



Université Sorbonne Paris Nord

UTRPP (Unité transversale de psychogénèse et psychopathologie. Cliniques,
psychopathologie et psychanalyse - EA4403)

THESE DE DOCTORAT

Pour obtenir le grade de

Docteur de l'Université Sorbonne Paris Nord

Discipline : Psychologie

Faire corps au travail hospitalo-universitaire

Les enjeux de la coopération au travail pendant l'internat en médecine

Présentée et soutenue publiquement le 2 février 2024 par

Séverine RINGANADÉPOULLÉ

Sous la direction de

Thierry BAUBET, Professeur des universités (UTRPP, Sorbonne Paris nord)

&

Pascale MOLINIER, Professeure des universités (UTRPP, Sorbonne Paris Nord)

Devant les membres du jury

Mi-Kyung YI, Professeure des universités (Université Paris Cité)

Florent SCHEPENS, Professeur des universités (LaSA – Université de Bourgogne Franche-Comte)

Dominique LHUILIER, Professeure Emérite (CRTD - CNAM)

Emmanuel MARTINOD, Professeur des universités (SMBH –Université Sorbonne Paris Nord)

Résumé

« Faire corps au travail hospitalo-universitaire, les enjeux de la coopération au travail pendant l'internat en médecine »

L'objectif principal de la thèse vise à investiguer le compagnonnage médical par l'approche psychodynamique du travail. Durant l'internat, les internes en médecine doivent s'intégrer aux équipes soignantes tous les six mois. Cette itinérance participe de l'incorporation d'un genre hospitalo-universitaire (au sens d'Yves Clot) constitutif de l'ethos médical. L'intégration des règles et des défenses collectives permet de réaliser le soin en se confrontant avec les contraintes inhérentes au corps-à-corps avec les malades mais aussi avec celles des conditions de travail hospitalo-universitaire. C'est en reconstituant d'abord les histoires de l'apprentissage et de l'internat en médecine que cette recherche réussit à dresser quelques conclusions sur les articulations entre le travail médical, son apprentissage et la santé mentale sous-jacentes aux conduites viriles en salles de garde. La recherche doctorale a ensuite investigué six services hospitalo-universitaires grâce au déploiement d'une méthode combinée ethnographique et discursive, et invitant la chercheuse à elle-même faire corps avec l'hôpital. La méthodologie produit des descriptions détaillées des situations de travail intriquant la mission d'enseignement à celle du soin ; celles-ci sont croisées avec des paroles recueillies sur les vécus subjectifs de la coopération au travail pendant l'internat en médecine. Les résultats de la thèse montrent que l'ascétisme des six premières années de formation des médecins se dote d'un activisme pour ne pas faillir. Depuis la fin du folklore carabin en salle de garde, l'ethos défensif se décline de moins en moins sur un mode viril mais suggère néanmoins l'intégration de normes défensives de métier s'implémentant dès les premières années d'apprentissage et sélectionnant les internes sur leur disposition à incorporer le caractère sacerdotal du travail hospitalo-universitaire. Les fonctions de l'internat en médecine répondent principalement à l'acquisition d'un genre hospitalo-universitaire dédié au maintien de la permanence des soins et nécessitant l'adhésion à des stratégies défensives partagées. Essentielles au maintien de l'engagement au travail, ces stratégies collectives de défense font émerger de l'isolement et des situations à risque pour celles et ceux qui n'en bénéficient plus ou pas. Enfin, ce travail d'articulation du travail médical et de la santé-mentale propose des pistes d'interprétation du sadisme inhérent aux situations de maltraitements faites aux étudiants et aux étudiantes en santé, en l'analysant du point de vue de ce qui se retrouve précipité dans l'évolution croissante de conditions de travail délétères. Ainsi, la souffrance des internes en médecine doit aussi éclairer celle des équipes soignantes qui les

accueillent. La clinique hospitalo-universitaire réunit plusieurs corps coopérant autour de celui vers qui le soin se dirige. Les résultats soutiennent la thèse selon laquelle toutes les discussions collectives autour du soin ne peuvent plus faire l'économie des considérations autour de celles et ceux qui apprennent encore à soigner. « On apprend la médecine dans la douleur » mais on n'apprend jamais seul.

Mots-clés : internes en médecine, psychodynamique du travail, compagnonnage, organisation du travail, souffrance, santé mentale

Abstract

« To Embody the Hospital-University Work – The Issues of Cooperation at Work During Medical Residency »

This thesis aims to investigate medical training and supervision named in french « compagnonnage », through the occupational psychodynamic. Every six months during their last learning period, medical residents have to integrate new healthcare teams. This kind of itinerancy helps to incorporate a specific professional genre (according to Yves Clot) needful for the university hospital work and part of a general medical ethos. The integration of collective rules and defenses allows for the provision of care by confronting the constraints of close interaction with patients at the hospital. By first reconstructing the narratives of medical learning and residency, this research brings out some conclusions about the interconnections between medical work, its learning process, and the underlying mental health related to virile behaviors in break rooms. The doctoral research then investigated six hospital-university services using a combined ethnographic and discursive method, with the researcher immersing herself in the hospital environment. The methodology produces detailed descriptions of work situations that intertwine teaching and caregiving missions, cross-referenced with accounts of subjective experiences of cooperative work during medical residency. The thesis's findings show that the asceticism of the first six years of medical training transforms into activism to avoid failure. Since the end of the traditional boisterous camaraderie in on-call rooms, the defensive ethos is expressed less in a virile manner, suggesting the integration of defensive professional norms from the early years of learning, selecting interns based on their willingness to incorporate the sacred nature of hospital-university work. The functions of medical residency primarily respond to the acquisition of a hospital-university ethos dedicated to maintaining continuity of care and requiring adherence to shared defensive strategies. Critical to sustaining

work engagement, these collective defense strategies highlight isolation and risk situations for those who no longer benefit from them. Lastly, this integration of medical work and mental health proposes interpretations of the inherent sadism in maltreatment situations experienced by health students, analyzing it in the context of the escalating challenges of deleterious working conditions. Thus, the suffering of medical residents should also shed light on that of the healthcare teams. The medical clinic brings together several bodies cooperating around the one who receiving care. To conclude all collective discussions about care can no longer ignore considerations for those still learning to care. « We learn medicine with pains » and mates.

Keywords : Medical Residents, Occupational Psychodynamics, Companionship, Work Organisation, Psychological Suffering, Mental Health

Remerciements

Toute ma reconnaissance revient d'abord à ma direction de thèse, Professeure Pascale Molinier, pour avoir été juste, aussi protectrice que directrice. Il s'agit ici de remerciements qui ne concernent pas que l'encadrement de ma thèse mais aussi les années qui ont précédé celles-ci. Son engagement dans ce travail a fortement contribué à la construction d'un équilibre intellectuel nécessaire pour traiter de l'articulation du travail et de la santé mentale des soignant·es les internes en médecine. L'investissement personnel sous-jacent à ses lectures attentionnées et ses avis critiques force un profond respect, que je lui adresse ici.

Professeur Thierry Baubet, pour la confiance qu'il m'a accordée, ainsi que l'ambiance de ses séminaires source d'un très grand soutien et réconfort pendant la thèse. Ses remarques et ses retours critiques ont accompagné tous les remaniements émanant de la rencontre avec la réalité hospitalo-universitaire.

Je tiens particulièrement à saluer l'accordage de cette codirection qui s'est rendue à l'écoute de mes mouvements de vie pendant le doctorat, notamment l'étape du retour à la Réunion. Un moment délicat mais différemment impactant parce qu'il s'est accompagné de leur confiance. Et je tiens aussi à mentionner ici, les encouragements et le soutien des membres de mon comité de suivi.

Ensuite, je remercie le jury de cette thèse constitué à l'occasion de sa soutenance. Il accompagne lui, un passage nécessaire à l'émergence de la reconnaissance et du sentiment d'accomplissement si longtemps espérés.

Que tous les participants et toutes les participantes de la recherche reçoivent ma gratitude, surtout les membres des équipes médicales rencontrées tout au long de ce parcours. J'espère m'être rendue à la hauteur de leur contribution et de l'intérêt qu'ils et elles ont porté à la thèse.

Aux internes devenu·es médecins et aux médecins qui sont devenu·es des ami·es, notamment Come Bureau, Hélène Chartier et Patrice Guiraudet, recevez aussi ma gratitude,

De même que, tous et toutes les collègues qui ont été présents et présentes dans des temporalités, des lieux et des espaces différents : Hocine Idir, Michelle Sawaya, Carla De Stefano, Jeremy Bride, Mathieu Petitclerc, Christa Attivon, Rym Chaabouni, Kéren Alcântara, María Cegarra, Cecília Rodrigues Ribeiro, Géraldine Bray, Cassandra Patinet, Paula Saules-Ignacio, Jean-Yves

Briard, Manon Fontaine, Léa Boursier, Amandine Cimier, Sophie Mercier-Millot et Mira Younes.

Une mention spéciale revient à Grégoire Thibouville, mon cher collègue et ami de Nouvelle-Calédonie, pour ses multiples soutiens et le temps qu'il a accordé à la relecture de certaines de mes productions textuelles.

Je remercie Dominique Lucas, compagnon et ancien meilleur ouvrier de France, pour sa supervision et son engagement dans les recherches historiques sur l'histoire du compagnonnage.

Une profonde pensée se dirige vers les ami·es proches de la Réunion et de métropole, notamment (Damien, Leila, Derya, Claire, Floriane, Williams, Audrey, Anne & Franck, Christiane, Renate, Enora, Frédérique et Sandra) qui ont toujours été compatissant·es et soutenant·es envers les conditions de travail imposées par ces années de recherche. Kamel Satouri, Christophe Choury et Mohamed Azakaye, ont, eux, toujours su utiliser les métaphores de la grimpe pour m'aider à tenir dans les réta, sur les petites réglettes et lors des passages plus engageants. D'autres personnes présentes dans des lieux d'activités annexes à la recherche ont accompagné ma traversée d'un paisible soutien, dont les membres de La Grotte (Anne, Fred, Alexandra et les autres), l'équipe de Castors Juniors (Sabrina et Pascal) et l'équipe de Devana (Natacha, Sabine et Astride).

Enfin, pour réussir à accomplir cet ouvrage, il faut sûrement recevoir une dose suffisamment bonne d'amour et de contenance. Ce travail a pu s'achever grâce à la présence sans faille de plusieurs personnes importantes : Lyson, Serge, Anne-Laure, Mickaël, Gillette, Clémence, Suzanne, Coundjary, Kaichavane, Laurence, les David, Les Cousin·es, Tasnime et plus ou moins récemment Natacha. La solitude du monde interne façonnée par la thèse et l'écriture de son manuscrit n'a pu trouver refuge que dans un environnement extérieur dont vous avez été les architectes.

Avant-propos

La thèse est en écriture inclusive. L'écriture inclusive est d'abord considérée comme une convention graphique. Elle témoigne plus fondamentalement d'une attention graphique et syntaxique qui procède d'une forme de renversement des règles grammaticales hiérarchisant les genres dans l'écriture par un genre noble : « le masculin l'emporte sur le féminin ». L'objectif principal étant de veiller à une égalité de représentation, l'évolution de l'écriture inclusive est passée par plusieurs étapes et règles. Le Varia 2021 des *Cahiers du genre* réunit un ensemble de travaux contemporains incontournables sur l'*intersectionnalité*, le langage antisexiste et la science ouverte (Clair & Molinier, 2021). Viennot (2021) y décrypte la construction historique relativement récente du masculin générique. En effet, la dernière circulaire Blanquer sur l'écriture inclusive datant de 2021, est la cinquième provenant de l'Etat :

« Les trois premières (1986, 1998, 2000) appelaient à rompre avec la coutume de nommer au masculin les femmes exerçant des fonctions prestigieuses longtemps monopolisées par les hommes. La quatrième (2012) invitait à ne plus user d'appellations discriminantes (Mademoiselle, nom d'épouse, nom patronymique...) dans les formulaires administratifs et les correspondances. [...] Les deux dernières circulaires (2017, 2021) ont au contraire été émises sous la pression du camp conservateur, pour tenter de contenir les progrès du langage non sexiste. » (*ibid*, p.201)

La préconisation du « masculin générique » de 2017 entre en contradiction avec des traités internationaux dont la France fait partie, « notamment la Recommandation n°R (90) du Conseil de l'Europe « sur l'élimination du sexisme dans le langage », adoptée par le Comité des Ministres le 21 février 1990 » (*ibid*, p.202). Les requêtes contre les incohérences juridiques de ces deux dernières circulaires ne sont pas prises en compte. Par ailleurs, ce qu'il faut retenir c'est que ces textes n'appliquent aucune loi, ils sont interprétatifs, et n'ont donc que très peu de pouvoir effectif.

Pour ce manuscrit, un remaniement textuel a été entrepris avec une attention particulière tournée vers le confort de ses lecteurs et de ses lectrices. Mon positionnement politique dans l'écriture comme lieu d'influence se manifeste par plusieurs procédés :

-l'apparition du féminin et du masculin : « le ou la médecin », « un étudiant ou une étudiante », suivi au besoin de l'accord de proximité : « les étudiants et les étudiantes se sont réinscrites »

-l'utilisation du genre pluriel : « les médecins », « les internes », « les membres du collectif » issu notamment du langage épïcène : « les gens », « le personnel »

-l'utilisation du point médian « · » pour inclure syntaxiquement la présence du féminin : « l'apprenti·e »

Cinq publications jalonnent ces cinq années de doctorat et marquent après coup quelques étapes clés de l'histoire d'une recherche finalement bien plus longue que celle délimitée par l'entrée et la sortie en thèse (Annexe IV l'ensemble des articles publiés). Ce ne sont pas réellement des publications des parties de la thèse, en réalité, ces productions textuelles ont profité de différentes occasions pour :

-mieux appréhender l'écriture d'article : ses règles et configurations didactiques mais aussi les interactions avec les maisons d'éditions, les comités de lecture et les correcteurs et correctrices,

-arrimer certaines données à d'autres enjeux de recherches actuels,

-dynamiser certains moments de creux par lesquels la recherche est passée notamment lors de la pandémie mondiale de 2020,

Deux premiers articles mettent en forme les résultats théorico-cliniques obtenus lors d'une recherche antérieure à la thèse et ancrée en psychanalyse des groupes et des institutions. L'engagement en thèse puise ses origines dans un premier travail d'immersion au sein des salles de garde de l'internat des hôpitaux de Paris. C'est l'intérêt de diffuser les travaux universitaires du master professionnel et du master recherche sur l'ambiance des salles de garde appartenant aux internes en médecine nommés « carabins » en médecine qui a motivé ce travail :

-2019 : « La tradition carabine de l'internat de médecine. *Revue de Psychologie clinique et projective*, 26(1), 47–64 »

-2020a : « Penser la finitude culturelle d'un espace groupal : le déclin de la tradition « carabine ». *Revue de Psychothérapie psychanalytique de groupe*, 75, 93–104 »

En 2020, un dossier collectif dirigé par Delphine Peyrat-Apicella (MCF) et Pascale Molinier (Pr) réunit les articles retravaillés à partir des actes du workshop intitulé *Faire de la recherche en psychologie sur, pour et avec les médecins*, et organisé par Pascale Molinier, Paula Saules Ignacio et Sophie Mercier-Millot du laboratoire Unité Transversale de Recherche Psychogénèse et Psychopathologie (UTRPP) de l'Université Sorbonne Paris Nord (USPN)-

auxquels je suis affiliée. Le dossier collectif publié dans la revue *In Analysis* donne un élan considérable à la recherche sur le colloque singulier « psychologue-médecin » :

-2020b : « On apprend la médecine dans la douleur. *In Analysis*, 4(2),216-220 » traite des enjeux psychiques du travail et de l'apprentissage de la médecine. L'article permet d'énoncer les difficultés rencontrées pour maintenir le contact avec les internes sur le terrain. Les obstacles de la démarche déployée pour la thèse sont articulés à des éléments de littératures et cinématographiques. Cet article se rend témoin des premières articulations théorico-cliniques (immersives et discursives) et psychodynamiques du travail des internes en médecine

Le 16 Mars 2020, la France est confinée. L'école doctorale a sommé l'arrêt provisoire des terrains pendant le temps du confinement. Je n'ai pas pu pratiquer le terrain. Soutenue par Pr Pascale Molinier, j'entreprends de recueillir les témoignages des soignants et des soignantes. 5 recueils de propos sont retenus par l'équipe du Blog Ateliers travail et démocratie¹.

