

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2019 N°93

**REPRESENTATIONS DES PATIENTS QUANT À LA PERSONNE DE
L'ÉTUDIANT EN MÉDECINE ET À SA FORMATION**

THESE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 11 juin 2019
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Axelle REITZ née le 22/10/1990 à Lyon 8ème (Rhône)

Et **Marion REVEILLET** née le 10/11/1989 à Saint Martin d'Hères (Isère)

Sous la direction de

Madame le Docteur Isabelle Fay, Médecin Généraliste

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président de l'Université

Pr Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

Pr Pierre COCHAT

Directeur Général des Services

M. Damien VERHAEGHE

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

Pr Gilles RODE

Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon Sud Charles Mérieux

Pr Carole BURILLON

Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques

Pr Christine VINCIGUERRA (ISPB)

Doyenne de l'UFR d'Odontologie

Pr Dominique SEUX

Directrice du Département de Biologie Humaine

Pr Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie :

Directeur de l'UFR Sciences et Technologies

M. Fabien DE MARCHI

Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)

M. Yanick VANPOULLE

Directeur de Polytech

Pr Emmanuel PERRIN

Directeur de l'IUT

Pr Christophe VITON

Directeur de l'Institut des Sciences Financières et Assurances (ISFA)

M. Nicolas LEBOISNE

Directrice de l'Observatoire de Lyon

Pr Isabelle DANIEL

Directeur de l'Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPE)

Pr Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est
Liste des enseignants 2018/2019

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
COCHAT	Pierre	Pédiatrie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Physiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 1

BOILLOT	Olivier	Chirurgie digestive
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie digestive
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
FINET	Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HERZBERG	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LACHAUX	Alain	Pédiatrie

LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MARTIN	Xavier	Urologie
MERTENS	Patrick	Anatomie
MIOSSEC	Pierre	Immunologie
MOREL	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MOULIN	Philippe	Nutrition
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ANDRE-FOUET	Xavier	Cardiologie
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie

KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie générale
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
ROSSETTI	Yves	Physiologie
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE	Caroline	Physiologie
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GIRARD	Nicolas	Pneumologie

GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINÉ	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESURTEL	Mickaël	Chirurgie générale
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MILLION	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Nutrition
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROMAN	Sabine	Physiologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAULT	Hélène	Physiologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent
ZERBIB	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

BERARD	Annick
FARGE	Thierry
LAMBLIN	Gery
LAINÉ	Xavier

Professeurs émérites

BAULIEUX	Jacques	Cardiologie
BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
GOUILLAT	Christian	Chirurgie digestive
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
GERMAIN	Michèle	Physiologie
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
NORMAND	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHARRIERE	Sybil	Nutrition
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
LESCA	Gaëtan	Génétique
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
PHAN	Alice	Dermato-vénéréologie
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VENET	Fabienne	Immunologie
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
COUR	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAUX	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LEMOINE	Sandrine	Physiologie
MARIGNIER	Romain	Neurologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie Néonatalogie Pharmaco Epidémiologie
ROLLAND	Benjamin	Clinique Pharmacovigilance
SIMONET	Thomas	Psychiatrie d'adultes
		Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

PIGACHE	Christophe
DE FREMINVILLE	Humbert
ZORZI	Frédéric

Maître de Conférences

LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALLO	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

Remerciements

Madame le Professeur Marie Flori

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider et juger ce travail de thèse.

Nous vous remercions pour votre soutien lors de ce travail.

Veillez recevoir notre profonde estime.

Madame le Professeur Martine Wallon

Nous vous témoignons nos remerciements chaleureux pour votre écoute et votre bienveillance dans les situations professionnelles parfois délicates.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et l'assurance de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Alain Moreau

Merci de nous faire l'honneur d'accepter de siéger parmi le jury aujourd'hui en revenant sur les bancs de la faculté. Nous vous sommes reconnaissantes pour votre travail au sein du Collège Universitaire de Médecine Générale.

Madame le Docteur Isabelle Fay, directrice de thèse

Veillez recevoir notre sincère et profonde reconnaissance pour nous avoir guidées tout au long de notre travail de thèse. Travailler avec vous fut un réel plaisir. Merci pour votre réactivité, pour vos remarques pertinentes et votre bienveillance.

Nous sommes désolées que les MSU ne soient pas plus présents dans ce travail : ne baissez-pas les bras, les étudiants ont besoin de vous !

Monsieur le Docteur Thomas Pipard

Merci pour les conseils précieux que tu nous as donnés au début de ce travail. Ta présence au sein du jury est un beau symbole : celle qui fut un jour ton externe devient aujourd'hui Docteur, toujours sous ta supervision.

Remerciements de Marion

A Axelle,

Sans qui je ne serais peut-être jamais devenue Docteur ! Un immense Merci ! De coloc à cothésarde, je suis ravie d'avoir pu partager ces moments avec toi et ceux à venir. J'ai hâte que nos fistons puissent jouer ensemble !

A Alexandre

A mon amour, merci de m'avoir toujours soutenue pendant ces longues années d'études. Merci de partager ma vie, mon quotidien, mon bonheur et d'avoir fait de moi une Maman. Une multitude de jolis projets nous attendent ! Je t'aime.

A Arthur,

Louloudou, Doudoudi, te voir grandir et rire est un émerveillement quotidien. Merci de m'avoir fait découvrir une nouvelle fois ce que signifie Aimer ! Merci également d'avoir renversé plusieurs fois dans la plus grande joie l'intégralité de mon dossier de thèse... ! Je t'aime encore plus fort qu'un alligator !

A ma Maman,

Pour ton soutien et ton amour, sans limite. Je ne serais pas arrivée ici aujourd'hui sans toi. Merci de m'avoir transmis ta force de caractère et de m'avoir donné envie d'être médecin alors que j'étais toute petite, lorsque tu reprenais tes études et que tu me mettais en PLS dans le salon. De mes yeux d'enfant, c'était tellement rigolo ! Reçois ici le témoignage de ma reconnaissance pour m'avoir permis d'être ce que je suis aujourd'hui.

A Paul,

Alias Kekos le grand, mon Ninou (!). Merci d'avoir marché sur la pointe des pieds quand tu étais petit pour me permettre de bosser en silence ! Mais aussi pour les parties de Mario Kart en P1 en guise de pause où je prenais plaisir à te mettre une sacrée raclée ! Je te souhaite d'être aussi épanoui que moi dans ta vie personnelle et professionnelle. J'te kiffe frrrr !

A Moon et Poon,

Merci d'avoir admis encore un docteur dans votre famille et pour votre soutien ! Merci pour tes bons petits plats Moon que tu les fabriques avec amour et à Dr Tcheck le Poon, toujours une perceuse dans sa poche pour les petits travaux manuels ! Je mesure la chance de vous avoir comme beaux-parents.

A Thibault, Corentin et Domitille,

Tonton Titi le rat, Tonton des bois et Tatie Doudoudingue, merci de m'avoir adoptée comme le cinquième enfant de la famille et d'avoir accepté de partager les plats de MoonMoon !

A Supermitch et papi Maurice,

Pour votre soutien indéfectible et votre affection depuis ma plus tendre enfance. Trouvez ici les remerciements de tout ce que vous avez fait pour moi. Même si je ne le dis pas toujours très bien : je vous aime.

A Dad,

Puisse ce travail et cette journée te rendre fier de ta fille !

A Charly et Rémy,

Les frangins un peu loin, mais je pense très fort à vous. Je vous souhaite de réussir vos études et d'être heureux surtout !

Aux copains de fac,

A la team hippocrate (Bidou, Fred, Clément, Axel, Benoît et les autres) : loin des yeux mais pas loin du cœur ! Vous me manquez !

A Lucie, ma VAV, pour ces années « stylo bic » ou « doudoune bleue » entre deux conf ou au fin fond de la péninsule de Dingle (bon ok c'est en gaélique, on va à droite ou à gauche la ?), XOXO

A Lili et Marjo, des bancs de P1 aux randos au chalet en passant par les soirées kinés ! Je ne regrette pas de vous avoir montré mes cours en P1 alors que vous ne voyiez rien au tableau depuis le deuxième rang !

A Poulpe, true friendship !

A Fanny, trop cool d'avoir pu partager ce semestre et de te voir d'épanouir avec Grisha et Cléo !

A Angélique, pour ces soirées un peu trop alcoolisées... !

A Alexandre Galan, le radiologue tellement fort qui te reconnaît alors même que t'as pas commencé à négocier ton scan !

A Tatiana, merci pour ces nombreux messages de soutien et tes histoires plus rocambolesques les unes que les autres !

A Daddy Gombault, THE sudiste, celui qui mange une tartine de roquefort dans son chocolat au lait de bon matin... la D4 ça fait faire des choses bizarres...

Mention spéciale aux « didier » de chirurgie vasculaire, je ne suis pas devenue chirurgien mais vous avez rendu ce stage d'externe comme le meilleur de tous les temps !

A tous mes co-internes et aux autres que je ne pourrai citer, merci du fond du cœur pour ces belles années.

Aux copains en dehors de la fac

Que je n'oserai citer nominativement. Votre présence m'est indispensable. Merci d'être à mes côtés.

A Danielle et Patrick Schiller,

Danielle, ma deuxième maman ! Merci de toutes tes délicates attentions.
A Patrick, le plus fort de tous les médecins généralistes ! Merci pour tout ce que tu m'as appris. Puis-je un jour t'arriver à la cheville...

A Maryline Pezet,

Qui s'occupe d'Arthur à merveille en me faisant moins culpabiliser pendant que j'écris ces lignes...
Merci de tes bons soins !

Au Dr Shampoing alias Dr Garnier, CHU Grenoble

Qui m'a donné envie d'être médecin en racontant des mots complètement loufoques dans son dictaphone lorsque j'étais petite... « je veux être comme lui » me disais-je !

Aux enfants d'HDJ d'onco-hémato du CHU de Grenoble et de partout ailleurs,

Si je me suis inscrite à la fac de médecine c'était aussi grâce et pour eux, car je me disais, du haut de mon mètre trente, qu'un jour, je reviendrai les voir dans le service pour leur rendre leurs cheveux !

A Jacky,

Victime de ma première vraie erreur médicale. Désolée pour cette prescription de Rocéphine qui t'a envoyé en réa...

A toutes les Marie-Olga et Papychoux,

Que j'ai pu rencontrer dans les lits d'hôpitaux et qui m'ont appris l'humilité.

A tous les participants de cette thèse,

Merci de nous avoir accordé votre précieux temps !

Remerciements d’Axelle

À Jérémie, merci pour... Tout. Je ne saurais te dire combien la vie est belle à tes côtés. Tu as su m’aider à me dépasser et à devenir meilleure, d’un sourire tu rends les choses faciles. Merci d’être toi.

À Joachim, mon bébé, tu as été présent malgré toi à presque tous les entretiens de cette thèse, merci de t’être tenu tranquille ! Ta venue a illuminé nos vies.

À Marion, merci pour cette thèse qui vient finir en beauté notre parcours ! Nous avons préparé l’ECN ensemble, y sommes allées la boule au ventre, avons reçu les résultats au fin fond de la Bolivie, et je suis heureuse de passer cette nouvelle étape avec toi. Merci pour tes rires et tes messages de consultations qui viennent égayer le quotidien.

À mes parents, vous m’avez appris la rigueur et l’exigence dans le travail, et c’est grâce à vous si j’en suis là aujourd’hui. Maman, tu as été mon modèle en tant que médecin, c’est toi qui m’a donné l’envie de me lancer dans ces folles études et je ne le regrette pas. Papa, tu étais là à ma remise de diplôme de baccalauréat, j’espère que ce diplôme-ci te rendra encore plus fier.

À mes frères, qui êtes là depuis toujours. Vous m’êtes infiniment précieux.

À Fafy, ma grand-mère, je t’ai toujours admirée, tu es la première à avoir écouté la jeune femme que je devenais adolescente et tu m’as encouragée au fil des années. Merci pour ton affection.

À Astrid et Cécile, comment aurais-je pu y arriver sans vous ? Astrid, soutien de toujours, tes petites attentions m’ont permis de garder courage dans les moments difficiles. Cécile, ton écoute et tes conseils font de toi une amie très chère, et je suis ravie qu’après toutes ces années nous puissions continuer à débattre ensemble autour d’un thé.

À Julie, tu m’as vue devenir le médecin et la femme que je suis aujourd’hui. Je suis heureuse de te compter parmi mes amis les plus proches, et je sais que je peux toujours compter sur toi, que ça soit pour rire ou pour pleurer !

À Henri, Florence, Caroline, Tiphaine et Nicolas, merci d’être devenus ma deuxième famille. Votre soutien ces dernières années m’a été très précieux.

À Isabelle et Fulvia, merci de m’avoir appris à devenir médecin. J’ai découvert tant de choses à vos côtés en Ardèche, cet enseignement m’accompagne au quotidien dans mes consultations. Isabelle, merci d’avoir accepté de diriger ce travail et d’avoir été toujours disponible et enthousiaste. Je ne sais pas si vos patients se rendent bien compte de la chance qu’ils ont de vous avoir, mais j’espère que vous

le savez. Fulvia, merci pour votre affection, je garde un doux souvenir des mercredis midi à découvrir les iris de votre jardin.

A Fanny, merci de la confiance que tu m'as accordée en me laissant tes patients le temps de ton congé maternité. J'ai fait chez toi mes premiers pas en tant que remplaçante, et je suis très heureuse d'y avoir gagné une amie.

À Aurélie et Audrey, et à l'équipe du service de gynécologie d'Annemasse, merci pour ces six premiers mois inoubliables d'internat.

Aux Lyon Est, merci pour ces belles années d'externat, je ne pouvais pas rêver mieux. Marine, mon antitarget, tu as été la complice de ces jeunes années et je peux dire que nous nous sommes bien amusées ! Merci pour nos fous rires.

À Clara, mon aînée, pour nos révisions communes arrosées de citron chaud.

À Yoann, qui a finalement réussi à devenir Docteur avant moi, merci pour ton amitié durant toutes ces années.

Aux patients, à ceux qui m'ont appris et m'apprennent toujours à soigner, et à ceux qui ont rendu ce travail possible par leur participation.

Liste des abréviations

CPP	Comité de Protection des Personnes
DRCI	Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation
HCL	Hospices Civils de Lyon
DIALOGS	Diabète région Lyonnaise : Organisation Globale des soins entre professionnels de Santé
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
ONISEP	Office National d'Informations sur les Enseignements et les Professions
PACES	Première Année Commune aux Etudes de Santé
PCEM1	Première année du Premier Cycle des Etudes de Médecine
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
HCP	Heath Consumer Powerhouse
ECN	Epreuves Classantes Nationales
DU	Diplôme Universitaire
MSU	Maître de Stage Universitaire

Table des matières

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	3
A. Etude qualitative de type focus group	3
1. Recherche qualitative.....	3
2. Entretiens de groupe ou « focus group »	3
B. Guide d'entretien	4
1. Elaboration du guide d'entretien	4
2. Mise en pratique du guide d'entretien par un entretien test – Arrivée d'une nouvelle investigatrice	5
C. Participants.....	5
1. Critère d'inclusion	5
2. Critères d'exclusion	5
3. Critères éthiques	6
4. Recrutement des participants	6
D. Recueil des données et analyse.....	7
1. Recueil des données.....	7
2. Analyse des données	7
RESULTATS.....	8
A. Données générales	8
1. Caractéristiques des entretiens.....	8
2. Caractéristiques des participants	8
B. Les études médicales.....	10
1. Le choix de faire médecine.....	10
a) Un engagement mûrement réfléchi.....	10
b) Une vocation	11
2. La méthode de sélection des étudiants	12
a) Un concours d'entrée trop théorique	12
b) Injuste.....	13
3. Des études exigeantes mais de qualité	14

a)	Des études longues et difficiles, trop axées sur la théorie.....	14
b)	Une formation de qualité, parmi les meilleures au monde	16
4.	Déroulement des études	16
a)	Ce que les participants savent ou ne savent pas.....	16
b)	Curiosité des participants quant aux études.....	17
c)	Curiosité des participants sur le rôle de l'étudiant : ce qu'il peut faire, ce qu'il doit faire.....	18
5.	Comment apprendre à être médecin.....	19
a)	Formation théorique	19
b)	La formation pratique	20
c)	Compétences relationnelles.....	21
C.	Perceptions sur l'étudiant	24
1.	Un soignant mal identifié	24
2.	L'aspect physique : la jeunesse	26
a)	Doutes sur sa compétence	26
b)	Admirable	27
c)	Au point sur les dernières avancées scientifiques	27
d)	Rassurant quant au renouvellement des médecins.....	28
3.	Les caractéristiques de l'étudiant.....	28
a)	Motivé	28
b)	Disponible.....	29
c)	Source d'explications.....	30
d)	Un étudiant parfois en retrait	30
4.	Une présence rassurante	31
D.	Place du patient dans la formation des étudiants	32
1.	Une question qui intrigue.....	32
2.	Le côté pratique du métier	33
a)	Du livre au chevet des malades.....	33
b)	Le patient cobaye	34
3.	Être utile à l'étudiant : pas un droit, un devoir	35
4.	La confiance.....	36
E.	Une relation de confiance particulière entre le patient et l'étudiant.....	36
1.	Une présence bien acceptée par les patients	36
a)	Une présence légitime.....	36
b)	Refuser l'étudiant ?	38
2.	La confiance en l'étudiant	40

a) Une confiance acquise d'emblée	40
b) Une confiance liée à la formation des étudiants.....	40
c) Une question de ressenti	41
3. Les limites de la confiance	42
a) L'étudiant, un inconnu à qui il est parfois difficile de se confier.....	42
b) Un soignant qui ne prend pas de décision	42
c) Des circonstances difficiles.....	43
d) Un manque de compétence ressenti	44
DISCUSSION	45
A. Forces et faiblesses.....	45
1. Forces de l'étude	45
2. Limites de l'étude	45
B. Devenir médecin, pourquoi et comment ?	47
1. Du lycéen studieux à l'étudiant à l'université	47
2. Le parcours du combattant	48
3. Le déroulement des études médicales et leur contenu	49
a) Les idées du cursus.....	49
b) Une formation de « technicien ».....	50
c) Des difficultés bien perçues	52
4. Un sujet d'admiration.....	52
C. Un soignant « hybride »	53
1. Médecin et étudiant à la fois.....	53
2. Le lien entre le patient et le monde médical	54
D. L'influence du patient sur le futur médecin	57
1. Un rôle ambivalent	57
a) Une place mal définie.....	57
b) Une participation « obligatoire » du patient à la formation	58
2. Le patient comme objet de formation	59
CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE.....	64
ANNEXES.....	67
Annexe 1 : Guide d'entretien	67
Annexe 2 : Diagramme des études médicales	68

Annexe 3 : Questionnaire démographique	69
Annexe 4 : Flyers de recrutement	71
Annexe 5 : Formulaire d'information et de consentement	72

INTRODUCTION

En France, les études médicales s'articulent autour de deux grands axes : un apprentissage théorique universitaire ainsi qu'un apprentissage pratique acquis au cours de stages en milieu hospitalier ou en cabinet libéral. Au fil des années, l'apprentissage théorique devient moins conséquent et cède la place à la formation pratique. Celle-ci devient presque exclusive au moment de l'internat.

Tous les patients peuvent être amenés à rencontrer un étudiant en médecine lors de leurs parcours de soins, aussi bien en milieu hospitalier qu'en médecine de ville. Cet étudiant peut être un externe comme un interne.

A l'heure où les directives ministérielles visent à augmenter le nombre de terrains de stage en ambulatoire au cours du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale, les occasions pour les patients de rencontrer un étudiant en médecine vont s'accroître. Lors de cette rencontre, un échange singulier se met en place : l'étudiant a besoin du patient pour mobiliser ses connaissances et gagner de l'expérience tandis que le patient, lui, attend de recevoir les soins qui lui incombent.

De nombreux travaux attestent de la bonne acceptation de la présence de l'étudiant et de la prise en charge du patient par celui-ci (1,2). Les patients acceptent la présence de l'étudiant au cours de consultations, aussi bien en tant qu'observateur que pour la réalisation de gestes techniques (1). De nombreuses thèses réalisées en France se sont intéressées au ressenti des patients vis-à-vis de l'interne en cabinet de médecine générale, et retrouvent des résultats similaires (3,4). Pourtant, il en ressort également que les patients ne savent pas vraiment qui est l'étudiant auquel ils ont affaire et quel est son niveau de compétences (3).

