

# DE LA TRANSMISSION A L'APPROPRIATION DIFFÉRENCIÉE DES SAVOIRS MÉDICAUX\*

Laurence CHENEVAT-BOHY

**Laurence CHENEVAT-BOHY**  
Université Lumière Lyon 2  
Programme MRASH (Maison Rhône Alpes  
des Sciences de l'Homme) :  
« Les étudiants et la ville<sup>1</sup> »

Devenir médecin implique l'acquisition de savoirs médicaux et le choix d'une forme d'exercice de la médecine. Cependant, les savoirs transmis lors de la formation médicale sont-ils acquis de la même façon par tous les étudiants ? Font-ils l'objet d'une appropriation différenciée ? Ces questions nous amènent à nous interroger, de façon plus générale, sur les processus qui conduisent les étudiants à opter pour l'exercice de la médecine générale ou d'une spécialité.

Notre travail s'appuie sur la reconstitution de trajectoires d'une population d'étudiants en fin de sixième année (une soixantaine, 50 % de filles, 50 % de garçons) trajectoires à la fois universitaires (des questions ont été posées sur : les conditions d'entrée en médecine, la préparation au concours de première année, puis sur le déroulement de leurs cursus jusqu'à la sixième année, les résultats universitaires, les attitudes en stages, la préparation au concours de sixième année), mais également extra-universitaires (les activités rémunérées, la mise en couple, les relations universitaires, les relations à la famille...). Une période

\* Cet article s'appuie sur notre thèse de sociologie et sciences sociales en cours, sous la direction d'Yves Grafmeyer.

1 - Dont le responsable est Bernard Bensoussan.

2 - BASZANGER (Isabelle), « Des généralistes en particulier. Une approche biographique des processus de socialisation professionnelle ». doctorat 3<sup>e</sup> cycle, sous la direction de C. HERZLICH. Paris, École des hautes études en sciences sociales, octobre 1979.

3 - Cette intervention se base sur les résultats d'enquêtes réalisées à Lyon de 1995 à 1997.

Cependant, cette population d'étudiants lyonnais ne semble pas fondamentalement différente de l'ensemble des étudiants en médecine français. En effet, rappelons que l'homogénéité de programme et des structures de formation, au niveau national, pour une même discipline, est une des spécificités du système de formation français.

4 - La proportion d'étudiants qui auront la possibilité de poursuivre les études médicales en deuxième année est établie, depuis 1971, selon un *numerus clausus*. A titre indicatif le *numerus clausus* en 1994-1995 était de 11 %.

5 - La formation des résidents et des

d'observation à l'hôpital a également été conduite, permettant de comprendre comment les étudiants en médecine acquièrent les savoirs médicaux (dans trois services hospitaliers : oncologie, hématologie et médecine interne). Ce moment d'observation s'est avéré utile pour mieux connaître la formation des médecins mais également pour pénétrer dans le milieu professionnel en adoptant le point de vue d'un étudiant (recensement des gestes effectués à l'hôpital, relations entre les divers personnels hospitaliers).

Analyser selon quelles modalités les projets professionnels des étudiants en médecine se dessinent implique de prendre en compte le contexte hiérarchisé de la formation médicale et de l'exercice de la médecine. En effet, la suprématie de l'hôpital, par le mode d'organisation hiérarchique et la logique scientifique qui la légitime, contribue à faire apparaître la médecine générale comme sous-spécialité de toutes les spécialités<sup>2</sup>. D'autre part, on peut se demander si la préparation à l'exercice d'une spécialité ne placerait pas les futurs spécialistes à un niveau plus élevé que les futurs généralistes dans la hiérarchie scolaire. En effet, il nous semble important, à ce niveau de questionnement, de rappeler que le mode de sélection des étudiants en médecine<sup>3</sup> s'effectue sur la base des formations sur concours, la faculté de médecine étant la seule faculté en France pour laquelle le passage en deuxième année est subordonné à l'obtention d'un concours en fin de première année<sup>4</sup>. Cette première étape franchie, le cursus des études médicales est ensuite commun pour tous les étudiants jusqu'à la fin de la sixième année, moment du second concours qui détermine l'orientation vers le résidanat ou l'internat<sup>5</sup>, aboutissant respectivement à l'exercice de la médecine générale ou

d'une spécialité. Dans ce cadre, la préparation d'un doctorat de médecine générale est offerte à tous tandis que l'exercice d'une spécialité n'est possible que sous condition de réussite au concours de l'internat<sup>6</sup>. Ainsi, ce contexte de formation, tendant à valoriser la médecine de spécialité par rapport à la médecine générale, nous semble être à la fois cause et conséquence des conditions d'exercice professionnel<sup>7</sup>, de rémunération – tant symbolique qu'économique – des deux formes de médecine et d'une division du travail entre généralistes et spécialistes.

Comment, s'opère alors le « choix » de devenir spécialiste ou généraliste ? Dans quelle mesure peut-on parler de choix pour l'une des deux voies ? Quelles sont les modalités de construction du projet professionnel des étudiants en médecine ? En d'autres termes, quels sont les éléments qui, au cours du cursus et à l'issue de la sixième année, interviennent dans l'orientation vers le résidanat ou l'internat ?