Enfin, intéressée par l'appel à article pour le n°35 de la Nouvelle Revue de Psychosociologie, sur le consentement, un nouvel article y est publié :

-2023. « Ce que les médecins savent mais ne disent pas, les limitations de l'exercice du consentement. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 35, 107-118 ». Cet article se dénote des premiers articles, il est proche des résultats de la thèse. Par ailleurs il comporte un oubli : l'expression de remerciements. Je remercie Thierry Baubet et Pascale Molinier pour leur avis critiques et leur relecture attentionnée envers toutes mes productions et cette dernière plus particulièrement. Elle a sonné le glas des travaux de diffusion en tant que doctorante, et au-delà d'un simple oubli, cette maladresse manifeste sûrement l'inconfort inhérent à toute fin.

¹ <https://blogs.mediapart.fr/ateliers-travail-et-democratie/blog/130520/recueillir-des-paroles-de-soignantes-par-severine-ringanadepouille>

Table des matières

Avant-propos	7
INTRODUCTION GÉNÉRALE	15
Présentation de la chercheuse et du parcours de la recherche	16
Psychopathologie, clinique et psychodynamique du travail	23
Organisation, intelligences et coopérations au travail.....	32
Dynamique souffrance plaisir au travail	33
Hypothèses de recherche	39
Être affectée, d'une demande à l'autre.	40
Des étapes et démarches.....	45
 PARTIE 1.....	 64
LA FABRICATION DES MEDECINS.....	64
Chapitre 1 : Le champ de l'apprentissage médical.....	67
1.1 - Les travaux pionniers	67
1.1.1 - Culture médicale des externes : des garçons en blanc	67
1.1.2 - Le hidden curriculum	69
1.2 - Le curriculum caché.....	71
1.2.1 - « Eclairer » le curriculum caché en médecine	71
1.2.2 – Béance du curriculum caché.....	72
1.3 – D'un point de vue anthropologique et sociologique	73
1.3.1 – Particularités de la formation des spécialistes en France	73
1.3.2 – Humour viril en chirurgie.....	75
1.4 – Curriculum caché et violences	76
1.4.1 – Les violences obstétricales	76
1.4.2 – Les violences envers les étudiant·es en santé.....	77
1.4.3 – La déontologie contrariée	80
Conclusion.....	82
Chapitre 2 : Enjeux contextuels	84
2.1 – Etudes des relations travail-santé	84
2.1.1 – les risques psychosociaux et le burn-out	84
2.1.2 – Etudes sur la souffrance et le stress des internes.....	89
2.1.3 – Les enquêtes réalisées par les internes en médecine	92
2.1.4 – Au niveau international	96
2.2 – Les alertes et les réponses concernant le territoire	97

2.2.1 - Septembre 2012, une enquête du syndicat national des internes alerte	97
2.2.2 – Novembre 2012, mise en place d’un groupe de travail.....	99
2.2.3 – Décembre 2015 : un suicide à l’hôpital ébranle, l’IGAS est convoquée	101
2.2.4 - Février 2017, les RPS liés à l’exercice des internes en médecine	103
2.2.5 – Mars 2019 : le retour des intérêts pour le compagnonnage.....	105
Conclusion.....	107
Chapitre 3 : La clinique du travail médical	110
3.1 - De la relation santé travail à son articulation	110
3.1.1 - La transmissions des savoirs	112
3.1.2 – Les novices	114
3.2 – Le soin	115
3.2.1 – Psychodynamique des médecins au Canada	115
3.2.2 – Un mise à l’épreuve.....	117
3.2.3 – « Un conflit entre altruisme et sadisme »	118
3.3 – Pour une clinique du travail et de son apprentissage.....	120
3.3.1 – Introduction au caractère transpersonnel de l’éthos	120
3.3.2 - Désaffectation et jovialité chez les ingénieur·es	121
Conclusion.....	122
Conclusion de la partie	123
PARTIE 2	124
L’HÔPITAL- ÉCOLE	124
Chapitre 1 : Reconstitution historique	127
1.1 – L’art médical et la chirurgie des compagnons	127
1.1.1 - Sur les traces de la médecine hippocratique	127
1.1.2 - Les impacts de l’Eglise et des ecclésiastiques	129
1.1.3 - La chirurgie des compagnons	130
1.2- La création de l’internat en médecine	133
1.3 – Distorsion clinique et historique	135
1.3.1- « la clinique ne part pas de zéro »	135
1.3.2 – Les médecins étaient des femmes aussi	137
1.3.3 - L’accès officiel des femmes à la profession et aux études médicales	140
Conclusion.....	142
Chapitre 2 : Un corps articulé pour le cursus mais divisé dans les réformes	145
2.1 – « L’hôpital-école » : intrication de deux grandes histoires	145

2.2 – Déconstruction des réformes	151
2.2.1 - L'instauration du numérus clausus	151
2.2.2 - La réforme de 1982.....	152
2.2.3 – Certaines conséquences des dissensions	153
2.3 - L'exemple actuelle d'une spécialité de chirurgie « lourde »	154
Conclusion.....	157
Chapitre 3 : Déconsidérations pour les conditions d'apprentissage des internes	159
3.1 – Mise en demeure et modifications statutaires	159
3.1.1 - Une organisation du travail sanctionnée	159
3.1.2 - Révisions du code de la santé publique	161
3.1.3 - Révisions du troisième cycle par le code de l'éducation	164
3.1.4 – Les transgressions influençant la réforme du troisième cycle.....	167
3.2 – Les besoins du territoire	168
3.2.1 – Passerelle et suppression du numerus clausus.....	168
3.2.2 – Les conséquences du désengagement dans la permanence des soins	169
3.2.3 - une réforme renforçant l'implication dans la permanence des soins	171
3.3 - Les effets des mutations de la gestion des hôpitaux	172
3.3.1 – Considérations économiques	172
3.3.2 - La T2A oublie la mission d'enseignement de l'hôpital	174
3.4 – On apprend sur le tas, mais on n'apprend jamais seul	176
3.4.1 – Compagnon et carabin, des avatars issus de l'idéologie virile.....	176
3.4.2 - Les spécificités de l'internat en médecine : itinérance, intégration, isolement... ..	180
3.4.3 - Le déclin des ressources défensives et collectives en salle de garde	185
Conclusion.....	188
Conclusion de la partie	190
PARTIE 3.....	191
LE RÉEL DU TRAVAIL DES INTERNES EN MEDECINE.....	191
Chapitre 4 : « On apprend la médecine dans la douleur	192
4.1 - Discipliner par corps	193
4.1.1 - L'internat c'est après l'externat	193
4.1.2 - Ascétisme et stratégie défensive	194
4.1.3 – La visée de la première année de médecine	197
4.1.4 – Le réel de l'externat et sa sortie	202
4.2 – Le réel de la permanence des soins	209

4.2.1 - Organisation du travail.....	209
4.2.2 - Déconstruction de l'allongement du temps de travail.....	211
4.3 – Taire les sensations du corps	213
4.3.1 – « on ne l'a pas vu » : coopération défensive entre internes.....	213
4.3.2 – Éthos défensif, du sacerdoce... ..	215
4.3.3 – ...au masochisme secondaire	218
4.4 – Le compagnonnage et les destins du masochisme secondaire	221
4.4.1 – Accentuer l'adversité.....	221
4.4.2 – Le rôle capital des infirmières	227
4.4.3 – La jauge et la juste mesure : des ressorts de la confiance et de l'intégration.....	231
4.4.4 – Éthos alternatif : le sacerdoce ça suffit.....	235
Conclusion.....	238
Chapitre 5 : Le réel du travail des internes	240
5.1 – La neurologie.....	240
5.1.1 – L'organisation du travail	240
5.1.2 – Du savoir à la pratique : observation et confiance	241
5.1.3 – Réification et activisme	243
5.1.4 – Opératoire et désaffectation	245
5.2 - Aux urgences générales	248
5.2.1 - Organisation du travail et spatiale.....	248
5.2.2 – Des cases à ne pas cocher.....	249
5.2.3 – Affects et activisme	252
5.2.4 – Kairos et débrouille : deux exemples de l'ingéniosité en situation d'urgence... ..	253
5.3 – Concernant les urgences psychiatriques.....	258
5.3.1 – Le travail prescrit	258
5.3.2 - Le travail tel qu'il se réalise	259
5.3.3 – Encadrement des internes	262
5.3.4 – Conflits organisationnels aux urgences.....	264
Conclusion.....	266
Chapitre 6 : Coopérations et situations de travail	269
6.1 - Au service de la chirurgie	269
6.1.1 - Organisation et réel du travail.....	269
6.1.2 - Les enjeux de la spécialité	271
6.1.3 – Les enjeux du compagnonnage	273
6.1.4 – Apprendre et soigner, des situations	277

6.2- Le SAMU	279
6.2.1 – Organisation	279
6.2.2 - Scénographie d’une intervention	279
6.2.3 - Les enjeux des transmissions	283
6.2.4 – L’arrogance : ses effets, ses limites et ses fonctions	284
6.3 - Le service de médecine intensive-réanimation	288
6.3.1 - Brève présentation chiffrée	288
6.3.2 - Répartition du travail	288
6.3.3 - L’activité de transmission entre équipe de jour et équipe de nuit.....	289
En guise de conclusion : l’arrêt thérapeutique	294
Deux annonces à des degrés d’implication différents	294
Négocier avec la mort	297
Chapitre 7 : Retours méthodologiques à partir du point de fuite	301
7.1 – Participation située	302
7.2 - « La pathologie du déséquilibre du système universitaire »	305
7.3 – La formation psychologique.....	308
7.3.1 - Ce que nous dit Balint.....	308
7.3.2 - De la QVT au DIU	309
7.3.3 - Détour par la Mayo Clinic	310
7.4 – De l’intégrité de l’éthos scientifique	311
7.4.1 - Retours méthodologiques.....	311
7.4.2 - Les limites	312
7.4.3 - Les points de contact.....	313
Conclusion : Aloyage masochisme et sadisme	313
Conclusion de la partie	314
 CONCLUSION GÉNÉRALE	 317
Bibliographie	326
Annexe I - Liste des diplômes d’études spécialisées des options et des formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.	355
Annexe II – Formulaire de consentement libre et éclairé	360
Annexe III – Listes des participants et des participantes à la recherche	362
Annexes IV – Articles publiés	365

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Présentation de la chercheuse et du parcours de la recherche

La rencontre d'une institution et de ses gens

Originaire d'une région d'outre-mer qui proposait un cursus universitaire incomplet en psychologie, en 2010, j'ai découvert que l'université « Paris XIII » appellation officielle de l'actuelle Université Sorbonne Paris Nord - USPN) était l'une des seules universités d'Ile-de-France - avec l'université Paris 8 – à accepter des étudiant·es de ma région. J'ai quitté mes conditions d'insulaire pour découvrir Paris et sa banlieue. Mes proches étaient très inquièt·es et m'ont inondée de conseils et de grigris pour ma dangereuse aventure dans une université « du 93 ».

Et quelle aventure ! En 2010, Paris XIII n'était ni le campus universitaire le plus beau, ni l'université la mieux cotée, ni même mon premier choix dans les listes d'« Admission Post-Bac ». Avec d'autres ami·es d'autres universités, nous comparions nos lieux d'études et les arguments me manquaient pour porter l'étendard de mon université. On se moquait lorsque j'expliquais que notre circuit de navettes entre la gare et l'université dysfonctionnait assez souvent ; qu'en hiver il y avait une différence de température incompréhensible entre le bas et le haut des amphithéâtres ; qu'il y avait des gardien·nes aux entrées qui vérifiaient nos sacs et nos cartes d'étudiant·es et que parfois les salles de cours étaient trop petites pour nous accueillir.

Puis, contre toute attente, moi qui pensais que ce qui se passait à Paris XIII était toujours moins brillant et moins intéressant qu'ailleurs, certaines de mes histoires semblaient atypiques autrement. Dans notre département les enseignants et les enseignantes étaient accessibles, les secrétaires pédagogiques connaissaient le prénom des étudiant·es, il y avait des responsables pédagogiques à l'écoute des problématiques individuelles et les liens chaleureux entre les murs des bâtiments contrebalançaient de façon assez inédite avec le chauffage dysfonctionnant dans les amphis et l'hostilité du parcours pour arriver puis entrer au campus. Alors, à chaque fois qu'une conversation gênante incriminait les universités de banlieues dont la mienne, j'arguais l'analyse statistique suivante : « le taux d'anonymat des étudiants de premières années et la qualité de l'attention qui leur est portée sont proportionnellement inverses au taux de prestige de l'université qui les accueille ».

Enfin, alors qu'ailleurs - à cette époque et peut-être encore maintenant - les autres décrivaient assez justement le caractère inaccessible et pédant des élites universitaires ; on s'est étonné de savoir qu'en licence j'ai pu avoir un rendez-vous avec une des enseignantes-chercheuses, professeure des universités. Il s'agissait d'un entretien plutôt court dont l'écho des

interrogations retentit encore aujourd'hui. Il a aussi été question d'une attention particulière au sein de quelques conseils qui m'ont accompagnée jusqu'au doctorat. Et c'est aussi et surtout grâce et à partir de ce genre de rencontre humaine que mon identité d'étudiante à Paris XIII s'est subtilement construite jusqu'à faire corps à l'université huit ans plus tard en devenant doctorante allocataire monitrice puis chargée de cours et représentante des doctorant-es à l'école doctorale Erasme et en Commission Recherche.

Au département de psychologie de l'USPN, j'ai eu la chance d'être formée par le corps d'enseignant-chercheur du laboratoire de l'UTRPP² qui avait à cœur de transmettre les fondements théoriques de la psychanalyse ainsi que les disciplines participant de son extension, de sa réactualisation et de sa remise en question notamment pour une formation professionnalisante aux cliniques des institutions et du travail. C'est dans ce cadre que j'ai été diplômée psychologue en 2016. C'est aussi dans ce cadre que je réalise un stage de master 2 professionnel assez atypique et original.

Seconde institution, ses gens et sa culture

En effet, un deuxième environnement contribue à influencer mon parcours. Le titre de psychologue m'est délivré à l'issue d'un master professionnalisant au cours duquel j'accepte de réaliser une étude commanditée par les internes de l'association parisienne responsable des salles de gardes des bâtiments de l'internat des hôpitaux de Paris. J'ai pu accéder de façon privilégiée aux espaces d'entre soi, de repos, de restauration et de fêtes des internes et des médecins de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). En 2016, pour ces internes qui m'accueillaient et plus spécifiquement celles et ceux responsables de ces lieux, il manquait des connaissances psychologiques et psychosociologiques sur le fonctionnement des salles de garde ainsi que sur le rapport actuel des apprenti-es médecins au folklore qui s'y était perpétué depuis la création de l'internat en médecine au début du XIX^e siècle. Les lieux historiques de l'internat de médecine et leur ambiance défrayaient de plus en plus les chroniques³, perdaient en vitalité et subissaient les coupes budgétaires brutales de l'administration hospitalière.

² Unité Transversale de Recherches : Psychogenèse et Psychopathologie, UTRPP, UR 4403, Université Sorbonne Paris Nord, F-93430, Villetaneuse, France.

³ <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/les-salles-de-garde-sont-elles-devenues-obscenes>
<http://www.slate.fr/grand-format/fresques-hopital>

L'ambiance des salles de garde de l'internat a déjà fait l'objet, d'archives⁴, d'œuvres cinématographiques et télévisuelles⁵, de controverses⁶, d'ouvrages photographiques (Le Pesteur, 1980 ; Tondini, 2010), de témoignages (Cabanès, 1917 ; Quenu, 1971 ; Véron, 2002 ; Godeau, 2009) ainsi que de travaux en histoire (Josset, 1996 ; Vergez-Chaignon, 2002), en anthropologie (Godeau, 2007 ; 2009), en études théâtrales (Thelliez, 2011), en sociologie (Zolesio, 2012) et plus récemment mes propres travaux en psychosociologie (Ringanadépoullé 2016a ; 2016b ; 2019 ; 2020a)⁷. Durant tout le parcours de l'internat, chaque semestre, les internes en médecine changent de stage donc d'hôpital : c'est une itinérance qui comporte ses propres contraintes. Les hôpitaux sont généralement dotés d'un bâtiment consacré à l'internat en médecine, on y trouve des cuisines, des réserves, une salle commune et des chambres. Depuis le temps plein hospitalier, les internes ne vivent plus à l'hôpital, les internats perdent de leur fonction première de résidence même si certaines chambres sont allouées aux internes qui viennent de loin.