En effet, malgré l'accès à l'information instantanée et l'engouement récent du grand public pour des séries télévisées ou films dont les étudiants en médecine sont les héros, tels que « Hippocrate » (5) ou récemment « Première année » (6), les patients ne savent toujours pas comment se déroulent les études médicales. C'est ce que montrait le travail de Camille Macault (4) en 2015 : leurs connaissances sur le déroulement global de ces études sont limitées et ils ne savent notamment pas quel est le statut de l'interne.

On constate un paradoxe entre l'accueil bienveillant que les patients réservent à l'étudiant, et l'idée très vague qu'ils ont de sa formation. Que s'imaginent-ils donc concernant ce jeune soignant et le déroulement de ses études ?

Dans les études s'intéressant au vécu des patients de la présence d'un interne au cours des consultations de médecine générale, certains commentaires recueillis auprès des patients montrent que ceux-ci se sentent impliqués dans la formation des étudiants en médecine. Ainsi, Antoine Lemercier (7) a pu recueillir au cours de son travail les propos suivants : « *heureux de participer à l'apprentissage du métier* », « *je pense qu'il faut aider les jeunes dans cette difficile formation* ». Dans l'étude sociologique menée par Géraldine Bloy (8), les patients rencontrés se disaient « *satisfaits de donner quelque chose à apprendre à de jeunes médecins* ». Elle compare la relation qui s'installe entre le patient et l'étudiant en médecine à une dynamique d'apprentissage collectif.

Les patients pourraient donc avoir un rôle actif dans cette formation, comme le pressent Wykurz (9) dans sa revue de la littérature. De plus en plus d'initiatives invitent les patients à participer à la formation des étudiants au sein d'enseignements dédiés à la faculté. Les études d'Ann Jackson (10) et de Stacy et Spencer (11) montrent que les patients ont un ressenti très positif de ce type d'initiatives. L'image du patient passif réduit au rôle de « matériel médical » semble bel et bien démodée.

Quelle perception nos patient ont-ils du rôle qu'ils jouent dans la formation des étudiants en médecine qu'ils rencontrent au cours de leur prise en charge médicale ?

L'objectif principal de ce travail était de faire un état des lieux des représentations des patients quant à la personne de l'étudiant en médecine et aux études médicales, en France. L'objectif secondaire était de mettre en lumière la place que pensent avoir les patients dans la formation des étudiants en médecine.

MATERIEL ET METHODES

A. Etude qualitative de type focus group

1. Recherche qualitative

La méthode de recherche qualitative a été utilisée pour ce travail de thèse car elle est très répandue en sciences humaines et est adaptée pour l'observation de phénomènes sociaux en milieu naturel.

Elle donne un aperçu du comportement et des perceptions des individus et permet d'étudier leurs opinions sur un sujet défini, de façon approfondie.

Elle génère des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question est perçue par la population recrutée et permet aux sujets de saisir les mécanismes qui les amènent à avoir une opinion sur un sujet précis.

Ce choix est également justifié par le fait que les données issues de ce travail sont difficilement quantifiables et ne répondent pas à une démarche scientifique stricte.

2. Entretiens de groupe ou « focus group »

La méthode de recherche de type « interview » ou « entretien » a été choisie car elle permet d'aborder le sujet principal et les points qui nous intéressent. Elle permet aussi aux participants d'échanger librement leurs points de vue sur les thèmes abordés et favorise les discussions.

Les entretiens en focus-group ont été privilégiés à des entretiens individuels. Cette méthode est adaptée car le thème du travail n'aborde à priori pas de questions intimes, que les patients pourraient se sentir gênés d'évoquer en public. La dynamique de groupe permet non seulement d'améliorer les interactions entre chacun des participants mais aussi d'appuyer ou de soulever certaines notions nouvelles. Les échanges favorisent ainsi l'émergence des connaissances, opinions et expériences comme une réaction en chaîne (12).

Notre protocole de recherche prévoyait la réalisation de plusieurs focus groups successifs jusqu'à atteindre la saturation des données, c'est-à-dire lorsque les données recueillies et les analyses ne fournissent plus d'éléments nouveaux au travail de recherche.

Il était prévu de réaliser un minimum de quatre focus groups. Si la saturation des données n'était pas atteinte à la fin de ces quatre entretiens, il était prévu de réaliser un ou plusieurs entretiens supplémentaires.

B. Guide d'entretien

1. Elaboration du guide d'entretien

Chaque entretien commençait par une introduction présentant le sujet abordé, le déroulement de l'entretien et garantissait l'anonymat des participants.

Le guide d'entretien a été élaboré à partir des données de la bibliographie et en fonction des questions de recherche du travail. Ce canevas a été utilisé comme fil conducteur de l'entretien. La trame n'a pas été respectée stricto sensu au cours des entretiens selon les réponses des participants mais l'ensemble des éléments de la trame ont été abordés au cours de chaque entretien. Il comportait aussi des questions de relances afin d'amener les patients à réfléchir sur certains points souhaités.

Le guide d'entretien original est présenté en annexe (Annexe 1). Un diagramme des études de médecine était présenté au cours de chaque entretien et figure également en annexe (Annexe 2).

Quatre grands thèmes étaient abordés, dans un ordre qui pouvait varier selon le déroulement des entretiens :

- Expériences avec les étudiants en médecine (= la relation)
- Comment apprend-on à être médecin ? (= la formation)
- Regard et perceptions sur les études de médecine
- Place du patient dans la formation du jeune médecin (= la place du patient)

Le guide d'entretien a été soumis au regard bienveillant de Mme Evelyne Lasserre, Maître de conférences en Anthropologie à l'Université Claude Bernard Lyon 1 afin d'y apporter les ajustements nécessaires.

Le guide d'entretien était complété par un questionnaire quantitatif (Annexe 3) visant à recueillir les données démographiques des différents participants : âge, sexe, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle. Ce questionnaire était anonyme.

Les sujets ont été identifiés par un numéro facilitant la transcription des données et figurant sur le questionnaire quantitatif.

2. Mise en pratique du guide d'entretien par un entretien test – Arrivée d'une nouvelle investigatrice

La thèse était initialement réalisée par Axelle Reitz sous la direction du Dr Isabelle Fay.

Un premier entretien permettant de tester le guide d'entretien a été réalisé par les deux investigatrices. Le fait que l'une des investigatrices soit un médecin installé, plus âgé a semblé être un frein à la libre expression des participants. Il a alors été décidé que ce travail de thèse pourrait être réalisé par deux étudiants, afin d'éviter ce biais.

L'accord de Madame le Professeur Marie Flori a été demandé et obtenu. C'est ainsi que Marion Reveillet a rejoint le projet.

Les données issues de l'entretien test n'ont pas été retenues pour l'analyse. Les verbatims des participants de cet entretien, désignés par les numéros S1 et S2, n'apparaissent donc pas dans ce travail.

C. Participants

1. Critère d'inclusion

Un seul critère a été retenu pour participer à l'étude : avoir été en contact au moins une fois dans sa vie avec un étudiant en médecine, qu'il soit externe ou interne, au cours d'une prise en charge médicale.

2. Critères d'exclusion

Nous avons retenu trois critères d'exclusion :

- Être âgé de moins de dix-huit ans
- Que l'une des investigatrices ait été le soignant d'un des participants
- Difficultés de compréhension ou concentration rendant impossible la participation à un entretien de deux heures.

3. Critères éthiques

La loi Jardé impose aux travaux de recherche impliquant la personne humaine de prendre l'avis d'un Comité de Protection des Personnes (CPP). Un dossier a donc été rempli et envoyé à la Direction de la recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) des Hospices Civils de Lyon (HCL), dans le but d'être soumis au CPP. Toutefois la DRCI a jugé que ce travail relevait des sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé et ne requérait donc pas l'avis du CPP.

4. Recrutement des participants

Le recrutement s'est fait de plusieurs manières afin de diversifier celui-ci :

- En se rendant personnellement en salle d'attente de la maison de santé pluridisciplinaire de Tassin-la-Demi-Lune (69160) et en distribuant des flyers (Annexe 4).
- En se rendant aux réunions de groupe d'éducation thérapeutique du réseau DIALOGS (Diabète région Lyonnaise : Organisation Globale des soins entre professionnels de Santé) après accord, réseau axé sur les patients diabétiques dont la probabilité d'avoir rencontré un étudiant en médecine était élevée.
- En demandant aux médecins généralistes et spécialistes de notre connaissance (anciens maîtres de stage ainsi que leurs collègues, réseau familial et amical) de distribuer en salle d'attente des flyers (Annexe 4) et de nous mettre en lien avec les patients potentiellement intéressés.
- En prenant la liste des patients vus au cours du dernier mois par les internes de niveau 1 ou les internes en Stage Ambulatoire en Soins primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) dans deux cabinets différents.
- Par bouche à oreille des participants sélectionnés, notamment entourage familial (épouse ou mari entre autres).

Dans un premier temps, il avait été envisagé de recueillir l'expérience d'un groupe de patients experts. Cette option a été finalement abandonnée car il nous semblait qu'ils n'étaient pas représentatifs de la population générale, et relevaient à ce titre d'un travail à part entière.

Les participants potentiels étaient informés du thème général du travail de thèse ainsi que de la durée approximative des entretiens.

Les patients qui n'avaient pas été recrutés de visu ont été contactés par téléphone, avec messages ou mails de rappel quelques jours avant l'évènement.

Etaient sélectionnés les participants volontaires et disponibles à la date donnée.

L'objectif était d'obtenir un nombre de quatre à cinq participants par entretien pour favoriser les échanges et laisser libre cours à la parole de chacun. Afin de prévenir d'éventuels désistements, il était prévu de recruter jusqu'à huit participants par entretien.

D. Recueil des données et analyse

1. Recueil des données

L'enregistrement numérique des entretiens s'est fait par l'utilisation combinée d'un dictaphone et de deux téléphones mobiles, après obtention de l'accord de chacun des participants.

Ceux-ci étaient informés au préalable de l'anonymisation des données. Ils ont tous reçu un formulaire d'information et de consentement dont nous avons gardé un exemplaire signé (Annexe 5).

L'enregistrement s'est poursuivi même après la fin officielle de l'entretien pour enregistrer des données dites oralement en « off ».

La retranscription intégrale, mot à mot, a été réalisée après chaque entretien avec l'aide du site internet Otranscribe.com.

2. Analyse des données

L'analyse des données a été faite à la fin de chaque entretien par la relecture du verbatim. Elle a été faite conjointement par les deux investigatrices.

La triangulation des données était rendue possible par l'analyse conjointe de chacune des investigatrices et celle de notre directrice de thèse, le Dr Isabelle Fay.

Le logiciel Excel a été utilisé pour l'analyse des données, permettant la réalisation d'un arbre des verbatims.

RESULTATS

A. Données générales

1. Caractéristiques des entretiens

Cinq entretiens ont été réalisés entre juin et décembre 2018. Pour chaque entretien, quatre à cinq participants avaient été recrutés. En raison de désistements de dernière minute, ils ont finalement réuni entre trois et quatre participants.

Trois entretiens se sont déroulés sur l'agglomération lyonnaise et deux en Haute-Savoie. Pour des raisons de praticité, les entretiens se sont tenus dans les cabinets des médecins traitants des patients.

A chaque fois, Axelle Reitz a occupé le rôle de modérateur et Marion Reveillet celui d'observateur. A la fin de chaque entretien, un résumé était fait aux participants afin qu'ils puissent revenir sur leurs propos ou détailler certains points s'ils le souhaitaient.

Les entretiens ont duré entre 1h23 et 2h00 (durée moyenne : 1h49).

Pour chaque entretien, une collation et des boissons étaient offertes, à disposition des participants.

2. Caractéristiques des participants

Seize participants ont été interviewés. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau 1. Les tranches d'âge n'étaient pas représentées de façon égale. 87,5% des participants étaient âgés de plus de 45 ans, et la moitié de plus de 65 ans. De fait, 50% d'entre eux étaient retraités.

Le recrutement des patients a été difficile. De nombreux refus ont été essuyés et plusieurs personnes qui avaient accepté de participer ne se sont pas présentées le jour de l'entretien. Les sujets jeunes ont été les plus difficiles à convaincre.

La majorité des patients de moins de 25 ans rencontrés lors des phases de recrutement ne remplissaient pas le critère d'inclusion et ne pouvaient donc pas participer à l'étude.

Pour la tranche des 26-45 ans, les patients étaient plus nombreux à remplir le critère d'inclusion. Cependant ils acceptaient rarement de participer en raison d'impératifs personnels.

Caractéristiques démographiques des participants	N (%)
Sexe	
• Homme	6 (37,5)
• Femme	10 (62,5)
Age	
• 18-25	1 (6,25)
• 26-45	1 (6,25)
• 46-65	6 (37,5)
• > 65	8 (50)
Niveau d'études	
• Niveau 3ème ou antérieur	1 (6,25)
• CAP / BEP	6 (37,5)
• Baccalauréat	3 (18,75)
• BTS / DUT / DEUG (Bac+2)	2 (12,5)
• Licence (Bac+3)	0 (0)
• Maîtrise (Bac+4)	2 (12,5)
• DEA / DESS / Master (Bac+5)	2 (12,5)
• Doctorat (Bac+8)	0 (0)
Catégorie socio-professionnelle	
• Retraité	8 (50)
• Sans activité	1 (6,25)
• Artisan / Commerçant	2 (12,5)
• Cadre / Profession libérale	3 (18,75)
• Employé	1 (6,25)
• Ouvrier	0 (0)
• Profession de l'enseignement / santé / service public	1 (6,25)
• Agriculteur / Exploitant	0 (0)
Milieu	
• Rural	6 (37,5)
• Semi-rural	2 (12,5)
• Urbain	8 (50)
Médecin dans l'entourage ?	
• Oui	7 (43,75)
• Non	9 (56,25)
Le thème abordé a-t-il plu ?	
• Oui	16 (100)
• Non	0 (0)

Tableau 1 : caractéristiques démographiques des participants (n=16)

B. Les études médicales

1. Le choix de faire médecine

a) Un engagement mûrement réfléchi

Les arguments qui poussent un étudiant à s'engager dans des études médicales reviennent spontanément à plusieurs reprises au cours des entretiens.

D'après S3, les étudiants se lancent dans ces études avec un objectif défini à l'avance, parfois par pur altruisme.

S3 « Je pense qu'il faut énormément travailler. [...] Et (il insiste) en plus d'avoir un but. »

Il justifie ce fait en citant l'exemple d'une femme qui aide son frère handicapé.

S3 « Je prends exemple d'une cousine qui a un frère handicapé profond, si elle a fait cette formation c'est un peu pour épauler son frère qui est beaucoup plus âgé qu'elle. Je pense qu'il y a une cause à effet. »

S5 confirme cette idée de « but ».

S5 « Et je pense que les études de médecine requièrent une implication [...], il faut avoir un but en soi. »

Le sentiment d'accomplissement personnel intervient également dans le choix de faire des études médicales.

S5 « Être médecin, moi je trouve que c'est un but suffisant en soi, c'est-à-dire que c'est déjà quelque chose de gratifiant pour soi, et euh, même pour soi en soi, être médecin en soi c'est déjà avoir fait quelque chose de bien dans sa vie, quoi. [...] Moi je connais pas mal justement, des amis qui font médecine, quand je leur demande pourquoi tu fais médecine ils me disent pas parce que je trouve ça beau d'aider mon prochain, non, c'est juste que bah être médecin, je trouve c'est quelque chose de bien, tu fais forcément quelque chose de bien quand t'es médecin. »

Un étudiant ne s'engage pas dans des études médicales à l'aveugle, compte tenu des difficultés connues au préalable, ce qui renforce la notion d'engagement.

S16 « Faut avoir les épaules suffisamment solides pour se taper dix ans d'études ! Et plus ! »

Par ailleurs, l'empathie semble être une condition sine qua non pour exercer ce métier.

S4 « Oui, sachant que quelqu'un qui se destine à la médecine a déjà une forme de fibre tournée vers l'autre. »

b) Une vocation

D'autres arguments viennent étayer le choix de l'étudiant à pousser la porte de la faculté de médecine.

Plusieurs participants pensent qu'il faut être passionné pour faire ces études et ce métier. Il peut aussi s'agir d'une vocation.

S15 « C'est souvent une vocation. »

S3 « C'est plus qu'un job, c'est une passion ! »

S6 « J'ai beaucoup d'admiration pour votre métier, en règle générale. Parce qu'il faut être passionné. »

Il est aussi décrit que les étudiants s'inscrivent parfois – entre autres – par respect d'une forme de tradition familiale, notamment si les parents sont eux-mêmes médecins.

S9 « Moi je vois, je comprends que quand on a des parents médecins, souvent les deux parents médecins on finit par choisir cette voie. »

S18 « Ou souvent ben, bon ben je connais pas votre vie de famille [en s'adressant aux investigatrices] mais souvent peut-être, ben les parents ils sont médecins [...]. »

2. La méthode de sélection des étudiants

Les participants sont bien au fait du système de sélection des étudiants par le biais de concours.

S16 « C'est le système des concours la France hein. Vous allez passer certains concours, ça vous donne un parchemin pour toute une vie. »

a) Un concours d'entrée trop théorique

Le concours à la fin de la première année de médecine est décrit comme très axé sur les matières scientifiques, en particulier les mathématiques.

S16 « Si on n'est pas bon en maths on n'a aucune chance. »

S18 « C'est vrai après comme vous dites, ouais si faut être fort en maths ou fort en physique, han, si on n'a pas ces bases-là ou... On pourrait être, voilà, meilleur en autre chose, ben on se donne pas la chance d'essayer parce qu'on se dit on va pas réussir [...]. Faut être doué. »

S13 « Moi je trouve qu'au niveau intellectuel c'est, c'est très dur au niveau études, et c'est pas forcément ce qu'on demande pour un médecin d'avoir un intellect... QI supérieur, très bon en maths et tout ça. »

Ce niveau de compétences scientifiques est expliqué par la nécessité de manier des technologies pointues dans le milieu médical.

S17 « Parce qu'avec tous les trucs technologiques, l'informatique et tout... Faut, faut assumer ! Toutes les, les, les opérations qu'ils font avec les microscopes et tout. »

La sélection principalement axée sur les sciences est décrite par les participants qui pensent que ce mode de sélection élimine des étudiants qui auraient pu être de bons praticiens malgré des difficultés dans les matières scientifiques.

S9 « Je trouve ça très, très pénalisant, parce que voilà on laisse, on instaure un système de concours alors que peut-être il y a des étudiants qui sont pas aussi bons en maths et qui auraient pu être des bons médecins. »

b) Injuste

Le concours d'entrée en deuxième année est décrit comme injuste, parfois violent par plusieurs participants.

S17 « Peut-être qu'il y a des vocations qui aimeraient faire ce métier puis qui se disent comme je suis pas bon en maths et ben je vais pas... »

S16 « Et puis alors en médecine, il faut le reconnaître, ils vous tirent dessus au canon, pour en tuer le plus possible, hein ! Parce que je crois vous êtes euh, je sais pas, y a dix-mille candidats puis ils en prennent deux-mille, ou c'est quelque chose comme ça. »

Il en est de même des Epreuves Classantes Nationales (ECN) qui sont source d'une deuxième injustice car elles ne permettent pas forcément d'obtenir la spécialité voulue.

S15 « Y a une sélection déjà à la base en première année [...], mais je trouve que par la suite c'est un peu injuste. [...] Moi y a toujours quelque chose qui me dérange un peu en fait, chez les étudiants en médecine, et parfois lorsque je vois un interne je lui demande au détour d'une conversation, c'est de me dire parfois en fait on a choisi d'être médecin mais on choisit pas vraiment sa spécialité. [...] C'est une frustration qui est énorme. »

Par ailleurs, un participant suggère qu'elles favoriseraient les étudiants parisiens.

S16 « Et on dit que les parisiens souvent sont favorisés ? »

Ce mode de sélection peut potentiellement être préjudiciable au patient.

S14 « Une idée que je pourrais me faire, c'est qu'il y a trop de matières qui ne sont pas forcément utiles mais qui sont juste un truc de sélection. Et qui empêchent certaines personnes alors qu'elles pourraient être de très bons médecins. D'autres, qui ont peut-être plus de facilités, mais qui sont pas du tout fait pour être médecins. »

S13 « Ceux qui sont de bons élèves mais qui ne sont pas du tout ouverts aux autres... Réussissent médecine quand même. »

Un seul des participants, S16, rapporte au cours de l'entretien une notion intéressante à souligner : d'après lui, le *numerus clausus* n'est pas adapté à la demande sur le terrain. En effet, il impose aux facultés de sélectionner un certain nombre d'étudiants par an sur toute la France. Mais le nombre d'étudiants admis est bien inférieur au nombre de médecins qu'il faudrait pour compenser le déficit global en médecin, ce qui oblige, d'après ses dires, la Sécurité Sociale à embaucher des médecins étrangers.

