avons vu, récurrent dans l'histoire de la médecine. Sans cesse, il s'est agit d'uniformiser un collectif qui, sitôt constitué, présentait des tendances à la division : division des disciplines, division des exercices, division des lieux de travail, division des approches professionnelles, division des syndicats etc.

Les progrès de la médecine ont engendré un mouvement inéluctable de spécialisation qui nécessite que soit acceptée l'idée que "tous les médecins" ne puissent plus pratiquer "toutes les médecines". La question qui se pose alors est celle de la "ligne de démarcation" entre ce qui est et doit rester commun à l'ensemble de la profession et ce qui doit être spécifique à chacune de ses branches. Il s'agit de trouver des critères susceptibles de générer une distinction entre les individus. Et le problème est là, aussi : comment faire des distinctions de pratique, de savoir, d'exercice, sans y inclure un modèle hiérarchisé, support légitime d'une valeur symbolique tout autant qu'économique.

La réforme de 1982 voulait à la fois "revaloriser" la médecine générale et harmoniser les formations spécialisées. De l'avis de nos interviewés et si l'on en croit les conclusions des multiples rapports produits ces dernières années, cette "revalorisation" est un échec, et "l'harmonisation" des spécialités a, paradoxalement, conduit à creuser des écarts entre des segments pénuriques et d'autres, pléthoriques. Sur ce point, tous les commentateurs semblent s'accorder : la réforme de 1982 est un échec. Dans l'objectif affiché d'y remédier, le projet de loi sur la modernisation sociale reprend le thème de la "revalorisation" de la médecine générale pour justifier les mesures à venir. Cette question est importante et nous voudrions nous y arrêter dans une première partie de notre conclusion.

La généralisation du concours de l'internat accompagnera cette nouvelle réforme, mais surtout, c'est le principe du classement qui, désormais, va guider la totalité des études médicales et, peut-être, paramédicales. Le concours de PCEM1 est voué, dans les années à venir, à présélectionner les médecins, les dentistes et les sages-femmes. Les projets prévoyant l'instauration d'universités de la santé utilisent le principe du classement pour répartir les candidats aux professions médicales et paramédicales, à différents moments du cursus[90]. Ces projets montrent

[90]et paramédicales, puisque le projet "d'universités de la santé" vise explicitement à faire passer l'ensemble des professions de la branche par un même dispositif de formation-sélection. Cf. JF MATTEI, J.C. ÉTIENNE, J.M.

l'intérêt de mener une réflexion sur la procédure même de concours comme réponse pertinente à des questions de régulation de l'offre de soins sur le territoire. Car le choix de procéder à un classement national pour déterminer l'orientation des futurs médecins répond à une nécessité de contrôler les flux sans avoir recours à des méthodes ouvertement coercitives (comme les quotas géographiques à l'installation, par exemple). Or classer, c'est imposer un ordre des choix à tous, aux premiers comme aux derniers, c'est mettre en ordre des individus.

Revaloriser et harmoniser

Le thème de la revalorisation de la médecine générale — récurrent dans la France médicale, des années 1970 à nos jours[91] — est, parmi d'autres, un symptôme de la dégradation, objective et subjective, de ce segment professionnel[92] qui n'en est pas moins doublement important : numériquement et au regard de la fonctionnalité même du système de santé, du fait que les généralistes assurent une large part des soins dits "de première ligne". On ne compte plus, notamment, les déclarations et les mesures étatiques successives qui se sont réclamées et se réclament encore de la volonté de remédier à cet état de choses. Toutefois, leur récurrence même signe le relatif échec de l'entreprise et ouvre la question de savoir si celui-ci procède d'une certaine velléité des réformateurs ou de la complexité intrinsèque du problème. En toute hypothèse, le champ médical est aujourd'hui assez fortement divisé, techniquement et socialement[93] et cette division se vit et se dit, de façon plus ou moins ouverte, sur le registre d'une légitimité différentielle des compétences, objectivée par la diversité des titres. Autrement dit, le "corps" a produit et appris l'inégale grandeur de ses composantes. Et si cet ordre des choses n'est pas communément admis — notamment par les généralistes impliqués dans les divers mouvements de défense de leur catégorie — on peut, ici comme ailleurs, considérer que la contestation d'un ordre social atteste paradoxalement, par sa seule existence, la prégnance de ce qu'elle entend récuser[94].

L'analyse quantitative des données de l'enquête autorise à penser que la distribution des étudiants dans les divers segments de la profession ne se fait pas au hasard. Le contraire eût, du reste, de quoi surprendre dans un monde qui, depuis la grande époque des travaux de sociologie de l'éducation (années 1970), est connu comme particulièrement exemplaire — si l'on peut dire — de la thèse suivant laquelle l'École est une instance majeure de la reproduction sociale[95]. Peu de cas, en effet, illustrent de façon aussi nette que les études de médecine l'existence d'une sur-représentation statistique de certaines catégories socioprofessionnelles des parents dans la population étudiante correspondante. Autrement dit, les données statistiques ont établi, depuis longtemps et avec force,

---

CHABOT, *De la médecine à la santé, pour une réforme des études médicales et la création d'universités de la santé*, Flammarion, 1997

[91] En vérité, des traces du processus qui sous tend l'apparition de cette thématique peuvent être trouvées dès les années 1950, de façon concomitante du développement progressif de la médecine spécialisée de ville et de la constitution de syndicats "verticaux" (regroupant, précisément, les spécialistes). En réaction, quelques généralistes engagent alors ce qui, rétrospectivement, apparaît sans équivoque comme un travail symbolique et politique de construction et de défense de leur catégorie professionnelle – même si, à ses débuts, son expression est moins vigoureuse qu'aujourd'hui.