Dans sa description la plus commune, une salle de garde qui a vécu, est dotée d'une roue - souvent pipée - qui décidait de sanctions lorsque les règles n'étaient pas respectées et d'un ordre établi concernant la disposition des tables (en T ou en U) entourées de fresques outrancièrement obscènes (Tondini, 2010). La salle de garde n'est pas aseptisée. Elle était accueillante grâce aux cuisinier·ères et par la chaleur qui s'y dégageait quand elle se remplissait et que les blouses blanches s'affairaient à leur raffut et émettaient des interjections bizarres : « Poitrine ! mon économe ». Pour Josset, la salle de garde était un lieu où cohabitait science et sacré. Dans l'esprit des valeurs du compagnonnage, les rituels et coutumes dans l'apprentissage permettaient de travailler le caractère des internes pour endurer le métier au sein duquel ils et elles s'engageaient. « [L'] histoire et [la] signification des rituels des salles de garde de médecine [...] » (Josset, 1996) ont longtemps questionné et intrigué par leur originalité. Il est difficile de statuer sur une histoire unique et linéaire, il s'agit en réalité des histoires de générations d'internes, d'abord compagnons chirurgiens, puis internes mixtes, puis internes et médecins,

⁴ L'association qui chapote les salles de garde de l'Internat des hôpitaux de Paris, répertorie un grand nombre de documents archivant différents éléments de l'histoire de l'internat (photographies de fresques, album de l'internat, recueil de chansons paillardes, etc..) <http://leplaisirdesdieux.fr/>.

⁵ Hippocrate sorti en 2014, du réalisateur Thomas Litli, lui-même médecin, ainsi que son adaptation en série en 2018.

⁶ <https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/puy-de-dome/clermont-ferrand/fresque-du-chu-clermont-ferrand-2-medecins-condamnes-injures-sexistes-1482393.html>

⁷ L'ambiance en salle de garde fait l'objet d'un rapport de mission (2016a) et d'un mémoire professionnel (2016b) ancrés en psychanalyse des groupes et des institutions. Les articles de 2019 et 2020a ont servi la diffusion des résultats de ces travaux non publiés.

présent·es de façon plus continue depuis le temps plein hospitalier, puis internes féministes, etc. On y trouve à la fois un bout d'héritage des maisons compagnonniques et de leur transmission des savoirs et des identités par le métier, mais aussi une forte présence de la sexualité, de la nudité des corps et même plus largement un renversement des statuts, des mœurs et des tabous (Godeau, 2007 ; Thelliez, 2011). L'ambiance était blasphématoire, les chansons étaient paillardes. Sur leurs fresques, les médecins et leurs apprenti·es étaient élevé·es au rang de dieux de la pornographie. Le tout était encadré par des règles affichées à l'entrée et plus ou moins respectées, dépendamment de l'investissement des internes du semestre, de la présence de cuisinier·ères, du degré de désertion des médecins seniors et des chef·fes en salles (Ringanadépoullé, 2016a).

La gestion de ces lieux est propre à chaque administration hospitalière en concertation avec les associations d'internes. On y retrouvait comme précédemment décrit dans le parcours compagnonnique, des rituels d'entrée dans l'internat et de sortie de l'internat, des rituels de la table, des règles de vie en communauté (Josset, 1996) ; le tout encadré par un folklore grivois et licencieux, produit d'une culture de métier originellement très masculine (Vergez-Chaignon, 2002 ; Godeau 2007 ; Zolesio, 2012). On comprend que l'organisation des salles de garde était sous la responsabilité des internes en médecine, qui dès lors qu'ils et elles endossaient les responsabilités du futur métier dans les services hospitaliers, avaient à charge celles de leur espace de sociabilité (organiser les tonus tous les semestres, les repas améliorés toutes les semaines – anciennement les fêtes patronales, administrer les lieux, faire le lien entre les cuisinier·ères, veiller à la passation des rôles tous les semestres etc...).

Plus récemment ont eu lieu des luttes des internes contre les abus dont le sexisme - en témoigne l'effacement de la fresque de la salle de garde du centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand⁸. De plus en plus de salles de garde sont désertées, certaines font l'objet de sanction judiciaire à l'encontre des frasques de sa population et dernièrement une instruction de la DGOS à l'ARS a ordonné le retrait par effacement de toutes les fresques de toutes les salles de garde de tous les hôpitaux (DGOS, 2023). Outre les fermetures administratives et l'appauvrissement des lieux par le remplacement du personnel des cuisines par des plateaux repas, dépossédées de leur ambiance, elles deviennent salles de réfectoire et communiquent les

⁸ <https://www.contrepoints.org/2015/01/26/195752-fresque-du-chu-de-clermont-ferrand-et-ideologie-defensive-de-metier> ; https://www.liberation.fr/societe/2015/01/19/la-fresque-du-chu-de-clermont-ferrand-fait-un-tolle_1183939/ ; https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/11/17/en-salle-de-garde-des-fresques-obscenes-intouchables_5216303_1651302.html

vestiges de chaque histoire à travers leurs fresques désormais figées (Godeau, 2009 ; Ringanadépoullé, 2020a).

Les analyses de l'étude qualitative par immersion et des entretiens semi-directifs de 2016, pointaient une ambiance générale de moins en moins licencieuse au profit, pour les salles de garde encore vivantes, d'une adaptation des ambiances aux besoins des internes, à la présence ou non d'ancien·nes médecins dits « seniors » et de cuisinier·ères. Les discussions de l'étude proposaient une réflexion autour de la place du personnel de cuisine, qui, pour celles et ceux qui continuaient à exercer dans les salles de garde devenaient des garants de la transmission des règles et des rituels des lieux certes mais surtout de la préparation de repas chauds pour les internes à tout moment de la journée et de la nuit.

Les salles de garde des internats sont des milieux originellement masculins, pour le mémoire il a été question de comprendre l'impact de la féminisation des études médicales sur l'environnement des salles de garde, en interrogeant notamment les effets de ma présence dans ces milieux. Au même moment, les internes d'un syndicat national montaient le « SOSSIHP⁹ », une boîte mail pour les internes en souffrance, mise en place sous la coupe d'une interne en psychiatrie qui m'exprima lors d'une rencontre que : « le SOSSIHP est un dispositif d'urgence, là où la salle de garde était un dispositif de prévention ». La demande d'étude émanait principalement du président de l'association des salles de garde des hôpitaux de Paris mais elle rejoignait une inquiétude générale des internes sur leur état mental et leurs conditions d'apprentissage. Cette année de professionnalisation m'a donc rendue sensible aux fonctions de ces conduites insolites en salles de garde de même que celles que doivent remplir l'internat en médecine pour sa population.

Trajectoire d'insertion dans la recherche

L'étude psychosociologique auprès des internes présent·es en salles de garde a donné suite à un master recherche qui s'est déroulé de 2016 à 2018. Avant l'élaboration du projet de thèse je m'étais intéressée aux préoccupations actuelles concernant le travail et la formation des médecins. J'ai été très vite mobilisée par les inquiétudes et l'urgence concernant « les risques psychosociaux chez le personnel médical hospitalier » (Desailly-Chanson & Siahmed, 2016), les suicides des internes qui mettaient « en lumière le mal-être des médecins »¹⁰ ou encore le «

⁹ <https://www.sihp.fr/Article.php?CleArticle=406>

¹⁰ <https://www.leparisien.fr/societe/le-suicide-d-une-interne-met-en-lumiere-le-mal-etre-des-futurs-medecins-08-02-2018-7547505.php>.

burn-out des soignants »¹¹. Une « stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie des professionnels de santé » est engagée afin de mieux « prendre soin de ceux qui nous soignent ». S'en est suivie une levée de l'omerta « des maltraitances faites aux étudiants en santé » (Ayslender, 2017). La Direction Générale des Offres du Soins s'est chargée d'élaborer un « guide de prévention, de repérage et prise en charge des risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants » (Armanteras de Saxce, 2017). Dans les mêmes préoccupations, en 2018, Donata Marra, présidente du dispositif « BIPE » (Bureau-Interface Professeurs-Etudiants, nouvellement nommé BIen-être et Paroles Etudiantes), a répondu à une mission ministérielle sur la qualité de vie des étudiant-es en santé. La France est en retard dans sa mise en place de la directive 2003/88/CE sur le respect du temps de travail hebdomadaire de ses internes en médecine. En 2013, elle est mise en demeure par la Commission européenne pour ce retard ainsi que la dégradation de la qualité de la santé de ceux et celles qui soignent sa population. Malgré cela il a fallu attendre encore quelques années et des drames vécus dans le travail avant qu'une politique à la fois interventionnelle et de recherche s'enclenche et soutienne les initiatives de recherche sur les internes en médecine.

Durant le travail préparatoire à la thèse, plusieurs rencontres ont marqué la recherche, dont une première avec un professeur de médecine générale qui s'est senti moins intéressé par le public vers lequel je m'orientais, soit celui des centres hospitalo-universitaires en général et non exclusivement les internes de médecine générale. Cet échange posait une première interrogation concernant les considérations plus appuyées de ce professeur de médecine envers les internes de sa spécialité, mais aussi l'impact des dissensions entre les spécialités sur les internes en général. Pour le dire autrement, l'issue de cette première rencontre a fait émerger dans le parcours de la recherche une première forme d'intégrité constitutive de l'éthique de mon parcours de recherche : ce qui comptait, c'était de dépasser certains cloisonnements, je ne souhaitais pas privilégier une spécialité en particulière et il m'était important d'avoir accès à une certaine diversité représentative de la population de l'internat en médecine. Puis une seconde rencontre a rendu possible l'émergence d'une demande qui a pu réellement donner un second élan à mes recherches sur l'internat en médecine et sa population. En discutant de la santé mentale et des conditions de travail des internes en médecine, Pr Thierry Baubet m'a fait part de ses propres inquiétudes concernant les internes et plus largement les étudiants et les étudiantes de médecine qui lui étaient orienté-es dans le cadre d'un dispositif d'alerte, d'aide et

¹¹https://www.lexpress.fr/actualite/societe/burn-out-pourquoi-les-soignants-sont-en-premiere-ligne_1317205.html

de soutien sur le campus de Bobigny (USPN). Il a fait émerger une seconde demande faisant suite à celle des internes des salles de garde, toujours dirigée vers les internes mais d'une tonalité différente, puisqu'émanant d'un chef de service. En analysant après-coup, l'objet de cette demande coïncidait avec un contexte hospitalier en grande difficulté dans son dialogue social entre celles et ceux qui accomplissent le soin, et les gestionnaires de l'administration hospitalière. Des conditions de travail et d'inquiétude mobilisant de façon importante Thierry Baubet à la CVH et dans le maintien et la préservation de son service.

Des internes m'avaient sollicitée en 2016 pour une préservation des salles de garde grâce à un modeste travail culturel de recherche contribuant ainsi à une mémoire de celles-ci. Thierry Baubet s'inquiétait lui, de la préservation de l'hôpital, de ce qui pourrait encore sauver les lieux et les conditions d'apprentissage des internes en médecine. Nous nous sommes ensuite accordés avec Pascale Molinier pour une codirection de thèse et une affiliation épistémologique en clinique du travail.

Ainsi, la problématique de ma thèse articule le travail et la santé mentale des internes en médecine à partir d'une approche ethnographique et psychodynamique du travail et de la formation des médecins et par l'analyse des enjeux de coopération au travail pendant le « compagnonnage » des internes dans les services hospitalo-universitaires. Les hypothèses sont développées à la suite des explicitations concernant l'ancrage épistémologique de la recherche, par ailleurs, elles forment ensemble la thèse principale suivante :

- Toutes les discussions concernant le soin hospitalo-universitaire doivent impliquer son apprentissage. « Comment on soigne ? » est intrinsèquement lié à ou constitué par « comment on apprend à soigner ? ». La clinique hospitalo-universitaire est une situation de travail réunissant plusieurs corps : celui du ou de la médecin, celui de l'infirmier ou de l'infirmière et celui des apprenti·es médecins. Alors, lorsqu'on s'inquiète de l'avenir du soin et de son accomplissement, il s'agit de discuter de toutes les situations de travail nécessaires à son accomplissement tout en y intégrant le maintien ou la création d'un environnement favorable à son accomplissement mais aussi et surtout, ou peut-être avant tout, à son apprentissage. L'avenir du soin dépend de celles et ceux qui l'accomplissent mais aussi et surtout de celles et ceux qui l'apprennent encore. Cette thèse n'entend pas, à elle seule, « sauver l'hôpital public », mais s'est astreinte à cibler des résultats issus d'une démarche compréhensive et qualitative permettant d'aider celle et ceux qui souhaitent le faire à savoir par quel(s) bout(s) prendre ce projet.

Psychopathologie, clinique et psychodynamique du travail

Le terme de « psychodynamique du travail » apparaît en 1993. L'Addendum de l'ouvrage *Travail : usure mentale* de Christophe Dejours (1980 : 2015), entérine alors la volonté de « substituer à la « psychopathologie du travail », la nouvelle dénomination « analyse psychodynamique des situations de travail ». Après un bref passage par l'histoire de cette approche, ce bout d'introduction dresse les notions conceptuelles essentielles pour l'articulation du travail et de la santé mentale des internes en médecine.

A partir de la psychopathologie du travail

La psychopathologie du travail est une discipline qui apparaît en France au milieu du XXème siècle, fondée par des médecins psychiatres, dont Paul Sivadon qui use du terme pour la première fois en 1952 dans l'*Evolution Psychiatrique* (Voir : Torrente, 2004 ; Billiard, 2001). Elle émerge de la psychiatrie humaniste, portée par l'engagement militants d'auteurs praticiens tels que : Daumézon, Ey, Tosquelles, Balvet, Le Guillant, Bonnafé etc. Ainsi, cette psychiatrie s'émancipe en partie de la neurologie et bouscule le primat du modèle organique, principes reliant les spécialités médicales entre elles. Pour exemple, Henry Ey (1975) s'appuie sur les travaux psychanalytiques de Sigmund Freud et Eugen Bleuler pour proposer un modèle organo-dynamique qui envisage de façon dynamique la subordination de l'organique par l'activité psychique. C'est l'une des thèses défendues lors du colloque de Bonneval en 1946. Trois positions représentant les clivages de la psychiatrie s'y confrontent. Dans une perspective étiologique différentes d'Ey, Sven Follin et Lucien Bonnafé s'appuie eux, sur Georges Politzer pour étayer la thèse que « ce sont les facteurs du milieu, l'enchaînement des situations vécues qui constituent le « *drame* » de l'homme aliéné. Jacques Lacan soutient lui, la thèse de la psychogénèse des maladies mentales (Bonnafé, & al., 1950 ; Billiard, 2002, p.13).

A l'intérieur du mouvement d'émancipation des doctrines de l'Ecole de Paris, où sont formés les médecins de cette époque, s'opère des clivages se manifestant par des « écoles » de pratiques de la thérapeutique active à l'hôpital. Formant ensemble le terreau de la psychiatrie sociale, ces écoles visent entre autres, la réinsertion des malades mentaux par l'activité. (Molinier & al., 2019). La formalisation de la nouvelle méthode de « travail thérapeutique » poursuit les clivages. En dépit d'une transmission difficile, de nouveaux questionnements et champ d'investigation s'ouvrent aux psychiatres. En effet, dans les années 1950, de nouvelles pathologies liées au travail inquiètent les médecins du travail et les services sociaux. La

psychopathologie du travail est un nouveau domaine émanant de la psychiatrie des réformistes. Elle réunit quelques-uns de ces mêmes praticiens autour d'interrogations divergeant entre :

« pratiques cliniques et théorie de la pratique, entre thérapeutique, expertise et critique sociale. [...] cette minorité de psychiatres conduits à s'intéresser aux potentialités thérapeutiques de l'activité chez les malades mentaux, puis aux autres troubles psychopathologiques en rapport avec le travail [...] les activités collectives au sein de l'hôpital vont devenir le pivot de l'acte thérapeutique ».
(Billiard, 2002, p.11-14).

Partant de l'expérience et des connaissances acquises des thérapeutiques actives à l'hôpital, les médecins de la lignée de la « révolution psychiatrique » et les médecins du travail experts en prévention, s'intéressent aux troubles mentaux qui seraient déclenchés par l'expérience du travail.