S16 « Parce qu'ils me disent en France on peut former tant de médecins par an, et pas plus, donc on est obligés d'avoir un numerus clausus. C'est ça, je sais pas si c'est la vraie explication, mais c'est pas logique parce que y a ce numerus clausus, [...] on sait que dans le même temps la Sécurité Sociale va aller embaucher des médecins étrangers pour mettre dans les hôpitaux notamment. »

3. Des études exigeantes mais de qualité

a) Des études longues et difficiles, trop axées sur la théorie

Les études médicales sont qualifiées de « longues » et « difficiles » à de multiples reprises lors des entretiens.

S16 « On dit que les médecins français, vous faites des études tellement longues et difficiles [...], vous avez déjà après tous vos stages dans les hôpitaux et cetera, des bases qui sont costauds. »

S16 « Parce qu'on dit que c'est, que les études c'est en France que les études de médecine sont les plus difficiles, c'est-à-dire les plus exigeantes pour vous. Donc on a de la chance ! »

S16 « Il faut ramer. »

S12 « Ben c'est très dur. »

S18 « Parce qu'il est tellement difficile ce concours en plus. »

Cette difficulté demande donc des compétences particulières.

S3 « Des bêtes de sommes », « Avoir une mémoire de cheval », « Je sais pas comment les gens tiennent, hein, réellement. »

S8 « Beaucoup de travail, moi je... Beaucoup de travail et de, et d'endurance. »

Les études médicales sont aussi décrites comme éprouvantes moralement...

S12 « Quand on est jeune bon on a plutôt envie de sortir et cetera, pour peu que vous ayez des camarades qui eux font pas médecine et cetera ou qui ont commencé à rentrer dans la vie active, donc ils ont un peu de thune ils sortent et cetera, c'est très difficile pour les étudiants, pas seulement en médecine, en droit et autre, pour ceux qui font des études, longues, on va dire, c'est très difficile parce qu'il y a beaucoup de tentations. »

S12 « Parce que vous devez faire vos études quand vous êtes jeunes, donc ça vous bouffe, euh, ça vous bouffe une partie de votre jeunesse. »

... mais aussi physiquement.

S9 « L'interne je le vois à temps plein, exténué de ce que j'entends, "j'en peux plus". »

S14 « Je les ai vus travailler comme des fous, perdre dix kilos, ne plus sortir, voir personne... Avant de pouvoir exercer. Pour moi je trouve que c'est éprouvant ! »

Devant la quantité de choses à apprendre, l'apprentissage n'est pas toujours très efficient.

S9 « Je sais que ça bachotte beaucoup. »

Et reste trop axé sur la théorie.

S13 « Ils sortaient tout juste de leurs bouquins et si on était pas dans le bouquin, le plus typique, c'était pas possible, ça existait pas. »

S13 « Trop intellectuel, trop intellectualisé, trop dans la connaissance, l'intelligence. »

Ceci étant, la durée importante des études est souvent justifiée par la complexité du corps humain et de ses mécanismes.

S15 « Après la longueur des études moi ça me choque pas parce que le corps humain c'est tellement complexe. »

- b) Une formation de qualité, parmi les meilleures au monde

Bien que la sélection et les matières enseignées ne soient pas toujours adaptées selon les participants, ceux-ci pensent que la formation est de qualité. Ce sentiment d'études d'excellence rassure le patient.

S16 « Vous avez une excellente formation. »

S15 « Je pense qu'en France on a de bons médecins qui sortent ! »

S12 « Ça rejaillit sur les internes, parce qu'on sait qu'ils sont bien formés, parce que si on est les meilleurs du monde, enfin moi je trouve. »

S6 « C'est rassurant ! »

4. Déroulement des études

- a) Ce que les participants savent ou ne savent pas

De façon assez globale, les participants donnent une durée de sept à dix ans d'études, voire plus pour la chirurgie. Aucun d'entre eux n'en connaît la durée exacte ou le déroulement précis.

S4 « Moi je connais pas bien le cursus, je serais incapable de vous dire le nombre d'années sans redoublement. »

S7 « La première année je sais que c'est très dur, je crois, hein, la première année de médecine. Mais alors je sais pas en quoi ça consiste vraiment, ce que vous faites. »

S17 « Des stages, des périodes d'école, enfin je pense que ça doit être sectionné en plusieurs morceaux je pense. »

Il en est de même sur la différence entre interne et externe qui est assez floue.

S17 « Interne c'est des gens qui travaillent dans un hôpital non ? Puis externe... Ben je sais pas. »

S16 « Parce qu'on parle toujours des internes, mais alors externe, là, je dois reconnaître que je suis très ignorant. »

b) Curiosité des participants quant aux études

La présentation des études médicales par les investigatrices est souvent interrompue par les questions des participants qui se montrent curieux quant à leur déroulement.

S16 « Et question, mettons que vous pratiquiez pendant dix ans la médecine générale, vous vous dites « Bah moi maintenant je veux être cardiologue », quid ? »

S17 « Et vous êtes rémunérés un petit peu ? »

S4 « Et quand vous êtes internes vous n'allez plus du tout à la fac ? C'est vraiment que de la présence hospitalière ? »

S7 « Alors en première année vous faites quoi exactement ? [...] J'aimerais bien savoir. C'est, est-ce que vous commencez de la pratique, est-ce que vous êtes dans les soins ou est-ce que c'est que de la théorie ? »

S4 « Alors question, euh, pour me marrer un peu : à partir de quel moment vous commencez à voir des corps et les fameuses dissections, machin et tout ? »

Ils vont parfois jusqu'à retourner la situation en nous posant nos propres questions.

S17 « Peut-être qu'au début [...], je sais pas... C'est vous qui pouvez nous répondre ! »

A plusieurs reprises, revient la question de l'abandon en cours de cursus.

S17 « Et si jamais par exemple quelqu'un au bout de la troisième année dit « j'arrête », après il fait quoi ? »

S12 « Moi j'aurais une question, en quatrième année est-ce qu'il y en a beaucoup qui craquent parce que finalement il se rendent compte que c'était pas ça et que la vie des hôpitaux ça leur plaît pas ? »

Malgré une explication détaillée des études médicales, le parcours pour devenir médecin généraliste reste flou.

S16 « Et donc médecin généraliste, il s'arrête où ? Au numéro dix [ans] ? Neuf ? »

S17 « Donc vous [en s'adressant aux investigatrices], vous allez être médecins généralistes ou vous allez vous spécialiser ? »

Les participants sont satisfaits d'être informés sur le déroulement des études médicales.

S8 « Vous voyez, c'était très intéressant. » (en parlant de la présentation du diagramme des études médicales)

c) Curiosité des participants sur le rôle de l'étudiant : ce qu'il peut faire, ce qu'il doit faire

Bien souvent, les participants ne savent pas quel est le rôle de l'étudiant, notamment l'interne, et ce qu'il est autorisé à faire.

S14 « Alors pourquoi elle avait décidé ? Elle n'était pas médecin ! Enfin, elle était médecin mais elle n'était pas... Donc on fait... C'est ça ! Ils peuvent faire ce qu'ils veulent ! »

S14 « Et puis qu'est-ce qu'on leur laisse comme possibilité aux internes aussi ? Est-ce qu'ils ont le droit de décider de quelque chose, est-ce que... »

S13 « [...] un peu plus que le, l'externe et un peu moins que le patron. Mais ils peuvent quand même décider, ils sont quand même des, des gens qui ont fait médecine, ils sont pas... Au début de leurs études, ils sont à la fin de leurs études, ils ont leurs connaissances et ils peuvent prendre des décisions. »

La question de l'apprentissage des gestes techniques est spontanément soulevée par les participants, qui s'imaginent que les gestes « élémentaires » sont appris mais ne savent pas comment.

S4 « Et par exemple, ne serait-ce que [...] le seul acte de faire une piqûre, vous l'apprenez quand ? »

S18 « Enfin, en fait vous avez les bases infirmières quand même ? Je veux dire, les prises de sang, poser des perf et tout, ça, vous, vous savez faire ? Vous avez appris ou... »

S18 « Ben en fait après, enfin comme mon cas, le médecin interne qui est venu dans le service où j'étais, enfin il était forcément, enfin il connaissait forcément euh... Les, les bases normalement. »

5. Comment apprendre à être médecin

Selon les participants, trois axes apparaissent importants dans la formation des études médicales : l'apprentissage de la théorie dans les livres avec beaucoup d'apprentissage par cœur, l'apprentissage de la pratique avec le côté technique et le « savoir-être ».

a) Formation théorique

La formation théorique consiste en l'acquisition d'une quantité importante de connaissances. Les livres sont le principal moyen évoqué. Aucun de nos participants ne fait directement référence aux cours facultaires.

S16 « Une quantité très importante de connaissances sur le fonctionnement. »

S5 « C'est vrai qu'ils passent leur temps à apprendre des trucs par cœur, ouais. »

S6 « Il faut déjà apprendre, euh, ce qu'est la médecine en fait, hein, avant de la pratiquer, justement. Donc il doit y avoir pas mal de théorie quand même, au départ. Hein, non ? Enfin je sais pas, peut-être pas du tout. »

Concernant le contenu de cette formation, le fait de devoir apprendre « le corps humain » revient régulièrement. Sont également cités de façon plus anecdotique les médicaments, l'anatomie, le droit...

S7 « Ben déjà, bien connaître le corps, humain, tout ce qui consiste... Après, bon, y a les médicaments et tout mais enfin voilà. »

S17 « L'anatomie, les questions à poser, les... Je sais pas, y a plein de choses. »

S18 « Y a un peu de droit non ? »

Nos participants abordent spontanément l'idée d'une formation continue. Ils considèrent que l'apprentissage n'est jamais fini et doit être remis à jour perpétuellement selon les dernières avancées de la science. Ils précisent que le médecin, une fois ses études finies, doit avoir des formations pour tenir ses connaissances à jour.

S3 « D'où l'évolution et la continuité de la formation [...], ça demande toujours une mise à jour. »

S7 « Non et puis la médecine évolue tellement sans arrêt, donc euh, c'est sûr que vous en apprenez sans arrêt. »

b) La formation pratique

La pratique intervient tantôt en premier lieu, tantôt en second selon les entretiens.

La formation pratique semble un complément indispensable à la formation théorique reçue par les étudiants. Pour plusieurs participants, elle permet justement à l'étudiant « d'utiliser » ses connaissances théoriques et ainsi de les consolider. S6 utilise la formule « *C'est en forgeant qu'on devient forgeron* » pour affirmer la nécessité de cette application pratique.

S3 "C'est là où je pense que l'apprentissage que vous avez, vous avez la manière de le ressortir."

S4 « Et ben moi j'imagine que vous avez appris des choses par écrit, enfin, théoriques, euh puisqu'il y a [...] la symptomatologie hein. Et après j'imagine que c'est la pratique et l'accompagnement certainement par des cadres. »

S15 « Enfin je veux dire, avoir des automatismes qui se créent, des connections qui se font pour un peu comprendre comment on peut faire un diagnostic, sans forcément rester... Focus sur ce que nous a appris le livre et la théorie ! »

Afin que cette formation se fasse, les expériences cliniques doivent être répétées.

S3 « Le plus, il faut le plus de contact possible pour acquérir les facultés d'un diagnostic rapide. »

S6 « Ah oui, c'est pour ça que toutes ces années d'internat et compagnie ça doit être très important ! Parce que là vous avez vraiment tout l'échantillonnage complet ! »

S14 « Pour voir des tas de cas différents. »

L'étudiant apprend son métier via le compagnonnage et l'enseignement par ses pairs. L'étudiant apparaît d'abord dans un rôle d'observation : il regarde les médecins seniors pratiquer et s'en inspire. Dans un second temps, il pratiquera seul.

S3 « Oui c'est-à-dire on voit faire, on voit faire et après vous-même vous devez ressentir ce que vous avez vu faire. »

S5 « Je pense que c'est primordial pour un futur médecin [...], mais de toute façon c'est vrai dans toutes les formations, de voir un professionnel de son domaine agir et, pour se donner des marques, des repères. »

S15 « Donc je pense que c'est aussi, le médecin référent joue beaucoup, hein, dans la transmission du savoir. »

S15 « Aux cas particuliers, aux cas spéciaux, puis même parfois je pense arriver en voyant les autres faire, puisque c'est comme ça qu'on apprend le mieux [...]. »

S4 se demande si les étudiants en médecine passent par une forme de « travaux subalternes inintéressants » en faisant le parallèle avec les apprentis de l'industrie. Il pense que la pratique ne s'apprend pas avant le début de l'internat.

S4 « Autrement, la pratique je ne la vois que par l'internat, hein. »

Ce participant pense également que les étudiants apprennent la partie pratique lors de cours de dissection. En apprenant que celles-ci ne se pratiquent quasiment plus, il se demande comment se fait cet apprentissage.

S4 « Ça se fait quoi, c'est informatique alors ? »

S15 pense également que les ateliers de dissection font partie intégrante de l'apprentissage du futur médecin et s'étonne que nous réfutions son hypothèse.

S15 « Bah après vous faites sur d'autres choses. Vous faites sur des souris pour les cœurs tout ça. Non ? [...] Non ? Ah je croyais que vous faisiez sur les petits animaux. »

c) Compétences relationnelles

Nos participants insistent sur l'importance de la compétence relationnelle des soignants. Elle apparaît nécessaire à une bonne relation de soins.

S6 « Ben y a quand même pas seulement le métier, la médecine théorique, y a quand même, y a tout ce qu'il y a autour, la pédagogie, la psychologie, les rapports humains c'est quand même important dans ce métier-là je pense. [...] L'écoute du malade. »

S9 « Je crois que ça c'est primordial le relationnel avec le patient parce que ça crée un lien de confiance. »

S13 « Si c'est un nul niveau relationnel, s'il n'est pas humain, il sera jamais un bon médecin ! »

La formation à l'approche psychologique est au premier plan d'après S8.

A « Comment vous imaginez qu'on apprend ce qu'on doit savoir ? Que les étudiants en médecine vont apprendre ce qui va leur être nécessaire ? »

S8 « Ben la psychologie quand même. »

La façon dont cette compétence est développée peut prendre plusieurs formes.

Les cours de psychologie sont le premier moyen évoqué pour permettre aux étudiants d'appréhender ce domaine. L'approche relationnelle pourrait être apprise comme n'importe quelle autre matière.

S11 « Est-ce que y a, comment, dans les études, des études de psychologie du patient ? [...] Ben moi je pense, oui. Je pense. »

S15 « Vous n'avez pas de cours en relations humaines ? »

S6 « Oui, moi je pensais qu'il y avait quand même un minimum. » [Ndlr : en parlant des cours de psychologie]

S5 « Mais pour moi, pour en revenir à la pédagogie, moi je ne pense pas du tout que ce soit inné [...], au contraire, ça s'apprend. »

Ces cours de psychologie seraient instruits par des professionnels de la communication et non par des professeurs de médecine.

S4 « Mais j'imagine que si on leur fait des formations, ce sera des formations qui sont faites par un formateur qui est pas forcément médecin, hein, qui est un psychologue, un psychologue de la relation, de la communication. »

S9 « Avec des psys peut-être ? Des enseignants en psychologie. »

S13 pense que cette formation n'est pas dispensée pendant les études de médecine, et elle le regrette. S9 et S10 disent elles aussi qu'il est décevant que les étudiants n'aient pas de formation spécifique.

S13 « C'est pas forcément ce qu'on demande pour un médecin d'avoir un intellect... Mais le côté humain n'est pas du tout pris en compte pendant les études. »

S13 « Mais quand on en parle, non, ils font pas psycho, ils voient pas de psychologues. »

Pour d'autres participants, la compétence relationnelle serait surtout innée. C'est le cas de S4 qui pense que ces cours, s'ils existent, doivent rester anecdotiques par rapport aux autres. Pour S9 et S12, la communication ne s'apprend pas via des cours mais relève plutôt d'un phénomène de générations.

S4 « Le fait qu'il y ait des formations de pédagogie au niveau des études de médecine... Y a sûrement des choses à faire mais je ne sais pas si c'est le plus important [...], je ne dis pas qu'il ne faut pas le faire dans le cursus mais ça me paraît pas être quelque chose [...], plutôt quelque chose à placer en prioritaire, à placer en premier. »

S12 « Question de génération, les jeunes aujourd'hui, voilà. Ils communiquent beaucoup plus facilement, avant c'était du respect mais surtout de la contrainte. »

Pour S18, il y aurait des « cours de pratique ».

S18 « Ben y a beaucoup de, de pratique aussi, enfin je pense. Des cours de pratique. »

Néanmoins, selon S8, la pratique ne s'apprend pas de façon « palpable » et résulte de plusieurs années d'expérience.

S8 « Avec les années, ça c'est sûr ! [Elle rit] Moi je pense que c'est très très important, parce que systématiquement il y a le patient... »

A « Et justement, d'où vient cette, cette habilité à le deviner ? Parce que... Donc vous disiez avec les années ? »

S8 « Avec les années. »

D'autres participants confirment l'idée que la pratique s'acquiert au chevet des malades.

S12 « Comme tout le monde. Au contact de la vie. »

S3 « Je pense que l'endroit où vous allez apprendre c'est si vous faites de l'hôpital, dans les visites générales, à mon avis c'est là où vous apprenez. »

S4 « Oui mais c'est sur le tas quoi. »

S3 évoque aussi une compétence tout autre : la diplomatie.

S3 « Elle a été prise entre deux chefs de deux hôpitaux qui ne pouvaient pas s'encadrer [...], il faut ménager la chèvre et le chou »

C. Perceptions sur l'étudiant

1. Un soignant mal identifié

Lorsqu'ils sont pris en charge par un étudiant, les participants ne savent pas toujours bien à qui ils ont affaire. Ils ne savent pas que le soignant auquel ils sont confrontés est étudiant et non un médecin diplômé, parce que celui-ci ne s'est pas présenté ou parce qu'ils n'ont pas posé la question. S4 confirme que si les patients ne posent pas la question il n'est pas évident de distinguer l'étudiant d'un autre médecin.

S3 « Après, est-ce que c'était un interne ou un médecin, je ne sais pas. »

Lorsque l'étudiant ne se présente pas comme tel, son statut est parfois deviné. Cela peut être en raison d'un manque de compétence ou de la présence d'un médecin encadrant. Ça a été le cas pour S17 qui a compris qu'un étudiant la soignait lorsqu'elle l'a vu revenir avec le médecin senior qui l'a conseillé sur la prise en charge.

S17 « Non on m'a pas dit que c'était un étudiant mais... Je l'ai... J'ai compris que c'était un étudiant parce que le médecin de son... Hiérarchique, supérieur, lui disait "Tu devrais le faire comme ça, comme ça", donc j'ai compris que c'était un étudiant. »

Même lorsqu'il se présente, son statut n'est pas toujours clair, comme le montrent les propos de S18. Alors que l'interne s'est présenté comme tel, elle reste incapable de dire si elle a eu affaire à un médecin attitré ou à un étudiant. Pour S11, le fait que l'interne se soit présenté n'était pas mis en lien avec le fait qu'il soit donc étudiant et puisse être moins compétent.

S18 « C'était un docteur... Interne donc je sais pas trop si c'était un étudiant ou pas, il m'a dit qu'il était interne. »

S11 « Je pense que quand j'avais une vingtaine d'années on me disait on va vous plâtrer, je suis jeune interne, c'est... Dans mon cerveau ça percutait pas du tout qu'il puisse y avoir, euh, comment, un manque de professionnalisme. »

La confusion est encore plus grande dans le cas des remplaçants en cabinet. A plusieurs reprises, les participants nous ont interrogées sur notre statut : alors que nous nous présentions comme remplaçantes en médecine générale au début de l'entretien, ils nous demandaient souvent où nous en étions dans nos études.

S6 « Vous, vous êtes médecin remplaçant mais vous êtes pas internes ? »

Les patients ne font pas de différence entre le médecin remplaçant et l'interne exerçant seul dans le cadre d'un SASPAS. L'interne en SASPAS « remplace » de façon effective le médecin lors des consultations pendant lesquelles il reçoit seul les patients : sa seule présence le définit alors comme médecin. A l'inverse, au cours du troisième entretien, S10 et S12 pensent avoir rencontré une étudiante au cabinet, alors qu'il s'agissait en fait d'une remplaçante.