Au regard de l'institution de formation médicale, le concours de l'internat décide des possibilités légales d'exercice des différentes formes de médecine. Mais au-delà de cette sanction scolaire<sup>8</sup> qui confère une position dans le milieu médical, le concours s'avère être révélateur d'une multidimensionnalité d'éléments qui interviennent dans la construction des projets professionnels et structurent l'une ou l'autre des orientations. En effet, le concours peut être considéré comme un moment possible d'évaluation des trajectoires universitaires des étudiants, un moment privilégié pour comprendre comment les étudiants se sont appropriés les savoirs, comment ont été acquises des dispositions à réussir le concours à ce moment du cursus. Ainsi, l'orientation dans l'une des deux voies ne se joue pas unique-

ment au moment du concours de l'inter-nat. La décision de passer le concours de l'inter-nat, la réussite à ce dernier sont le résultat d'un rapport aux études construit pendant toute la trajectoire universitaire. Sinon, comment expliquer que parmi des étudiants ayant obtenu les mêmes résultats au baccalauréat, certains choisissent de passer le concours de l'inter-nat et d'autres non ? Que certains réussissent là où d'autres échouent ?

Dans quelle mesure les différentes caractéristiques sociales des résidents et des internes<sup>9</sup> – les seconds étant issus plus souvent du milieu médical et plus généralement de milieux aisés – peuvent-elles induire une voie plutôt qu'une autre, même si de façon générale le recrutement de la faculté de médecine semble encore se faire surtout dans certains milieux<sup>10</sup> ?

Par ailleurs, comment le fait d'être un garçon ou une fille peut-il jouer dans l'orientation à l'issue de la sixième année<sup>11</sup> ? Enfin, comment mesurer les effets de ces caractéristiques sociales différenciées dans les processus d'orientation et dans les différentes formes d'appropriation des savoirs médicaux ?

C'est par l'examen des trajectoires de formation que nous allons chercher à comprendre comment les étudiants en médecine se répartissent dans le milieu médical. En effet, les formes de la spécialisation sont présentées par l'institution de la faculté de médecine comme résultant d'une sanction scolaire. Mais les conditions de réussite au concours de l'inter-nat sont également variables selon les conditions de vie. La réussite est à la fois déterminée par un rapport au concours qui résulte de l'ajustement entre des conditions d'études – déterminées en fonction d'un calendrier social – et par un rapport aux savoirs médicaux.

Plus précisément, il s'agit de saisir quels sens différenciés revêt le temps des

études par rapport à d'autres dimensions de la vie sociale que sont l'accès à une autonomie financière et la mise en couple. La trajectoire universitaire se comprend en référence à une trajectoire extra-universitaire. Dans un second temps, l'analyse du rapport aux savoirs médicaux des étudiants sera centrée sur deux dimensions de la formation : les savoirs et les savoir-faire transmis aux étudiants pendant leur formation, en cours, et en stages à l'hôpital.

### QUE REPRÉSENTE LE « TEMPS DES ÉTUDES » ?

La trajectoire des étudiants revêt plusieurs dimensions qui correspondent à des périodes définies du cycle de vie. Le « temps des études » est l'une de ces dimensions. Le rapport à ce « temps des études » est déterminé par le sens qu'il prend pour les étudiants, leur représentation de sa place et de sa durée dans leur trajectoire par rapport à d'autres dimensions de la vie. Plus précisément, le « temps des études » se définit pour les étudiants selon leur rapport au temps, intériorisé pour partie dans le milieu familial, mais aussi selon le sexe, et d'autre part en fonction d'un rapport au temps induit par le cursus de médecine.

Tout d'abord, quel rapport spécifique au temps induit le cursus médical ? Scandé par deux concours qui fixent des échéances importantes, le cursus médical est très long (au minimum 8 ans et demi d'étude). Outre, ce nombre d'années d'étude élevé, le temps d'étude et le temps professionnel occupent une place importante, dans l'année comme au quotidien<sup>12</sup>. Un cursus de cette longueur, pour être mené à bien, nécessite un apprentissage de la gestion du temps et de l'anticipation de certaines échéances, comme les examens ou les deux

internes a alors lieu principalement en milieu hospitalier ; sa durée est respectivement de deux ans et demi pour les premiers et quatre ans au minimum pour les seconds.

6 - 60 % des étudiants choisissent de passer ce concours de l'inter-nat et parmi eux, selon les années, entre 50 et 60 % le réussissent à Lyon.

7 - Historiquement, le milieu médical s'est transformé et recomposé mais toujours ont coexisté des conditions plurielles d'exercice de la médecine et des statuts différemment valorisés des professionnels qui les pratiquent : LEONARD (Jacques), *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier-Montaigne, 1981, 386 p. ; VERGEZ (Bénédicte), *Le monde des médecins au XX<sup>e</sup> siècle*, Bruxelles, éditions Complexe, 1996, 312 p.

8 - La sanction scolaire s'appuie sur l'évaluation de savoirs scientifiques.

9 - Sur les 60 étudiants interviewés, les internes, pour plus des 2/3 d'entre eux, sont issus des classes supérieures. 1/3 des internes a au moins un

parent médecin (dans tous les cas spécialiste), 1/5 a au moins un parent dans l'enseignement et 1/7 un père ingénieur. Les résidents sont dans une moindre mesure issus des classes supérieures (moins de la moitié d'entre eux) ; quelques-uns ont un parent médecin (toujours généraliste). Les autres professions parentales présentes dans notre échantillon sont assez hétérogènes : quelques ingénieurs, plusieurs commerçants...

10 - Selon les résultats de l'enquête « Modes de vie des étudiants » réalisée par l'OVE (Observatoire de la vie étudiante), en 1991, 53 % des étudiants en médecine ont un père cadre ou occupant une profession intellectuelle supérieure (contre 37 % des étudiants des autres filières de l'enseignement supérieur).