« La fondation de la psychopathologie du travail comme clinique des troubles individuels du sujet face à sa tâche s'appuie sur l'oeuvre de quelques fondateurs dont P. Sivadon, C. Veil, L. Le Guillant. [...] L'approche de P. Sivadon, à la fois adaptative et humaniste, reste centrée sur le travailleur et ses fragilités, laissant dans l'ombre l'analyse du travail. [...] C. Veil (1964), par contre, tient dans sa réflexion les deux fils représentés par le sujet et ses marges de tolérance d'une part, l'organisation et les normes de travail d'autre part. [...] Ses investigations portent non pas sur la pathologie mais sur ses frontières » (D. Lhuilier, 2007, p.43).

Le modèle causaliste et la recherche étiologique des maladies mentales et des décompensations déclenchées par le travail, pour rendre compte de la « psychopathologie » du travail, est mise en échec : « l'hypothèse d'un lien causal entre travail et maladie mentale se révèle fausse » (Molinier, 2008, p.48). Les études des psychiatres ne permettent pas de prouver l'existence d'une psychose du travail.

Les découvertes de Louis Le Guillant en 1951 et Jean Begoin en 1957 constituent néanmoins une partie majeure de l'héritage de la psychopathologie du travail. Les travaux de Le Guillant consacrés au travail ont été réunis par Yves Clot (2006) dans *Le Drame humain du travail*. À la sortie de la guerre, le rapport à la psychiatrie psychanalytique est trouble.

L'adossement au référentiel psychanalytique est condamné¹² par les psychiatres du parti communiste français, dont Le Guillant fait partie. Ce premier rejet « s'ancre dans les interstices des positions d'alliance idéologiques » (Rebeyrat, 2008, p.78) marquée par la période. Louis Le Guillant, en tant que communiste, participe de la condamnation de la psychanalyse mais revient quelques années plus tard en 1956 sur cette politique de mise à l'écart des pairs psychanalystes.

« *Le Drame humain du travail*, écrit une histoire où le rapport de Le Guillant à la psychanalyse n'est certes pas d'adhésion, mais n'est pas réductible non plus à un rejet sans condition. [...]. La référence à la psychanalyse est plusieurs fois abordée rapidement dans certains textes. Il s'appuie sur Hesnard par exemple pour discuter brièvement la question du conflit moral dans le texte « Incidences psychopathologiques de la condition de « bonne à tout faire ». L'avant dernier texte du *Drame humain du travail* se propose également d'interpeler « l'objet » de la psychanalyse » (Rebeyrat, 2008, p. 64)

Dans les années 1960, la psychanalyse prend une place dominante dans la psychiatrie et ce dernier mouvement signe, à son tour, des tentatives de « dépassement de l'approche médico-psychiatrique classique en psychopathologie ». Néanmoins, « faute de parvenir à se distancier de la métapsychologie freudienne qui les inspire, elles [ces tentatives] ne parviennent pas à penser ce qui revient à la réalité du travail et restent sans lendemain » (Ganem & al, 2008, p.803). La psychanalyse occulte la centralité du travail dans la vie des sujets. Par conséquent, en dépit des perspectives révolutionnaires, la transmission des pratiques originellement clivées se confrontent à des obstacles, en même temps que les psychiatres

« découvrent à leur corps défendant un registre de l'expérience qui échappait jusqu'à présent à leur pratique et à leur savoir : l'activité, le travail, le rapport du sujet à ce qu'il « fait », et aux autres à travers ce qu'il fait. [Ils butent sur] le noyau dur de la psychopathologie du travail, à savoir l'activité même du travail et l'enchevêtrement des médiations à travers lesquelles la subjectivité s'y trouve engagée » (Billiard, 2002, p.17-24).

Léguant à leurs successeurs l'émancipation et les interrogations sur le champ du travail, les psychiatres qui initient la psychopathologie du travail butent aux limites de leur méthode et de leurs théories. La méthode causaliste et la psychopathologie sont en échec justement parce

¹² Elle est jugée réactionnaire et est accusée, entre autres, d'espionnage (Rebeyrat, 2008)

qu'elles pensent la norme et la responsabilité comme extérieures aux sujets. Isabelle Billiard, utilise les termes « à corps défendant » pour exprimer notamment l'effet attaquant que la réalité du travail provoque à leur démarche. L'arrivée de la psychanalyse n'outille guère mieux pour tenir ensemble subjectivité et travail, par méconnaissance de ce dernier.

De la psychiatrie à la psychologie L'approche contemporaine de la clinique du travail est en partie héritière de la psychopathologie du travail¹³. Elle trouve de nouvelles voies de développement d'abord par la psychodynamique du travail, initiée par Christophe Dejours, psychiatre, psychanalyste, qui fut professeur titulaire de la chaire de Psychanalyse, Santé et Travail au CNAM, ensuite par la clinique de l'activité représentée par Yves Clot, qui occupa la chaire de professeur de psychologie du travail au CNAM. Par-là, l'approche clinique du travail quitte le champ médical et s'affilie désormais à la psychologie et à l'ergonomie pour un projet commun visant l'articulation et l'exploration du lien travail-santé mentale. En outre, l'idée d'une relation causale entre travail et maladie est officiellement abandonnée. En articulant le travail et la santé par le rapport subjectif au travail et en ciblant la normalité pour objet, la psychodynamique du travail ouvre des horizons qui « ne concernent plus seulement la souffrance, mais aussi le plaisir dans le travail ; plus seulement l'homme, mais le travail ; plus seulement l'organisation du travail, mais les situations de travail dans le détail de leur dynamique interne. » (Dejours, 2015, p.223-224).

Le rôle central de Wisner et de l'ergonomie de l'activité Alain Wisner (1996), médecin psychologue formé à l'ergonomie, oriente différemment la question du travail. Par sa méthode de recherche sur le terrain, l'ergonomie se définit par l'adaptation du travail à l'homme et révolutionne la démarche inverse – celle qui adapte donc l'homme au travail – appartenant, encore aujourd'hui, à l'évaluation du travail. Rebeyrat écrit que « l'ergonomie allait ouvrir une transformation radicale dans la manière d'aborder l'énigme du travail. En posant la question du réel du travail [...], elle ouvrait la porte à la question de l'échec, *in fine*, à l'énigme de l'expérience de la souffrance » (2005, p.272). L'ergonomie invente l'écart entre le prescrit et le réel, Rebeyrat écrit qu'elle ferme l'accès à l'énigme subjective du travail mais pour être plus

¹³ La psychodynamique du travail se construit comme une critique de la psychopathologie du travail alors que la clinique de l'activité en est l'héritière. Plus largement « *les approches cliniques du travail en France regroupent la psychopathologie du travail, la psychodynamique du travail, la clinique de l'activité, la psychologie sociale clinique du travail. Bien qu'elles appartiennent au champ de la psychiatrie ou la psychologie, ces approches, paradoxalement, ont en commun de « dépsychologiser » la problématique des risques psychosociaux, au sens où elles en désignent les ressorts principaux dans la dimension du collectif (vs l'individu)* » (Molinier, 2010a, p.99)

juste, Wisner considère que l'énigme subjective n'est pas son objet bien qu'il estime qu'il soit essentiel et il ouvre les portes du CNAM à Christophe Dejours.

La clinique de l'activité s'intéresse à la *fonction psychologique du travail* (Clot, 1999). Elle s'affranchit de la théorie du sujet en psychanalyse et plaide pour « une nouvelle assiette épistémologique [...] dans une lecture renouvelée des œuvres de Vygotsky et de Bakhtine » (Clot, 2006, p.171). Ainsi, la fonction psychologique du travail réside dans l'activité concrète en tant que source d'initiative et de créativité. Lorsqu'elle est empêchée, l'activité affecte. Or, c'est en pleine possession de leur pouvoir d'agir que les opérateurs et les opératrices préservent leur santé mentale et le *réel de l'activité* n'est pas réduit à ce qui se fait et s'observe. Les investigations par instruction au sosie et/ou auto-confrontation croisée (Clot, 2001, Scheller, 2003) permettent aux chercheurs et aux chercheuses d'avoir accès aux processus de subjectivation engagés dans le travail grâce au rapport dialogique des professionnel·les à l'activité et aux affects.

La souffrance n'est pas un concept de la clinique de l'activité qui l'interroge au regard de ce qui émerge lors d'un « développement empêché ». Vis-à-vis de la psychanalyse, elle s'insère dans un parti pris politique et idéologique s'insérant dans la continuité de celui de Le Guillant et, à l'instar de Deleuze (2003), la clinique de l'activité reproche à la psychanalyse le caractère déterministe de l'inconscient ainsi que son versant commémoratif dans l'analyse. Pour Deleuze l'inconscient est un objet de production, il insiste sur les puissances de l'impersonnel dans la mobilisation subjective. Pour Yves Clot, le concept de transpersonnel est plus précis, et s'insère plus justement dans la pensée bakhtienne et vygotkienne : « c'est bien à la production de cet objet transpersonnel inachevable que s'attelle une clinique de l'activité » (Clot, 2015, p.240). En effet : « la mobilisation subjective au travail est adressée à un *sur-destinataire*, à quelque chose d'autre et pas seulement à quelqu'un d'autre. [...] l'instance transpersonnelle du métier [...] c'est le répondant collectif de l'activité personnelle » (Clot, 2015, p.229). Pour le dire simplement, c'est l'histoire collective que chacun poursuit en y intégrant la sienne. Le concept de *genre professionnel* (Clot & Faïta, 2000) contient une mémoire transpersonnelle, c'est le sur-destinataire de l'effort. Ainsi « faire son métier », ne se réduit pas à accomplir une tâche mais aussi éprouver les limites du métier et à contribuer personnellement à son histoire.

Centralité du travail et hybridation du savoir en psychodynamique du travail

L'initiateur de la psychodynamique du travail est Christophe Dejours, médecin psychiatre, psychanalyste formé à l'ergonomie. Il investit les recherches dans le champ de la

psychopathologie du travail et participe aussi à celles menées en ergonomie au CNAM avec Alain Wisner. En rompant avec le champ médical de la psychiatrie et sa méthode causaliste, il inscrit la psychodynamique du travail dans les sciences humaines et sociales, en psychologie clinique et dans une approche compréhensive. À partir de là, la rencontre entre les hommes, les femmes et l'organisation du travail n'est plus uniquement guidée et lestée par des conséquences néfastes et des contraintes inexorables. Les travailleurs et les travailleuses ne sont pas passifs face aux souffrances générées par le travail et peuvent même participer activement aux situations qui leur sont délétères. Cette considération marque de nouveau l'éloignement avec l'hypothèse causaliste qui se déploie dans le domaine de la pathologie professionnelle représentée par la médecine du travail des années 1970, puis dans les grandes luttes contre les cancers causés par l'amiante, ou encore l'exposition aux radiations dans les centrales nucléaires, par exemple. La « dynamique » porte l'accent sur ce qui se passe subjectivement, individuellement et collectivement, lors des tensions inhérentes à la rencontre entre l'histoire singulière des sujets et l'organisation du travail, échappant ainsi à la loi du nombre. De la psychopathologie à l'approche psychodynamique du travail, Dejours parle d'un « renversement épistémologique ». La centralité du travail dans la vie des hommes et des femmes est la thèse principale qui soutient notre approche. Laissant pour compte la posture réfractaire de Louis Le Guillant à penser le plaisir au travail. « Le travail joue un rôle central, énigmatique et généralement sous-estimé dans nos vies, mais on ne peut l'incriminer seul de tous les maux sans réduire de façon absurde et peut-être aggravante les dimensions du drame humain. D'où la nécessité d'une théorie du sujet associant le plaisir et la souffrance non seulement aux situations sociales qui les accentuent, mais à leurs sources internes dans la psyché » (Molinier & Pheulpin, 2014). Ce renversement éclaire la façon dont la psychodynamique retravaille avec la sublimation et plus largement la théorie psychanalytique pour s'emparer d'une des butées de la psychopathologie du travail des années 1950, à savoir l'engagement subjectif au travail. La psychodynamique entend en retour « interroger la psychanalyse sur elle-même à partir des questions soulevées par la clinique du travail » (Dejours, 2015, p.256). Cette requête pour une centralité du travail s'adresse en retour à la psychanalyse : quelle place accorde-t-elle au travail ?

En 1980, Christophe Dejours publie l'ouvrage *Travail : usure mentale*. Il y rassemble les théorisations et les expériences acquises antérieurement par les enquêtes menées avant 1978 dans l'industrie automobile, les cimenteries, le bâtiment, les travaux publics, la chimie et l'armée. L'ouvrage est censé « clore le chapitre de ses recherches dans le domaine du travail.

*Mais le livre, rapidement traduit au Brésil, y rencontre un vif succès, tandis qu'en France, est créée en 1983 une association, l'AOCIP, qui vise à relancer la recherche dans le domaine de la psychopathologie du travail » (Molinier, 2014a, p.333). Même si l'appellation « psychodynamique du travail » n'apparaît qu'en 1993, celle-ci trouve son origine dès la première publication de *Travail : usure mentale*. Ensuite, entre 1980 et 1993, deux espaces contribuent à ses fondations : l'AOCIP (Association pour l'ouverture du champ d'investigation psychopathologique) réunissant 7 praticiens de spécialités différentes, puis le PIRTTEM (Programme interdisciplinaire de recherche sur le travail, la technologie, l'emploi et les modes de vie) en 1987. Le séminaire « Plaisir et souffrance au travail » soutenu par le PIRTTEM rassemble des chercheurs et chercheuses en psychiatrie (Adolfo Fernandez-Zoila, Philippe Godard), en histoire sociale (Alain Cottureau), en sociologie de l'éthique (Patrick Pharo), en sociologie (Nicolas Dodier et Carpentier-Roy), en sociologie des rapports sociaux (Danièle Kegoat et Helena Hirata), en anthropologie (Serge Bouchard), en histoire (Alain Cottureau), en ergonomie (Dominique Dessors, François Daniellou et Catherine Teiger), en sociolinguistique (Josiane Boutet), en psychanalyse (Michel Tort) et en économie (Christian Le Gall du Tertre). La mise en place de ce séminaire intervient après la première publication de *Travail : usure mentale* (1980) et sert de creuset pour les remaniements de la seconde édition treize ans plus tard. C'est au cœur de ces confrontations que les fondements conceptuels se nuancent, se déconstruisent et que les futurs projets de recherche se construisent.*

Ainsi,

« située, par la médiation du travail, à une intersection stratégique entre psychanalyse et social, elle s'est construite en empruntant le collectif à la sociologie, le concept de métis à la psychologie historique, la corporéité à la phénoménologie, la sublimation à la psychanalyse, le concept de travail (réel/prescrit) à l'ergonomie, l'activité déontique à la sociologie morale, la reconnaissance à Hegel et l'Ecole de Francfort, la division sexuelle du travail à la sociologie des rapports sociaux de sexe, etc. Chacun de ces concepts a été, une fois emprunté, retravaillé et agencé de façon originale avec les autres en une « Théorie », au sens fort, nouvelle. La psychodynamique du travail a ensuite largement redistribué les concepts qu'elle avait revisités : pas de collectif en ergonomie avant la discussion avec la psychodynamique du travail ; la sociologie des rapports sociaux de sexe a repris l'idée du travail comme « production du vivre »

Pour autant elle n'est :

« ni une ergonomie ou une sociologie du travail, ni une psychanalyse appliquée au monde du travail. Ni additive, fusionnante, synthétique, ou parallèle, pour reprendre les mots de Devereux, mais non plus complémentariste, elle a fonctionné de façon très originale comme un échangeur entre disciplines, c'est-à-dire qu'elle s'est opposée aux nombreux binarismes et clivages disciplinaires en produisant un espace de mise en discussion critique –à partir de la centralité du travail dans la vie des sujets – dont ne devraient sortir indemne ni la psychanalyse, ni les sciences sociales. [...]. » (Molinier, 2014b, p.2)

Ces échanges l'aident à construire une « hybridation d'un ensemble de savoirs interdisciplinaires pour proposer une nouvelle théorie et d'autres modalités d'investigations » en psychologie (Molinier, 2014b, p.4) *In fine*, Dejours (2016) note que les débats interdisciplinaires, autrement dit cet engagement premier pour les confrontations avec d'autres disciplines, fait de la psychodynamique du travail une théorie difficile à maîtriser car composée de savoir-faire pratiques longs à transmettre.