[92] Cf. M. ARLIAUD, *Les médecins*, op. cit. Outre les éléments pris en compte dans cet ouvrage (tant économiques que symboliques) pour traiter cette question, il convient de rappeler deux événements essentiels, intervenus ultérieurement, qui corroborent la thèse de la dégradation du statut de la médecine générale : la création du syndicat MG France et la signature d'une convention entre ce syndicat et la Cnam, séparément du reste des syndicats médicaux.

[93] M. ARLIAUD et M. ROBELET, "Réformes du système de santé et devenir du "corps médical", *Sociologie du Travail*, 2000, 42, 91-112.

[94] Notre propos entretient ici une évidente parenté avec l'analyse que fait E. GOFFMAN des tentatives de retournement du stigmate. Pathétiquement, cette "stratégie" signe autant ou plus, en effet, la reconnaissance du jugement social qu'elle opère sa récusation. Cf. E. GOFFMAN, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps,* Les Éditions de Minuit, Le sens commun, 1975.

[95] P. BOURDIEU, J.C. PASSERON, *La reproduction, éléments pour une théorie du système d'enseignement,* Les Éditions de Minuit, Le sens commun, 1970.

le poids de l'origine sociale dans la réussite scolaire[96]. Et si, en revanche, un trouble a pu se faire jour lorsque, pendant quelques années, les femmes ont semblé gagner du terrain par rapport aux hommes dans certaines spécialités médicales, nos données montrent sans équivoque que la réforme de 1982 a, en quelque sorte, restauré, sur ce plan aussi, l'ordre des rapports sociaux antérieurs. La campagne d'entretiens qui a été menée en complément de l'enquête sur dossiers ne pouvait, dans ces conditions, qu'être attentive aux processus par lesquels s'opère la reproduction sociale, phénomène dont l'analyse des données statistiques globales autorise l'hypothèse sans, par elle même, en élucider tous les mécanismes. L'analyse privilégie ici ceux que l'on pourrait qualifier de psychosociaux et qui relèvent, notamment, de la formation et de l'apprentissage des représentations et des incidences de ces représentations sur les logiques d'action des étudiants, au fil des études. Autant il serait vain, à partir de notre corpus, de vouloir saisir rétrospectivement les conditions socio-historiques et culturelles originelles qui, au cas par cas, ont prédisposé certains à un niveau de réussite scolaire tel que leur accès aux études médicales a été rendu possible , autant il est concevable de chercher, dans les discours sur les cursus eux-mêmes, la marque et les effets d'une perception de la structure hiérarchique du champ.

Il n'y a pas d'exception au fait que les médecins de l'échantillon sont, de quelque façon, amenés à évoquer, au fil du discours, l'existence d'autres segments de la profession que le leur. Cette première constatation, très banale, présente toutefois l'intérêt d'attester que l'exercice médical impose, aujourd'hui plus que ce ne fût le cas dans le passé, la réalité de ce qu'il convient de considérer comme *un système de soins* auquel, peu ou prou, chacun appartient et se réfère. La référence doctrinale – parfois quelque peu nostalgique – au colloque singulier et à l'impérative indépendance du praticien, doit donc composer avec une réalité, technique et institutionnelle, qui impose à chacun un minimum de lien avec tout ou partie de la profession.

À vrai dire, c'est surtout par comparaison qu'il paraît possible d'avancer l'hypothèse suivant laquelle la réforme de 1982, qui entérine objectivement la partition du corps entre des segments presque totalement étanches[97], accentue encore la prégnance mentale et pratique de leur hiérarchie. Autant l'ancien internat constituait la consécration quasi irréfutable d'une minorité destinée, depuis la réforme Debré, à cumuler les plus hautes responsabilités (soins, enseignement et recherche) et les pouvoirs afférents, autant son statut d'exception dispensait, en quelque sorte, le reste du champ de fonctionner en référence à un principe hiérarchique. Paradoxalement, dès lors que l'internat est ouvert à près de la moitié de l'effectif d'une cohorte annuelle, nul ne saurait totalement échapper, à l'approche de la sixième année, à la nécessité d'opérer un choix d'orientation quasi irréversible. Moment crucial où est mobilisée, entre autres choses, la représentation collective de la valeur des divers segments professionnels. Autrement dit, quand bien même un (e) étudiant (e) engage ses études avec l'intention arrêtée de devenir généraliste, il ne saurait échapper complètement à l'induction (l'imposition ?), par l'institution universitaire et par le groupe des pairs, d'un raisonnement relatif à la préparation du concours. La pression se trouve, en somme, accentuée par l'augmentation objective des chances d'acquérir un titre qui, auparavant, ne concernait clairement qu'une élite. Curieux effet, en vérité, que celui d'une apparente "démocratisation" qui, au bout du compte, sépare davantage qu'auparavant les membres d'une communauté. Car, désormais[98] la césure n'est plus seulement entre l'élite et le reste de la profession. Elle divise principalement le corps en deux (généralistes et spécialistes) et, secondairement, en fonction des filières de spécialité. Ces dernières, quasiment dès leur création, ont également fait l'objet d'un travail social d'évaluation et d'une forme de hiérarchisation dont la légitimité, comme confirmée par les choix

---

[96] On peut s'étonner et déplorer que, dans les facultés de Marseille et de Lariboisière, les données relatives à l'origine sociale des étudiants ne figurent pas (ou plus) dans les dossiers universitaires.