11 - Dans un contexte de féminisation de la profession de médecin. En effet, les filles représentent 47 % des étudiants en médecine (enquête de l'OVE).

12 - Une année longue comportant seulement cinq semaines de vacances à partir de la quatrième année ; une journée importante en volume horaire (se déroulant à la faculté

concours. La sixième année, moment d'orientation vers le résidanat ou l'internat est révélatrice de certaines dispositions à se situer dans une position d'étudiant sur une longue durée Rappelons que le concours se passe après la sixième année d'étude et les étudiants qu'ils soient internes ou résidents, sont payés au minimum 7 000 francs par mois à partir de ce moment-là ; objectivement ce n'est donc pas un éventuel coût d'étude imposé par une longueur de cursus, supérieur pour les internes, qui va déterminer l'orientation. Donc, ce qui différencie les futurs internes des résidents se joue en partie avant la sixième année d'étude, c'est-à-dire pendant le cursus.

Le travail de terrain montre que la place conférée aux études, largement dépendante du rapport à la durée du cursus est un élément qui distingue ceux qui sont devenus résidents de ceux qui sont aujourd'hui internes. L'analyse des trajectoires de chacune de ces deux populations avant la sixième année, dans deux dimensions extra-universitaires que sont l'autonomie et la mise en couple, permet de différencier les rapports aux études. En effet, alors que le temps des études structure et régle de façon dominante les étapes de la trajectoire sociale des futurs internes, la trajectoire sociale des résidents ne peut être comprise qu'au regard des questions du passage à une autonomie financière et de la mise en couple.

La place et le temps des études<sup>13</sup> sont liés au niveau d'étude familial, différent pour ceux qui sont aujourd'hui internes et ceux qui sont devenus résidents. Le niveau d'étude<sup>14</sup> étant plus élevé dans les familles des internes que dans celles des résidents, on peut considérer que l'orientation à l'issue de la sixième année résulte d'une autorisation sociale et familiale à poursuivre des études longues, à se situer plus longtemps dans la posture d'étudiant pour

les internes que pour les résidents. La condition d'étudiant, en tant que statut, se situe en effet dans une position de l'entre deux, entre l'enfant qui est pris en charge et l'adulte qui s'assume<sup>15</sup>. Cette condition d'étudiant pose également, de façon différenciée pour les étudiants, la question du financement d'études longues et définit plus largement leurs conditions matérielles de vie.

### LE PASSAGE À UNE AUTONOMIE FINANCIÈRE

En s'intéressant, rétrospectivement, à la façon dont s'est déroulé, pour les étudiants en médecine, le passage à une autonomie financière, il apparaît que l'accession progressive à une autonomie financière de certains étudiants conduit à une sortie du temps des études et de sa logique ; il s'agit plus précisément de ceux qui sont par la suite devenus résidents. En effet, l'analyse de la provenance, la composition, le volume et les usages des ressources avant la sixième année met en évidence des différences pour les internes et les résidents. En ce qui concerne la provenance des ressources, les internes ont l'essentiel de leurs ressources d'origine familiale. La gestion de ces ressources leur a été confiée progressivement avec l'avancée dans le cursus, relevant d'un apprentissage dans lequel ils ont été guidés. Quant aux résidents, la part de leurs ressources provenant de leur famille a été moins importante. D'autre part, la gestion qu'ils ont dû faire de celles-ci leur a été confiée plus tôt dans le cursus.

Pour expliquer ces résultats, il convient de rappeler que les résidents sont moins souvent que les internes issus de milieux aisés. Il semble donc que la question de l'autonomie financière, liée aux milieux d'origine de ces étudiants,

ne se soit pas posée dans les mêmes termes pour les internes et pour ces résidents. Dans le milieu de ces derniers, on considère que l'âge auquel il faut être autonome financièrement conditionne l'entrée dans l'âge adulte qui doit se faire autour de 23 ans. Ainsi, certains résidents interrogés par entretien nous rapportent leur gêne d'avoir à dépendre financièrement de leurs parents pendant longtemps : « c'est toujours embêtant ces études longues, ça met dans une position bizarre par rapport aux parents<sup>16</sup> ». La pression familiale, qui pousse à avoir un métier le plus tôt possible, a été dans leur cas plus forte que dans l'environnement familial des internes, pour lequel on n'accède à l'âge adulte qu'après avoir fait de longues études et atteint une position sociale élevée. Le témoignage d'un interne<sup>17</sup> qui affirme : « je savais dès le début que c'était long et mes parents aussi, non, la longueur et le coût des études, ça n'a jamais été un problème, d'autant que mon père a lui-même fait des études très longues » est particulièrement parlant. Ainsi, à un même âge biologique correspondraient pour les étudiants des attentes sociales différentes véhiculées par leur milieu d'origine.

Les ressources parentales sont moins élevées pour les résidents que pour les internes. En revanche, c'est pour les résidents que la part des ressources produites par les activités rémunérées a été la plus importante jusqu'en sixième année. Ainsi, certains se retrouveraient pris dans un processus d'autonomisation par rapport à leur famille durant la période des études, processus dont il est difficile de sortir au moment du concours alors que les étudiants savent que, pour avoir des chances de réussir le concours, une année de préparation intense au minimum est nécessaire, pendant laquelle il est difficile de cumuler d'une part les révisions, un temps d'étude (livresque)

très important et d'autre part une activité rémunérée. En outre, en médecine, les activités rémunérées autres que les stages hospitaliers ont bien souvent lieu à l'hôpital, en clinique ou en maison de retraite. Les étudiants ont accès à ces emplois grâce à leur statut d'étudiant en médecine, ils ont donc l'impression de monnayer leurs savoirs et d'être déjà dans une logique de professionnalisation. Il est difficile, pour ceux dont les ressources liées à ces activités sont importantes, de viser le concours de l'internat comme objectif, concours qui requiert d'être encore six ans après le bac dans une posture d'étudiant à temps plein.