La souffrance est première

« [...] lorsque j'étais interne débutant, il y avait un vieux malade russe, hospitalisé pour un cancer du poumon. Il avait un épanchement pleural qui aggravait beaucoup sa dyspnée et je décide de lui faire une ponction de plèvre. Comme je l'aimais beaucoup, je ne voulais pas lui faire mal et je lui injecte 1ml de Xylocaïne pour anesthésier la zone de ponction. Et voilà qu'il fait une réaction suraiguë au produit, un état de choc. Il se trouve que je l'avais pour cela fait descendre dans une salle de réveil. Les réanimateurs étaient à côté. Ils viennent à l'aide, l'intubent. Mais le bronchospasme est absolument invincible, malgré de fortes doses de corticoïdes. L'air est insufflé, mais ne passe pas dans les bronches. En quelques minutes il se transforme, par l'emphysème sous-cutané, en bibendum difforme. Il fait une fibrillation ventriculaire. On le choque. Une demi-heure de massage cardiaque. Rien n'y fait ! Il décède. J'ai tué mon malade. C'est une expérience horrible. C'est celle du réel. Le réel, c'est ce qui se fait connaître à celui qui travaille par sa résistance aux savoir-faire, aux procédures, aux prescriptions ; plus généralement ce qui se révèle sous la forme d'une résistance à la maîtrise technique, voire à la connaissance. Ici, le réel se révèle deux fois : pour moi qui,

en voulant soulager un malade, deviens cause de sa mort ; et pour les réanimateurs qui n'ont jamais compris l'invincibilité du bronchospasme. » (Dejours, 2009, p.26-27)

La souffrance est première, car c'est par la résistance au savoir des travailleurs et des travailleuses que le réel du travail se manifeste et s'éprouve au niveau du corps vécu sous la forme de l'inattendu, de ce qui ne devrait pas être. Le réel, au sens de Dejours, est source de souffrance, parce qu'il confronte à l'échec, à ce qui résiste à la maîtrise par les moyens conventionnels.

En psychodynamique du travail, la notion de souffrance s'ancre dans deux théories. Dans l'ici et maintenant, elle est envisagée comme un *drame vécu* au sens de George Politzer et ne peut se réduire ni à l'émotion, ni à l'angoisse. Elle s'éprouve par le corps vécu ou corps érotique qui ne doit se confondre au corps biologique (Dejours 2001). D'un point de vue psychanalytique, elle prend source dans les failles irrésolues de l'histoire infantile et parentale. Cet entre-deux théorique (Molinier, 2008), actualise la notion de souffrance en lui conférant une dynamique temporelle. Ainsi, la souffrance prend source dans l'histoire passée des sujets et celle-ci influence les manifestations de son actualisation. S'ajoute à cela, le prisme du *drame vécu*, qui convoque avec force la dimension actuelle du vécu des situations. Donc, le travail, en tant que théâtre, « offre un écho aux expériences antérieures de l'histoire de chacun » (Dessors & Schram, 2009). Au cœur de cette résonance symbolique potentiellement sublimatoire, le travail devient médiateur de la santé mentale et de la construction identitaire.

La psychodynamique du travail reprend, elle, une distinction importante en phénoménologie entre :

- le corps physiologique, celui qui fait ressentir le stress résultant des fonctions neurologiques et hormonales et,

- le corps érotique, celui qui éprouve, ressent, (se) dégoûte et qui n'est pas limité à la chair et aux os. Pour cette phénoménologie de la corporéité, Dejours emprunte au philosophe Michel Henry le concept de « corpspropriation ». Le travail vivant mobilise un corps-à-corps avec le réel du travail. On apprend par et à travers le corps et celui-ci est doté d'une intelligence qui s'imprègne des aspérités du bois pour le travailler comme de celles de la réalité pour réussir à accomplir la tâche. Par exemple, pour aiguiser un couteau, il ne s'agit pas seulement de connaître l'angle nécessaire au travail de chaque lame (soit 15°), il faut pouvoir expérimenter la posture permettant de trouver cet angle parfait entre la lame et le fusil à aiguiser.

« Travailler » c'est « trouver » c'est d'abord échouer, abîmer la lame, ressentir l'échec puis ajuster la position des mains tenant les outils, grandir l'appréhension du frottement en fonction de l'angle et de la force, c'est imprégner le corps de tous ces essais vers la réussite. « On peut montrer que pour trouver la solution, il faut établir une intimité avec la matière, l'outil ou l'objet technique, qui passe par l'engagement du corps subjectif dans sa totalité, dans son infrangibilité, dans son affectivité ; par un corps-à-corps avec le réel. L'analyse détaillée montre alors que le génie de l'intelligence qui trouve la solution pour surmonter le réel, ce génie qui se concrétise dans l'ingéniosité, est conféré par le *corps* [...] » (Dejours, 2013, p.5/20) : de l'échec qu'éprouve le corps naît l'intelligence, l'accomplissement. La corpspropriation est un accordage entre le sujet et le monde (Molinier, 2008).

En psychanalyse, les travaux de Rémy Reyre et Mi-Kyung Yi, sur *le corps handicapé comme paradigme du corps du sujet contemporain*, confirment l'existence de plusieurs corps : « un corps somatique, un corps psychomoteur un corps psychomoteur, un corps psychique, ou encore un corps machine, un corps identitaire et un corps étranger, etc. ; le corps serait donc par essence pluriel » (2021, p.50). La polysémie du corps enjoint un paradoxe : « ce corps n'est jamais réellement là où on le désire. À force de le délimiter, de le circonscrire, un contre-effet se produirait : il reviendrait de façon déformée et avec plus de vivacité, pour tenter d'effectuer un impossible travail de synthèse. Or, si ce travail de synthèse semble d'une certaine manière illusoire et contre-productif, le conflit pulsionnel se révèle, quant à lui, essentiel » (*ibid*). C'est à partir de l'expérience de ce conflit pulsionnel et des processus qui en découlent qu'une position subjective émane, autrement dit, cette dernière dépend de la dynamique des forces antagonistes.

Organisation, intelligences et coopérations au travail

S'appuyant sur la sociologie, la psychodynamique du travail, distingue aussi dans l'organisation du travail une *division technique du travail* (découpage de la tâche et attribution des postes et des rôles) et une *division sociale et hiérarchique du travail* (qui est responsable de qui, de quoi ; elle enjoint les modalités de coordination, d'évaluation et fixe l'autonomie). Néanmoins, « d'une organisation du travail qui réduit le temps et les moyens nécessaires à la sublimation des pulsions agressives, nous ne dirons pourtant pas qu'elle contraint les soignants au sadisme ou à la déshumanisation des soins. L'organisation du travail n'est pas une entité toute-puissante. Les gens ne sont pas des pantins agis par une organisation du travail marionnettiste » (Molinier, 2008, p.69).

Comme explicité dans la section précédente, le travail représente une épreuve qui est habitée par le désir du sujet. Pour combler l'écart entre le travail tel qu'il se prescrit et tel qu'il se réalise, les travailleurs et les travailleuses mobilisent une intelligence qui peut se catégoriser de deux façons différentes :

- L'intelligence pratique (Voir : Dessors, 2009) est au service de la production (*poiësis*) ; pour accomplir la tâche, elle n'hésite pas à emprunter des chemins de traverse et à transgresser (cf. les développements sur l'intelligence rusée ou la mètis (Détienne et Vernant, 1974). Le zèle, c'est la part d'investissement de chacun face aux imprévus de la réalité du travail. Lorsque les travailleurs et les travailleuses suivent stricto sensu les prescriptions du travail, la production s'arrête, c'est la grève du zèle.

-Une seconde intelligence vise l'action soit la *praxis*. Ici, « l'intelligence requise pour mettre ensemble les intelligences individuelles n'est plus seulement celle du corps aux prises avec le réel. Il faut ici faire place à la mobilisation de l'intelligence délibérative (*phronèsis*), qui s'hypostasie dans l'activité déontique, activité de production de règles » (Dejours, 2016, p. 81). L'intelligence délibérative se déploie lors des moments de discussion informelle du travail (pauses café, etc.). Les travailleurs et les travailleuses coopèrent grâce à des règles de métiers techniques, sociale, langagières et éthiques. Ces règles régissent l'art du métier, elles sont stabilisées par le collectif. L'existence de ces règles suggère l'existence d'un collectif et d'une coopération au travail.

Pour faire face aux contraintes à l'origine de l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, les travailleurs et les travailleuses coopèrent grâce aux règles de métier que stabilisent le collectif au travail. Mais l'apport le plus important de la psychodynamique du travail réside dans la découverte des stratégies collectives de défense (Molinier, 2008). La coopération au travail est une ressource collective pour la sublimation et la transformation de la souffrance en plaisir mais fonctionne aussi sur un mode défensif.

Dynamique souffrance plaisir au travail

La voie sublimatoire

Si « la souffrance est toujours au rendez-vous du travail vivant à cause de ce qu'il implique dans le registre de la confrontation au réel du travail » (Dejours, 2022, p.17), le plaisir advient secondairement par sublimation. La psychodynamique du travail entend prolonger la théorie de la sublimation de Freud (1933) pour développer une théorie du plaisir au travail. Au travers diverses enquêtes de terrain, la psychodynamique a montré que le domaine de la

sublimation ne se cantonne pas à celui de l'art, la science et la religion, celui-ci s'étend au travail ordinaire. De façon plus précise, concernant les activités socialement valorisées, Freud cite celles liées à l'art et la science comme relevant des performances les plus hautes de l'être humain, en opposant le premier au second. Les activités artistiques relèvent du principe de plaisir et les activités scientifiques du principe de réalité. Dans *Malaise dans la culture* (1929) le travail « ordinaire » cité en note de bas de page, montre que Freud ne l'exclut pas comme activité sublimatoire sans pour autant l'inclure dans le champ. Cette ambiguïté est relative à la caractéristique du libre choix déterminant dans la pratique d'une activité sublimatoire. Et la psychodynamique montre que la sublimation est présente dans le travail sous certaines conditions se logeant notamment dans les ressources du collectif et de l'organisation du travail.

La théorie du plaisir est actualisée à l'occasion du Colloque internationale de psychodynamique et psychopathologie du travail (CIPPT) d'octobre 2011. Dejours y rappelle les trois niveaux de sublimation de la souffrance, inhérente à l'expérience du réel du travail, en plaisir au travail :

-Le niveau poétique de la sublimation : pour cela, la psychodynamique du travail emprunte à la phénoménologie de Michel Henry (1987) le concept de « corpspropriation » pour expliquer que « travailler, c'est d'abord échouer, c'est ensuite avoir l'endurance à l'échec et à la souffrance, jusqu'à ce qu'enfin se forme une familiarisation avec le réel en cause » (Dejours, 2022, p.18). La temporalité est ainsi organisée : dans un premier temps le travail est *poésis* : production, dans un second temps, le corps apprend en endurant l'échec et procure un accomplissement de soi. Ici, la sublimation procure « le plaisir de découvrir les pouvoirs du corps, le plaisir d'aimer davantage son propre corps » (*ibid*, p.19).

-Le niveau déontique de la sublimation convoque les notions psychodynamiques de la reconnaissance à laquelle Christophe Dejours accorde une importance capitale. C'est par la reconnaissance du travail accompli que les investissements des travailleurs et des travailleuses dans l'effort pour pallier l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, se transforment en plaisir. C'est la rétribution financière mais aussi et surtout symbolique qui transforme les souffrances en plaisir au travail. La reconnaissance porte essentiellement sur le faire et non l'être, c'est-à-dire sur ce que fait la personne et non ce qu'elle est, sur les traits de sa personnalité. Elle s'obtient par le jugement de beauté de la part des pairs et le jugement d'utilité de la part de la hiérarchie. La reconnaissance au travail nécessite un environnement de travail favorisant et préservant la coopération horizontale et verticale. Le jugement de beauté atteste que le travail est accompli selon les règles de métier et « *relève de la délibération collective. Il*

passer par des règles de langage, des modes stricts d'énonciation, stabilisées en pratique langagière. Il requiert des accords fixant les manières de faire qui sont les règles techniques et des accords dans le registre professionnel » (Molinier, 2008, p.142). Pour cela, le travail nécessite d'être réalisé dans les règles de l'art. Par ailleurs, le jugement de beauté reconnaît aussi l'innovation, l'authenticité et l'originalité de l'œuvre en lien avec l'identité singulière du sujet. Le jugement d'utilité est délivré par la hiérarchie, il atteste des contributions à l'élaboration de l'organisation du travail (primes, avantages, augmentations etc..). Un défaut dans la dynamique de la reconnaissance interroge d'une part, la coopération au travail, car les jugements de beauté et d'utilité impliquent la dynamique des relations entre collègues et entre collectifs et d'autre part, « *la capacité collective de rendre les jugements de beauté et d'utilité les moins contradictoires et les plus congruents possible, ce qui n'est pas donné* » (Molinier, 2008, p.142).

En 2022, Dejours rappelle que la reconnaissance, en tant que modalité d'évaluation s'oppose au modèle de l'évaluation individualisée des performances satisfaisant ou non les critères de mesurage des gestionnaires. Ici, l'évaluation assigne une valeur à une prestation de travail : « les jugements résultent de débats, de discussions, de controverses, avec les collègues de travail, au cours desquels la prestation de travail est mise au jour, est rendue visible, et fait l'objet de justification par le travailleur lui-même qui l'a produite » (Dejours, 2022, p. 20-21). Ainsi, l'activité déontique, c'est-à-dire l'activité collective de production des règles de travail, de métier ainsi que l'éthos de chaque métier, est indispensable à la psychodynamique de la reconnaissance.

-Le niveau sociétal de la sublimation implique une coopération dite transverse en prenant en considération l'impact de son travail sur l'autre. En ce sens l'autre est surtout extérieur·e à l'institution. La coopération transverse est évoquée par l'économiste Christian Du Tertre (2013). Ce niveau de sublimation passe par « le truchement d'une relation particulière, la relation de service, qui vise à créer les conditions d'une véritable coopération entre le prestataire et le bénéficiaire, dont la dynamique, qui peut parfois être très complexe, est pourtant parfaitement analysable » (Dejours, 2022, p.23). Concernant l'exemple de la coopération transverse pour les comédiens, elle se déroule entre « acteurs et spectateurs [et] nécessite de la part des comédiens une perception fine des réactions de ces derniers, ce qui permet de s'y adapter. Cette perception, qui varie selon la configuration du plateau et de la salle, constitue un élément important des discussions. Le corps sensible y est impliqué tout entier. La vue joue un rôle important lorsque le dispositif scénique, en particulier la lumière des projecteurs, n'éblouit

pas les acteurs. « On voit tout ! » explique l'un d'eux. « Dès qu'y en a un qui baille, on le voit. » (Potiron, 2017, p.166). Dans le cadre de la sublimation du travail hospitalo-universitaire, le plaisir au travail nécessite alors une attention particulière portée sur l'organisation du travail favorisant la coopération entre l'équipe médicale, le patient ou la patiente et sa famille.

Par ailleurs, le niveau sociétal de la sublimation ne doit pas se confondre ni avec la reconnaissance au travail, ni avec la gratitude : « *la reconnaissance des usagers* » (Molinier, 2008, p.146). Cette distinction est importante car la seconde ne devrait pas se substituer à la dernière. Lorsqu'un défaut de reconnaissance du travail se comble par la gratitude des personnes vers lesquelles le service se dirige (les élèves, les malades, la clientèle etc.), les travailleurs et les travailleuses surinvestissent ces relations dans une attente dont l'adresse est dirigée ailleurs.

La voie défensive individuelle et collective

La psychodynamique du travail a découvert que les travailleurs et les travailleuses font appel à des stratégies défensives individuelles ou collectives contre la souffrance. On parle de stratégies, pour souligner la dimension intentionnelle de ces conduites qui sont des construits psychosociaux et non des « mécanismes » qui se déclencheraient automatiquement face à certaines contraintes. Pour exemple, l'auto-accélération générée par l'activisme est une stratégie individuelle de défense qui utilise la voie comportementale comme défense. Lorsqu'on étudie l'activisme comme défense contre la souffrance venant du travail, les contraintes de travail sont premières « les cadences infernales imposées par le travail répétitif sous contrainte de temps, mais aussi l'intensification du travail sous l'effet des nouvelles formes d'évaluation individualisée des performances, aussi bien chez les ouvriers que chez les techniciens ou les cadres [...] » (Dejours, 2004, p.28). Au sein même des procédés auto-calmants, une part du sujet consent à rétrécir la subjectivité. La répression pulsionnelle les rend de plus en plus opératoires et fait barrage à la mentalisation. Le risque étant l'« assèchement intellectuel », la perte de créativité et de rapport au monde (Molinier, 2008).