[97] Les conditions d'un changement d'orientation et de statut en cours de carrière sont, depuis la réforme, plus restrictives qu'auparavant, lorsqu'il était possible d'accéder aux spécialités par la voie des certificats d'études spéciales (CES).

[98] La fréquence d'apparition du thème de la hiérarchie des valeurs croît nettement, en effet, entre les deux cohortes antérieures à la réforme et celle qui lui est postérieure.

opérés par les étudiants les mieux classés, ne prête désormais que peu à discussion. Une "économie" de la *distinction* [99] marque ainsi le fonctionnement de l'espace professionnel et ses rapports sociaux internes.

Si la représentation de la hiérarchie paraît présente dans l'esprit des médecins interviewés, elle n'est pas, pour autant, totalement homogène. Entre des discours qui, à un pôle, assument sans nuance un jugement dépréciatif vis à vis d'une autre catégorie que la leur et ceux qui, à l'opposé, contestent et/ou déplorent toute discrimination, il y a place, majoritairement, pour des prises de position nuancées ou ambivalentes. Ainsi, la dureté des conditions de travail des généralistes a-t-elle été évoquée par telle spécialiste et tel autre ne tarit pas d'éloge sur ce "beau métier"[100], mais sans forcément que ce constat débouche sur des conclusions concrètes relativement aux conditions d'exercice de cette catégorie de praticiens. Aussi avons nous accordé une attention particulière aux prises de position relatives à la rémunération des actes, considérant qu'il s'agit sans doute de l'indicateur le plus révélateur d'une volonté de rupture avec la disparité actuelle des situations matérielles et symboliques. A cet égard, on constate que les spécialistes ne sont pas plus hostiles que les généralistes à une harmonisation de la cotation des actes.

Les constats relatifs à la hiérarchie interne du champ médical soulèvent, entre autres questions, celle de ses principes de justification. Quelles raisons sont, éventuellement, avancées pour expliquer un tel ordre des choses ? Force est de constater, à l'analyse, que l'infériorité de la médecine générale paraît particulièrement être une évidence[101]. Mais si les énoncés qui attestent la prégnance de cette représentation sont très fréquents, rares sont, en revanche, ceux qui tendent à en justifier le bien-fondé. Si l'on excepte les rares cas de mépris ouvert vis à vis des généralistes — dont on ne peut savoir s'ils relèvent d'un naturalisme rampant[102] ou des caractéristiques propres à quelques structures de personnalité portées à en découdre et/ou à dominer —, la plupart des assertions relatives aux causes de la dépréciation dont les généralistes sont fréquemment l'objet se résument à une idée principale : les modalités de la sélection sont telles que les généralistes sont le rebut du système et qu'ils sont le produit d'une sélection par l'échec. Beaucoup s'accordent, par ailleurs, à dire que l'université[103] ne pense pas spécifiquement et convenablement l'organisation de leur formation[104], trop occupée qu'elle est à soigner ses résultats au concours de l'internat. La thèse est, du reste, admise par certains généralistes qui fustigent eux-mêmes la médiocrité de la formation qui leur a été dispensée. En vérité, la question de la qualité de cette formation n'est probablement pas pensable indépendamment de l'image prééminente de l'internat qui continue de faire l'objet d'une sur-valorisation, en dépit de l'amoindrissement de son statut d'exception. Pour tout dire, une élévation objective de la valeur intrinsèque de la formation des généralistes ne saurait probablement pas, par elle-même et à coup sûr, éviter le stigmate inhérent au fait que, le champ médical est, peut-être, plus hiérarchisé que jamais et que les généralistes, faute d'être passés par l'internat, sont au bas de l'échelle. La prégnance de cet ordre des choses est, du reste, telle qu'à l'inverse, ceux que le système consacre comme les meilleurs — au regard de leurs résultats universitaires — ne

---

[99] P. BOURDIEU, *La distinction, critique sociale du jugement,* Les Éditions de Minuit, Le sens commun, 1979

[100] Qu'il a, toutefois… évité de pratiquer pour ne pas, pense-t-il, être contraint de vivre à la campagne

[101] On ne saurait trouver meilleure illustration de la notion de *doxa* qui, dans la sociologie de P. Bourdieu, renvoie à tout ce qui relève "du monde comme allant de soi" et constitue le tréfonds d'un arbitraire culturel. Évidences d'autant plus fortes que méconnues comme telles.

[102] On entend par là que la propension persistante à dire le monde social à partir de ce qu'Alain TOURAINE, appelle, dans Sociologie de l'action, les garants méta-sociaux de l'ordre social (Dieu ou, plus précisément ici , la nature humaine) peut être plus ou moins observée dans la plupart des milieux sociaux. En l'occurrence, le naturalisme consisterait à poser, fût ce de façon largement implicite, l'infériorité "naturelle", quasi-chromosomique, des généralistes.

[103] Avec, nous l'avons constaté, des variations d'une faculté à l'autre.