Ainsi, la posture d'étudiant requise au moment du concours est adoptée différemment selon les étudiants. Elle est difficilement acceptée par les étudiants déjà dans une logique de professionnalisation, originaires de milieux dans lesquels les membres de la famille ont peu souvent fait des études supérieures longues. Elle est encore plus difficilement mise en œuvre par les étudiants originaires de milieux modestes dans lesquels les parents n'ont pas fait d'études, particulièrement pour les garçons, ces deux caractéristiques se renforçant mutuellement ; la population masculine semble en effet encore considérée dans notre société, et encore plus dans certains milieux, comme principal pourvoyeur des revenus d'une famille malgré la généralisation de l'emploi féminin<sup>18</sup>.

Cette capacité à être dans une posture d'étudiant à la fin de la sixième année est également en lien avec la mise en couple des étudiants.

## LE TEMPS DE LA MISE EN COUPLE

Le concours de l'internat sélectionne des étudiants âgés au minimum de

et à l'hôpital) à laquelle s'ajoute le temps passé à l'acquisition personnelle des connaissances.

13 - Sachant que l'internat de spécialité implique des études plus longues que le résidanat.

14 - L'étude des généalogies de chacun a permis de connaître le niveau d'étude général de l'ensemble des membres de la famille : parents, grands-parents, frères et sœurs.

15 - BOURDIEU (Pierre), *Questions de sociologie*, « La jeunesse n'est qu'un mot », Paris, éditions de Minuit, 1984, 277 p.

16 - Idée que d'autres étudiants formulent parfois de la façon suivante « les études longues, ça crée des liens pas très sains, je trouve qu'il y a une petite dépendance, même si j'ai essayé qu'elle soit la moins grande possible, tant qu'on est étudiant on est l'enfant par rapport aux parents » (selon un résident dont le père est professeur dans l'enseignement technique). Ou encore « je sais les sacrifices que ça représente pour mes parents, et je sais ce que je dois apporter en plus si je veux

compléter ce dont j'ai besoin » (comme l'affirme un résident dont le père est contremaître).

17 - Dont le père est médecin. Ses ressources sont essentiellement parentales.

18 - En effet, si à tous les âges, l'écart entre les taux d'activité masculine et féminine n'a cessé de diminuer, il ne s'est pourtant pas effacé. En 1993, 77 % des femmes de 25 à 49 ans sont actives, contre 51 % en 1973 ; ce taux atteignant 97 % pour les hommes aux deux dates : MARRY (Catherine), FOURNIER-MEARELLI (Irène) et KIEFFER (Annick) « *Activité des jeunes femmes : héritage et transmission* », *Économie et statistique*, n° 283-284, 3<sup>e</sup> trimestre 1995.

19 - D'après les résultats de l'enquête OVE.

24 ans et susceptibles d'avoir une relation de couple. Cette dimension est prise en compte et vécue différemment selon les étudiants. Plus précisément, la façon dont elle prend forme pour certains conduit à les éloigner de la logique de l'étude. Ainsi, le moment et la forme de la mise en couple sont plus ou moins conciliables avec l'échéance du concours de l'internat fixée par le cursus médical.

En analysant le calendrier de la mise en couple, c'est-à-dire le moment où elle intervient par rapport au cursus médical, il est possible de distinguer les étudiants qui sont célibataires et ceux qui sont en couple au moment de passer le concours. Tout d'abord, parmi les internes, on constate une proportion plus élevée d'étudiants qui n'ont pas de relation de couple avant la sixième année, que parmi les résidents. D'autre part, parmi les étudiants qui sont en couple, le moment de cohabitation officielle avec l'ami(e) ou le conjoint diffère pour les internes et les résidents ; les premiers n'habitent en couple bien souvent qu'après avoir réussi le concours, tandis que les seconds vivaient à deux avant la sixième année.

Par ailleurs, les internes et les résidents font des choix différents en ce qui concerne leur conjoint et ses caractéristiques. On sait, de façon générale, que la médecine est l'une des filières où l'homogamie est très forte<sup>19</sup> (30 %) mais celle-ci est accentuée pour la population des internes qui ont, plus souvent que les résidents, un ami ou conjoint lui-même étudiant en médecine et souvent interne. Les résidents sont, quant à eux, plus souvent en couple avec quelqu'un qui n'a pas fait d'études de médecine et qui se trouve déjà engagé dans l'exercice d'une activité professionnelle. Tout se passe comme si ces étudiants étaient en quelque sorte entraînés par ce conjoint

vers la sortie progressive de l'étude et de sa logique de compétition scolaire.