En outre, la rationalisation défensive accompagne souvent les modalités protectrices des stratégies défensives, empêchant ainsi une issue élaborative aux conduites défensives. Ainsi, qu'elles soient collectives ou individuelles, « les défenses sont nécessaires pour la santé mentale, mais présentent l'inconvénient de générer des distorsions de la communication en empêchant de penser à ce qui fait souffrir et qu'il faudrait pouvoir transformer » (*ibid*, p.195).

Les stratégies collectives de défense se construisent à partir des contraintes spécifiques des situations de travail. Elles nécessitent le partage d'un univers symbolique entre les membres du collectif de travail, et s'insèrent dans une culture de métier. Ainsi, dans les stratégies contre la peur, la maîtrise du danger via les stratégies collectives de défenses est symbolique, cela ne modifie aucunement les risques et les conduites s'y rattachant ne sont intelligibles que du point de vue de la préservation de la santé mentale, autrement dit, elles ne s'identifient pas à la rationalité morale pratique. Par exemple, si on essaie d'analyser les conduites en salle de garde (projectile contre le mur, battue, obscénité, etc...), en suivant le raisonnement moral pratique, on se retrouve vite à trouver ces lieux de débordement absurdes, insensés et moralement répréhensibles, nuisant l'image des médecins et de l'hôpital. Mais si on l'étudie du point de vue de ce qui articule le travail et la santé mentale, ces conduites ont permis à certains collectifs d'internes et de médecins de tenir au travail¹⁴.

Les stratégies collectives de défense sont à la fois fragiles et complexes, pour être cohérentes, elles nécessitent la participation de tous les membres du collectif. En d'autres termes, elles « fédèrent les efforts de tous pour se protéger des effets déstabilisateurs pour chacun de la confrontation à des risques qui sont, pour une part, les mêmes pour tous les membres du collectif de travail » (Dejours, 2009, p.60) ».

En premier lieu, les conduites maintenant le déni de perception du danger ont été révélées à partir de collectif de travailleurs du bâtiment, soit les métiers à risques masculins. Lorsqu'elles s'inscrivent dans un environnement originairement ou majoritairement masculin, le renversement symbolique est associé à l'idéologie virile et pour s'objectiver nécessite de s'incarner dans des actes bien souvent que le sens moral réproche ou choquant pour l'œil du profane. Les mécanismes des stratégies collectives de défenses précisément viriles s'articulent autour d'un ensemble de conduites collectives exaltant les signes de courage, interdisant l'expression des vulnérabilités, soumettant les novices à l'initiation et les sélectionnant sur la base de leur participation aux stratégies défensives. Ce système nécessite aussi la coopération de la famille et engage une compréhension différente des addictions (Molinier, 2008).

« Ces stratégies associent en général des conduites paradoxales de prise de risques, une indiscipline vis-à-vis des mesures de prévention et de sécurité, des interdits sur l'expression publique de la peur de la souffrance, la contrainte à participer à des conduites ostentatoires de mépris et de provocation vis-à-vis du

¹⁴ L'élucidation des conduites insolites en salles de garde fait l'objet d'une des sections de la partie 3.

risque et d'exhibition des signes extérieurs du courage, de la résistance à la souffrance, de la force, de l'invulnérabilité et de la virilité. L'analyse de chacun de ses éléments constitutifs montre que ces derniers sont tous vectorisés par la volonté de renverser symboliquement la position subjective par rapport au risque. De victime impuissante et passive exposée au risque, la position subjective est renversée par des attitudes de défi, de provocation et de dérision grâce auxquelles est affirmée la maîtrise de la situation et [est] réalisée une euphémisation collective de la perception du risque. Enfin de compte, il apparaît que les stratégies collectives de défense mettent en place un déni collectif de perception du risque, grâce auquel il est possible de ne pas penser à ce dernier pendant le temps de l'activité dangereuse. On peut montrer que sans ce déni de perception il serait difficile, voire impossible, de poursuivre l'activité et de mener la tâche à bien. » (Dejours, 2009, p.61)

Pas toutes les stratégies collectives s'articulent autour de l'idéologie de la virilité. Danièle Kergoat et Helena Hirata (1988) introduisent la question du genre dans les débats interdisciplinaires : « d'une théorie androcentrée de la souffrance et du plaisir dans le travail, on est alors passé à une théorie de la souffrance et du plaisir des hommes, en assumant que les connaissances produites pour comprendre leur situation subjective n'étaient sans doute pas valides pour interpréter la situation subjective des femmes » (Molinier, 2000a, p.27). Les travaux de Pascale Molinier (1997a, 1997b), sont les premiers apports psychodynamiques du travail féminin, ils théorisent la coopération dans les métiers féminisés à partir du travail des infirmières. On peut donc s'attendre à trouver à l'hôpital des stratégies différentes, voire contradictoires, selon les métiers. L'analyse psychodynamique met en lumière certaines raisons pour lesquelles on ne s'est pas vraiment intéressé à l'articulation spécifique du travail féminin et de la santé mentale:

« une part importante du travail féminin est enfouie dans la féminité socialement construite. Les caractéristiques psychologiques, les "traits de personnalité" ou les "aptitudes" classiquement considérés comme naturellement féminins sont des savoir-faire et des habiletés issues de remaniements psychiques *secondaires* au travail et qui impliquent en réalité une somme d'expérience, d'intelligence rusée et de coopération entre infirmières [...] La féminité n'est pas une essence, mais un travail ! » (Molinier, 2000a, p. 27-28).

La compassion des infirmières (en d'autres termes leur sensibilité à la souffrance d'autrui) n'est pas un trait de caractère, « il s'agit d'un remaniement secondaire, d'une modification de la subjectivité par le travail ». Puis l'expérience stabilise la compassion et celle-ci devient authentique (Molinier, 2000b, p.55). L'efficacité de ce travail mobilisé par la compassion réside dans sa discrétion. Le savoir-faire compassionnel est discret et il respecte les non-dits de la virilité des chirurgiens. Par exemple, Pascale Molinier montre que les infirmières du bloc anticipent les gestes opératoires en tendant les instruments au moment opportun. Elles transmettent aux novices les connaissances acquises au contact des chirurgiens et des chirurgiennes expérimentées : « sans que les novices aient besoin d'exprimer leurs doutes et leurs incertitudes » (Molinier, 2002, p.9)¹⁵, les instruments tendus anticipent les étapes de l'intervention.

Le déni de la vulnérabilité est incompatible avec le métier d'infirmière « dans la mesure où nier leur propre vulnérabilité rend les infirmières insensibles à la souffrance des malades, mettant en péril l'efficacité et le sens du travail » (Molinier, 2006, p.258). Les infirmières discutent du travail et n'oppose pas de déni à la souffrance du travail. À l'inverse, se moquer de ses propres faiblesses, de ses propres échecs, est inconcevable dans la perspective virile » : c'est la sexuation des défenses (*ibid*, p.249). Les discussions entre infirmières parfois choquantes dédramatisent les situations, évoquent leurs émotions, leur sentiment etc... Les stratégies collectives de défense utilisent la dérision et surtout l'autodérision : « l'aveu de vulnérabilité est congruent avec la féminité.

Hypothèses de recherche

3 hypothèses articulent l'approche psychodynamique du travail à l'internat en médecine :

- La disparition des salles de garde annoncerait un fléchissement des fonctions de l'internat en médecine et un déclin dans l'accompagnement des internes en médecine. C'est ce qui expliquerait en partie l'augmentation de la souffrance actuelle des internes en médecine.
- Même si, et cela en raison des effets neutralisant la pensée, les défenses collectives viriles empêchent les discussions et le changement dans l'organisation du travail, elles permettent de maintenir l'engagement au travail. La coopération au travail pendant l'internat en

¹⁵ Le fichier téléchargeable sur Journal.Open.Editions page de 1 à 16, mais la pagination de la référence de l'article est : 565-580

médecine avec les médecins permettrait le passage de stratégie individuelle de défense déployée pour réussir les 6 premières années d'apprentissage théorique et livresque aux stratégies collectives de défense spécifiques aux situations de travail médical. Pour le dire autrement, travailler avec les médecins dans un esprit de compagnonnage permettraient aux internes d'acquérir les règles défensives permettant de ne pas être paralysé·es par la peur de l'erreur ou les vulnérabilités inhérentes au travail clinique, autrement dit, au corps à corps avec les malades.

- Le fléchissement sus-décrit, devrait quand même être pallié par l'intégration des internes en médecine dans les équipes. Celle-ci dépendrait des discussions au sein des espaces de délibération collectives dans les services mais aussi au sein même du corps médical. Si la présence renouvelée des internes rythme le soin hospitalo-universitaire tous les six mois, quelles sont les règles collectives régissant le compagnonnage médical déontologiquement prescrit par l'article Article R4127-68-1 du code de la santé publique ?

Être affectée, d'une demande à l'autre.

« Or, entre des gens également affectés parce ce qu'ils occupent telles places, il se passe des choses auxquelles il n'est jamais donné à un ethnographe d'assister, on parle de choses dont les ethnographes ne parlent pas, ou bien l'on se tait, mais c'est aussi de la communication. En expérimentant les intensités liées à telle place, on repère d'ailleurs que chacune présente une sorte particulière d'objectivité : il ne peut s'y passer qu'un certain ordre d'évènements, on ne peut être affecté que d'une certaine façon ». (Favret Saada, 1990, p.7)

La trajectoire de cette recherche entière est marquée de deux temps forts suivis tous deux par la mise en place d'une démarche commune. Qu'il s'agisse de la demande des internes dans les salles de garde ou celle des PU-PH, représentée par Thierry Baubet : la recherche doctorale poursuit une enquête de terrain déjà ficelée et éprouvée dès la première demande. Daniel Cefaï, d'orientation sociologique écrit : « Enquêter sur le terrain, c'est savoir se mettre au diapason avec d'autres corps avec lesquels interagir et co-agir, et trouver sa place, moyennant des formes d'usage, de routine et d'habitude, et souvent de tact – cette faculté d'appréciation de la pertinence et de la convenance de manières de faire en situation » (2006, p.33). Or, bien avant le choix d'ancrage épistémologique, l'une des conditions des médecins et des internes d'accès de la recherche a été celle de partager leur quotidien et, d'être écouté·es voire entendu·es de façon plus fragrante pour les internes et plus feutrée pour les médecins.

Mais il a surtout été question, pour reprendre les propos de Jeanne Favrat-Saada en exergue, de prendre la place qui m'était donnée. Le terrain de l'internat en médecine laisse peu de choix dans la rencontre avec sa population. Tous les dispositifs de santé mentale témoignent d'une absence notoire du corps médical, les médecins choisissent l'entre-soi, dont on peut penser qu'il est muré par leurs propres défenses collectives pour ne pas penser ni réellement bousculer ce qui leur serait source de souffrance au travail. Et cela se comprend, tant ce qu'ils et elles ont à accomplir est peu commun et nécessite des aménagements spécifiques mais tout aussi fragiles. Dans le petit traité *De la bienséance*¹⁶, d'Hippocrate et son serment, l'éthos du médecin est décrit comme celui d'un bon médecin devant aussi être un philosophe. Hippocrate commençait d'abord par décrire l'attitude qu'il devait avoir pour éviter le blâme et être de bon renom :

« La sagesse, on la reconnaîtra à ces traits : point d'arrangement étudié, point d'affectation, un vêtement plein de bienséance et de simplicité, fait non pour le luxe, mais pour la bonne opinion, pour la gravité, pour un esprit qui se ramène en soi-même, et pour la marche [...] Tels ils sont dans l'apparence extérieure, tels ils sont en réalité : sérieux, sans recherche, sévères dans les rencontres, disposés aux réponses, difficiles dans les contradictions, pénétrants et parleurs dans les concordances, modérés envers tous, silencieux dans les troubles, résolus et fermes pour garder le silence, bien disposés pour l'opportunité¹⁷ » (Salem & Hippocrate, 1999, p.41-42).

A cela s'ajoute, le calme et les encouragements qui reviennent aux malades ainsi que les réprimandes et la sévérité en cas de nécessité. Mais attention : « il aura la physionomie réfléchie, sans austérité ; autrement il paraîtrait arrogant et dur ; d'un autre côté, celui qui se laisse aller au rire et à une gaieté excessive est regardé comme étranger aux convenances ; et cela, il faut s'en préserver soigneusement) (*ibid*, p.45). Ensuite, le médecin doit toujours avoir de bonne couleur et de l'embonpoint évitant toutes attitudes et apparences vulgaires. Son état doit plaire et donner confiance aux malades. Puis Hippocrate conseillait sur la disposition de l'officine notamment l'orientation de la lumière, facilitant l'accueil du malade et le préservant d'une situation trop exposée ou trop exposante. Le médecin de renom devait à tout prix avoir

¹⁶ Traité qui arrive tardivement, autour du II^e siècle av J.-C.

¹⁷ Le *kairos* traduit par opportunité est une notion esquissée par Aristote et peu développée, mais déterminant en médecine, pour Hippocrate que la médecine est de mesure fugitive, elle n'a parfois que peu de temps pour agir et « celui qui le comprend a là un point fixe, et il sait quelles sont les réalités et les non-réalités dont la connaissance constitue la mesure en médecine ; c'est-à-dire que les purgatifs deviennent non purgatifs [...] » (Hippocrate &, 1999, p.76)

une image convenable et représenter la figure d'autorité nécessaire pour incarner l'art médical.

L'éthos de l'art médical était entièrement défini par l'image d'un homme médecin philosophe exerçant dans son officine. Cet éthos est constitué d'un ensemble d'agir, de prescription fomenté par un langage scientifique professionnel non réduit à la responsabilité médicale mais relatif à son autorité et conférant le zèle nécessaire pour convertir les malades à la croyance médicale (Balint, 1988). Ce zèle déborde « la fonction apostolique du médecin » et se retrouve au cœur de la critique de Balint. D'Hippocrate à Balint, les descriptions issues de l'éthos médical est réduit à celui des médecins de villes or, actuellement, ce milieu rassemble un ensemble de métier partageant cet éthos mais surtout son apprentissage. D'un côté Balint accepte la part de paternalisme médical nécessaire à la conversion et à la guérison des malades mais d'un autre côté il pointe la formation hospitalo-universitaire des médecins dépourvue de formation psychologique et révélant un corps qui se défend de devoir s'y former alors même que le travail médical est éminemment psychologique.

La trajectoire de la recherche réussit (en même temps qu'elle est invité à le faire) à accéder aux internes et aux médecins par épreuve. D'abord en évitant l'offense, la peur ou le découragement dans les salles de garde c'est-à-dire en respectant les conduites dites insolites et en déployant une réserve sur l'histoire à raconter pour ne pas les nuire et attenter à leur fonction apostolique puis ensuite, en partageant leur quotidien de travail dans les services.

Les médecins constituent une catégorie socioprofessionnelle connue comme indisponible au partage de leurs émotions et de leur vécu, la condition d'accès à cela, a été d'être moi-même embarquée dans, et affectée par, leur quotidien. À ce sujet, pour décrire sa méthodologie ethnographique sur la sorcellerie dans le Bocage, Jeanne Favret-Saada écrit :

« quelques réflexions sur la façon dont j'ai obtenu mes informations sur le terrain : je n'ai pu faire autrement que d'accepter de m'y laisser affecter par la sorcellerie, et j'ai mis un dispositif méthodologique tel qu'il me permette d'en élaborer après coup un certain savoir. Je vais montrer en quoi ce n'était ni de l'observation participante, ni surtout de l'empathie » (Favret-Saada, 1990, p.4).

Même si les terrains investigués sont presque diamétralement opposés, je m'affilie à Jeanne Favret-Saada, lorsque j'écris que je me suis laissée affectée par l'internat en médecin et sa population. L'observation non participante y était d'emblée proscrite et devait tout au plus devenir une observation *in situ* voire *in vivo*. Dans les salles de garde, la différence entre ces deux états est définie par le degré d'engagement du corps et l'assiduité aux fêtes organisés.