[104] La question de savoir si le relatif délaissement de cette catégorie d'étudiants est la cause ou la conséquence de leur dépréciation est ouverte…

choisissent que très exceptionnellement, quelle que soit leur motivation réelle, de perdre le bénéfice symbolique de cette consécration et d'exercer la médecine générale.[105]

Le poids de l'internat comme principe clivant et classant est une constante des discours, une sorte de passage obligé du raisonnement biographique. On ne compte plus, du reste, les anecdotes qui relatent certaines micro-discriminations dont les résidents ont pu être l'objet au quotidien, de la part des "vrais" internes et/ou de certains hospitaliers. Une longue pratique du milieu médical et un minimum de mise en perspective historique autorisent à ne pas tenir ces anecdotes pour insignifiantes et à considérer que ce principe de distinction entre étudiants est particulièrement actif. On se souvient que la réforme de 1982 prévoyait l'internat pour tous mais que les "vrais" internes n'ont eu de cesse d'obtenir — et ont obtenu — qu'une autre appellation soit appliquée aux étudiants de troisième cycle de médecine générale, finalement dénommés *résidents*[106]. On se souvient aussi qu'au cours des innombrables conflits qui ont agité le monde médical dans les années 1982-83, les internes de CHU ont combattu pour que soit maintenue la distance symbolique qui les séparait alors des internes des hôpitaux dits "secondaires"[107] .

La force de ce symbole comme principe de partition du corps n'est pas nouvelle. Outre qu'il fonde aujourd'hui la distinction entre généralistes et spécialistes, étudiants ou professionnels, l'internat fondait hier la hiérarchie entre les spécialistes qui avaient réussi au concours et ceux qui avaient suivi la voie des certificats d'études spéciales. Nos entretiens témoignent clairement de la différence de dignité attachée à l'une et à l'autre modalité d'accès aux spécialités. L'argument central de cette distinction consiste à dire que les CES recevaient une formation par trop exclusivement théorique. Manière de dire que la légitimité de l'interne ne tient pas à la seule excellence scolaire, manifestée par les notes obtenues au concours, mais, plus encore, à la supériorité d'une compétence acquise dans et par la pratique. On ne saurait ici prétendre statuer sur le bien fondé d'une telle représentation. Tout pousse, en revanche, à considérer que l'invocation de différences objectives de compétence ne saurait rendre pleinement raison de ce qui apparaît comme un travail social de classement. On peut s'interroger, en effet, relativement au fait que, par delà le clivage internat/CES — aujourd'hui sans objet, en raison de la suppression même des CES — il existe une propension quasi générale du milieu professionnel à mobiliser d'autres principes de hiérarchisation de la profession et à dire la différence des compétences. Les spécialités, en effet, semblent bien, entre elles aussi, soumises à la loi de la distinction.

Même s'il fait parfois l'objet de critiques acerbes, l'internat, comme tout autre titre garanti par l'État, objective et légitime les différences plus nettement et durablement qu'un jugement interpersonnel[108]. Il sépare, en effet, réellement et durablement les membres du groupe professionnel. Car, par delà son évidente valeur symbolique, il confère aussi des droits spécifiques en matière d'accès aux diverses filières de formation et d'exercice, ainsi que de tarification d'honoraires.

Pour autant, les spécialités font, malgré la réforme et l'unification des conditions d'accès à l'ensemble qu'elles constituent, l'objet d'un travail d'évaluation et/ou d'une lutte symbolique[109] qui,

---

[105] Les entretiens témoignent parfois du dilemme de tel ou tel qui, reçu à l'internat, accepte la perspective d'exercer une spécialité peu prisée plutôt que la médecine générale, alors même que cette dernière recevrait davantage leur agrément. C'est dire, si besoin était encore, la force des classements sociaux

[106] On pourrait ironiser sur ces combats symboliques en rappelant que, dans le système de formation médicale Nord Américain, la hiérarchie entre ces deux appellations est strictement inverse.

[107] Pour faciliter l'acceptation de la réforme de 1982, les pouvoirs publics avaient mis en place des mesures transitoires, parmi lesquelles l'accès des internes des hôpitaux secondaires aux spécialités sans examen spécifique. Cette mesure a suscité une vive réaction de la part des internes de CHU, seuls bénéficiaires, jusque là, de cette disposition.

[108] Ainsi l'insulte, qui est aussi une forme du jugement social, n'a pas l'efficace du titre qui procède de la "force sociale de l'institution". P. BOURDIEU, "Espace social et genèse des classes", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales,* n°52-53, juin 1984

[109] Ce travail symbolique n'est pas interprétable à partir d'une hypothèse classique en termes de corporatisme. A preuve, le fait – évoqué, dans un entretien, par une gynécologue – que la population des gynécologues est, elle-même, soumise à un principe de hiérarchie interne qui place le chirurgien au sommet et le gynécologue médical en bas de l'échelle, le