Alors que le passage à l'autonomie financière occupait une place importante dans la formation des trajectoires masculines, il est important de souligner la prégnance du rôle de la mise en couple dans les trajectoires féminines. En effet, lorsqu'on analyse rétrospectivement leur trajectoire, à position universitaire égale, il apparaît que quand ils sont en couple en sixième année, filles et garçons internes ont « organisé » différemment leur mise en couple. Celle-ci semble pour les garçons pouvoir (et devoir ?) être menée parallèlement aux études puisque la plupart avaient au moment de passer le concours une « petite amie » avec laquelle ils ne vivaient pas, tandis que les filles en couple, en sixième année, vivaient avec leur ami, souvent étudiant en médecine. Ainsi, les filles auraient plus de difficultés que les garçons à concilier le fait d'avoir à 25 ans un ami mais sans vivre avec lui. Cela peut s'expliquer par un éventuel écart d'âge au sein du couple (le garçon étant souvent plus âgé) mais également par l'idée qu'une fille peut plus facilement qu'un garçon vivre en couple sans être autonome financièrement. La mise en couple, en étant un élément important du passage à l'âge adulte pour les filles, a lieu plus tôt que pour les garçons.

La mise en couple est donc soit différée après le concours de l'internat pour certaines internes, soit menée conjointement aux études. Les filles internes, en couple au moment de la sixième année présentaient-elles des caractéristiques différentes des résidentes, alors également en couple ? En effet, l'activité professionnelle de leur mère, différente dans les deux cas, définit le rapport aux études et conditionne la représentation des rôles féminins et masculins. Les filles futures internes ont

une mère active et le couple formé par leurs parents se caractérise souvent par une homologie de position entre père et mère. La mère occupe alors un emploi qui requiert un niveau d'études et procure un statut équivalents à celui du père. La situation est tout autre pour les résidentes, originaires de milieux où la mère est moins souvent active, et qui lorsqu'elle travaille, occupe une position professionnelle inférieure à celle du père. Les rôles sociaux entre les deux parents sont alors clairement définis et sont très différents, le père étant principalement chargé de procurer les revenus principaux du ménage, la mère de l'éducation des enfants et de la charge des tâches domestiques. On retrouve ce type de configuration dans les milieux populaires ou traditionnels dans lesquels la jeune femme acquiert le statut et l'identité de femme, avant tout, par la mise en couple, l'activité professionnelle venant en second plan. Ainsi, le modèle parental, et plus précisément maternel, tant sur le plan professionnel qu'au niveau du fonctionnement du ménage, constitue pour ces étudiantes une référence. En effet, dans ce dernier cas, la mise en couple conditionne l'entrée dans un âge adulte peu conciliable, dans les modes de vie, avec la poursuite d'études à temps plein.

Ces différentes formes de mises en couple s'actualisent au quotidien dans des pratiques. A titre d'exemple, on observe une répartition des tâches domestiques beaucoup plus marquée au sein du couple et sexuée dans les couples des résidentes et plus équilibrée dans les couples où la jeune femme est interne. De même, le projet professionnel des résidentes se construit en fonction du parcours professionnel du conjoint<sup>20</sup> alors que le projet professionnel est plus individualisé pour chaque

membre du couple où la jeune fille est interne.

Ainsi, la mise en couple se situe dans des temps différents pour les filles, pour les garçons ; les internes, les résidents et les étudiants de milieux modestes ou aisés. En s'attachant à comprendre comment le temps des études est déterminé, certes par un cursus médical formel, mais se définit également par rapport à des dimensions autres que les études, on peut expliquer, pour partie, les orientations à l'issue de la sixième année. Au fond, à ce moment du cursus, se joue la question des formes de passage à l'âge adulte, formes qui résultent des modes de négociation des rôles sociaux de chaque étudiant de façon intergénérationnelle, avec les parents, et de façon horizontale, avec le conjoint.

Après avoir montré comment les trajectoires universitaires et les orientations se dessinent pendant le cursus et comment elles résultent d'un ajustement entre d'une part, des normes temporelles véhiculées au sein de leur milieu familial et, d'autre part, des normes temporelles caractéristiques du cursus médical, il s'agit de saisir les formes d'appropriation des savoirs médicaux.

### COMMENT SONT TRANSMIS LES SAVOIRS MÉDICAUX ?

Il existe dans certaines formations une continuité entre les normes et les valeurs du système d'enseignement. Historiquement, les facultés de médecine font partie de ces facultés « professionnelles<sup>21</sup> » où l'enseignement universitaire est issu du milieu professionnel qui le contrôle. En effet, les étudiants, en étant formés dans un système hospitalo-universitaire, sont en rapport avec des professeurs de faculté qu'ils retrouvent à l'hôpital dans des positions homologues,

20 - La carrière professionnelle du conjoint étant privilégiée au sein du couple, la jeune femme organise son parcours professionnel en tenant compte d'une éventuelle mobilité géographique du conjoint. D'autre part, les revenus de son activité professionnelle sont considérés comme un complément à ceux de son conjoint. Enfin, l'exercice de son activité, en termes de temps de travail (temps plein/temps partiel) tiendra compte, le moment venu, du temps à consacrer à l'éducation des enfants.

21 - Comme les facultés de droit : KARADY, (Victor), « Des facultés napoléoniennes à l'université de masse », in VERGER, (Jacques), *Histoire des universités en France*, Toulouse, Bibliothèque historique Privat, 1986, 432 p., p 261-p 366.

22 - Partie de la médecine qui s'occupe des signes cliniques ou symptômes des maladies.

23 - De façon quotidienne, à partir de la quatrième année. L'étudiant a alors le statut d'externe jusqu'à la fin de la sixième année.