Paradoxalement, c'était les personnes étrangères à la médecine, dénommée « parasites » (et dont je faisais partie) qui me formulaient une obligation d'engagement et de présence alors même que les internes et les médecins n'y accordaient aucune importance. Pour « être affectée », il fallait respecter un minimum de règles collectives en salle de garde. Prendre une place d'observatrice a nécessité un cadre « poreux » et adaptatif. C'est en cela que la méthode immersive est le gage de l'engagement de la recherche et elle a permis l'intégration dans ce milieu. Comme trait distinctif de sa théorie de l'ethnographie, Favret-Saada dit qu' « elle suppose que le chercheur tolère de vivre dans une sorte de schize. Selon les moments, il fait droit à ce qui, en lui, est affecté, malléable, modifié par l'expérience de terrain ; ou bien à ce qui, en lui, veut enregistrer cette expérience, veut la comprendre, en faire un objet de science » (Favret-Saada, 1990, p.9). Cette « malléabilité » a été une condition d'émergence de la confiance des internes et des médecins ces sept dernières années. *Primum non nocere* était un principe tacite de prudence que nous avions en commun avec la population du terrain. De mon côté, toutes les rencontres et les observations des conduites passaient par le filtre rigoureux de la démarche compréhensive.

Pour Cefaï, « la tête de l'ethnographe doit toujours « fonctionner en double régime » : d'une part prendre au sérieux les dires des enquêtés, les croire sur parole, respecter ce qu'ils disent [...] d'autre part, se livrer à un exercice du soupçon, s'interroger sur les coulisses de ce qu'on lui laisse voir et entendre : effets de position et de disposition, symptômes de logiques pulsionnelles ou expressions de conflits d'intérêt – mais toujours du point de vue des acteurs qui ont leurs propres procédures de mise en perspective » (2005, p.38). Il a été difficile d'avoir conscience de cette posture, dans la recherche, en étant affectée et dans une schize immersive, à l'instar de ce que raconte Favret-Saada dans le *corps pour corps* ethnographique, il a fallu lâcher l'intention de production de connaissances sans s'y résigner pour être affectée : « Comme on le voit, qu'un ethnographe accepte d'être affecté n'implique pas qu'il s'identifie au point de vue indigène, ni qu'il profite de l'expérience du terrain pour se chatouiller le narcissisme. Accepter d'être affecté suppose toutefois qu'on prenne le risque de voir s'évanouir son projet de connaissance » (1960, p.7). Toutes les journées immersives ont été très différentes les unes des autres, et je me laissais autant que possible guidée par la population rencontrée sans forcément pouvoir cloisonner les observations ou en soupçonner les coulisses. Cela a eu un coût non négligeable dans le processus d'écriture, car il a fallu retrouver le projet de connaissance, sortir de l'immersion et récupérer tout le matériel clinique pour en faire un projet d'écriture et constituer une histoire analysée qui puisse être lue et multi-adressée.

« À l'époque, je ne savais d'ailleurs pas trop pour qui ou pour quoi je voulais pouvoir comprendre, pour moi, pour l'anthropologie ou pour la conscience européenne. Mais j'organisais mon journal de terrain pour qu'il serve plus tard à une opération de connaissance, mes notes étaient d'une précision maniaque pour que je puisse, plus tard, réhalluciner les événements et alors, parce que je n'y serais plus « pris », mais seulement « reprise », éventuellement les comprendre » (*ibid*, p.6). L'émergence d'une trajectoire de demande est un des éléments qui m'a aidée à ne pas perdre de vue la temporalité de la recherche. Par ailleurs, plus qu'une organisation du journal, il a fallu trouver des techniques pour me déprendre des immersions. Il était difficile à la fin de certaine journée de décrire ce qui s'y était passé, j'ai utilisé des photographies figeant certains temps clés, j'enregistrais des vocaux personnels pour me raconter la situation de travail mais dans bien des cas, je me laissais affectée sans chercher à lutter pour répondre à l'objectif des descriptions détaillées, car c'était aussi un des aménagements psychiques me permettant de repartir sur le terrain le lendemain, de maintenir mon propre engagement dans la recherche. Je n'étais pas une interne, mais le passage par les salles de garde, les connaissances acquises de l'histoire de l'internat et la sensibilité dans la communication avec cette population et leurs aînés (réparties, joute verbale, pensée opératoire, calcul rapide des enjeux d'une discussion etc.) ont servi l'incorporation d'un ethos pour l'immersion. Par ailleurs, j'étais doctorante et c'est aussi ce statut qui permettait aux médecins d'avoir confiance en ma recherche dirigée par deux professeur·es des universités reconnues dans leur discipline. Il fallait que les médecins et les internes aient confiance en ma recherche. Et ce sont toutes les étapes par lesquelles la recherche est passée qui ont servi d'étayage.

Pour finir, Favret-Saada écrit : « en fait, ils exigeaient de moi que j'expérimente pour mon compte personnel – pas celui de la science – les effets réels de ce réseau particulier de communication humaine en quoi consiste la sorcellerie. Autrement dit : ils voulaient que j'accepte d'y entrer comme partenaire, et que j'y engage les enjeux de mon existence d'alors » (*ibid*, p.5). Après-coup, je me rends compte que j'ai engagé sept ans de ma propre existence pour la recherche sur l'internat en médecine. La thèse est aussi et sûrement un instrument qui rend compte jusqu'où, le terrain a pu m'embarquer. Bien heureusement, le manuscrit de thèse a été un moyen juste me permettant de récupérer une pensée réflexive et plus subjective. Il met un point final à ce long parcours et ouvre les portes vers d'autres horizons.

Des étapes et démarches

Méthode combinée, objectifs

J'ai donc eu accès aux internes en médecine par une méthodologie de recherche qualitative qui s'est construite au contact du terrain. Un terrain circonscrit aux services hospitaliers pour cette recherche doctorale mais qui, replacé dans le parcours de la recherche, appartient à celui de l'apprentissage et au travail médical au même titre que les salles de garde à une certaine époque. En 2008, Arborio produit un ouvrage intitulé : *Observer le travail : histoire, ethnographie, approches combinées*. Selon elle, observer le travail

« suppose donc l'observation directe de pratiques, le recueil de paroles en situation et la collecte d'objets produits pas le fonctionnement social en dehors de la sollicitation du chercheur. L'entretien s'ajoute à cela pour recueillir une formulation par les interlocuteurs du sens qu'ils donnent à la situation dans laquelle ils s'inscrivent, mais il ne peut suffire à lui-même. Dans tous les cas la réflexivité est de mise, par laquelle l'ethnographe effectue une déprise de son matériau en veillant à ne pas s'abstraire à lui-même du terrain qu'il analyse, et en essayant de comprendre en quoi les conditions de l'enquête pèsent sur la construction des matériaux. » (Arborio, 2008, p.13).

Dans le cadre de la recherche doctorale, et comme explicité plus haut, la déprise et la réflexivité ont été possibles *a posteriori*. Par ailleurs, la méthode combinée s'étaye sur les compréhensions précédentes, elle s'est constituée d'immersions prolongées issues de l'ethnographie et d'entretiens semi-dirigés et a engagé les objectifs suivants :

- Recueillir des détails sur l'organisation du travail, sur le vécu du travail et des situations d'apprentissage pour observer et co-construire le sens du compagnonnage médical
- Questionner en immersion pour avoir le plus d'informations discursives sur les situations de travail dans l'action.
- Cibler les ressources et le vécu du plaisir au travail pendant les entretiens par une demande d'explicitation mais aussi une incitation à l'illustration par les anecdotes
- Procéder au maximum à une validation des observations pendant les entretiens
- Croiser pendant le terrain, les observations dans les services avec les propos en entretien

L'approche comparative (De Verdalle, Vigour et Le Bianic, 2012) dans la thèse est envisagée grâce aux six services investigués. L'accès à ces services offre à la recherche un croisement des données cliniques et propose d'aller plus loin qu'une production unique et linéaire d'études monographiques propres aux équipes soignantes de chaque service. La comparaison n'empêche pas pour autant de faire émerger « la singularité des cas étudiés » (De Verdall & al., p.13). Comparer ce qui se passe dans les services a permis de rendre visible des phénomènes dont les processus étaient silencieux dans un service et plus saillants pour un autre. Par exemple : en quoi l'organisation du travail d'un service rend plus visible les enjeux d'accueil, d'accompagnement et d'intégration des internes en médecine au sein des équipes soignantes ?

Concernant la phase exploratoire

Tout d'abord, pendant cette phase exploratoire, j'expérimentais ma posture immersive. Je jugeais le contact avec les internes et les autres soignant·es, l'acceptation de ma présence dans l'équipe et pendant les visites, les réactions des patients à ma présence ainsi que ma capacité à suivre le rythme journalier des internes dépassant souvent 10 heures. Le passage d'un premier service à un autre a fait partie de la phase exploratoire. En effet, cette première phase a permis de décider si les observations allaient se limiter qu'au service des urgences psychiatriques. Au premier trimestre de 2019 plusieurs événements ont confirmé la nécessité d'aller à la rencontre des autres équipes soignantes :

- Les urgences psychiatriques sont des vacations tenues par les médecins et les internes en psychiatrie rattaché·es à d'autres services de psychiatrie de l'hôpital. Les internes en psychiatrie m'ont rapporté, que les urgences n'étaient pas représentatives du travail de leur spécialité et de ce qui les a poussé·es à choisir la psychiatrie.
- Les observations aux urgences devenaient une charge mentale trop importante. Les cas psychiatriques et d'urgences générales étaient sévères. Un aide-soignant des urgences me rappelle qu'« ici de toute façon, c'est la cour des miracles ». Il devenait salvateur pour la recherche et pour ma propre économie psychique d'aller investiguer les autres services : d'aller voir ce qui se passait ailleurs. Ce mouvement au sein des immersions fera plus loin l'objet d'une analyse théorico-clinique.
- J'ai stoppé les immersions aux urgences lorsqu'une femme y est entrée armée. Le médecin psychiatre - que j'étais parfois amenée à suivre - s'est entretenu avec elle

malgré la présence des forces de police encerclant les urgences et censées prendre le relai face à la situation risquée pour les patient·es et les soignant·es. Et cela m'a amené à m'interroger sur les risques en immersion. Après l'intervention à deux reprises du GIGN, j'ai arrêté les immersions aux urgences parce que je ne m'y sentais plus en sécurité.

Des immersions prolongées dans 6 services d'un GHU

Les immersions prolongées se sont déroulées sur l'un des sites d'un Groupe Hospitalier Universitaire (GHU) formant avec 5 autres GHU : l'AP-HP.

Le GHU en quelques chiffres

*6 pôles et 56 services dont 1097 lits

*4582 professionnel·les recruté·es dont 649 médecins seniors, 197 internes et 2941 personnels soignants dont 1024 infirmier·ères

*483 publications scientifiques

* 274 étudiant·es en médecine rattaché·es à l'USPN et à l'UFR de Pharmacie

*590 étudiant·es formé·es

*90 bénévoles et 37 jeunes volontaires en Service Civique

Plusieurs chefs de service ont été prévenus de la thématique et des objectifs méthodologiques de ma recherche. Les observations ethnographiques de recherche se sont déroulées entre décembre 2018 et Janvier 2021. J'ai accédé à différents services : aux urgences psychiatriques, au SAMU, aux urgences générales, à la neurologie, à la réanimation médico-chirurgicale et au service de chirurgie thoracique vasculaire. Le chef de service des Maladies infectieuses tropicales m'a donné accès à son service et s'est rétracté par sécurité dès les premiers cas de contamination du Covid-19.

Chaque journée immersive a fait l'objet d'une réécriture détaillée des événements rencontrés au sein d'un journal de bord. Chaque autorisation d'immersion a valu un entretien engageant une explication de la recherche et de ses objectifs avec les chefs de service. Un certain nombre de paramètres indépendant du cadre de ma recherche a dû être réuni pour accéder au travail des équipes soignantes. Ces paramètres dépendent entre autres, des manières de faire des chefs et de l'organisation de travail des services :

* En neurologie, le chef de service tenait à ce que les internes m'aient donné leur accord et qu'il soit décidé avec eux et elles de l'organisation des journées d'immersion. À la relance d'un second mail et en l'absence de retour, les immersions en neurologie se sont réalisées avec 2 internes qui changeaient de service la semaine suivante.

*Au SAMU un mail général a été envoyé à tout le personnel et les journées d'immersion ont été convenues avec la secrétaire. Ma présence au SAMU dépendait des places disponibles dans les camions. 3 places sont occupées à l'avant par l'ambulancier·ère, l'infirmier·ère, le·la médecin senior et 2 places sont disponibles à l'arrière pour l'interne et le·la stagiaire. Ma présence était conditionnée par les périodes de stage et la présence ou non d'externe dans les camions, et devait être signalée sur les plannings tenus par la secrétaire.

*En réanimation, le chef de service a fait une annonce générale, le matin de ma première journée d'immersion, pendant les transmissions de l'équipe de garde à l'équipe à l'équipe de jour.

*Aux urgences psychiatriques, le médecin responsable du service m'a convié à une réunion et la présentation devant le personnel a pu faire office d'un accord oral à la réalisation d'immersion dans le service.

Les immersions au sein des 6 services ont permis de rencontrer 39 internes de différentes spécialités. Chaque journée d'immersion a fait l'objet d'une description détaillée dans un journal de bord. Les observations réunissent des échanges informels, des temps de déjeuner, des phases longues et courtes de suivi dans le service, et ont donné lieu à des temps d'entretiens organisés et instrumentés mais aussi informels à l'hôpital, en dehors de l'hôpital et téléphoniques. Marcel Mauss utilisait un « journal de route », il y notait « chaque soir le travail accompli dans la journée : fiches remplies, objets récoltés [...] » (Mauss, 2013, p.31). J'utilise un « journal de bord » et non un « journal de terrain » dans un lien métaphorique fort à l'immersion, à la plongée. Le journal de bord s'est écrit à bord, au bord, en dehors des temps immersifs, dans un temps et un espace annexes. Et c'est peu - mais tellement réaliste - de dire que je me sentais parfois sous l'eau avec les équipes de soignantes. Tellement, qu'il a été parfois difficile de remonter en surface pour écrire dans le journal. Certaines journées n'ont pas pu faire l'objet de description, prise par les effets du terrain : la fatigue et la difficulté à sortir de l'activisme, d'écrire et de penser ce qui s'était passée dans la journée.

<p align="center">Temporalité des immersions par service</p> <p align="center">39 internes rencontrés</p> <p align="center">410 heures sur site</p>
Urgences psychiatriques
<p align="center">De décembre 2018 à juillet 2019</p> <p align="center">*100 heures d'immersions</p> <p align="center">*13 internes rencontrés</p>
Urgences générales
<p align="center">De mars 2019 à juillet 2019</p> <p align="center">*50 heures d'immersion</p> <p align="center">*5 internes rencontrés</p>
SAMU
<p align="center">De juillet 2019 à février 2020</p> <p align="center">*80 heures d'immersion</p> <p align="center">*7 internes rencontrés</p>
Neurologie
<p align="center">Octobre – novembre 2019</p> <p align="center">* 40 heures d'immersion</p> <p align="center">*5 internes rencontrés</p>
Médecine intensive réanimation
<p align="center">De janvier à mars 2020 Puis janvier 2021</p> <p align="center">* 50 heures d'immersion</p> <p align="center">* 6 internes rencontrés</p>
Chirurgie
<p align="center">De février 2020 à mars 2020</p> <p align="center">Puis de septembre 2020 à janvier 2021</p> <p align="center">* 90 heures d'immersion.</p> <p align="center">* 3 internes rencontrés</p>

Des clichés photographiques ont été réalisés pendant les immersions.

70 clichés photographiques ont été réalisées :

12 pendant les immersions au SAMU

12 pendant les immersions au service d'anesthésie-réanimation

46 au service de chirurgie

Tout d'abord, les photographies contribuaient à pallier certaines difficultés méthodologiques rencontrées lors de l'écriture de mes journaux de bord. À la fin de certaines journées immersives, je me suis retrouvée dans l'incapacité de me souvenir ce qui s'était passée dans la journée ou pour être plus juste, il m'était difficile d'écrire, de décrire et de penser la journée. Les clichés pris dans la journée me permettaient d'avoir un point d'ancrage, une vision nette d'un moment de la journée et ainsi de débiter les descriptions par un souvenir précis. Dans un second temps, j'ai utilisé les clichés pour accompagner mes présentations au sein des espaces de supervision. Par exemple, certains clichés dans les services permettaient de mieux comprendre la disposition des chambres et les déplacements dans la journée. De fil en aiguille, j'ai décidé d'intégrer ces clichés dans la thèse. D'une part, parce qu'ils sont anonymes, il n'y a pas de possibilité de reconnaître les personnes présentes puisque je ne photographiais aucun visage mais plutôt des espaces ou des mouvements. D'autre part, parce que ces clichés, permettent d'appuyer certaines descriptions dans la thèse. Par exemple : certaines photos prises en salle d'opération permettent de mieux décrire la posture que prend le senior pour que l'interne apprennent à se positionner pendant l'échographie d'une varice. Ce positionnement engage le corps et donc une description nécessairement précise des mouvements, mais aussi des disponibilités psychiques du senior pour prendre le temps d'apprendre à l'interne tout en rassurant la patiente sous anesthésie locale.