S7 « Ben s'il arrive ici en remplacement et qu'il est... Il est médecin ! Il est médecin. »

Lorsque l'étudiant est bien identifié, il est souvent désigné malgré tout comme le médecin et non comme un étudiant. Etudiant ou médecin, les termes se côtoient et soulignent combien la limite entre les deux est mince au moment du soin. Ce flou est bien illustré par une anecdote racontée par S17 : son médecin traitant actuel est une ancienne interne SASPAS du cabinet, elle a glissé naturellement d'un statut à l'autre.

S4 « Et là, j'ai vu une femme médecin interne. »

S5 « Les internes ce sont avant tout, ils sont étudiants mais ce sont avant tout des médecins en fait. »

S18 « C'est lui le médecin, moi j'étais la patiente [...]. »

2. L'aspect physique : la jeunesse

Le trait physique évident des étudiants est leur jeunesse. La question a été posée aux participants de savoir ce qu'ils ressentaient face à ces jeunes soignants.

a) Doutes sur sa compétence

La jeunesse de l'étudiant peut inquiéter car elle pose la question de sa compétence. L'étudiant n'a pas terminé sa formation, il peut donc encore y avoir des choses qu'il ne connaît pas. Il peut également manquer d'expérience, n'ayant pas beaucoup pratiqué. Ainsi, ses compétences théoriques comme pratiques peuvent laisser à désirer. Les patients ne peuvent pas savoir exactement ce que sait l'étudiant qui les prend en charge. Cela peut occasionner de l'appréhension : va-t-il bien me soigner ? S10 verbalise très bien cette crainte qu'elle a ressenti devant un jeune interne de cardiologie.

S10 « Ben au début moi ça m'a choquée un peu. Parce que je me suis dit il est jeune, il a pas fini, il a pas... Enfin il est pas, comment dire, il est pas formé et tout. Et au début ça m'a fait quelque chose... [...] Au fond de moi je me disais il est trop jeune, il va pas savoir ce que j'ai et tout. Souvent on a ces pensées-là. [...] Il avait le visage enfantin. [...] Et moi du coup ça m'a fait peur. Parce que j'ai dit qu'est-ce qu'il va, il va pas comprendre et tout. »

S15 « Donc je pense que les gens dès qu'ils voient interne, ils se disent ben ça va pas être de qualité parce que la personne elle est en apprentissage. »

Pour S10 et S12, la jeunesse des étudiants est exacerbée par leur propre âge. S10 ajoute « *Il aurait pu être mon fils* », comme preuve de cette jeunesse et de la difficulté qu'on peut éprouver à faire confiance à quelqu'un de moins âgé et expérimenté que soi.

S12 « Ou c'est nous qui les voyons jeunes parce qu'on prend de l'âge. »

En voyant un jeune étudiant, les participants ont en tête qu'il débute et donc qu'il peut faire des erreurs. S9 raconte qu'elle finissait pas redouter les étudiants qui venaient lui faire des prises de sang car elle savait qu'ils étaient plus susceptibles de mal faire le geste, occasionnant de la douleur ou d'autres désagréments. S11 décrit lui aussi une certaine appréhension.

S11 « Moi aussi j'ai eu un doute comme vous disiez tout à l'heure, pas sur ses compétences, mais je me suis dit "Pourvu qu'il ne se plante pas". »

En cas d'urgence médicale toutefois, les participants ne prennent pas le temps de s'interroger sur l'âge du soignant en face de nous. S10 décrit bien qu'elle était contente d'être soignée et que l'âge du médecin n'avait alors pas d'importance.

S10 « Moi je suis contente qu'ils s'occupent de moi, quand ils m'ont pris en charge à l'hôpital, j'ai pas regardé si c'était un médecin qui était vieux, qui était âgé, si c'était un jeune... Tout de suite ils m'ont pris en charge. »

b) Admirable

Pour certains, la jeunesse des étudiants force l'admiration. Ils savent à quel point les études sont difficiles et sont impressionnés que l'on puisse être si jeune et avoir déjà fourni tant de travail. Arriver à être médecin aussi jeune témoigne de l'implication des étudiants dans leur futur travail.

S6 « Ah oui moi je suis admirative d'avoir des compétences pareilles, d'avoir une telle maîtrise de son métier dans des, à cet âge-là quoi ! »

S14 « Il me paraît tellement jeune que ça me semble fou qu'il ait fait toutes ces études ! »

c) Au point sur les dernières avancées scientifiques

Le fait que le soignant soit jeune peut aussi rassurer quant à la qualité du soin. Sa formation est récente, ce qui veut dire que ses connaissances sont en accord avec les dernières avancées scientifiques. Être pris en charge par un étudiant permettrait d'être soigné selon les recommandations actuelles, ce qui peut être considéré comme un avantage. S9 et S12 s'accordent sur le fait que lorsqu'ils doivent choisir un soignant, ils s'orientent plus volontiers vers de jeunes praticiens pour cette raison.

S9 « Je préfère des jeunes parce que je sais qu'ils côtoient des nouvelles techniques, des nouvelles technologies que un qui n'a pas changé son cabinet depuis des années... »

S18 « Ben y a des nouvelles études, y a des nouvelles choses à apporter, donc ça peut être que du mieux quoi, ça peut être que bénéfique ! »

d) Rassurant quant au renouvellement des médecins

Plusieurs participants ont exprimé que les étudiants en médecine sont la preuve qu'une nouvelle génération de médecins est en formation pour remplacer ceux qui vont partir à la retraite. Ils sont le témoin du renouvellement de la population médicale. Le fait d'être pris en charge par un étudiant est rassurant sur ce point : on sait que la relève est assurée, et qu'on ne manquera pas de praticiens.

S6 « C'est rassurant pour l'avenir quoi quelque part ! On sait que la relève est là et qu'ils sont tout aussi forts que les anciens quoi ! »

S18 « C'est vrai que j'ai dit à mon mari "Mais c'est un jeune médecin !", mais mon mari il me dit "Mais c'est normal ! Les autres ils prennent leur retraite ou ils partent, et ben maintenant voilà, c'est les jeunes médecins, forcément". »

3. Les caractéristiques de l'étudiant

a) Motivé

L'étudiant en médecine apparaît comme un soignant particulièrement enthousiaste. Cela se manifeste par un interrogatoire qui semble plus minutieux et approfondi.

S8 « On sent qu'il est passionné par sa consultation, qu'il a pas la tête ailleurs [...]. »

S4 « Les internes découvrent en fait, ils font leurs premiers pas ! Je les trouve plus motivés, plus à l'écoute. »

Plusieurs explications sont avancées par les participants. D'abord, le fait que l'étudiant ne connaisse pas le patient et doive donc nécessairement poser plus de questions. Il doit également être attentif aux réponses qui lui sont faites car elles sont sa seule approche d'un dossier qu'il ne maîtrise pas encore.

S7 « Des fois il pose peut-être plus de questions parce qu'il vous connaît moins, il est plus attentif et tout ça, parce que votre médecin traitant il connaît tout votre parcours donc il est... »

Pour S12, le fait qu'il soit en formation pousse l'étudiant à se remettre en question et à explorer plusieurs hypothèses diagnostiques.

S12 « Il va réfléchir à tout, il va dire ah peut-être que je me trompe, peut-être que c'est pas ça, donc il va essayer d'imaginer d'autres choses. Donc, à l'extrême je dirais que le professeur lui il va arriver il va dire ah, c'est ça, il va pas voir d'autres choses. Que l'étudiant, doutant de lui-même, si je puis... Il va donc essayer d'imaginer, ah, c'est peut-être pas une grippe, c'est peut-être autre chose, c'est peut-être... Donc il va voir tous les cas de figure possibles. »

Cette motivation est également liée au fait que l'étudiant débute et n'a donc pas encore eu le temps de se lasser des consultations. Le terme « blasé » revient à plusieurs reprises pour qualifier les médecins exerçant depuis plus longtemps.

S16 « Les médecins, je pense que vous êtes comme tout le monde hein, avec le temps qui passe, après vous, vous le dites pas mais vous saturez un peu, c'est normal, c'est humain ! Alors que le jeune il est encore plein d'enthousiasme ! »

S4 « C'est une passion, ils sont pas blasés ! »

S15 « Ils sont pas encore blasés du métier. »

b) Disponible

Les étudiants en médecine sont perçus comme disponibles. Les participants considèrent qu'ils ont plus de temps à consacrer aux patients. Ils peuvent donc se permettre de leur parler plus longuement sans leur faire « perdre leur temps ».

S9 « C'est vrai qu'inconsciemment moi aussi j'aurais plus tendance à poser des questions à l'étudiant que le senior, parce qu'il y a une question de temps. L'étudiant il apprend, donc il prendra le temps de dialoguer, ça fait partie de sa formation aussi. »

S13 « Moi je trouve qu'il y a beaucoup plus de relation humaine avec un interne qu'avec un médecin qui est pressé. »

c) Source d'explications

Le fait d'être pris en charge par un étudiant permet au patient d'obtenir des explications qu'il n'aurait pas sinon sur sa pathologie ou ses soins. L'étudiant peut lui-même prendre le temps de donner ces explications au patient. Il peut aussi les obtenir de façon indirecte, en écoutant celles données par les médecins seniors aux étudiants.

S6 « Moi je trouve que l'étudiant amènera, nous dira déjà au départ ce qu'il va nous faire. Que le... Voilà, il prévient, je vais vous faire ça. »

S9 « En même temps moi j'ai aimé cette fois-ci d'avoir le senior et les étudiants parce que comme il expliquait aux étudiants, des fois ben j'avais des explications derrière ! »

S11 « Parce que le jeune médecin, déjà, il m'explique tout, alors que l'autre me disait jamais rien. »

d) Un étudiant parfois en retrait

Dans certains cas les étudiants rencontrés n'ont eu aucun échange avec le patient. Ils étaient cantonnés à de l'observation, dans le cadre de visites professorales ou au cabinet avec un généraliste maître de stage universitaire (MSU). La présence d'étudiants en grand nombre est souvent mal vécue.

S10 « Et qu'il y avait les étudiants et tout dans la chambre, alors il disait aux étudiants voilà comment il faut procéder et tout pour telle chose. Bon moi je les écoutais dire et puis c'est tout. »

S14 « Moi je, juste, en cabinet, [...] les internes ne disent rien, donc on n'a aucun contact avec eux. »

Pour S14, cette présence silencieuse en consultation n'est pas très agréable d'autant que l'on ne lui a pas expliqué comment elle s'intègre dans la formation de l'étudiant.

S14 « Oui c'est étonnant ça, je trouve que c'est un peu... Un peu... Bizarre d'avoir quelqu'un qui est posé là et qui ne dit pas un mot ou même... J'imagine qu'il y a un entretien avec le médecin juste après sur la consultation, je sais pas comme ça se passe. »

4. Une présence rassurante

La relation humaine qui s'établit avec l'étudiant semble privilégiée. Cet échange humain est vécu de façon très positive, et rassure le patient dans sa prise en charge. Les étudiants sont perçus comme plus attentifs au ressenti des patients et plus prévenants. Ils n'hésitent pas à faire de petits gestes qui témoignent de leur humanité.

Le soin donné par l'étudiant n'est pas seulement médical au sens technique du terme, il est aussi profondément humain. Il fait preuve de bienveillance vis-à-vis du patient. Sa présence revêt alors un caractère rassurant.

S6 « On se sent plus cocooné, plus entouré parce que justement il prend un peu plus de gants, on va dire... »

S9 « Par contre à l'hôpital les étudiants qui m'ont suivie, au niveau de la communication, c'était toujours très rassurant, et ça c'est important aussi d'utiliser des mots, des termes pour rassurer et informer le patient et non des mots qui font peur. »

S13 « Souvent quand, enfin moi quand j'étais interrogée par un étudiant en, [...] y avait quand même un petit côté humain qui existait : ils vous attrapent le bras pour mettre l'oreiller, enfin des trucs comme ça, que le médecin il dit, il aide pas à se rhabiller. »

S14 « J'en ai eu un ou deux, je me souviens, euh, vraiment très attentifs, très euh... Même protecteurs, moi j'ai trouvé vraiment, qui avaient un petit mot toujours sympa, même si le médecin va être un petit peu plus dur ou euh... »

Le fait qu'il soit disponible et prompt à fournir des explications permet au patient de ne pas se sentir seul et de comprendre ce qui lui arrive et les soins qu'il va recevoir. Ainsi, l'appréhension liée à un problème médical se voit amoindrie.

Plusieurs participants rapportent aussi une expérience personnelle au cours de laquelle l'étudiant a perçu leur inquiétude et a fait la démarche de venir les rassurer. Il endosse alors un rôle presque maternel, loin de sa fonction médicale première : on se sent plus « cocooné », comme le dit S6.

S11 « C'est vrai qu'ils en font beaucoup plus qu'un médecin, déjà dans l'explication j'ai trouvé, il y a beaucoup plus d'échange, qu'un médecin qui est sûr de son coup, il y a beaucoup plus d'échange ouais, de rapport, il me demandait si ça se passait bien, alors que mon médecin ne m'a jamais demandé si le traitement se passait bien ! [...] Même s'il en sait moins que le pro, pour le patient c'est beaucoup plus sécurisant. »

S14 « J'ai rencontré des internes qui étaient, que j'ai trouvés euh... Qui, qui me rassuraient. »

D. Place du patient dans la formation des étudiants

1. Une question qui intrigue

Lorsque nous avons posé la question « *Quelle place pensez-vous occuper dans la formation de l'étudiant en médecine ?* », tous sans exception ont été surpris ou hésitants. Nombreux ont été les silences à l'issue de cette phrase.

S12 « Je m'étais jamais posé la question. »

La question a perturbé S3 et S4 qui y voient un raisonnement presque métaphysique.

S3 « Le patient est-il un numéro ? »

S4 « Grande question. Philosophique. »

De manière générale, l'ensemble des participants pense ne pas avoir de rôle particulier au premier abord et beaucoup s'inscrivent initialement dans une démarche attentiste.

S3 « On attend plus d'un médecin que nous d'apporter quelque chose au médecin. Ça, c'est clair. »

S5 « En réalité c'est pas le médecin qui vient nous voir, c'est nous qui allons voir le médecin. »

S8 « On profite. »

S9 « On a plus une fonction qu'un rôle. »

Les participants viennent ainsi « consommer » un soin ou et ne pensent pas rendre service à l'étudiant lorsqu'ils sont confrontés à lui.

La question a étonné S12 qui confirme que d'après lui, il n'a pas de rôle particulier à jouer.

S12 « Ça me choque un peu votre question [...]. Mais faut pas nous donner ce rôle comme si c'était un rôle important [...]. Je veux pas vous fâcher mais je pense vous auriez peut-être dû la formuler autrement. »

S16 pondère ce raisonnement et justifie cette absence de rôle par un manque de temps passé auprès de l'étudiant.

S16 « C'est-à-dire pour avoir une influence sur vous il faudrait qu'on reste assez longtemps à l'hôpital. »

Si S5 ne pense pas jouer de rôle particulier, il façonne la manière dont va se comporter le médecin.

S5 « Moi je pense que la première chose, c'est plutôt le patient en lui-même, c'est comment va se comporter le patient, qui va pas dicter comment va se comporter celui qui va [...] le soigner [...] et c'est nous, qui, comment dire, qui interférons avec lui. Moi je pense que la première chose c'est comment nous on va se comporter face à lui qui va dicter comment lui va se comporter face à nous en fait. »

2. Le côté pratique du métier

a) Du livre au chevet des malades

Si les patients ne pensent avoir qu'un rôle minime, celui-ci serait alors d'apporter à l'étudiant une expérience pratique et concrète, bien loin des livres.

S6 « Ben oui parce que vous avez quand même bien besoin du malade pour comprendre sur pied ce qu'il se passe ! Parce que sur les livres ou les écrans c'est... Faut qu'il y ait le malade quand même ! »

Trois participants s'entendent sur le fait que le patient apporte une expérience médicale et humaine à l'étudiant.

S6 « Ben c'est de la pratique. »

*S5 « En fait je pense qu'on apporte une expérience en soi parce que c'est notre, enfin ce qu'on...
Par exemple le soin qu'on doit recevoir c'est une expérience en soi pour l'apprenant, pour
l'interne... »*

*S5 « L'échange humain pour moi c'est un plus, mais en soi déjà rien que l'expérience de traiter
la maladie, c'est une expérience dans le domaine professionnel. »*

*S7 « Quand on vient vous voir, qu'on a des problèmes, c'est sûr que parfois il y a des cas
difficiles où il faut chercher, il faut savoir, vous vous posez des questions, vous cherchez à
savoir, tout ça ça vous permet d'apprendre ! »*

S9 partage ce point de vue, et ce rôle lui semble très important.

*S9 « Je pense une place très importante parce que nous sommes, comment dire, le côté
pratique de votre métier. »*

Les participants pensent également être utiles en acceptant la présence de l'interne pour, selon plusieurs d'entre eux, lui « donner sa chance ». Cette expression est revenue au cours de différents entretiens.

Les relances pour faire réfléchir les participants ont été nombreuses.

A « Et vous pensez lui apporter quoi, justement, à cet étudiant ? Quand vous le voyez. »

*S18 « Ben de montrer que justement, enfin il fait pas ses études et tout ben pour rien, enfin
pour rien entre guillemets hein, mais que voilà, c'est...*

Enfin, selon S10, le patient peut aussi apporter un côté gratifiant à la pratique de l'étudiant.

*S10 « Ils ont eu quand même la satisfaction de m'avoir sauvé la vie. C'est grâce à eux si je suis
là. »*

b) Le patient cobaye

Les participants ont parfois eu l'impression d'être déshumanisés et « utilisés » pour la formation, ce qui est généralement vécu de façon négative.

S11 « Avant, on vous disait... On était un bout de viande, c'est plus un cobaye... Le patient n'existait pas en tant qu'être humain. C'était un malade quoi ! »

S9, qui a été hospitalisée à de nombreuses reprises, raconte les poses de cathéter par des étudiant(e)s infirmier(e)s et utilise cette phrase : « *J'avais l'impression des fois d'être cobaye* ». Cependant, elle excuse volontiers que l'étudiant puisse s'y reprendre à deux fois : « *C'est une étudiante, c'est normal de rater* ».

Quant à S17, elle considère que son opération réalisée par l'interne a été « ratée ». Pire, elle ne pense pas que l'étudiant qui a réalisé le geste ait tiré de leçons de son erreur et estime ne rien lui avoir apporté.

S17 « Je lui ai rien dit, hein, mais bon, j'ai dit ok, je les intéresse pas, ils ont fait une connerie, voilà. »

De façon surprenante, S12 a une vision plus optimiste, du fait de son passif.

« J'ai une malformation de naissance [...] Comme ça c'était su dans la famille bon ben chaque fois fallait que je montre tout à toute la famille [...]. Donc pour moi ça me semblait toujours normal qu'on soit sujet d'expérience. J'ai essayé les plâtres avec la tétracycline, les dents jaunes, les dents qui partent [...]. »

3. Être utile à l'étudiant : pas un droit, un devoir

Deux participants développent cette idée. Selon S12, le système de santé Français offre, moyennant cotisations, une quasi-gratuité des soins ce qui impose de devoir accepter l'étudiant et lui être utile.

S12 « Aujourd'hui tout le monde veut des droits et personne veut des devoirs. Moi je considère que ça c'est un devoir du patient d'être patient justement ! [...] Et c'est pas un droit, c'est un devoir. [...] Vis-à-vis du système de santé, vis-à-vis de la société, vis-à-vis de tout le monde quoi ! Parce que si on se fait soigner c'est bien grâce à tout le monde, en même temps, grâce à tous ceux qui cotisent du moins. »

S5 « Moi je pense que au-delà d'être un droit c'est même presque un devoir en fait de répondre à cette demande. »

4. La confiance

Plusieurs participants ont répondu à la question initiale en évoquant la notion de confiance.

D'après S16, la base de la relation entre le patient et l'étudiant est identique à celle que peut avoir le patient avec son médecin traitant : il s'agit de la confiance.

S16 « Moi je pense que le rapport médecin et patient, malade, c'est la confiance. [...] Parce que la confiance il faut, il faut quand même, on est obligé de se confier. »

Plusieurs participants approuvent ses propos.

S6 « Ben pour que le patient s'exprime bien il faut qu'il ait confiance, donc il faut qu'il... C'est un échange, il faut se sentir bien pour pouvoir bien expliquer ! Le médecin ne peut pas tout deviner ce qu'on a si on ne sait pas l'expliquer ! »

S8 « En faisant confiance je pense qu'on doit vous apporter quelque chose ! »

E. Une relation de confiance particulière entre le patient et l'étudiant

Au cours des entretiens, il est apparu que la confiance que le patient accorde (ou non) à l'étudiant occupe une place centrale dans la relation qui les unit. Si faire confiance à son médecin semble être la base du soin, les choses sont moins évidentes lorsque le soignant est encore en formation. Plusieurs caractéristiques ressortent.