à défaut de viser explicitement leur étalonnage général, révèle que le titre laisse encore quelque place au jugement social non institutionnalisé. Celui-ci ne peut toutefois présenter la rigueur, l'homogénéité et la constance du principe classant que constitue l'internat.
Les registres du jugement social non institutionnalisé sont multiples. On a déjà évoqué celui qui consiste à opposer à la médecine technique, une médecine, généralement dite clinique, qui mobilise, dans un acte dit "intellectuel", une conception plus large et plus complexe de l'être humain et de sa santé. Cette hiérarchie ne fait pas pour autant l'unanimité et d'aucuns assument sans état d'âme leur préférence pour une médecine davantage technique que relationnelle.[110] Très proche du principe d'opposition entre la clinique et la technique, s'exprime aussi une critique des médecines d'organes comme, par exemple, la gastro-entérologie, qui se voit fréquemment affublée d'une comparaison — clairement dépréciative en dépit de son intention humoristique — avec la plomberie. L'utilité intrinsèque de ces spécialités est moins mise en cause que n'est rejeté leur caractère parcellaire et répétitif, impropre à satisfaire l'ambition intellectuelle de ceux qui s'y réfèrent négativement.
Mais les arguments professionnels, au sens strict, n'épuisent pas le répertoire de ce qui est, plus largement, un jugement social. Parfois, en effet, des considérations morales se font également jour au fil des discours. L'opinion qui consiste à voir dans la psychiatrie la "voie des glandeurs" et celle qui fustige la pratique des dessous de table en sont des exemples. Qui, toutefois, ne sauraient être tenus pour autre chose qu'une illustration supplémentaire de la réalité des tensions qui traversent le "corps" en même temps que de la quasi-impossibilité de mettre en cause ce qui assure, vaille que vaille, la légitimité de tout un chacun : le titre de docteur en médecine. Les entretiens donnent lieu à l'expression de préférences et/ou de rejets, en matière de pratique. Mais aucun ne met en cause fondamentalement le socle du système : le savoir lui-même.

Mettre en ordre

Les tentatives d'harmonisation du corps médical semblent bien avoir été parasitées par l'effet de classement, continu sur l'ensemble des deux premiers cycles de la formation médicale. L'outil de sélection que représente le concours de spécialité a été conçu pour répondre à un objectif reposant sur la nécessité de contrôler les flux de médecins spécialistes et généralistes. Mais cet outil n'est pas inerte, ni passif. Il est actif et il produit, en dehors de sa fonction première, des effets qui vont au-delà des motifs pour lesquels il a été pensé, conformément à ce que Boudon[111] a appelé des "effets pervers" ou des "effets induits". Si ces effets sont inhérents à toute mesure de politique publique, le processus selon lequel ils se manifestent est, à chaque fois, particulier. Dans le cas qui nous occupe, les effets induits du concours de l'internat aboutissent à un paradoxe que relève la plupart de nos interviewés : en tant qu'outil de sélection, ce concours revêt tous les attributs de la légitimité, quand bien même ses effets néfastes sur la formation des deux premiers cycles et sur la cohésion du corps médical sont amplement dénoncés. C'est pourquoi les discours les plus critiques soutiennent, en même temps, le maintien de cet outil comme étant "à l'évidence", le seul capable de maîtriser efficacement les flux et d'équilibrer la démographie médicale. Autrement dit, dès lors que le principe d'une sélection sur classement global apparaît inéluctable, les réformes ne peuvent qu'espérer en atténuer les effets jugés négatifs.

---

gynécologue-obstétricien occupant la position intermédiaire. On sait, par ailleurs, que les identités sexuelles dominantes de ces trois segments sont spécifiques et différentes. L'hypothèse suivant laquelle cette hiérarchie professionnelle n'est pas sans lien avec la hiérarchie sociale des sexes mérite d'être ouverte.

[110] Ceux-là ont généralement une piètre opinion de la médecine générale et de la faible clarté de son objet, comparativement aux pratiques dont le contenu est parfaitement coextensif de la structure logique et opérationnelle d'un outil.

[111] R. BOUDON, *Effet pervers et ordre social,* PUF, Paris

À la veille d'un renforcement du dispositif, prévu dans la Loi de Modernisation Sociale[112], il nous paraît important de puiser dans les résultats de notre recherche des éléments permettant de mieux comprendre l'origine des effets paradoxaux de la réforme de 1982. Pour cela, il faut repartir de l'objet central du dispositif, qui est, au sens premier du terme, de procéder à une discrimination. Discriminer c'est "séparer, diviser, faire la distinction entre"[113]. Or, établir une distinction ne peut se faire qu'à l'aide de critères sur lesquels repose la décision de prendre ou de rejeter. Dans ce sens, tout examen universitaire est discriminatoire, mais un concours apporte un élément supplémentaire : il ne fait pas que "séparer" (les reçus des collés) il établit un ordre hiérarchique entre les individus. Il s'agit donc d'une discrimination ordonnée. La question reste de savoir quelle est la "valeur" de cet ordre-là. Autrement dit, le concours de l'internat met en ordre les futurs médecins. Il s'agit d'un ordre opéré par évaluation à une épreuve et qui détermine un éventail des choix. Le fonctionnement mécanique du processus est celui-ci : les premiers peuvent "tout" choisir, les derniers prennent "ce qui reste". Mais nous avons montré que les choses sont plus compliquées que cela puisque, si les premiers peuvent légalement "tout" choisir, leur choix est, dans la réalité, limité à certains segments de la profession.

Ainsi, l'ordre du classement agit comme une obligation pour tous, quel que soit le rang obtenu puisque le choix obéit, *in fine*, à l'ordre des hiérarchies professionnelles propres au corps médical. Ceci n'est pas nouveau, les travaux des sociologues de l'éducation ont, depuis les résultats précurseurs de Pierre Bourdieu, mis en lumière la légitimation de la reproduction des élites à partir d'un discours méritocratique, propre à l'institution scolaire[114]. Mais la réforme de l'internat met en œuvre un processus qui présente un intérêt particulier, qui va au-delà du constat, banal, de sa fonction de reproduction du corps professionnel. Il permet en effet de montrer comment sa logique conceptuelle génère des effets contraires aux objectifs poursuivis par la loi. En l'occurrence, le concours de 1982, en tant que dispositif de sélection visait trois grands objectifs : 1/ assurer une meilleur équité entre les candidats de facultés différentes ; 2/ rééquilibrer la démographie régionale ; 3/ réduire l'élitisme social. Or, sur ces trois objectifs, qu'avons-nous observé ?