24 - Cette assurance croissante est perceptible notamment dans la manipulation de leurs « outils » : le stéthoscope est d'abord rangé avec soin dans les poches après chaque observation pour être finalement posé autour du cou. Ou bien encore, lorsqu'il s'agit de signer une lettre pour une demande d'examen, que l'étudiant signe d'abord pour l'interne puis en son nom, mettant ainsi en jeu sa propre responsabilité.

25 - Après la sixième année, les internes et les résidents ont plus de responsabilités, ils ont notamment en charge la prescription des traitements, le suivi des malades. Les assistants et praticiens hospitaliers, plus haut placés dans la hiérarchie, se voient confier, comme le chef de service, une triple fonction : soin, recherche, enseignement.

le chef de service d'une spécialité étant bien souvent chargé de l'enseignement de cette spécialité à la faculté. Au statut de professeur de médecine (enseignement, recherche, soin) est attachée une triple fonction qu'il endosse dans les différents lieux d'exercice de sa pratique.

D'autre part, l'organisation de l'enseignement induit une progression dans l'acquisition des savoirs et des savoir-faire réglée avec l'avancée dans le cursus. En cours, l'enseignement de la première à la sixième année suit une progression qui va de l'apprentissage des matières fondamentales à la séméiologie<sup>22</sup> pour se terminer par l'enseignement de spécialités. La formation médicale est également une formation qui répond à une nécessité pratique dont l'apprentissage se déroule à l'hôpital<sup>23</sup>. Les conduites à tenir, les mises en application des enseignements théoriques par les étudiants dans les services hospitaliers suivent une progression dans le temps. En effet, en fonction de l'ancienneté, les étudiants en médecine acquièrent des compétences et un statut qui leur donnent l'assurance nécessaire pour se voir confier de nouvelles fonctions<sup>24</sup>. Ainsi, de la quatrième à la sixième année, les étudiants prennent contact avec les malades par l'intermédiaire de leurs dossiers médicaux, puis par l'observation du patient, enfin, en étant autorisés à faire des gestes de plus en plus invasifs dans le corps humain<sup>25</sup>.

Enfin, le fonctionnement sur le mode du compagnonnage est une dimension importante de la formation à l'hôpital. Les aînés enseignent leurs savoirs, leurs savoir-faire aux plus jeunes en leur montrant comment les mettre en œuvre. Les étudiants sont donc ainsi encouragés à prendre comme modèle les étudiants plus avancés dans le cursus. L'apprentissage passe par l'imitation des plus âgés<sup>26</sup>, ces derniers constituant les

passerons vers une pratique médicale maîtrisée et les médiateurs entre les plus jeunes et les expérimentés. Ainsi, il existe des processus d'acquisition des savoirs et savoir-faire transmis à la faculté et à l'hôpital<sup>27</sup>. Cependant, ces savoirs dispensés au cours de la formation médicale ne sont pas appréhendés de la même façon par tous les étudiants. On constate donc des rapports différenciés aux savoirs et aux savoir-faire médicaux

## LA PRÉPARATION AUX CONCOURS

Les étudiants s'approprient différemment les savoirs et savoir-faire médicaux, en fonction d'un rapport aux savoirs intériorisés dans leur milieu familial, différemment selon le sexe. En effet, leur représentation de la position de médecin dans l'espace des professions et plus particulièrement dans le champ médical, en lien avec leur familiarité au milieu médical, va déterminer en partie leur posture face aux savoirs et avoir une incidence sur leur orientation en sixième année. Plus précisément, la familiarité<sup>28</sup> aux études médicales, qui se manifeste par exemple par la connaissance dans son réseau de relations de personnes qui font (ou ont fait) des études de médecine, contribue à différencier les manières d'apprendre.

Cette familiarité, qui différencie les étudiants dès le début des études de médecine, est plus importante pour les internes que pour les résidents, il est possible d'appréhender ses effets pendant les études et lors des stages. En faisant appel aux témoignages des internes et des résidents, on peut voir que tous les étudiants n'ont pas bénéficié du même soutien pendant leur cursus, notamment à des moments clés, comme celui de la préparation aux concours de

première année et de l'internat. La familiarité au milieu médical a, dans une certaine mesure, permis à certains de bénéficier, dès le début du cursus, de conditions privilégiées d'étude en médecine. Grâce à une analyse longitudinale rétrospective par entretiens, on peut par exemple connaître les pratiques antérieures et notamment les conditions de travail du concours de première année. Ces conditions de travail ont pu être facilitées, par la familiarité aux études médicales, notamment grâce à des conseils d'organisation du travail, d'inscription à un cours parallèle de préparation au concours et par la récupération de livres. Cette familiarité a sans doute également permis, au moment du concours de l'internat, non seulement de connaître les règles du jeu propres au fait de préparer ce concours, les conduites à tenir pour le réussir mais également de comprendre l'horizon d'attente des professeurs.

Plus fréquente parmi les étudiants qui ont réussi le concours de l'internat, cette familiarité leur a aussi conféré une connaissance du cursus dès leur arrivée en médecine et de se situer dans une logique d'anticipation des obstacles à venir, de « se sentir sur des rails<sup>29</sup> » et non dans une logique de rupture, de découverte progressive des étapes du cursus<sup>30</sup>. Cette logique de rupture qui conduit parfois à un parcours chaotique peut s'expliquer en partie par la difficulté à se projeter dans le cursus, de par l'absence de connaissance de la nature des épreuves à venir. La familiarité aux études médicales joue donc un double rôle dans l'acquisition de savoirs. Elle permet aux étudiants de bénéficier de certains conseils techniques mais elle peut également les conduire à se projeter, à anticiper les étapes du cursus et à s'imaginer, dès le début de leurs études, dans la position de médecin spécialiste.