1. Une présence bien acceptée par les patients

a) Une présence légitime

Pour l'ensemble des participants, la présence de l'étudiant apparaît comme quelque chose de tout à fait normal, d'évident. Elle est indispensable pour qu'il puisse apprendre et devenir médecin, et s'intègre pleinement dans sa formation.

Les participants acceptent bien volontiers l'étudiant, même si celui-ci peut être imposé par le système hospitalo-universitaire. Ils reconnaissent parfois ne pas être rassurés à l'idée d'être pris en charge par une personne en formation.

S5 « Ils sont là pour apprendre de toute façon et pour exercer ce qu'ils savent déjà faire donc je trouve ça normal qu'ils viennent dans le cycle médical des patients. »

S11 « Faut bien qu'il apprenne un jour quoi ! On a tous commencé. Je déteste ces gens qui voudraient que les gens soient opérationnels dans la journée ! On a tous appris un jour, il faut s'en souvenir de ça ! On n'a pas la science infuse malheureusement ! »

S15 « Donc après je peux pas dire que lorsque je vois un interne je peux pas dire que je sois rassurée, après je me dis aussi, faut apprendre donc euh faut aussi... Laisser sa chance. »

S'ils sont en droit de la refuser, plusieurs patients laissent entendre qu'ils ne l'envisageraient même pas : « Il faut bien qu'ils apprennent », telle est l'idée dominante qui ressort des différents entretiens. S6 utilise cette formule pour le dire : « Si on le laisse à la porte, il restera étudiant ». Si l'étudiant ne participe pas au soin des patients, il ne pourra pas apprendre son métier ; et s'il ne peut pas apprendre son métier, il ne sera jamais médecin (ou du moins jamais un « bon » médecin). On ne peut donc pas faire autrement que de l'accepter. Cela relève aussi d'une simple politesse, comme le suggère S3.

S18 « Dans, dans toutes catégories ben oui faut laisser la chance, faut bien exercer de toute façon hein. [...] Oui, sinon ils peuvent pas commencer ! »

S3 « Oui mais ça je pense que ça fait partie de, du savoir-vivre. »

Comme dans n'importe quel autre métier nécessitant un apprentissage pratique, il faut que le futur médecin entre en contact avec les patients. Plusieurs participants font le parallèle avec l'apprentissage dans les métiers de l'artisanat, notamment S12 qui fait le lien avec son expérience personnelle. Il reçoit tous les ans des apprentis et cela lui paraît normal qu'il en aille de même dans le milieu médical. En revanche, à l'inverse des autres métiers, une erreur de l'étudiant en médecine peut être préjudiciable.

S12 « Nous bon, si on casse un carreau c'est pas grave, l'interne c'est un peu plus grave mais je conçois qu'il puisse faire une erreur ! »

S9 « Se faire couper les cheveux par une jeune coiffeuse ça me pose pas de problème mais là c'était une molaire, pour moi c'est important. »

S15 « Mais bon je veux dire bon le mauvais plombier il va vous faire une mauvaise soudure, au pire des cas ça va fuir mais y a pas mort d'homme quoi. Alors qu'un médecin, tout de suite, ça pardonne pas en fait. »

b) Refuser l'étudiant ?

Plusieurs participants confirment que l'on peut refuser d'être pris en charge par un étudiant, ou que celui-ci soit présent lors d'une consultation. C'est un droit acquis au patient. Toutefois, ce refus est perçu de façon négative, comme quelque chose de répréhensible.

S6 « C'est vraiment de l'imbécilité. »

Plusieurs explications sont suggérées.

❖ La peur d'avoir mal

C'est la cause la plus fréquemment citée : peur d'avoir mal, d'être « raté » ... La douleur est mise en avant. On accepte facilement que les gestes peu douloureux soient réalisés par des étudiants, mais les gestes douloureux inquiètent et les patients préfèrent les réserver à des médecins accomplis. S11 et S13 sont les seuls participants à avoir déjà refusé un geste d'un étudiant. S11 reconnaît avoir eu peur car le geste en question lui paraissait trop important pour être laissé à un débutant. Pourtant il critique rétrospectivement son attitude, qu'il considère comme peu raisonnable.

S9 « Je pense en fait que ça dépend de la douleur. Quand on sait que ça fait mal, peut-être qu'inconsciemment on se dit... Sans expérience il risque de me faire mal ! »

S11 « Pour revenir là-dessus, ça aurait été une prise de sang ou n'importe quel acte chirurgical autre j'aurais accepté ! Mais c'était trop important dans ma tête pour moi, surtout la dent, que j'ai refusé ! [...] Mais c'est idiot comme vous dites parce que, fallait bien qu'il commence un jour mais j'ai fait preuve d'un peu d'égoïsme. »

A l'inverse, S15 rapporte avoir accepté qu'un étudiant lui fasse une injection de Botox alors que c'est la première fois qu'il réalisait ce geste, parce que la zone était anesthésiée et qu'elle n'aurait pas mal.

S15 « Pour les injections de botox justement aussi il y a quelqu'un qui m'avait dit « C'est la première fois, j'ai jamais fait ». Bon après vu que la zone est anesthésiée je lui ai dit « Bah de toute façon allez-y quoi ». »

❖ La vulnérabilité

Elle est moins évoquée et souvent de façon hypothétique par des participants qui n'ont pas refusé d'étudiant. Les patients peuvent se sentir vulnérables lorsqu'ils ont besoin de soins, et cette vulnérabilité peut les amener à craindre l'intervention de l'étudiant. Ainsi, S13 a refusé des soins parce qu'elle souffrait, et ne se sentait pas en état d'accepter l'étudiant.

S11 « Non mais parce qu'il y a cette fragilité, cette vulnérabilité comme vous dites du malade. Qu'on n'a pas en temps normal. C'est un peu l'inconnu aussi ! Y a cette espèce d'histoire d'inconnu, on ne sait pas comment ça va se passer. »

❖ La pudeur

La pudeur peut pousser un patient à refuser d'être pris en charge par un étudiant. Il s'agit d'une pudeur physique mais aussi morale, car il faut se dévoiler devant un médecin que l'on ne connaît pas.

S4 « Oui, alors le fait qu'il y ait un étudiant qui soit avec le médecin traitant, la seule chose qui à mon avis peut arrêter quelqu'un c'est une question de pudeur, mal placée peut-être. »

S8 « C'est quand même très intime une consultation. »

Le cas particulier de l'examen gynécologique a été abordé au cours du deuxième et du quatrième entretien, auprès de participantes. Les avis sont partagés sur l'acceptation de l'étudiant pour ce type d'examen. S13 a refusé que celui-ci soit fait par un étudiant, mais au motif de la douleur. S15 reconnaît qu'elle hésiterait. S6, S7 et S8 disent toutes les trois qu'elle n'aurait aucun souci à être examinées par un étudiant de sexe masculin.

S15 « Mais après voilà enfin... En effet en gynécologie peut-être que je ne l'aurais pas accepté. »

2. La confiance en l'étudiant

a) Une confiance acquise d'emblée

Souvent, les patients ne se posent pas de questions et accordent tout de suite leur confiance à l'étudiant. S6, S8 et S18 expriment très spontanément cette confiance sereine dans le soignant qu'elles ont face à elle, même s'il est étudiant. Pour elles, l'étudiant est identifié à un médecin et la confiance qu'on lui accorde est naturelle.

Cette attitude n'est pas remise en question même lorsque l'étudiant a pu décevoir dans sa prise en charge, comme c'est le cas pour S18 (l'interne de garde la nuit n'a rien fait malgré ses symptômes, et elle a ensuite souffert de complications).

S6 « Moi j'estime, j'ai toujours estimé sans même me poser la question, ça me paraissait normal que du moment qu'il est, qu'on lui demande de faire ça c'est qu'il est capable de le faire. Donc automatiquement moi j'y vais les yeux fermés, vraiment. »

S18 « En fait je lui ai fait confiance. C'est lui le médecin, moi j'étais la patiente, donc euh moi je lui faisais confiance. »

Pour S8, la confiance du patient est aussi nécessaire au bon déroulement du soin, et le patient a un rôle à jouer : il doit se mettre en condition, être réceptif pour recevoir ce que le jeune praticien a à lui donner. S11 souligne aussi que la confiance est une attitude volontaire du patient, qui se met plus volontiers à la place du médecin.

S8 « Mais je pense aussi qu'il est important que le patient soit en confiance. Euh, fasse confiance ! Autrement ce serait stérile. »

S11 « Je trouve qu'on est plus enclin à les comprendre, bon à quelques exceptions près, mais je pense que ça a renforcé la confiance. »

b) Une confiance liée à la formation des étudiants

Quand on les interroge sur ce qui les pousse à accorder leur confiance, plusieurs participants ont mentionné que les études de médecine françaises sont de bonne qualité. C'est pour eux le gage de la compétence des étudiants. Le nombre d'années d'études est un facteur rassurant : après tant d'années d'études, l'étudiant ne peut être que compétent. Pour S6, les années de pratique que l'étudiant a derrière lui ont permis de développer des automatismes assurant sa compétence.

S7 « C'est qu'il a déjà pas mal appris ! Dans toutes ces années. »

S3, S9 et S17 évoquent la présence d'un médecin senior pour superviser l'étudiant comme un facteur rassurant. L'étudiant peut se référer à lui en cas de doute, et solliciter son avis sur leur dossier. S18 raconte également avoir eu affaire à une étudiant (interne en SASPAS) qui a demandé conseil au médecin senior parce qu'elle ne savait pas ; elle a trouvé cette réaction très positive et rassurante.

S9 « Moi je fais confiance, je savais que, je sais qu'il y a un professeur, y a quand même quelqu'un qui, en cas de doute si l'étudiant a des doutes il va toujours consulter et voir l'avis du professeur, donc moi j'étais rassurée. »

La qualité inhérente à la formation est également soulignée par deux participants.

S12 « On est en France et on sait qu'on est les meilleurs du monde quasiment, faut pas avoir peur des mots ! Ça rejaillit sur les internes, parce qu'on sait qu'ils sont bien formés. »

S16 « Oh et puis vous recevez une bonne formation quand même. »

Pour S11 et S16, le fait que l'étudiant ait été « autorisé » par les médecins seniors à s'occuper de patients témoigne forcément de sa compétence.

S11 « Je pense que si on l'a mis c'est qu'il a déjà un certain niveau. »

c) Une question de ressenti

Accorder sa confiance ne dépend pas uniquement de l'âge ou de la compétence, mais aussi du ressenti que l'on a vis-à-vis du soignant en face de soi. C'est alors plus la personnalité du soignant que sa compétence médicale qui entre en jeu : on peut se sentir en confiance avec un étudiant et pas avec un médecin senior.

S12 « Donc ça dépend vraiment des personnes vous savez, y a des gens où vous avez juste envie de vous écarter et y en a d'autres où vous êtes bien. »

S7 « Je pense que le premier contact est important, quelque fois le feeling passe et parfois non. »

3. Les limites de la confiance

a) L'étudiant, un inconnu à qui il est parfois difficile de se confier

Ce point a été soulevé par les participants qui ont rencontré des étudiants au cabinet, à la place de leur médecin traitant (interne de niveau 1 en supervision indirecte ou interne en stage SASPAS). L'étudiant est désigné comme une personne que l'on ne connaît pas, par rapport au médecin habituel que l'on connaît bien et qui nous connaît lui aussi.

Ce point apparaît comme un frein possible dans le soin apporté par l'étudiant, car le patient peut éprouver des difficultés à se confier ou à faire confiance à ce soignant qu'il n'a jamais rencontré.

S6 « Quand on est avec quelqu'un la première fois c'est jamais "youpi tralalère". [...] Donc il faut apprendre à se connaître, à se reconnaître et puis à se faire confiance aussi hein. »

S16 « Et peut-être qu'on sera, c'est plus facile de se confier à quelqu'un qu'on connaît qu'à quelqu'un qui arrive ! »

b) Un soignant qui ne prend pas de décision

La présence de l'étudiant n'est pas toujours vécue de façon positive. Il peut apparaître comme assez passif dans la prise en charge, ne prenant pas de décisions qui semblent pourtant nécessaires au patient.

S13 « On sent qu'ils osent pas prendre des décisions. »

S15 « A chaque fois que, qu'on demande quelque chose c'est, euh, il faut voir avec le médecin. Sauf que parfois le médecin est pas là, parfois il a pas le temps, et cetera. »

Son manque de compétence et le fait qu'il soit soumis à une supervision directe se font parfois sentir et peuvent occasionner un retard dans la prise en charge du patient, qui doit attendre que l'étudiant fasse valider chacune de ses observations ou décisions par le médecin qui l'encadre.

S15 « Ils savaient pas trop quoi faire donc ils arrêtaient pas de me dire bon, on va demander à notre médecin référent donc euh, c'est pour ça que je suis restée de huit heures à dix-sept heures, parce qu'ils sont revenus vers moi plusieurs fois. »

S13 « On est interrogé par un, je pense un externe, après on a l'interne, qui redemande à l'externe mais ils nous posent tous les deux les mêmes questions alors que vous êtes là en train de vous tordre de douleur et qu'il y en a pas un qui prend la décision. [...] Faut, faut d'abord vous examiner, alors ok, mais un, ou deux, mais après faut aller demander à l'assistant, faut aller demander à untel, tout ça, pour prendre une décision. »

c) Des circonstances difficiles

Certaines circonstances engendrent chez les patients des réticences à accorder leur confiance à l'étudiant.

❖ L'urgence vitale

S13 et S15 prennent l'exemple de la maladie grave, à caractère urgent, dans laquelle on éprouverait plus de difficultés à se confier à un étudiant. Pour S15, cela s'explique par le fait que l'étudiant est susceptible de moins bien faire qu'un médecin confirmé, avec un risque d'erreur ou de moins bonne efficacité du soin. Si on peut le tolérer pour un problème de santé bénin, il en va autrement lorsqu'on a un problème plus grave.

S13 « Quand on arrive en situation d'urgence et qu'il faut attendre que la hiérarchie donne son accord... C'est bon quoi ! »

S15 « Entre guillemets moi j'accepte parce que je me dis mon cas n'est pas grave donc voilà. »

S15 « Après même en urgence je pense que, dans l'urgence forcément on a toujours envie que ça aille plus vite parce que ça, la vie est en jeu. »

A l'inverse, quatre participants (S4, S8, S10 et S16) rapportent plutôt l'inverse : dans ce genre de situation, ils se moquent du statut de la personne qui les prend en charge, du moment qu'ils sont soignés.

S4 « Oui oui, je suis arrivé dans une situation d'urgence, [...] on ne se pose pas trop la question, on est tout content d'être pris en charge. »

S10 « Quand ils m'ont pris en charge à l'hôpital, j'ai pas regardé si c'était un médecin qui était vieux, qui était âgé, si c'était un jeune... Tout de suite ils m'ont pris en charge. [...] Et vraiment ce qu'ils ont fait pour moi c'est qu'ils m'ont sauvé la vie. Parce que j'étais en train de mourir. »

❖ La nuit

La nuit est un moment où on accorde plus difficilement sa confiance. Le rôle de l'interne de garde est décrit de façon négative par deux participantes, S14 et S18, qui en ont toutes les deux pâti. S9 en parle aussi mais en partant d'une expérience malheureuse avec une infirmière ; elle n'a pas eu d'expérience de ce type avec un étudiant en médecine.

S14 « Moi j'ai senti l'inquiétude la nuit, surtout, et c'est vrai qu'on se dit, oh la la, l'interne de nuit... Et c'est vrai que là on peut pas, on peut pas, même si on veut quelque chose, et que si, si il est écrit que, enfin moi j'en reviens toujours à la douleur, si il est écrit que on va donner deux paracétamols, par exemple, je vais dire "Non, moi il me faut tant de trucs" parce que je, je sais ce qu'il me faut. Mais là y a rien à faire, ça c'est vrai. [...] Et c'est vrai que oui, la, la personne qui est là de garde la nuit par exemple, on sent qu'elle est vissée à ce qu'on lui dit de faire. »

S18 « Ce qui s'est passé c'est que c'était la nuit, j'étais soignée parce que j'ai eu des vomissements, et quand j'ai sonné euh, c'était un docteur... Interne donc je sais pas trop si c'était un étudiant ou pas, il m'a dit qu'il était interne et il m'a dit "Ben on verra demain". Donc là j'avoue... [...] Peut-être que s'il avait eu fait les choses la nuit même il ne m'aurait pas arrivé mon grave problème le lendemain. »

d) Un manque de compétence ressenti

S15 raconte avoir fait confiance à un interne pour la réalisation d'un geste (injection de botox), et que celui-ci a été mal fait.

S15 « Après les quelques fois où c'est une interne qui m'a fait ces injections de botox, c'est des injections sous les bras, euh... Ben ça a pas très bien marché. »

DISCUSSION

A. Forces et faiblesses

1. Forces de l'étude

La méthode des focus group s'est avérée particulièrement adaptée pour cette étude. Cette technique a pu permettre aux participants de s'exprimer librement, de façon tout à fait respectueuse les uns vis-à-vis des autres, bien que les points de vue aient pu diverger parfois. L'émulation de groupe a permis de soulever de nouvelles idées que les investigatrices n'avaient pas évoquées initialement.

L'ambiance a été conviviale à chaque entretien. Le fait de réaliser les entretiens dans les cabinets de leurs médecins traitants a permis aux participants d'accepter de participer et de se sentir en confiance dans un lieu qu'ils connaissaient déjà.

La triangulation des données a été faite par les deux investigatrices ainsi que le Dr Isabelle Fay, directrice de thèse. Cette mise en commun des données et des analyses renforce la validité interne de cette étude.

L'analyse a été réalisée en respectant une démarche sociologique inductive ce qui permet d'extrapoler les éléments qui suivent.

2. Limites de l'étude

Le recrutement s'est avéré malheureusement homogène avec une majorité de participants de plus de 45 ans. La moitié de participants sont retraités. Les femmes se sont montrées plus disponibles et motivées pour participer à l'étude par rapport aux hommes (67.5% de femmes versus 37.5% d'hommes). Toutefois cette répartition des sexes se retrouve classiquement dans les études trouvées sur ce sujet.

Il a été très difficile de mobiliser les sujets jeunes. Cet obstacle peut s'expliquer par trois phénomènes : de facto, ils sont moins malades que les sujets plus âgés et sont donc moins amenés à rencontrer des étudiants en médecine. Ils sont également moins disponibles du fait de leurs obligations

professionnelles ou familiales, ce qui explique les refus lors de la phase de recrutement. Enfin, ils semblaient peut-être moins intéressés ou concernés par cette étude.

De nombreux refus ont été essuyés lors de la phase de recrutement par désintérêt pour le sujet de ce travail, toutes catégories d'âge confondues. Les annulations de dernière minute ont été nombreuses malgré un rappel la veille.

43% des participants avaient un médecin dans leur entourage proche ou lointain ce qui représente un biais de sélection et d'analyse.

Un effet-centre s'est créé lors des entretiens avec la création de groupes « libéral » et « hospitalier ». Ainsi, à chaque entretien : soit le groupe était « hospitalier », constitué de patients qui ont rencontré des étudiants dans les hôpitaux publics, soit il était représentatif de la « médecine libérale », avec des patients ayant rencontré un étudiant en médecine presque exclusivement chez leur médecin traitant. N'ont donc pas pu être établies de différences de point de vue entre la médecine de ville et la médecine hospitalière au sein d'un même entretien.

Il s'agissait également de la première expérience des enquêtrices en analyse qualitative. Il y a donc probablement eu des pertes de données lors des entretiens par difficulté à relancer ou à recentrer le débat sur les thèmes souhaités, certains ayant vu ces entretiens comme la possibilité d'exprimer leur colère concernant certaines prises en charge.

Enfin, le statut de l'externe a été très peu évalué car rarement rencontré ou identifié par les participants.

B. Devenir médecin, pourquoi et comment ?

1. Du lycéen studieux à l'étudiant à l'université

Le guide de l'ONISEP (Office National d'Informations sur les Enseignements et les Professions), organisme fonctionnant sous tutelle du Ministère de l'éducation nationale et du Ministère de l'enseignement supérieur, paru en décembre 2018 donne aux lycéens les prérequis suivants pour s'inscrire en PACES (13) :

« C'est avec un baccalauréat scientifique, obtenu avec une mention qu'on a le plus de chances de réussir en PACES.

Les bacheliers doivent en effet avoir de solides connaissances et compétences scientifiques, c'est-à-dire des capacités d'analyse et d'abstraction et une bonne maîtrise des méthodes expérimentales.