En ce qui concerne l'équité entre candidats de facultés différentes, le résultat n'est pas évident. L'ancien concours de l'internat des hôpitaux faisait l'objet de nombreuses critiques. Parmi celles-ci, la fermeture de certains internats de CHR à des candidats extérieurs était dénoncée comme relevant de logiques, contestables, de favoritisme local : pratiques de repérage des étudiants locaux, divulgation des questions, etc. Autant de mini scandales qui, sans vérification possible de notre part, émaillent les discours et nourrissent la défiance des concurrents vis-à-vis de l'ancien système et de tout ce qui pourrait s'y apparenter. Dans le principe, la mise en place d'un concours national devait mettre un arrêt à ces pratiques locales. Mais les résultats de notre recherche montrent que l'équilibre entre facultés n'est pas, pour autant, établit. En outre, les effets de concurrence entre les études universitaires et la préparation au concours mettent en question la "valeur" d'une faculté : les résultats au concours sont-ils le meilleur indicateur de cette "valeur" ? Comment une équipe pédagogique peut-elle redonner une place déterminante à la formation pratique lorsque celle-ci n'est pas évaluée ? — ce qui est peut-être pire que d'être "sous-évalué" —. Nous avons montré que la mise en œuvre d'un concours national ne pouvait suffire à réduire l'inégalité des chances entre les

---

[112]Entre autres objets de cette réforme, on note que "*l'enseignement s'opérera désormais par modules portant sur les grands processus pathologiques et non plus par certificats, le but de cette réforme étant notamment d'adapter l'enseignement au concours de l'internat rénové. (...) Tous les étudiants souhaitant effectuer un troisième cycle d'études médicales devront se présenter à l'internat qui sera un examen national et classant. (...) Dans un objectif de revalorisation et d'amélioration de la formation, la médecine générale sera donc traitée comme une spécialité à laquelle on accède via l'internat*". Extraits du Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi de modernisation sociale (n°2415), TITRE 1er, Santé, solidarité, sécurité sociale, par P. Philippe NAUCHE, député, 13 décembre 2000. (formules soulignées par nous.)

[113]Le Robert, *Dictionnaire historique de la langue française,* Paris, 1994.

[114]P. BOURDIEU, *La noblesse d'État,* Les Éditions de Minuit, Le sens commun, 1989

candidats, mais pouvait avoir pour conséquence de la masquer. La standardisation des procédures s'opère ici à la faveur de leur centralisation et produit une norme unique, forcément dominante.

La question de la démographie régionale est plus complexe et nous ne l'avons pas traitée directement dans nos résultats. Les analyses démographiques cependant, pointent aujourd'hui un relatif échec de cette réforme : les écarts en termes de densité médicale globale ont tendance à diminuer, mais plus lentement que prévu. En revanche, les disparités quant à la répartition entre les généralistes et les spécialistes dans les zones dites "pénuriques" ou "pléthoriques" restent toujours aussi importantes, et parfois, s'aggravent. Les démographes font aujourd'hui le lien entre ces évolutions et les résultats à l'internat, en particulier la grande disparité existant entre les facultés, entraînant des mobilités étudiantes plus ou moins fortes. Rappelons que système de 1982 laisse "sur place" les résidents, mais encourage à la mobilité les internes de spécialité. Mais il est évident que cette mobilité est plus ou moins importante selon la capacité des facultés locales à bien "placer" leurs étudiants dans les concours, et qu'elle ne préjuge pas du lieu futur d'installation des médecins.

L'exemple de Paris est éclairant : les facultés parisiennes fournissent plus d'internes que l'APHP n'en accueille. De nombreux lauréats du concours vont donc se former ailleurs, dont la majorité revient ensuite dans la région parisienne, venant ainsi "gonfler" le nombre de spécialistes régionaux, au-delà du *Numerus Clausus* de l'internat. Dans le même temps, le nombre de résidents prévus initialement n'est pas respecté, donc la proportion de généralistes formés sur place est en baisse. Cet effet, en partie mécanique, est le reflet de stratégies complexes où l'arbitrage entre les possibles ne suit pas une seule logique, mais répond à une combinaison d'intérêts. Dans la réalité, bon nombre d'étudiants doivent procéder à des choix par priorités : maintien dans sa région d'origine, possibilités de retour et d'installation future, goût ou rejet d'une discipline, projets de carrière etc., autant d'éléments plus ou moins déterminants selon qu'il s'agit d'hommes ou de femmes, de parisiens ou de provinciaux, selon la "vocation" originelle, le réseau relationnel, la situation conjugale etc. Le principe des choix est complexe, il n'obéit pas à des règles uniformes, il peut subir des variations brutales. Dans ce contexte, la maîtrise fine des flux de formés dans les régions devient difficile à assurer et nécessite une analyse de l'ensemble de ces mécanismes aussi proche du terrain que possible.