## L'APPRENTISSAGE À L'HÔPITAL

Les caractéristiques sociales des étudiants et leur familiarité au milieu médical jouent également un rôle dans les comportements différenciés en situation d'apprentissage. Tout d'abord, si le système fonctionne sur le mode du compagnonnage et si l'apprentissage des étudiants se fait en observant les attitudes de leurs aînés, pour autant, les personnes choisies pour modèles ne sont pas les mêmes pour tous. Les relations de compagnonnage se construisent selon des affinités électives entre aînés et novices. Ainsi, la transmission est facilitée entre des personnes de caractéristiques sociales proches (sexe, milieu d'origine...) qui ont la même façon d'appréhender des savoirs nouveaux, une représentation du travail semblable, des objectifs professionnels communs. D'autre part, les différentes façons de se conformer à ces modèles, de se comporter à l'hôpital, avant même le concours de l'internat, dépendent en partie des représentations qu'ont les étudiants de la hiérarchie hospitalière, des rôles et des fonctions du médecin. La représentation du « patron<sup>31</sup> », construite à la fois de façon individuelle et collective, est perçue différemment selon les étudiants. Cette dénomination peut recouvrir un double sens pour les résidents et des internes. En effet, des distinctions intéressantes apparaissent lorsqu'on interroge des étudiants en sixième année sur leurs représentations de la hiérarchie hospitalière et de leur rôle au sein de celle-ci.

Pour certains, la hiérarchie hospitalière est composée de membres qui ont chacun un rôle spécifique et, en cela, peuvent en situation d'apprentissage apporter des connaissances dans diffé-

26 - DELBOS (Geneviève) et JORION (Paul), *La transmission des savoirs*, Paris, 1984, éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, 310 p., (collection Ethnologie de la France).

27 - À partir de la quatrième année, les étudiants sont le matin à l'hôpital et suivent l'après-midi des cours à la faculté.

28 - Sur la notion de familiarité, se reporter à ZIMMERMANN, (Hélène), « Les étudiants juristes : milieux, filières, trajectoires », mémoire de DEA, université Lumière Lyon 2 (sous la direction de B. Bensoussan et Y. Grafmeyer).

29 - Extrait d'entretien d'un interne, dont le père est médecin spécialiste, qui a fait un parcours en médecine « sans faute ».

30 - Logique qui est par exemple celle d'un résident qui a réussi le concours de première année en un an mais dont le parcours a ensuite été chaotique (« ça a été longtemps flou, c'était pas tout tracé ») et dont le père est professeur dans l'enseignement technique.

31 - C'est ainsi que les étudiants et médecins

du service nomment le chef de service, situé au sommet de la hiérarchie hospitalière.

32 - En principe, chaque semaine, le chef de service visite tous les patients de son service en présence des étudiants, de l'interne, de la chef-infirmière. C'est notamment le moment pendant lequel il fixe ou change le traitement des malades. C'est également un moment de transmission de son savoir aux externes et à l'interne. Enfin, c'est pour lui l'occasion d'interroger les externes sur leurs connaissances.

rents registres. Chaque membre de la hiérarchie hospitalière intervient dans une situation qui, selon ces étudiants, présente un intérêt particulier dans la perspective d'une augmentation des connaissances et de la pratique hospitalière. Chaque membre de la hiérarchie est donc perçu de façon positive, comme potentiel pourvoyeur de connaissances dans l'acquisition de savoirs et savoir-faire. Par exemple, le patron, pendant son tour<sup>32</sup> et ses consultations, apporte des connaissances théoriques sur la maladie, l'interne peut expliquer les gestes, les conduites à tenir, les traitements, les externes plus âgés ont un rôle important dans l'apprentissage des conduites à tenir, les malades ayant eux-mêmes un rôle dans la formation puisqu'ils permettent aux apprentis médecins de développer une dimension relationnelle de la profession. Ces étudiants qui décrivent de façon positive le rapport de transmission des savoirs qui se joue dans les différentes situations d'apprentissage à l'hôpital sont ceux qui, le plus souvent, sont devenus internes. Le patron représente pour eux un modèle ; il est « celui qui voit clairement les choses et permet de mettre de l'ordre dans un fouillis d'informations », qui donne des informations sur la spécialité qu'il exerce. Le patron détient les compétences, les connaissances, le « Savoir » qu'ils cherchent à s'approprier. Ces étudiants se placent dans une position d'apprentissage à l'hôpital et s'identifient aux membres de la hiérarchie hospitalière les plus haut placés. Ces derniers leur servent de référence, occupant une position qu'ils envient ; ils leurs prodiguent également des conseils, des informations pour la préparation au concours de l'internat, préparation qui implique avant tout l'apprentissage personnel de cours et la résolution théorique de dossiers cliniques.

A l'inverse, d'autres étudiants, qui le plus souvent sont devenus résidents, considèrent que l'hôpital fonctionne comme une entreprise ; ils voient les patrons comme des supérieurs hiérarchiques qui demandent d'exécuter un travail et exercent sur eux un contrôle. De leur part, les étudiants espèrent qu'ils leur feront confiance, qu'ils leur permettront d'assumer des responsabilités, leur laisseront une autonomie dans ce qu'ils considèrent déjà comme un travail, une tâche professionnelle en lien avec une compétence acquise. Les étudiants semblent considérer alors de façon normative leur action à l'hôpital en s'interrogeant : « le patron va-t-il valider ou non ce que j'ai fait ? ». Ce patron, considéré comme le chef, représente donc avant tout l'autorité. Ces étudiants ont des parents qui exercent une profession souvent autre que celle de médecin, et située plus bas que la profession de médecin spécialiste, dans la hiérarchie des professions. Leur position d'infériorité hiérarchique semble redoublée par une position d'infériorité sociale.