Autre incontournable : la force de travail, c'est-à-dire de bonnes capacités d'apprentissage et de la volonté pour tenir le rythme dense de cette année de concours.

Enfin, des qualités humaines d'empathie, de bienveillance et d'écoute sont indispensables pour exercer les métiers auxquels préparent les études de santé. »

Ces éléments-là sont en accord avec les idées des participants. Le lycéen qui veut s'inscrire en première année de médecine se doit d'être studieux, et d'avoir « une fibre tournée vers l'autre ». L'appétence pour les matières scientifiques pendant le secondaire n'a pas été mentionnée par les participants car, si ces matières sont qualifiantes pour l'examen de fin d'année, celles-ci sont source d'injustice et non nécessaires en tant que telles pour l'exercice de la profession.

L'étude n° 0927 de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) parue en 2015 énonce que 90% des bacheliers inscrits en première année sont titulaires d'un baccalauréat scientifique (14). Les statistiques montrent que la mention au baccalauréat influence grandement la réussite au concours, ce qui confirme l'image de l'élève studieux, presque « modèle » (15).

Aucun des participants n'a prononcé le terme « PACES » ou anciennement « PCEM1 » mais tous parlent de « la première année de médecine », ce qui évoque une notion mystique où l'étudiant doit fournir un travail « herculéen ».

Le pourcentage d'étudiants en médecine admis dont les parents ou la famille sont eux-mêmes médecins n'a pas été démontré statistiquement. En revanche, il a été prouvé que les étudiants issus des classes sociales les plus favorisées sont fortement représentés en PACES, par rapport aux étudiants de catégories sociales plus modestes : quatre étudiants sur dix sont issus de classes favorisées, soit un étudiant sur dix de plus que dans n'importe quelle filière universitaire.

2. Le parcours du combattant

Devenir médecin est un parcours ardu, long et éprouvant.

La première année est décrite par tous les participants comme particulièrement difficile, aussi bien d'un point de vue intellectuel que physique et moral. S16 a employé des termes guerriers pour décrire cette année universitaire : « *Ils vous tirent dessus au canon, pour en tuer le plus possible* ». Cette phrase illustre le ressenti global qu'ont les participants de cette année d'étude.

Ainsi, ceux qui réussissent le concours de première année ont un statut presque héroïque et forcent l'admiration des participants.

Pour réussir ce concours, réputé pour son exigence, il faut ainsi fournir une quantité de travail colossale. L'apprentissage par cœur a une place considérable. Les matières scientifiques ont une place prépondérante pour les participants. Leur vision de cette première année d'étude est assez proche de la réalité.

La place que prennent les matières scientifiques est à l'origine d'une injustice. Le concours élimine des étudiants qui n'avaient pas les compétences scientifiques attendues, alors que celles-ci ne sont pas utiles pour la pratique quotidienne du médecin selon les participants. Ceux-ci auraient pourtant pu être d'excellents médecins sur le plan humain.

Le point de vue des participants est en accord avec les nouvelles directives et réformes prévues par Mesdames les Ministres Agnès Buzyn et Frédérique Vidal (respectivement Ministre des Solidarités et de la Santé et Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation) dans un projet appelé « Ma santé 2022 » (16).

Ce projet réforme le système de santé dans sa globalité ainsi que les études médicales. Concernant ce dernier point, l'axe nouveau, majeur, est la suppression du numérus clausus à la fin de la première année des études médicales sans que la suppression de la sélection ne soit abandonnée. Les modalités

de cette sélection restent à définir au moment de rédaction de cette thèse, à priori au cours des trois premières années de licence. Cette réforme sera mise en application dès septembre 2020.

La sélection via le système du numerus clausus est décrite dans ce projet de loi comme « injuste, inefficace et brutale [...], qui laisse de côté chaque année des milliers de profils de grande valeur » (16).

L'injustice à laquelle les étudiants font face lors du concours de première année se retrouve également lors des ECN à la fin de la sixième année. Bien que le fait de devenir médecin soit acquis, la spécialité à laquelle l'étudiant accède est possiblement choisie « par défaut ». La frustration peut parfois devenir palpable et s'en ressentir sur la relation entre le médecin et le patient.

La question d'un éventuel abandon pendant l'externat a été évoquée à plusieurs reprises lors des entretiens, alors que ce point n'était pas abordé dans le guide d'entretien. Cela reflète la difficulté des études dans l'imaginaire des patients. Il n'existe pas de statistiques précises à ce sujet et la bibliographie est inexistante. Les équivalences ont été expliquées aux participants, tout comme la notion de droit au remord. Les études de médecine sont alors décrites comme trop étriquées, avec des reconversions délicates, difficiles à mettre en œuvre en comparaison à d'autres filières.

3. Le déroulement des études médicales et leur contenu

a) Les idées du cursus

Les résultats de ce travail quant aux grandes idées sur le déroulement des études de médecine sont comparables avec le travail de thèse de C. Macault, où 73% des patients déclaraient ne pas savoir comment se déroulent les études de médecine (4).

L'ordre de grandeur donné par les participants de notre étude allait de sept à quinze années d'études ce qui est soit minimisé, soit maximisé. Ces chiffres sont les mêmes que ceux obtenus par C. Macault.

Bien que quasiment la moitié des participants aient déclaré qu'ils avaient un médecin dans leur entourage, aucun d'entre eux n'a donné de chiffres exacts ni n'a su décrire, même de façon schématique, le cursus médical. Les notions d'externat et d'internat ne sont pas connues.

b) Une formation de « technicien »

Nous avons interrogé nos participants sur ce qui leur paraissait important dans la formation d'un jeune médecin. Deux grands axes sont ressortis : l'apprentissage technique, du geste, et l'apprentissage de l'approche relationnelle des patients.

❖ L'apprentissage du savoir-faire

L'apprentissage théorique est perçu par l'ensemble des participants comme le socle essentiel de la formation des médecins. Une fois ces connaissances acquises, reste à l'étudiant à apprendre à les mettre en pratique.

Bien décrites par les participants, les visites « professorales » sont un moyen de faire le point sur les savoirs théoriques. Le compagnonnage par les assistants chefs de cliniques, les praticiens hospitaliers ou les maîtres de stage des universités est un élément capital dans l'apprentissage du savoir-faire.

Un autre élément dans cet apprentissage est la réalisation de gestes variés. Si les participants de notre étude acceptent volontiers la présence de l'étudiant, celui-ci n'est pas toujours le bienvenu dans des circonstances bien définies : les gestes douloureux comme un soin dentaire, un examen intime ou en situation d'urgence. On retrouve ces limites à l'acceptation de l'étudiant dans la bibliographie (2,17).

Ce refus est d'autant plus marqué qu'il s'agit de la première fois que l'étudiant réalise ce geste.

Ceci va à l'encontre des résultats de l'étude de Santen *et al.* (1) où 89% des participants se disaient ouverts à être le « premier patient » d'un étudiant sous supervision, et 83% sans supervision si l'étudiant avait fait la preuve de sa compétence auparavant. Dans cette étude, 90% des patients ont accepté que l'étudiant réalise le geste. Un bémol est à apporter néanmoins car en réalité la plupart du temps ce n'était pas la première fois de l'étudiant pour la réalisation de ce geste.

Seule une participante a rapporté avoir su que son cas était la première fois d'un étudiant pour un geste ce qui ne nous permet pas de tirer d'informations supplémentaires.

❖ Le savoir-être

Les connaissances théoriques et leurs applications ne sont pas suffisantes pour l'exercice de la profession. Devenir médecin requiert également d'intégrer un statut ainsi qu'un rôle qui en découle. Acquérir le statut de confident qui écoute ses patients avec bienveillance et savoir être protecteur

pour les rassurer sont tout aussi primordiaux que les connaissances théoriques nécessaires pour guérir et soigner.

Dans un article des Tribunes de la Santé, Martin Winckler, célèbre médecin et romancier, rapporte une discussion avec des professeurs des universités aux Etats-Unis (18). L'un d'entre eux raconte offrir aux étudiants de première année un livre nommé « On Doctoring », traduit par « Du travail des médecins ». Ce livre est un recueil de textes classiques de la littérature et de récits de médecins anglo-saxons. Un des professeurs dit ceci à propos de cette œuvre : « *Pendant vos cours, vous apprendrez tout ce que vous avez besoin de savoir sur la médecine et les maladies. Mais pour apprendre à soigner, vous devez lire ce livre* ». Cette phrase montre bien que l'apprentissage du relationnel ne se fait pas à l'université mais ailleurs.

Cet apprentissage se fait selon les participants soit « sur le tas », soit par de « cours de pratique » ou encore par des cours de psychologie.

Tous ont été surpris que les cours de psychologie soient quantité négligeable voire absents de la formation, et regrettent ce manque à gagner.

Les cours de psychologie médicale se résument à l'ancien item 47 appelées « *Bases psychopathologiques de la psychologie médicale* », désormais transformé en item 1 « *La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale* » et item 2 « *Les valeurs professionnelles du médecin et des autres professions de santé* ». A Lyon, la formation des internes de médecine générale comporte un séminaire obligatoire intitulé « Approche Centrée Patient ».

Lorsque les patients faisaient part de leurs expériences du milieu médical au cours des entretiens, ils ont rapporté de nombreux propos inadaptés de la part des médecins, même si ceux-ci ont été formulés il y a de nombreuses années. Marqué(e)s, les participant(e)s auraient préféré que les médecins aient plus de tact et de délicatesse, attestant en effet que la communication peut parfois faire défaut.

L'université Paris III - Sorbonne a créé récemment un diplôme universitaire (DU) intitulé « Humanité Médicale » ce qui atteste d'un balbutiement de changement de mentalité. Il est toutefois regrettable que cette formation soit disponible uniquement dans une seule université, et qu'elle soit basée uniquement sur le volontariat.

c) Des difficultés bien perçues

Cordonnier *et al.*, dans l'article « *Contraintes et souffrances des internes de médecine générale* » publié en février 2019 (19), ont étudié le point de vue des internes grenoblois quant à leurs difficultés personnelles et professionnelles à exercer leur profession. Les concessions sur la vie privée, la fatigue psychologique et émotionnelle, le manque de reconnaissance expliquent entre autres, selon eux, le syndrome d'épuisement professionnel que vivent les internes. De façon assez surprenante, les difficultés décrites dans cette étude et surtout la position « ingrate » de l'interne sont bien perçues par les participants de notre étude.

Décrits dans nos entretiens comme seuls, livrés à eux-mêmes la nuit en garde, possiblement en difficulté de part un statut « entre-deux », fatigués, leur vision est tout à fait similaire à la réalité du terrain.

Un des participants a pu percevoir les conflits hiérarchiques entre différentes personnes du même service hospitalier, renforçant ainsi les difficultés de l'étudiant à mener à bien sa mission de soignant.

Force est de constater que le portrait de l'interne et sa condition de travail, en milieu hospitalier, est assez amer et comparable au film « Hippocrate » (5). Réalisé par Dr Thomas Lilti, à la fois médecin généraliste et réalisateur, il expose au grand public les difficultés que peuvent rencontrer de jeunes internes. Il relate bien les responsabilités souvent très lourdes et les doutes que l'interne doit supporter. Cependant, et alors même que ce film récent a rencontré un vif succès en France, il n'a jamais été mentionné par les participants de notre étude.

4. Un sujet d'admiration

Un étudiant en médecine ayant réussi à surmonter toutes ces étapes difficiles est décrit par les participants comme « formidable », « admirable », d'autant plus que cette réussite est couronnée par son jeune âge.

La jeunesse de l'étudiant peut être source d'angoisse de prime abord, par doute sur ses compétences. Mais elle est aussi un facteur de sympathie et de confiance. Notre étude souligne que son jeune âge le rend bien plus accessible que n'importe quel autre soignant.

Il s'agit de la première étude mettant en exergue le jeune âge de l'étudiant en médecine.

Si les participants se félicitent de cet état de fait, ils sont aussi très satisfaits de la qualité des études médicales et du système de soins français. Les médecins français sont décrits comme « les meilleurs du monde », et les études formeraient ainsi des praticiens d'excellence.

Néanmoins, cette vision chauvine de notre système de santé est à pondérer avec les données fournies par l'organisation non gouvernementale Health Consumer Powerhouse (HCP). L'HCP publie tous les ans un classement des systèmes de santé de trente-six pays européens basé sur plusieurs critères. Dans son dernier rapport pour l'année 2018, la France n'arrivait qu'en onzième position, ce qui va à l'encontre de ce qu'imaginent nos participants (20).

C. Un soignant « hybride »

Nous avons exploré les représentations que les patients se sont forgés sur l'étudiant en médecine au cours de leurs expériences personnelles. Notre travail montre que celui-ci incarne un statut « hybride », toujours dans un entre-deux : à la fois médecin et étudiant, à la fois dans le monde médical et dans le monde des patients.

1. Médecin et étudiant à la fois

S4 "Et là, j'ai vu une femme médecin interne."

L'étudiant en médecine n'est pas un médecin comme un autre puisqu'il est encore en formation. Le premier élément qui permet au patient de l'identifier est la façon dont il va se présenter. En France, il n'y a pas de règle précise et les étudiants se présentent aux patients comme « étudiant en médecine », « interne » ou « externe ».

Notre étude a montré que bien que l'étudiant se soit présenté comme tel, nos participants ne l'identifiaient pas toujours correctement. Les termes « étudiant » et « médecin » se côtoient souvent lorsqu'ils parlent des étudiants qu'ils ont pu rencontrer. Ils ne semblent pas faire la distinction entre les deux. A partir du moment où la personne avec laquelle ils sont en contact les soigne, c'est qu'il s'agit évidemment d'un médecin.

Ainsi, la définition du statut de médecin tient plus au rôle endossé qu'à son diplôme. Le fait que l'étudiant puisse s'occuper seul d'un malade est décrit par nos participants comme une preuve de sa compétence et de son statut. Le terme utilisé par l'étudiant pour se désigner importe peu. C'est en fonction de son comportement ou des gestes qu'il pratique qu'il est identifié comme un étudiant ou au contraire comme un médecin. Lorsqu'il est rencontré seul et semble compétent, les patients le décrivent volontiers comme « médecin ». En revanche, s'il est supervisé par un médecin senior ou qu'il ne semble pas sûr de lui, les patients en parlent comme d'un « étudiant ». Cela est d'autant plus vrai lorsque l'étudiant ne s'est pas présenté, situation décrite par certains participants.

Finalement, le choix des termes désignant ce jeune praticien est parlant. Nos participants ne connaissent pas les spécificités des études de médecine. Pourtant, ils ont bien cerné toute la particularité de l'étudiant (particulièrement l'interne) en face d'eux : il est à la fois un étudiant et un médecin. Il n'est pas soit l'un soit l'autre, mais bien un mélange des deux. C'est ainsi qu'on retrouve les expressions « médecin interne » ou « docteur interne » pour l'identifier.

Le choix du terme sous lequel l'étudiant devrait être présenté a été abordé dans l'étude de Chipp *et al.* (21). Des patients ont été interrogés sur le terme sous lequel ils préféreraient voir l'étudiant présenté : « medical student » ou « student doctor » (que l'on pourrait traduire par « étudiant en médecine » ou « docteur étudiant »). La majorité a choisi « student doctor » (« docteur étudiant »). Ces résultats font écho à la récente réforme du troisième cycle des études médicales entrée en vigueur au 1^{er} novembre 2017 et qui introduit le terme de « docteur junior » pour désigner les internes en fin de cycle (en phase de consolidation) et qui auront soutenu leur thèse (22). Dans un article de *Gestions Hospitalières*, ce titre est décrit comme permettant « *un réel positionnement : l'interne n'est plus un étudiant, il n'est pas un médecin au sens propre du terme mais il a un statut : celui de « docteur junior »* » (23).

En montrant que les patients perçoivent la dualité de l'étudiant, notre étude confirme qu'ils seraient réceptifs à l'adoption d'un nouveau terme pour les désigner.

2. Le lien entre le patient et le monde médical

S13 « L'interne [...] a un petit côté encore humain parce qu'il y a pas longtemps qu'il voit des patients donc il arrive encore à être proche d'eux. »

Dans notre étude, l'étudiant en médecine est caractérisé par ses qualités relationnelles et son humanité : on peut discuter avec lui, il est attentif au bien-être du patient et incarne souvent une présence rassurante. Ces caractéristiques le définissent comme un soignant empathique, l'empathie

étant définie par le Larousse comme la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui et de percevoir ce qu'il ressent.

Pour nos participants, cette empathie le distingue du médecin confirmé qui apparaît plus pressé et moins disponible. Ils précisent bien qu'alors qu'ils n'osent pas déranger ce dernier et lui faire perdre son temps, ils n'hésitent pas à poser leurs questions à l'étudiant et à le solliciter en cas de besoin. Parfois, l'étudiant attend que le médecin senior se soit absenté pour témoigner de cette empathie. C'est l'expérience rapportée par S14, qui a pu constater ce comportement à au moins deux reprises. L'empathie apparaît dans ce cas comme presque répréhensible, constituant un point de rupture entre l'étudiant et le médecin senior.

L'étudiant apparaît comme un lien entre deux mondes. D'un côté le monde médical et ses représentants, les médecins, qui parlent un jargon souvent incompris, n'ont que peu de temps à accorder à leurs patients et ne s'appesantissent pas sur les sentiments. De l'autre, le monde « humain » des patients, qui sont dans le ressenti et l'émotion. L'étudiant en médecine permet à ces deux mondes d'entrer en connexion avec plus de fluidité : il traduit le langage médical au patient en prenant le temps d'expliquer, et fait gagner du temps au médecin en synthétisant pour lui le dossier du patient. Les patients l'identifient ainsi comme l'un des leurs, par opposition au médecin.

Plusieurs explications sont avancées dans notre étude pour expliquer cet écart entre étudiant en médecine et médecin senior. Le manque de temps d'abord : le médecin n'a pas de temps à « perdre » à discuter avec ses patients, alors que l'étudiant peut se le permettre. Pour S9, cela fait d'ailleurs partie de sa formation. Ensuite, un changement générationnel : cet élément est surtout ressorti lors du troisième entretien. Les jeunes générations seraient naturellement plus portées à la communication. La différence entre l'étudiant et le médecin senior serait donc une différence de génération et non liée au statut du soignant. Enfin, l'évolution professionnelle naturelle : il y aurait un « essoufflement » du médecin au fil de sa carrière.

Il faut préciser que le manque d'empathie du médecin senior est valable pour le monde hospitalier où le médecin senior est un inconnu, mais beaucoup moins pour la médecine de ville en cabinet de médecine générale. En effet le médecin traitant est une personnalité familière pour les patients et forcément plus empathique du fait d'un contact rapproché. Dans ce cas particulier, l'attention particulière de l'étudiant est rapportée au caractère nouveau de la relation, alors que le médecin traitant peut s'être habitué voire lassé. Cette différence entre les milieux hospitalier et ambulatoire est soulignée dans l'étude de Benson *et al.* (24), qui insiste sur la nature intime de la relation nouée avec le médecin traitant.

Dans tous les entretiens, on retrouve l'idée selon laquelle l'empathie de l'étudiant serait vouée à disparaître ou au moins à s'étioler. Avec les années, l'étudiant ne verrait plus le patient comme une personne mais comme un dossier. Il adopterait alors le comportement des médecins seniors, au fur et à mesure qu'il en devient un lui-même.

Cette baisse d'empathie au cours des études médicales est connue depuis plusieurs années. Dans une revue de la littérature de 2011, Neumann *et al.* (25) montrent un déclin significatif de l'empathie au cours des études de médecine. La principale cause identifiée est la détresse des étudiants, qui peut être liée à plusieurs facteurs : maltraitance des supérieurs hiérarchiques, vulnérabilité liée à l'inadéquation entre l'enthousiasme et l'idéalisme initial des étudiants et la réalité du monde hospitalier, baisse des relations sociales ou encore charge de travail importante.

Très récemment, l'étude belge de Triffaux *et al.* (26) a de nouveau confirmé le déclin des scores d'empathie au fil du temps chez les étudiants en médecine. Parmi les raisons évoquées pour expliquer ce déclin, les auteurs mentionnent la notion de « conflit empathique » qui serait lié au partage entre une appartenance au groupe des médecins ou à celui des patients. Ce point se rapproche parfaitement de ce qu'évoquent nos participants.

Ainsi, notre étude montre que ces résultats sont ressentis du côté des patients. Les causes de cette baisse d'empathie n'ont pas été évoquées dans les entretiens mais nous avons montré précédemment que nos participants perçoivent les difficultés auxquelles sont exposés les étudiants en médecine. Celles-ci sont évoquées dans l'étude de Neumann *et al.* comme une explication possible à ce phénomène.