Enfin, l'élitisme social peut-il être combattu par la généralisation d'un concours national, anonyme et standardisé ? La crainte de voir des "fils de profs nuls" atteindre les sommets de la hiérarchie hospitalière par simple favoritisme mandarinal atteint, dans le corps médical, des proportions assez étonnantes. Le concours serait donc être le seul moyen d'arriver à lutter contre cette "injustice" fondamentale. Nos résultats tendent, cependant, à montrer qu'au contraire, le concours garantit cet élitisme plus qu'il ne le combat.

Certes, nos données statistiques ne nous ont pas permis d'exploiter de façon fiable la variable de l'origine sociale, ce travail reste donc à faire. Mais les entretiens nous ont éclairés sur un mécanisme dont nous avons tenté de rendre compte à de nombreuses reprises : le concours opère une sélection sur le mode de la "course". Le premier arrivé est celui qui court plus vite que les autres ou, s'il n'est pas plus rapide, c'est qu'il a moins de distance à parcourir. Nos résultats le montrent clairement : au-delà des capacités de travail et de mémorisation de chacun, c'est la distance qui sépare du but qui fait, souvent, la différence. Cette distance est moins grande lorsque l'étudiant est déjà, en partie, intégré au milieu auquel il se destine. Car si les règles formelles du concours sont les mêmes pour tous, les conditions de la réussite dépendent largement d'autres règles, non explicites, auxquelles certains ont plus facilement accès que d'autres. Nous avons montré comment, à de multiples reprises, les plus éloignés du milieu, tant universitaire que médical, prenaient un "retard" dû au manque d'informations. Le concours de l'internat fonctionne de telle manière qu'il pré-détermine d'emblée à des chances maximales de réussite certains "profils". Le "meilleur profil" est celui d'un homme, d'origine sociale aisée, au mieux un père cadre supérieur et une mère enseignante, comptant des médecins parmi ses proches, originaire de Paris et fréquentant une faculté centrale. En dehors de toute donnée de type scolaire, ce profil social est largement

déterminant et le caractère à la fois anonyme et national du concours, n'y change rien. Pourtant, des tentatives de lutte contre ces effets élitistes ont déjà montré qu'il est quasiment impossible d'y arriver en conservant une sélection sur concours[115].

Les concepteurs de la réforme avaient le sentiment sincère de lutter contre un élitisme médical préjudiciable à la complémentarité des différents segments de la profession et à l'élaboration d'une politique de santé basée sur la notion de réseau de soin. Favoriser la coopération en uniformisant le système, lutter contre le "favoritisme" en systématisant les procédures, tel était leur leitmotiv et il faut reconnaître qu'il était, sur le texte, défendable. Le résultat est, en revanche, une division du corps médical se traduisant à la fois dans les pratiques et dans les ruptures institutionnelles. Les futurs médecins sont entraînés, des années durant, à se mesurer les uns aux autres, à l'aune d'une référence unique basée sur les hiérarchies hospitalo-universitaires. Peut-on, raisonnablement, espérer que la prochaine réforme sera en mesure de réduire les dysfonctionnements provoqués par celle de 1982 ? Comment les futurs généralistes, s'ils sont "mal classés" à l'internat, pourront-ils justifier de n'être pas des "rebuts du système" ? La mise en place d'un programme unique pour le concours et dans les facultés sera-t-il de nature à favoriser une pédagogie articulant apprentissage théorique et applications pratiques ?

Nous avons montré que les objectifs de formation et ceux de sélection entraînaient des effets paradoxaux dans la mesure où l'effet discriminant a tendance à dominer l'effet pédagogique. Plus que jamais, les projets concernant les études médicales mêlent ces deux objectifs et l'analyse des effets de la réforme de 1982 nous fournit des éléments susceptibles de contribuer à l'observation des évolutions en cours. La longueur des études médicales et l'inertie des transformations du champ nécessitent un recul important afin de mesurer les effets de toute mesure portant sur la formation des médecins. Mais les observations tirées du long terme mettent aussi en évidence des mécanismes généraux à partir desquels il conviendrait de penser les dispositifs d'évaluation des réformes à venir.

---

[115]Il y eu ainsi d'autres tentatives de "démocratisation" de concours ayant ont eu un effet contraire à celui recherché. J.L. BODIGUEL nous en donne un exemple tout à fait éclairant à travers la réforme du concours d'entrée à l'ENA, au début des années 70, dont l'objectif était de lutter contre le "parisianisme" et l'élitisme social. La réforme, à l'époque, avait renforcé les inégalités entre les candidats d'origine sociale et géographiques différentes. J.L. BODIGUEL, *Les anciens élèves de l'ENA,* Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, 1978

Liste des annexes

I - Spécialités médicales et chirurgicales en 1981

II - Résultats au concours de l'internat :

- II.A 1984-1985
- II.B 1988-1989
- II.C 1990-1991

III - Exemple de grille de saisie (Lariboisière, nouveau régime)

IV - Liste des variables du fichier statistique

V - Déroulement de l'enquête dans les facultés

VI - Caractéristiques des entretiens de médecins

VII - Spécialités exercées par les médecins de l'échantillon

VIII - Note sur les "disparus" du fichier CNOM

Annexe I **Spécialités médicales et chirurgicales en 1981**

Spécialité exclusives ou non, reconnues par la Sécurité Sociale

1 Anesthésie réanimation
2 Cardiologie
3 Chirurgie générale
4 Dermato-vénérologie
5 Gynécologie obstétrique
6 Maladies de l'appareil digestif
7 Médecine interne
8 Néphrologie
9 Neuro-chirurgie
10 Neurologie
11 Ophtalmologie
12 Oto-rhino-laryngologie
13 Pédiatrie
14 Pneumo-phtysiologie
15 Psychiatrie (év. + option)
16 Radiologie (deux options)
17 Rééducation et réadaptation fonctionnelles
18 Rhumatologie
19 Stomatologie