Tous souhaitent quitter le statut d'externe, les uns pour devenir internes et monter dans la hiérarchie ; les autres, les résidents, pour obtenir l'autorisation de pratiquer le plus rapidement possible, et avoir des responsabilités en tant que soignant vis-à-vis du patient. Ces derniers se situent plus dans une logique de professionnalisation que dans une posture d'apprentissage ; ils acceptent donc moins les rapports induits par la hiérarchie hospitalière. C'est dans cet objectif de professionnalisation qu'ils souhaitent se former, s'entraîner et se constituer une « trousse à outils » de compétences.

Ainsi, futurs internes et futurs résidents voient dans la situation d'apprentissage une finalité différente, finalité dépendante de la façon dont ils envisagent une forme d'exercice plutôt qu'une

autre, en fonction de la façon dont ils hiérarchisent les formes d'exercice de la médecine. Ces différentes représentations de la profession de médecin et de l'hôpital semblent construites par l'étudiant en fonction de ses représentations d'un rapport au travail, intériorisées notamment dans son milieu d'origine. En effet, le statut, les caractéristiques, les tâches et fonctions professionnelles du père des enquêtés constituent pour eux une référence transposée dans la construction de leur représentation du rôle de médecin, en ce qui concerne le rapport à la hiérarchie, mais également le rapport théorie/pratique.

Quelques cas de figure vont ici permettre de mieux comprendre les rapports différenciés aux savoirs médicaux et à la hiérarchie hospitalière<sup>33</sup>, et tout d'abord, celui de certains étudiants, futurs résidents, dont le père est par exemple contremaître, chef d'entreprise ou commerçant. Selon eux, « le malade ne s'apprend pas dans les livres », « à la fac, on subit des cours idiots qui ne servent à rien », « pour être médecin il faut apprendre les conduites et les réflexes ». Si « le malade ne s'apprend pas dans les livres », c'est parce que le médecin se définit avant tout, pour eux, par son statut d'indépendant, ses responsabilités, sa position importante à l'hôpital, sa pratique. Inversement, on trouve le cas des filles devenues internes, filles d'enseignants qui, si elles ont été excellentes scolairement pendant leur cursus, disent avoir eu beaucoup d'appréhension à faire des gestes à l'hôpital. Ce constat est sans doute à relier à l'absence de dimension manuelle du type de profession exercée par leurs parents mais aussi certainement au fait que ce sont des filles. Effectivement, le sexe est également une variable explicative dans l'acquisition des savoirs médicaux à l'hôpital où on retrouve une répartition des tâches qui

fait référence à une différence des compétences sexuées. Si les filles aiment moins faire des « gestes<sup>34</sup> » que les garçons, elles paraissent en revanche plus « dociles » au classement des examens.

Enfin, un dernier cas de figure illustre bien comment la représentation du rôle de médecin est intimement liée aux caractéristiques de la profession du père. Il s'agit des étudiants, futurs internes, ayant un père médecin hospitalier. Dans un processus d'identification, ils décrivent leur rôle à l'hôpital avant la sixième année comme proche du rôle du patron. Leur objectif est d'acquérir des savoirs mais également de transmettre eux-mêmes des connaissances à d'autres étudiants. Ils entendent également être proche de la personne du patron, sur un plan relationnel. Pour ces étudiants qui font partie de la famille médicale, la transmission est en partie familiale, l'objectif étant à la fin de la sixième année de faire reconnaître leurs compétences par leur père<sup>35</sup> qui est aussi leur pair ; « la boucle est alors bouclée », conclut l'un d'entre eux.

Ainsi, la façon dont les internes construisent leur trajectoire universitaire est régie par les normes d'acquisition des savoirs et savoir-faire que le système de formation médicale induit. A l'inverse, la trajectoire universitaire des résidents s'élabore en fonction de normes d'appréhension du monde qui présentent des écarts avec celles du milieu médical. Ces écarts contribuent à éloigner ces résidents du temps et de la logique de l'étude.

La mise au jour de ces deux processus, influencés par les facteurs que sont le sexe et l'origine sociale, permet d'expliquer comment les orientations ont été différentes pour chacune de ces deux populations.

La population des étudiants en médecine, d'une part en étant très

33 - Ces étudiants, en fin de sixième année d'étude, ont été interrogés sur leurs attitudes dans les différents stages qu'ils ont effectués jusqu'en sixième année. Pour cela, on leur a notamment demandé de décrire leurs postures dans les différentes situations d'apprentissage. Ils ont également été questionnés sur leur représentation de la profession de médecin, sur leurs relations avec les membres de la hiérarchie hospitalière.

34 - Il s'agit ici des gestes infirmiers et médicaux pratiqués à l'hôpital et enseignés aux étudiants.

35 - En choisissant leur dernier stage de sixième année dans le service de leur père.

contrainte par la longueur des études médicales et les conditions de vie qui en découlent – conduisant à une certaine ascèse – et d'autre part, en suivant un cursus qui se caractérise par une complémentarité des dimensions scolaire et professionnelle, est un cas limite qui nous permet de comprendre l'articulation de différentes dimensions dans l'appréhension des trajectoires.