Cette évolution de l'étudiant est décrite par Winckler (18) qui incrimine pour sa part la formation facultaire des étudiants : « *Or, la formation médicale incite le médecin à oublier que « ses » patients sont des individus [...]. Par un processus aussi singulier qu'imperceptible, la faculté pousse insensiblement les médecins, au fil de leurs nombreuses années de (dé)formation, à transformer les patients. Cette métamorphose, qui s'opère dans le regard du médecin et, malheureusement, dans le comportement du patient, ne peut survenir que lorsque l'un nie et l'autre abdique plusieurs traits, certes variables, mais pourtant irréductibles, de personnalité* ».

Ainsi, au fil de ses études, l'étudiant en médecine quitte le monde des patients pour celui des médecins, dont il adopte progressivement les attitudes au détriment de caractéristiques plus humaines dans lesquelles les patients se reconnaissent.

D. L'influence du patient sur le futur médecin

1. Un rôle ambivalent

Dans un article sur l'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale, Jean Jouquan (27) divise le contenu des études de médecine en trois grands domaines :

- Le domaine cognitif (les « connaissances » ou encore le « savoir » selon d'autres terminologies)
- Le domaine psychoaffectif (les « attitudes » ou encore le « savoir être »)
- Le domaine psychomoteur (les « habiletés » ou encore le « savoir-faire »)

Les connaissances et compétences des domaines cognitif et psychomoteur (« connaissances » et « savoir-faire ») sont développées au cours des enseignements facultaires et des stages sur le terrain.

Notre présupposé était que les compétences du domaine psychoaffectif (« savoir-être ») sont principalement développées au contact des patients, et que ceux-ci jouent donc un rôle majeur dans la formation des étudiants en médecine. La question était de savoir si ce rôle est perçu par les patients.

a) Une place mal définie

La question « *Quelle place pensez-vous avoir dans la formation des étudiants en médecine ?* » a presque systématiquement été accueillie par un long silence. Certains participants ont manifesté leur incompréhension et des questions de relance ont été nécessaires pour obtenir des premiers éléments de réponse.

Au premier abord, nos participants ne pensent pas avoir un rôle à jouer dans la formation des étudiants. Ils ont l'impression que la rencontre avec l'étudiant se fait indépendamment de leur volonté : ils voient l'étudiant parce qu'ils sont là, mais sans désir de s'impliquer davantage.

Selon les études, les résultats sur l'implication du patient dans la formation de l'étudiant sont variables.

Dans la bibliographie, les patients témoignent souvent de leur envie d'être impliqués dans la formation des étudiants en médecine. C'est ce que retrouve l'étude de Park *et al.* (28) : les participants étaient généralement très contents de contribuer à l'enseignement en médecine générale et ont exprimé leur

enthousiasme à s'engager activement dans le processus d'enseignement. Notre étude ne retrouve pas de résultats comparables.

En revanche, on retrouve le paradoxe souligné par notre travail dans l'étude de Haffling *et al.* (17). Celle-ci montre qu'alors que 95% des patients interrogés étaient favorables à la formation des étudiants dans les centres de santé, seuls 22% des patients estimaient avoir quelque chose à apprendre aux étudiants.

On peut également s'interroger sur la difficulté que nous avons eue à recruter des participants. Faut-il y voir le reflet de leur faible implication dans la formation des étudiants ?

Bien qu'ils n'aient pas l'impression d'avoir un rôle à jouer dans la formation médicale, tous nos participants ont accepté la présence d'un ou plusieurs étudiants au cours de leur parcours médical, et seuls deux d'entre eux ont refusé à une occasion que des soins soient réalisés par un interne ou un externe. La question se pose donc de savoir pourquoi ils acceptent cet étudiant, si ce n'est pas dans le but de contribuer ainsi à sa formation.

b) Une participation « obligatoire » du patient à la formation

La principale raison évoquée par nos patients tient en une phrase : « Il faut bien qu'ils apprennent ». Les patients sont bien conscients que leur accueil de l'étudiant est nécessaire pour que celui-ci puisse être formé convenablement : il ne pourra pas apprendre correctement son métier s'il ne rencontre pas de malades.

Dans un article interrogeant sur l'obligation pour les patients d'accepter l'étudiant, Lowe décrit cet état de fait sous le terme « argument de nécessité » (29). Refuser de participer à la formation des étudiants en médecine serait considéré comme non éthique car si cet acte était généralisé, le système de santé ne pourrait pas exister ou en tout cas pas dans ses conditions actuelles. En conséquent, et malgré son droit théorique à refuser cette présence, le patient se sent dans l'obligation de l'accepter.

C'est là toute l'ambivalence du libre choix du patient : il n'a pas d'obligation « institutionnelle » (personne ne le forcera à l'hôpital à voir l'étudiant), mais une obligation morale s'impose à lui.

Deux de nos participants ont poussé cette idée jusqu'à dire qu'il s'agit d'un devoir pour le patient que d'accepter ce jeune en formation. Pour S12, c'est un devoir vis-à-vis du système de santé et de la société, « *parce que si on se fait soigner c'est bien grâce à tout le monde* ». Cet argument est décrit par

Lowe sous le terme de « Golden Rule » : nous devrions participer à la formation des étudiants pour le bénéfice des autres (qui profiteront à l'avenir de l'expérience acquise par l'étudiant avec nous) parce que nous voudrions que les autres participent à la formation des étudiants pour notre bénéfice.

Un dernier point est soulevé par plusieurs participants et concerne spécifiquement le milieu hospitalo-universitaire : on n'aurait pas le choix d'accepter cet étudiant car il fait partie du fonctionnement de l'hôpital. Cette idée se rapproche de ce que Lowe décrit comme une « compensation en l'absence de paiement » (29) : les patients de l'hôpital public semblent « obtenir quelque chose gratuitement » (par rapport aux cliniques privées), et devraient payer d'une autre manière.

2. Le patient comme objet de formation

L'étude de Haffling *et al.* (17), menée en 2008 en Suède, s'était déjà penchée sur la perception des patients de leur rôle dans le processus d'apprentissage des étudiants en médecine. Les réponses des participants avaient été classées en quatre thématiques :

- **Le patient comme « facilitateur » du développement des compétences** et attitudes professionnelles de l'étudiant : le patient est dans un rôle actif, il donne son avis et fait un feedback à l'étudiant. Il est surtout attentif à la compétence de communication, avec notamment la capacité d'écoute, à l'intérêt qui leur est accordé par l'étudiant. Il s'agissait dans cette étude du thème prédominant.
- **Le patient comme « expert de sa condition »** : le patient partage avec l'étudiant son expérience et ses sentiments vis-à-vis de la maladie. Il donne une forme d'enseignement sur sa maladie, ses traitements ou leurs effets indésirables.
- **Le patient comme un « exemple de sa condition »** : le patient valorise l'importance pour l'étudiant d'avoir vu un maximum de patients et de situations cliniques variées. Il se considère comme un cas parmi d'autres. Il s'agit d'un concept plus passif d'enseignement.
- **Le patient comme faisant partie d'un contexte réel** : le patient se considère comme un « vrai cas clinique », par opposition aux livres dans lesquels apprend l'étudiant. Cet aspect pratique apparaît comme un complément incontournable à l'apprentissage théorique dispensé dans les facultés.

Les trois premières thématiques étaient issues de l'étude de de Stacy et Spencer (11), et la quatrième a été mise en évidence par Haffling *et al.* (17).

Notre étude retrouve des résultats comparables pour les deux dernières catégories. Nos participants s'accordent à dire qu'ils constituent la partie pratique de la formation médicale. Ce sont eux en tant que patients qui permettent l'application des savoirs théoriques, et ils opposent à plusieurs reprises le patient aux livres. Ce point est également retrouvé dans l'étude d'Ashley *et al.* (30). La notion de patient « exemple de sa condition » est régulièrement citée, les participants insistant à plusieurs reprises sur l'importance pour l'étudiant de multiplier les expériences cliniques.

En revanche, les notions des « patient facilitateur » ou « expert de sa condition » relevées par Haffling *et al.* (17) n'ont, dans notre étude, pas ou peu été abordées. Dans nos entretiens, les participants ont décrit un rôle relativement passif dans la formation des étudiants qu'ils ont rencontrés. Ils se prêtaient volontiers à cet exercice de formation, mais sans faire de retours ou de remarques à l'étudiant ; ils n'ont pas non plus partagé leur expérience avec eux. Les échanges verbaux avec les étudiants semblaient relever du domaine personnel plus que médical.

Ainsi, nos participants se positionnent de façon plus ou moins consciente comme un « objet de formation » : ils incarnent en quelque sorte le mannequin sur lequel les étudiants vont s'entraîner pour pouvoir devenir des médecins accomplis. Ils prêtent leurs corps à ces jeunes professionnels, tout en étant conscients qu'ils pourraient subir des déconvenues liées à leur inexpérience (prise de sang ratée, geste douloureux, etc). C'est un rôle passif la plupart du temps, avec peu d'échanges sur la pratique de l'étudiant.

Manninen (31) a étudié l'influence de relation entre le patient et l'étudiant sur la formation de ce dernier, auprès d'étudiants infirmiers. Il a montré que selon la relation qui s'établit entre ces deux acteurs, le patient va adopter un rôle passif ou actif. Dans notre travail, les participants incarnent bien le rôle passif qu'il décrit : le patient comprend que l'étudiant doit apprendre et il veut lui permettre de s'entraîner, mais il y a peu d'échange. Toutefois, Manninen observait des échanges secs, des phrases courtes et peu de contacts visuels alors que nos participants n'ont pas rapporté cette froideur dans leurs expériences. Il faut noter que cette étude s'est intéressée à des étudiants infirmiers et non médecins, mais le but spécifié est bien d'étendre les résultats à l'ensemble des futurs professionnels de santé.

On peut s'interroger sur la raison de la faible participation active des participants de notre étude à la formation des étudiants, alors que la relation avec ces derniers semble généralement bonne. Une piste à évoquer serait le peu de reconnaissance de l'expertise du patient par le milieu médical en France.

Dans le quatrième entretien, deux participantes ont fait part à plusieurs reprises de leur sentiment de ne pas avoir été écoutées alors qu'elles se sentaient compétentes sur leur cas particulier (concernant une pathologie complexe ou un traitement antalgique inadapté). Dans le cinquième entretien, S18 rapportait également son expérience malheureuse : elle n'a pas été écoutée par l'interne de nuit alors qu'elle présentait un problème aigu, elle n'a pas osé insister en faisant confiance à son expertise et a finalement vu son état de santé se dégrader de façon dramatique. Pour Winckler (18), cette attitude des étudiants s'explique par le fait qu'on leur inculque l'idée d'un patient « idéal » qui « *répond précisément aux questions qu'on lui pose – si possible en des termes figurant dans la grille sémiologique adéquate* », et qui ne déborderait pas du schéma qu'ils ont en tête. C'est ce que décrit S13 en disant : « *Ils sortaient tout juste de leurs bouquins et si on était pas dans le bouquin, le plus typique, c'était pas possible, ça existait pas* ».

La reconnaissance de l'expertise du patient concernant sa pathologie avec le développement de « patients experts » est développée depuis de nombreuses années dans les pays anglo-saxons, mais est relativement récente en France. On peut supposer que cette particularité explique les différences observées entre nos résultats et ceux des études citées précédemment. Le patient serait plus passif en France car moins écouté en pratique courante par les professionnels médicaux. Avec le développement des patients experts en France, on peut espérer que cet état de fait sera amené à évoluer.

La faible implication des patients dans la formation des étudiants en médecine peut aussi s'expliquer par le manque d'informations sur l'intérêt de leur présence dans les unités de soins ou en médecine de ville. Si l'intérêt général est bien deviné (« il faut bien qu'ils apprennent »), les patients ne sont pas sensibilisés à l'importance de l'interaction qu'ils peuvent avoir avec l'étudiant.

Par ailleurs, la méconnaissance globale du parcours des études médicales constitue également un frein aux échanges : comment peuvent-ils s'impliquer dans la formation des étudiants s'ils ne savent pas à quoi correspondent les différents stades d'apprentissage et les compétences acquises à chaque niveau ?

CONCLUSION

Ce travail a permis de recueillir les impressions de seize patients sur notre sujet.

Si le déroulement des études de médecine est mal connu, leur perception par nos participants est assez proche de la réalité : longues, éprouvantes et injustes mais formant de bons médecins. Les méthodes de sélection sont dépeintes comme inadaptées, laissant de côté des étudiants de valeur. Les participants restent vagues sur le contenu de la formation. Ils imaginent qu'elle s'articule schématiquement entre l'apprentissage théorique universitaire et la pratique au chevet des malades. Concernant la formation pratique, le parallèle est souvent fait avec les apprentis. Ils insistent également sur l'apprentissage de la communication avec le patient qui serait soit inné, soit acquis via des cours de psychologie ou par la pratique.

Très souvent, le statut de l'étudiant est mal identifié : parfois deviné comme « étudiant » par son manque de compétences, il est souvent considéré comme remplaçant ou médecin, rarement docteur. Son rôle dans la prise en charge des patients n'est pas clair : alors qu'il peut être soumis aux directives de ses supérieurs hiérarchiques à l'hôpital, il apparaît aussi libre que le médecin traitant en médecine de ville, entretenant ainsi la confusion étudiant-médecin.

Le portrait que les participants dressent de lui est ambivalent : tantôt source d'angoisse et de possibles erreurs médicales dues à son inexpérience, tantôt enthousiaste, disponible et au fait des dernières avancées médicales. Sa jeunesse apparaît comme un élément presque rassurant dans un contexte de baisse de la démographie médicale : la relève semble assurée. Décrit également comme bienveillant et empathique, l'étudiant fait le lien entre le patient bien souvent démuni et le médecin senior vu comme débordé. Ce statut d'« entre-deux » est à l'origine de ressentis positifs des participants à son égard. Toutefois ils s'accordent à dire que l'empathie, chère à leurs yeux, décroît au fur et à mesure des années d'études et le déplorent. Les raisons de ce déclin n'ont pas été étudiées dans ce travail mais une forme de déshumanisation progressive du corps médical est évoquée.

La place du patient dans la formation des étudiants paraît bien maigre au premier abord. S'il est naturel d'accepter la présence de l'étudiant, cette acceptation semble relever d'une forme d'obligation morale. Les patients endossent un rôle relativement passif et souvent inconscient. Ils reconnaissent incarner le côté « pratique » de la formation : ils sont un « cas clinique » parmi d'autres, permettant de développer l'expérience clinique en sortant des livres. Leur faible implication peut trouver plusieurs explications : impression d'être peu écoutés par les professionnels médicaux, méconnaissance de la formation des étudiants ou bien manque d'informations sur leur présence dans les structures de soins.

A l'heure des réformes du système de santé et de l'organisation des études médicales, et fort du constat dressé selon lequel les patients recherchent, au-delà de la prestation médicale, empathie et bienveillance, il convient de s'interroger sur l'opportunité d'introduire tout au long du cursus médical une approche du patient moins conventionnelle, avec davantage de cours de psychologie médicale afin d'améliorer la prise en charge globale de chaque patient.

En milieu hospitalier, la charte du patient hospitalisé, dont un résumé est théoriquement remis à chaque patient, ne mentionne qu'en une seule phrase la présence d'étudiants en médecine. En ville, l'affiche diffusée en salle d'attente attestant que le praticien est autorisé à accueillir des étudiants en médecine n'explique en rien le rôle de l'étudiant. Il serait intéressant de proposer une modification de ces documents officiels pour que les patients puissent mieux appréhender l'étudiant et implicitement, comprendre l'importance du rôle qu'ils jouent dans la formation du médecin de demain.

BIBLIOGRAPHIE

1. Santen SA, Hemphill RR, Spanier CM, Fletcher ND. « Sorry, it's my first time! » Will patients consent to medical students learning procedures? Med Educ. avr 2005;39(4):365-9.
2. Mol SSL, Peelen JH, Kuyvenhoven MM. Patients' views on student participation in general practice consultations: a comprehensive review. Med Teach. 2011;33(7):e397-400.
3. Beaujouan X, Attali C. SASPAS: enquête sur le vécu des patients ayant consulté un interne de médecine générale de la faculté de médecine de Créteil en avril 2007. UPEC, France : Université de Paris-Val-de-Marne; 2008.
4. Macault C, Levesque J-L, Roblot P, Morichau-Beuchant M, Meurice J-C, Olariu V, et al. Quel est l'état des connaissances des patients d'un praticien accueillant un interne en médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le rôle de l'interne, son niveau d'étude et son statut ? Lieu de publication inconnu, France; 2015.
5. Hippocrate. Le Pacte; 2014.
6. Première année. Le Pacte; 2018.
7. Lemerrier A, Guillem E. Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients: analyse de 377 questionnaires recueillis en Haute-Normandie. France; 2013.
8. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Rev Fr Aff Soc. n°1(1):101-25.
9. Wykurz G, Kelly D. Developing the role of patients as teachers: literature review. BMJ. 12 oct 2002;325(7368):818-21.
10. Jackson A, Blaxter L, Lewando-Hundt G. Participating in medical education: views of patients and carers living in deprived communities. Med Educ. 1 juin 2003;37(6):532-8.
11. Stacy R, Spencer J. Patients as teachers: a qualitative study of patients' views on their role in a community-based undergraduate project. Med Educ. 1 sept 1999;33(9):688-94.
12. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra J. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du focus group. Rev Prat. 1 janv 2004;18:382-4.
13. Onisep. La PACES : organisation de la 1re année des études de santé. [En ligne]. 18 déc 2018. Disponible: <http://www.onisep.fr/Choisir-mes-etudes/Apres-le-bac/Principaux-domaines-d-etudes/Les-etudes-medicales/La-PACES-organisation-de-la-1re-annee-des-etudes-de-sante>
14. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé. [En ligne]. Juill 2015. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er927.pdf>

15. Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Parcours et réussite en licence et en PACES : les résultats de la session 2016. [En ligne]. Nov 2017. Disponible: https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/2017/95/8/NF_parcours_et_reussite_licence_paces_2017-18_20112017_850958.pdf
16. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 - Un engagement collectif. Dossier de Presse. [En ligne]. 18 sept 2018. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
17. Haffling A-C, Håkansson A. Patients consulting with students in general practice: survey of patients' satisfaction and their role in teaching. *Med Teach*. 2008;30(6):622-9.
18. Winckler M. Le patient, le récit et le soignant : littérature et formation médicale. *Trib Sante*. 9 juill 2009;n° 23(2):37-42.
19. Cordonnier D, Bouteiller M, Chatelard S, Imbert P, Gaboreau Y. Contraintes et souffrances des internes en médecine générale - Une étude qualitative. 2019;6.
20. Björnberg A, Yung Phang A. Euro Health Consumer Index 2018 - Report [En ligne]. Health Consumer Powerhouse; févr 2019 p. 90. Disponible: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
21. Chipp E, Stoneley S, Cooper K. Clinical placements for medical students: factors affecting patients' involvement in medical education. *Med Teach*. mars 2004;26(2):114-9.
22. Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie. 2018-571 3 juill 2018.
23. Cappe M. Docteur junior [En ligne]. Gestions Hospitalières. 2018. Disponible: <http://gestions-hospitalieres.fr/docteur-junior/>
24. Benson J, Quince T, Hibble A, Fanshawe T, Emery J. Impact on patients of expanded, general practice based, student teaching: observational and qualitative study. *BMJ*. 9 juill 2005;331(7508):89.
25. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. août 2011;86(8):996-1009.
26. Triffaux J-M, Tisseron S, Nasello JA. Decline of empathy among medical students: Dehumanization or useful coping process? *L'Encephale*. févr 2019;45(1):3-8.
27. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale*. 1 févr 2002;3(1):38-52.
28. Park SE, Allfrey C, Jones MM, Chana J, Abbott C, Faircloth S, et al. Patient participation in general practice based undergraduate teaching: a focus group study of patient perspectives. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. avr 2017;67(657):e260-6.

29. Lowe M, Kerridge I, McPhee J, Hart C. Do patients have an obligation to participate in student teaching? *Med Educ.* mars 2008;42(3):237-41.
30. Ashley P, Rhodes N, Sari-Kouzel H, Mukherjee A, Dornan T. « They've all got to learn ». Medical students' learning from patients in ambulatory (outpatient and general practice) consultations. *Med Teach.* févr 2009;31(2):e24-31.
31. Manninen K, Henriksson EW, Scheja M, Silén C. Patients' approaches to students' learning at a clinical education ward--an ethnographic study. *BMC Med Educ.* 2 juill 2014;14:131.