Spécialité exclusives ou non, non reconnues par la Sécurité Sociale

20 Anatomo et cytologie pathologique et humaine
21 Gynécologie médicale

Compétences médicales non reconnues par la Sécurité Sociale

22 Allergologie
23 Angiologie
24 Cancérologie
25 Diabétologie-nutrition
26 Endocrinologie
27 Hémobiologie
28 Maladie du sang
29 Médecine appliquée au sport
30 Médecine exotique
31 Médecine légale
32 Médecine du travail
33 Médecine nucléaire
34 Phoniatrie
35 Réanimation

Compétences chirurgicales reconnues par la Sécurité Sociale

36 Obstétrique
37 Urologie

Compétences chirurgicales non reconnues par la Sécurité Sociale

38 Chirurgie maxo-faciale
39 Chirurgie plastique et reconstructive
40 Chirurgie thoracique
41 Chirurgie pédiatrique
42 Orthopédie

Autres compétences

43 Biologie médicale
44 Autres

Annexe II.A

RÉSULTATS AU CONCOURS DE L'INTERNAT 1984-1985

conc 84/85	effectifs D4	présentés	%présentés/D4	tot reçus	%reçus/prés	%reçus/D4	% reçus OR
grenoble	241	83	34,4	37	44,6	15,4	67,6
lyon	547	230	42,0	76	33,0	13,9	65,8
saint étienne	102	60	58,8	12	20,0	11,8	50,0
Interrégion 1	890	373	41,9	125	33,5	14,0	64,8
cochin	199	135	67,8	68	50,4	34,2	50,0
necker	199	152	76,4	77	50,7	38,7	51,9
saint antoine	284	140	49,3	71	50,7	25,0	60,6
pitié	296	149	50,3	87	58,4	29,4	56,3
broussais	207	121	58,5	58	47,9	28,0	51,7
saint louis	259	171	66,0	49	28,7	18,9	36,7
paris ouest	246	131	53,3	63	48,1	25,6	38,1
bichat	268	178	66,4	74	41,6	27,6	40,5
bobigny	126	75	59,5	21	28,0	16,7	42,9
kremlin-bicêtre	178	84	47,2	40	47,6	22,5	40,0
créteil	225	101	44,9	43	42,6	19,1	41,9
Interrégion 2	2487	1437	57,8	651	45,3	26,2	47,8
dijon	147	65	44,2	19	29,2	12,9	68,4
besançon	139	41	29,5	12	29,3	8,6	41,7
reims	174	47	27,0	17	36,2	9,8	52,9
nancy	330	119	36,1	32	26,9	9,7	68,8
strasbourg	302	111	36,8	32	28,8	10,6	71,9
Interrégion 3	1092	383	35,1	112	29,2	10,3	64,3
caen	149	45	30,2	12	26,7	8,1	83,3
lille II	535	209	39,1	78	37,3	14,6	71,8
lille	67	18	26,9	7	38,9	10,4	42,9
rouen	230	34	14,8	23	67,6	10,0	65,2
amiens	162	39	24,1	14	35,9	8,6	50,0
Interrégion 4	1143	345	30,2	134	38,8	11,7	67,9
brest	89	31	34,8	3	9,7	3,4	33,3
rennes	252	36	14,3	20	55,6	7,9	60,0
tours	180	83	46,1	46	55,4	25,6	34,8
nantes	158	51	32,3	25	49,0	15,8	32,0
angers	169	41	24,3	14	34,1	8,3	21,4
poitiers	122	28	23,0	6	21,4	4,9	33,3
Interrégion 5	970	270	27,8	114	42,2	11,8	36,8
nice	196	78	39,8	32	41,0	16,3	50,0
marseille	556	264	47,5	99	37,5	17,8	67,7
montpellier	380	187	49,2	41	21,9	10,8	48,8
clermont-ferrand	142	43	30,3	14	32,6	9,9	42,9
Interrégion 6	1274	572	44,9	186	32,5	14,6	58,6
toulouse	426	134	31,5	49	36,6	11,5	44,9
bordeaux	621	148	23,8	58	39,2	9,3	51,7
limoges	127	37	29,1	13	35,1	10,2	38,5
ensemble IR7	1174	319	27,2	120	37,6	10,2	47,5
Total France	9030	3699	41,0	1442	39,0	16,0	52,9

Source : *La Presse Médicale,* 14 décembre 1985, *14,* n°43

Les lignes grisées correspondent aux facultés où nous avons réalisé les enquêtes

Légende des colonnes :

effectifs D4	nombre d'inscrits en DCEM4
présentés	nombre de candidats présents au concours
%présentés/D4	Rapport entre les inscrits en DCEM4 et les présents au concours
tot reçus	ensemble des reçus au concours
%reçus/prés	taux de réussite des présents
%reçus/D4	taux de réussite par rapport à l'effectif de DCEM4
% reçus OR	taux de réussite dans leur interrégion d'origine des présents