Annexe 1 : Guide d'entretien

Partie 1 : Expériences avec les étudiants en médecine (= la relation)

- Quelles expériences avez-vous eu jusque-là avec des étudiants en médecine ?
- Comment ça s'est passé la première fois que vous avez été pris en charge par un étudiant en médecine ?
- Qu'est-ce que vous pensez quand vous voyez que c'est un étudiant qui va s'occuper de vous ?
- Quelle différence y a-t-il quand on est pris en charge par un étudiant plutôt que par un médecin expérimenté ?
- Est-ce que l'un d'entre vous a déjà été le « premier patient » pour un étudiant ou un geste ? Qu'avez-vous pensé de cette expérience ?

Partie 2 : Comment apprend-on à être médecin (= la formation)

- Qu'est-ce qui vous paraît important dans la formation d'un jeune médecin ?
- Que pensez-vous qu'il doit avoir appris avant de commencer à travailler seul ?

Partie 3 : Regard et perceptions sur les études de médecine

- Présentation du diagramme des études de médecine
- Quelles remarques vous viennent à l'esprit ?
- Y a-t-il des différences par rapport à ce que vous saviez de ce cursus ?
- Qu'est-ce qui vous paraît important dans la formation d'un jeune médecin ? (réponses potentiellement différentes après présentation du diagramme)

Partie 4 : Place du patient dans la formation du jeune médecin (= la place du patient)

- Quelle place pensez-vous occuper dans la formation des jeunes ?
- Quelle peut être votre rôle dans sa formation ? Pensez-vous d'ailleurs en avoir un ?
- Etes-vous acteur de sa formation ? Ou la subissez-vous, est-ce quelque chose qu'on vous impose ?
- Comment influez-vous sur la formation des jeunes médecins ?
- Exploration de plusieurs « rôles » possible : le cobaye, la victime, le formateur, le « parent », le « compagnon »



* PACES : Première Année Commune des Études de Santé

* ECNI : Épreuves Classantes Nationales Informatisées

* DES : Diplôme d'Études Spécialisées

Juin 2016

Annexe 3 : Questionnaire démographique

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

1. Quel est votre sexe ?

- ☐ Homme
- ☐ Femme

2. Quel est votre âge ?

- ☐ 18-25 ans
- ☐ 26-45 ans
- ☐ 46-65 ans
- ☐ > 65 ans

3. Quel est votre niveau d'études ?

- ☐ Niveau d'étude 3ème ou antérieur
- ☐ CAP / BEP
- ☐ Baccalauréat
- ☐ BTS / DUT / DEUG (Bac +2)
- ☐ Licence (Bac +3)
- ☐ Maîtrise (Bac +4)
- ☐ DEA / DESS / Master (Bac +5)
- ☐ Doctorat (Bac +8)

4. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle :

- ☐ Retraité
- ☐ Sans activité
- ☐ Artisan / Commerçant
- ☐ Cadre / Profession Libérale
- ☐ Employé
- ☐ Ouvrier
- ☐ Profession de l'enseignement / santé / service public
- ☐ Agriculteur / Exploitant

5. Dans quel milieu se trouve votre résidence principale ?

- ☐ Rural
- ☐ Semi-rural
- ☐ Urbain

Merci de préciser votre département de résidence :

6. Vous avez déjà été amené à rencontrer un étudiant en médecine ou jeune médecin en cours de formation. Dans quelles circonstances ?

Réponse :

7. Avez-vous un ou des médecin(s) ou étudiant(s) en médecine dans votre entourage ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, préciser : _____

8. Est-ce que le thème abordé dans cette rencontre vous a plu ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Commentaires libres :

Annexe 4 : Flyers de recrutement



**RENCONTRE
MEDECIN-PATIENTS**
ECHANGEONS SUR NOS
EXPERIENCES

**25 JUN 2018
18H30-20H00**

MAISON DE SANTE
56 AVENUE DU 11 NOVEMBRE 1918, 69160 TASSIN

Si vous avez déjà rencontré des étudiants en médecine ou jeunes médecins encore en formation au cours de votre prise en charge médicale, venez échanger avec nous sur cette expérience !

POUR PLUS D'INFORMATIONS, CONTACTEZ : Mlle AXELLE REITZ, AXELLE.REITZ@FREE.FR – 06.62.50.45.24 OU Mlle MARION REVEILLET, M.REVEILLET@GMAIL.COM – 06.42.08.07.34



Remplaçantes en médecine générale, nous réalisons notre thèse sur les représentations des patients quant à la formation des étudiants en médecine et à la personne de l'étudiant en médecine.

Vous êtes nombreux à avoir rencontré au cours de votre parcours médical des étudiants en médecine ou jeunes médecins encore en formation, que ce soit à l'hôpital ou chez votre médecin généraliste.

Nous souhaiterions connaître votre opinion sur le fait d'être soignés par des étudiants, et pour cela nous avons besoin de recueillir vos expériences.

Nous organisons une rencontre regroupant quatre à sept personnes, pour une durée d'une heure et demie environ. Nous serons toutes les deux présentes, l'une dirigeant l'entretien et l'autre prenant des notes. Vos réponses seront strictement anonymes et aucun nom n'apparaîtra dans la rédaction.

Si vous avez déjà rencontré des étudiants en médecine ou jeunes médecins encore en formation au cours de votre prise en charge médicale, votre avis est précieux.

Si vous êtes intéressé(e)(s), contactez-nous par mail ou par téléphone !

Nous pourrions ainsi discuter de votre participation à cette étude.

Merci à tous !

Annexe 5 : Formulaire d'information et de consentement

ETUDIANTS EN MEDECINE, FUTURS MEDECINS : QUE S'IMAGINENT LES PATIENTS DE LEUR FORMATION ET DE LEUR STATUT ?

Version n°2 du 07/05/2018

Formulaire d'information et de consentement du patient

Madame, Monsieur,

→ Au cours de leur formation, les futurs médecins sont amenés à prendre en charge des patients ou à assister aux soins que ceux-ci reçoivent, que ce soit au sein d'un centre hospitalier, d'un cabinet de médecine générale ou d'une autre structure de soins. Au cours de ce contact, les patients se forgent des représentations de l'étudiant et des études de médecine. Ces représentations des étudiants en médecine, jeunes médecins en devenir, ainsi que de leur formation ont été très peu étudiées.

→ Notre étude vise donc à explorer les représentations des patients sur les études de médecine et sur la personne de l'étudiant en médecine. Cette étude est réalisée selon la méthode de recherche qualitative des *focus group*. Plusieurs entretiens de groupe seront réalisés, regroupant 4 à 6 personnes, afin de recueillir leur vécu et leurs impressions.

→ Les entretiens seront réalisés en présence d'un investigateur et d'un observateur et seront intégralement enregistrés à l'aide de deux dispositifs de type dictaphones. Ils seront ensuite retranscrits manuellement en intégralité puis exploités par les enquêteurs. Votre participation à cette étude se résume à cet entretien le temps d'une soirée. Toutefois si nous le jugeons nécessaire, nous pourrions vous recontacter dans un second temps pour la réalisation d'un entretien individuel. Ce second entretien ne sera pas systématique et sera non obligatoire. Votre participation à cette étude est facultative. Si vous refusez, cela ne modifiera en rien votre prise en charge médicale. Les renseignements recueillis seront conservés sauf opposition de votre part.

→ Cette étude a pour but de donner la parole aux patients. Nous espérons pouvoir améliorer la relation entre les patients et les étudiants en médecine qu'ils sont amenés à rencontrer au cours de leur parcours médical.

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle nous vous proposons de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. A cette fin, les données médicales vous concernant et les données relatives à vos habitudes de vie seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un numéro de code et/ou vos initiales. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères.

Conformément aux dispositions de loi relatives à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisés dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Vous remerciant par avance de la confiance que vous nous témoignez, nous restons à votre disposition au 06..... pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

Axelle REITZ et Marion REVEILLET

Je soussigné(e) M./M^{me} (Nom, Prénom)

déclare avoir été bien informé(e) sur l'étude « Etudiants en médecine, futurs médecins : que s'imaginent les patients de leur formation et de leur statut ? ». J'accepte de participer à cette étude dans les conditions précisées ci-dessus.

Fait à, en deux exemplaires dont un est remis à l'intéressé(e).

Nom et prénom du médecin

Nom et prénom du patient

.....

.....

Date : / / 20.....

Date : / / 20.....



Noms, prénoms du candidat : REVEILLET Marion

CONCLUSIONS

En France, les patients sont régulièrement amenés à rencontrer au cours de leurs parcours de soins des étudiants en médecine en formation. Les études publiées jusqu'alors attestent de la bonne acceptation de cet étudiant, et laissent penser que les patients sont volontaires pour participer à sa formation. Pourtant, d'autres travaux montrent qu'ils ne savent pas vraiment qui est l'étudiant auquel ils ont affaire et quel est son niveau de compétences.

L'objectif principal de ce travail était de faire un état des lieux des représentations des patients sur les études de médecine et sur la personne de l'étudiant en médecine : qui est cet étudiant et comment est-il formé en France ? L'objectif secondaire était de mieux appréhender le rôle que les patients pensent avoir dans la formation des étudiants.

Pour réaliser ce travail, nous avons choisi une méthodologie qualitative par la réalisation d'entretiens en focus-group. L'analyse des données a été réalisée selon une démarche sociologique dite inductive et a été faite conjointement par les deux investigatrices.

Nous avons réalisé cinq entretiens regroupant au total seize participants. Le recrutement a été fait soit directement par les investigatrices, soit indirectement en utilisant une liste de patients présélectionnés par les médecins traitants des participants. Le critère d'inclusion était d'avoir déjà échangé avec un étudiant en médecine au cours de sa propre prise en charge médicale.

D'après les participants, les préalables à l'inscription à la faculté sont les suivants : être bon élève dans l'enseignement secondaire, être empathique et avoir un but bien défini pour s'engager dans ces études médicales qualifiées de difficiles. La description des études est assez proche de la réalité : longues, éprouvantes et injustes. Les méthodes de sélection sont dépeintes comme inadaptées, laissant de côté des étudiants de valeur. S'ils ne savent pas précisément comment la formation est organisée, ils imaginent qu'elle s'articule schématiquement entre l'apprentissage théorique universitaire et la pratique, au chevet des malades. L'apprentissage de la communication avec le patient est soit inné, soit s'apprend par des cours de psychologie d'après les participants. Malgré ses défauts, la Faculté de médecine française forme des médecins d'excellence.



Très souvent, le statut de l'étudiant est mal identifié : parfois deviné comme « étudiant » en apprentissage par son manque de compétences, il est souvent considéré comme remplaçant ou médecin, rarement docteur. Son rôle dans la prise en charge des patients n'est pas clair : alors qu'il peut être soumis aux directives de ses supérieurs hiérarchiques à l'hôpital, il apparaît aussi libre que le médecin traitant en médecine de ville, entretenant ainsi la confusion étudiant-médecin.

Le portrait que les participants dressent de lui est ambivalent : tantôt source d'angoisse et de possibles erreurs médicales dues à son inexpérience, tantôt enthousiaste, disponible et au fait des dernières avancées médicales. Décrit également comme bienveillant et empathique, l'étudiant fait le lien entre le patient bien souvent démuni et le médecin sénior vu comme débordé. Ce statut d'« entre-deux » semble à l'origine de ressentis positifs des participants à son égard.

Toutefois ils s'accordent à dire que l'empathie, chère à leurs yeux, décroît au fur et à mesure des années d'études et le déplorent. Les raisons de ce déclin n'ont pas été étudiées dans ce travail mais une forme de déshumanisation progressive du corps médical est évoquée.

La place du patient dans la formation des étudiants semble bien maigre au premier abord. S'il semble naturel d'accepter la présence de l'étudiant, cette acceptation semble relever d'une forme d'obligation morale. Les patients endossent un rôle relativement passif et souvent inconscient. Ils reconnaissent incarner le côté « pratique » de la formation : ils sont un « cas clinique » parmi d'autres, permettant de développer l'expérience clinique en sortant des livres. Leur faible implication peut trouver plusieurs explications : impression d'être peu écoutés par les professionnels médicaux, méconnaissance de la formation des étudiants ou bien manque d'informations sur leur présence dans les structures de soins.

A l'heure des réformes du système de santé et de l'organisation des études médicales, et fort du constat dressé selon lequel les patients recherchent, au-delà de la prestation médicale, empathie et bienveillance, il convient de s'interroger sur l'opportunité d'introduire tout au long du cursus médical une approche du patient moins conventionnelle, avec davantage de cours de psychologie médicale afin d'améliorer la prise en charge globale de chaque patient.

*



En milieu hospitalier, la charte du patient hospitalisé, dont un résumé est théoriquement remis à chaque patient, ne mentionne qu'en une seule phrase la présence d'étudiants en médecine. En ville, l'affiche diffusée en salle d'attente attestant que le praticien est autorisé à accueillir des étudiants en médecine n'explique en rien le rôle de l'étudiant. Il serait intéressant de proposer une modification de ces documents officiels pour que les patients puissent mieux appréhender l'étudiant et implicitement, comprendre l'importance du rôle qu'ils jouent dans la formation du médecin de demain.



Nom, prénom du candidat : REITZ Axelle

CONCLUSIONS

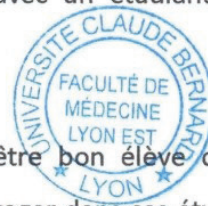
En France, les patients sont régulièrement amenés à rencontrer au cours de leurs parcours de soins des étudiants en médecine en formation. Les études publiées jusqu'alors attestent de la bonne acceptation de cet étudiant, et laissent penser que les patients sont volontaires pour participer à sa formation. Pourtant, d'autres travaux montrent qu'ils ne savent pas vraiment qui est l'étudiant auquel ils ont affaire et quel est son niveau de compétences.



L'objectif principal de ce travail était de faire un état des lieux des représentations des patients sur les études de médecine et sur la personne de l'étudiant en médecine : qui est cet étudiant et comment est-il formé en France ? L'objectif secondaire était de mieux appréhender le rôle que les patients pensent avoir dans la formation des étudiants.

Pour réaliser ce travail, nous avons choisi une méthodologie qualitative par la réalisation d'entretiens en focus-group. L'analyse des données a été réalisée selon une démarche sociologique dite inductive et a été faite conjointement par les deux investigatrices.

Nous avons réalisé cinq entretiens regroupant au total seize participants. Le recrutement a été fait soit directement par les investigatrices, soit indirectement en utilisant une liste de patients présélectionnés par les médecins traitants des participants. Le critère d'inclusion était d'avoir déjà échangé avec un étudiant en médecine au cours de sa propre prise en charge médicale.



D'après les participants, les préalables à l'inscription à la faculté sont les suivants : être bon élève dans l'enseignement secondaire, être empathique et avoir un but bien défini pour s'engager dans ces études médicales qualifiées de difficiles. La description des études est assez proche de la réalité : longues, éprouvantes et injustes. Les méthodes de sélection sont dépeintes comme inadaptées, laissant de côté des étudiants de valeur. S'ils ne savent pas précisément comment la formation est organisée, ils imaginent qu'elle s'articule schématiquement entre l'apprentissage théorique universitaire et la pratique, au chevet des malades.



L'apprentissage de la communication avec le patient est soit inné, soit s'apprend par des cours de psychologie d'après les participants. Malgré ses défauts, la faculté de médecine française forme des médecins d'excellence.

Très souvent, le statut de l'étudiant est mal identifié : parfois deviné comme « étudiant » en apprentissage par son manque de compétences, il est souvent considéré comme remplaçant ou médecin, rarement docteur. Son rôle dans la prise en charge des patients n'est pas clair : alors qu'il peut être soumis aux directives de ses supérieurs hiérarchiques à l'hôpital, il apparaît aussi libre que le médecin traitant en médecine de ville, entretenant ainsi la confusion étudiant-médecin.

Le portrait que les participants dressent de lui est ambivalent : tantôt source d'angoisse et de possibles erreurs médicales dues à son inexpérience, tantôt enthousiaste, disponible et au fait des dernières avancées médicales. Décrit également comme bienveillant et empathique, l'étudiant fait le lien entre le patient bien souvent démuné et le médecin sénior vu comme débordé. Ce statut d'« entre-deux » semble à l'origine de ressentis positifs des participants à son égard.

Toutefois ils s'accordent à dire que l'empathie, chère à leurs yeux, décroît au fur et à mesure des années d'études et le déplorent. Les raisons de ce déclin n'ont pas été étudiées dans ce travail mais une forme de déshumanisation progressive du corps médical est évoquée.

La place du patient dans la formation des étudiants semble bien maigre au premier abord. S'il semble naturel d'accepter la présence de l'étudiant, cette acceptation semble relever d'une forme d'obligation morale. Les patients endossent un rôle relativement passif et souvent inconscient. Ils reconnaissent incarner le côté « pratique » de la formation : ils sont un « cas clinique » parmi d'autres, permettant de développer l'expérience clinique en sortant des livres. Leur faible implication peut trouver plusieurs explications : impression d'être peu écoutés par les professionnels médicaux, méconnaissance de la formation des étudiants ou bien manque d'informations sur leur présence dans les structures de soins.

A l'heure des réformes du système de santé et de l'organisation des études médicales, et fort du constat dressé selon lequel les patients recherchent, au-delà de la prestation médicale, empathie et bienveillance, il convient de s'interroger sur l'opportunité d'introduire tout au long du cursus médical une approche du patient moins



conventionnelle, avec davantage de cours de psychologie médicale afin d'améliorer la prise en charge globale de chaque patient.

En milieu hospitalier, la charte du patient hospitalisé, dont un résumé est théoriquement remis à chaque patient, ne mentionne qu'en une seule phrase la présence d'étudiants en médecine. En ville, l'affiche diffusée en salle d'attente attestant que le praticien est autorisé à accueillir des étudiants en médecine n'explique en rien le rôle de l'étudiant. Il serait intéressant de proposer une modification de ces documents officiels pour que les patients puissent mieux appréhender l'étudiant et implicitement, comprendre l'importance du rôle qu'ils jouent dans la formation du médecin de demain.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature

Dr. Pierre Fournier

Vu :

**Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**



Professeur Gilles RODE

**Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 24 AVR. 2019**

REITZ Axelle, REVEILLET Marion

Représentations des patients quant à la personne de l'étudiant en médecine et à sa formation

RESUME

Contexte : En France, les patients sont régulièrement amenés à rencontrer au cours de leur parcours de soins des étudiants en médecine en formation. L'étudiant est bien accepté mais les patients ne savent pas vraiment qui il est et quel est son niveau de compétence. L'objectif principal était de faire un état des lieux des représentations des patients sur les études de médecine et sur la personne de l'étudiant en médecine. L'objectif secondaire était de mieux appréhender le rôle que les patients pensent avoir dans la formation des étudiants.

Méthodologie : Etude qualitative par entretiens de groupe (« focus group ») semi-dirigés. Le critère d'inclusion était d'avoir déjà échangé avec un étudiant en médecine au cours d'une prise en charge médicale. Cinq entretiens ont été réalisés, regroupant au total seize participants.

Résultats et Discussion : Les patients se font une représentation plutôt réaliste des études de médecine, perçues comme longues et éprouvantes, avec une sélection injuste mais formant de bons médecins. Cependant le statut de l'étudiant en médecine reste imprécis. Au-delà de sa nature d'apprenti, il apparaît souvent comme un soignant à part entière qui fait le lien entre le monde médical et le patient. Son caractère empathique semble voué à s'étioler à mesure qu'il devient un médecin affirmé. Il apparaît comme un soignant « hybride », en pleine transformation : encore proche des patients, il devient progressivement un médecin et y perd nombre de caractéristiques valorisées par les patients.

Conclusion : L'importance de la compétence relationnelle est soulignée par les patients. Une formation spécifique des étudiants dans ce domaine semble souhaitable. Par ailleurs la place fondamentale du patient dans la formation de l'étudiant en médecine est peu perçue. Nos participants restent cantonnés à un rôle de « matériel » d'apprentissage. Une meilleure information sur ce point permettrait sûrement une plus grande implication de leur part.

MOTS CLES Etudiants, Etudes de médecine, Formation, Patients, Focus Group, Qualitatif

JURY Président : Madame le Professeur FLORI Marie
Membres : Madame le Professeur WALLON Martine
Monsieur le Professeur MOREAU Alain
Madame le Docteur FAY Isabelle
Monsieur le Docteur PIPARD Thomas

DATE DE SOUTENANCE 11 juin 2019

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR 21 rue Marc-Antoine Petit 69002 LYON
26 rue des Allobroges 74700 SALLANCHES

VOTRE EMAIL axelle.reitz@free.fr – m.reveillet@gmail.com