Entretiens semi-dirigés

Objectifs généraux :

- Centrer, recentrer le propos sur l'internat en médecine et la coopération avec sa population.
- Profiter du matériel immersif pour susciter l'étayage d'explications sur une ou plusieurs situations de travail vécues ensemble ou autre, en fonction de la thématique abordée.
- Investiguer le rapport subjectif aux évolutions de l'organisation du travail soignant en contexte hospitalo-universitaire de même que les impacts sur l'apprentissage de la médecine pendant l'internat en médecine.

Les entretiens ont duré entre 25 minutes et 2 heures. Certains ont été réalisés dans le service pendant les temps de pause ou de latence et d'autres en dehors de l'hôpital, dans les bureaux hospitaliers ou par téléphone. Depuis l'apparition de la Covid-19 en mars 2020, les entretiens se sont majoritairement réalisés au téléphone. Mon passage par les salles de garde estampillait la recherche d'un sceau atypique qui permettait souvent et d'emblée un accès direct à un discours et un échange plus personnel sur le parcours d'apprentissage et sur les anecdotes vécues. Un point sur le choix de nomination entre « semi-dirigés » et « semi-directifs », dans la thèse nous privilégions l'expression « semi-dirigés » pour marquer l'importance qui a été donnée aux participant·es d'être moteurs et motrices dans l'orientation de l'entretien. Nous étions toujours deux à diriger l'entretien. Et cet accordage part de mon désir de rendre possible l'émergence de l'expression des vécus subjectifs sur le compagnonnage, en laissant une certaine place – lorsque les conditions de réalisation le permettait - aux détours nécessaires pour que ce discours puisse émerger.

La grille thématique ou canevas d'entretien (De Sardan, 1995), ci-dessus, s'inspire des caractéristiques de De Keteke et Roegiers (1996, p.172) pour l'élaboration des entretiens semi-dirigés. Les grandes thématiques à aborder suivent un ordre plus ou moins déterminé en garantissant une disponibilité selon le rythme et la réactivité du sujet en entretien. La synthèse des thématiques, était connue et me servait de repère essentiel. Une attention particulière a été portée à la capacité de réalisation de chaque entretien : je dosais les informations à recueillir selon le laps de temps accordé, et je veillais à bien informer le participant ou la participante de ses droits, de mes devoirs. Au fur et à mesure des entretiens, la présentation de la recherche et les questions devenaient de plus en plus pertinentes et « orientée vers le but poursuivi » surtout s'il s'agissait d'un entretien plutôt long. Lors des entretiens courts, les sujets pouvaient prendre le temps

qu'ils ou elles pouvaient pour raconter leur parcours, leur expérience de l'internat et du compagnonnage ainsi que quelques anecdotes permettant de mieux comprendre ce qui est source de plaisir et de tensions voire de souffrance dans leur travail quotidien.

Grille thématique

Thématique 1 : De l'histoire du sujet...

Objectif : Proposer au sujet de raconter sa trajectoire de vie jusqu'à présent.

Thématique 2 : ...à son travail actuel

Objectifs : Orienter l'entretien vers l'exercice actuel, autrement dit faire émerger le vécu subjectif du travail et l'organisation du travail à l'hôpital. Interroger sur le rôle dans l'accomplissement du travail dans le service. Partir d'une situation vécue dans le service si possible.

Thématique 3 : Le compagnonnage médical

Objectif : Accéder aux enjeux de l'apprentissage et du travail médical en milieu hospitalo-universitaire grâce aux anecdotes et aux situations de travail précises relatives au compagnonnage.

Thématique transversale : Plaisirs et souffrances au travail

Objectifs : Co-déterminer pendant les échanges, les situations de travail et les contraintes de l'organisation de travail sources de tensions, les résolutions éventuelles et les éléments motivationnels et subjectifs qui maintiennent l'engagement du sujet au travail. Proposer, si possible, une réflexion autour des enjeux actuels concernant la santé mentale des soignants, au travers notamment du contexte actuel, des soulèvements ainsi que des luttes sociétales menées à partir de Décembre 2019.

Question unique aux internes (si la temporalité de l'entretien le permet) : quels conseils donneriez-vous aux futur.es internes ?

Retours sur les participations

25 entretiens semi-dirigés ont été menés :

7 internes interviewé·es pour 2 externes, 2 infirmières, 10 médecins, 1 chef de service et 3 psychologues.

Les internes de psychiatrie ont montré plus de disponibilité pour les entretiens de recherche. Les premiers entretiens ont permis de cerner à quel point les médecins et les internes étaient disposé·es à parler de ce qui les animait dans le travail dans le présent mais aussi et surtout de ce qui leur était important dans l'explication et le partage de leur parcours. L'évocation du compagnonnage médical intéressait de façon significative les médecins qui profitait de l'espace discursif des entretiens pour penser et élaborer leur pédagogie en situation de compagnonnage. Les premiers entretiens croisés avec les immersions ont montré qu'il était important d'élargir la population interrogée. Les infirmières ont une place non négligeable dans le quotidien des internes. Ce n'est que plus tard, en réanimation par exemple, que les médecins m'ont expliqué le rôle capital des infirmières dans l'apprentissage des internes.

Au fil de la recherche, les internes ne donnaient plus suite à mes demande d'entretiens. Cette diminution de participation entre en concomitance avec le changement de stage tous les 6 mois mais pas seulement. J'é mets l'hypothèse après-coup, qu'il s'agisse entre autres, d'une manifestation des défenses contre les vulnérabilités auxquelles les questionnements de la recherche les confrontaient.

Méthode boule de neige

Dès mon entrée en thèse en septembre 2018, 4 chef·fes de service de l'hôpital ont reçu par mail une demande d'immersion dans leur service, motivée par la problématique, la méthodologie ainsi que les enjeux de la recherche doctorale. Chronologiquement, le médecin responsable des urgences psychiatriques fut le premier à me convier à la rentrée d'accueil des internes en médecine. Le programme lors de cette réunion d'accueil était très chargé, les personnels médicaux paramédicaux et administratifs avaient seulement quelques minutes pour présenter leur service, l'organisation et les manières de faire de l'hôpital. De façon improvisée, lors de sa prise de parole pour présenter les urgences psychiatriques, le médecin psychiatre a évoqué ma présence dans l'assemblée ainsi que les grandes lignes de ma recherche doctorale. Ce fut mon premier contact avec quelques internes entrants du semestre de novembre 2018. Ma période d'immersion m'a permis d'être à l'hôpital sur la même période que 5 semestres

d'internat¹⁸. J'ai réalisé mes premières immersions avec l'équipe soignante des urgences psychiatriques et par effet boule de neige ensuite avec cinq autres services.

Couramment utilisé par les méthodes d'enquêtes, l'effet boule de neige porte à la fois le nom d'une méthode et sa conséquence. La méthode boule de neige consiste à produire un effet cumulatif et générer un échantillonnage plus rapide et basé sur des profils aux caractéristiques similaires. Par exemple, il s'agirait de proposer aux personnes qui répondent à un questionnaire de le diffuser à leur tour à d'autres personnes ; dans les enquêtes empiriques basées sur des entretiens individuels il s'agit de proposer aux personnes déjà interrogées de générer une mise en relation avec d'autres personnes pour recueillir plus de participations aux entretiens et parfois même avoir accès à un public nécessitant une cooptation de la recherche. Dans le cadre de ma recherche, la méthode boule de neige a eu un effet cumulatif concernant les possibilités d'accès aux services hospitaliers et le nombre de personnels médicaux interrogés. À l'hôpital, la méthode boule de neige est de bon aloi avec la sociabilité inhérente aux échanges informels dans les services, les couloirs et le relai hospitalier. Les effets de ma méthode d'immersions prolongées à l'hôpital se combine à l'effet boule de neige : les équipes soignantes me reconnaissent, me présentent et m'orientent volontiers aux autres personnels d'autres services et à leur chef. L'immersion prolongée me rend disponible aux occasions et rend les procédures d'accès aux services significativement plus rapide et plus nombreuses.

¹⁸ Les semestres d'hiver vont de début novembre à début mai et les semestres d'été vont de début mai à début novembre

Tableau des participants et des participantes :

(Ce tableau figure à l'Annexe III)

Les internes en médecine				
Nom	Présentation	Spécialités	Service immersion	Entretien Lieu
IP1	Une interne au poste de Faisant fonction d'interne (FFI)	Psychiatrie	Psychiatrie de liaison	1h36min A l'hôpital – dans un bureau
IP2	Une interne	Psychiatrie	Psychiatrie enfant-ado	18min Au téléphone
IP3	Un interne de sixième semestre	Psychiatrie	Urgences psychiatriques	1h38min A l'extérieur de l'hôpital Dans un espace public
IP4	Un interne de troisième semestre	Psychiatrie	Urgences psychiatriques	
IM1	Un interne de second semestre	Médecine générale	Urgences générales	23min Au relai hospitalier
IM2	Une interne de quatrième semestre	Médecine d'urgences	Urgences générales	59min Dans une chambre de garde
IM3	Une interne de second semestre	Médecine d'urgence	SAMU	36min Dans un box aux urgences
IM4	Un interne	Médecine d'urgence	Urgences générales	
IM5	Un interne d'avant dernier semestre	Médecine d'urgence	SAMU	
ICR	Une interne de second semestre	Cardiologie	Réanimation médico-chirurgicale	21min Dans une salle de réunion
IR1	Une interne de premier semestre	Réanimation	Réanimation	
IHR1 1	Un interne de quatrième semestre	Hépatologie	Réanimation médico-chirurgicale	
ICH1	Une interne au poste de Faisant fonction d'interne (FFI)	Chirurgie	Chirurgie	

IN1	Un interne de quatrième semestre	Neurologie	Neurologie	
IN2	Un interne de second semestre	Neurologie	Neurologie	

Autres				
Nom	Présentation	Spécialités	Service	Entretien Lieu
EXT1 et EXT2	2 étudiants externes en première année d'externat	-	Urgences générales	41 min Sur la paillasse servant de bureau aux internes
FM1	Une infirmière (IBODE-IADE)	Bloc opératoire	SAMU/Bloc	1h12min Au téléphone
FM2	Une infirmière	Anesthésie-réanimation	Réanimation médico-chirurgicale	1h27min A l'extérieur de l'hôpital dans un espace public
MP1	Une psychiatre – Chef de clinique assistante	Psychiatrie	Psychiatrie enfant-ado	1h20min A l'hôpital - dans un bureau
MP2	Une psychiatre	Psychiatrie	Psychiatrie enfant-ado	1h36min A l'hôpital-dans un bureau
MU1	Médecin urgentiste	Urgences générales	Urgences générales	
MN1	Une neurologue	Neurologie	Neurologie et rééducation neurologique	58min A l'hôpital-dans un bureau
MN2	Un neurologue	Neurologie	Neurologie et rééducation neurologique	48min Au téléphone
MC1	Un chirurgien	Chirurgie	Chirurgie	1h14min A l'extérieur de l'hôpital dans un espace public
MC2	Une chirurgienne	Chirurgie	Chirurgie	1h Au téléphone
MC3	Une chirurgienne	Chirurgie	Chirurgie	
MC4	Un chirurgien	Chirurgie	Chirurgie	
MR1	Un médecin réanimateur	Médecine intensive-réanimation	Réanimation médico-chirurgicale	48min A l'hôpital-dans une salle de réunion

MR2	Un médecin réanimateur - Cardiologue	Médecine intensive-réanimation	Réanimation médico-chirurgicale	25min Au téléphone
MR3	Une médecin réanimatrice	Médecine intensive-réanimation	Réanimation médico-chirurgicale	
MR4	Un médecin réanimateur	Médecine intensive-réanimation	Réanimation médico-chirurgicale	
MT1	Une médecin du travail	-	Médecine du travail	2h24min Au téléphone
PF1	Un professeur de médecine – Chef de service	Chirurgie	Chirurgie	1h Par visio
PS1	Une psychologue-chercheuse		SAMU	1h20min A l'hôpital-dans un bureau
PS2	Un psychologue		Psychiatrie Cellule médico-psychologique	1h38min A l'hôpital-dans un bureau
PS3	Une psychologue		Médecine du travail	1h35min A l'hôpital-dans un bureau

EXM2	Médecin informatrice		2x2h Au téléphone
-------------	----------------------	--	----------------------

« L'identification des « passeurs » sur le terrain, des « portiers » ou des « gardiens » (gatekeepers) est elle aussi cruciale. Ceux-ci peuvent contrôler l'accès légal à une institution comme des directeurs d'hôpitaux ou de prisons, des chefs d'établissement scolaire ou des supérieurs de congrégations religieuses » (Cefaï, 2005, p.36). Thierry Baubet a été un portier, me permettant d'avoir accès à plusieurs autres chefs de service, eux-mêmes devenus ensuite des portiers. Par ailleurs, EXM2 a été une informatrice, médecin du travail externe à l'hôpital investigué et ancienne interne des salles de garde. Impliquée dans les actions syndicales pendant son internat en médecine, EXM2 m'a permis d'avoir accès à des informations sur les enquêtes de l'IGAS et les logiques de réflexion autour du troisième cycle. Un second participant à la recherche est devenu informateur en cours de route, il s'agit d'un des chirurgiens de l'équipe de chirurgie. Il m'a permis de mieux cerner le contexte hospitalier que j'investiguais. Et un des médecins rencontrés est aussi devenu informateur privilégié, tant les discussions lors des

rencontres ont contribué à mettre à jour mes informations sur le CHU investigué et les événements qui contribuaient à faire avancer la recherche dans un sens ou un autre.

Précautions éthiques

Les entretiens semi-dirigés ont fait l'objet d'un formulaire de consentement libre et éclairé explicitant le droit de retrait et communiquant mes coordonnées (Annexe II). Les entretiens enregistrés seront effacés après dans un délai de trois ans suivants la soutenance de la thèse. J'ai retranscrit personnellement tous les entretiens à l'aide de « Otranscribe¹⁹ ». Les soignant·es ont témoigné sous anonymat et m'ont précisé pendant l'entretien les passages qui leur étaient sensibles, autrement dit, ceux qui devaient faire l'objet d'une confidentialité de ma part et qui ne devaient pas être retranscrits ou convoqués dans mes analyses. Concernant les entretiens, j'ai formulé la possibilité de se rappeler plus tard, si des éléments revenaient après l'entretien. J'ai envoyé un message quelques jours après, en remerciant et en profitant de cette occasion pour avoir une attention à ce qui aurait pu être sensible dans les échanges de l'entretien. La thèse a fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements de données de l'Université Sorbonne Paris Nord mis en place à la suite des recommandations de la CNIL²⁰ et précédant la mise en place d'un Comité d'éthique de la recherche (CER-USPN)²¹. La sensibilisation à l'éthique de la recherche fait l'objet d'un module obligatoire de formation ainsi que d'un cycle de conférences²².

J'ai utilisé un code spécifique pour l'anonymat, l'identité nominative des personnes ayant contribué à la recherche est remplacé par l'initial de sa fonction et de sa spécialité et un chiffre correspondant souvent à l'ordre de rencontre : IP1 = Interne de psychiatrie 1 ; MC3 = médecin chirurgienne 3. Un acronyme différent a été utilisé pour les internes en stage dans un service différent de leur spécialité : IHR : Interne d'hépatologie en stage en réanimation, ICR : Interne de cardiologie en stage en réanimation. Le tableau ci-dessus liste et récapitule le genre, le service, la spécialité et la fonction des enquêté·es.

Début mai 2020, j'ai entrepris de recueillir les propos de soignant·es de divers horizons, spécialités et statuts pour contribuer aux publications du Blog Mediapart : « Atelier Travail et Démocraties »²³. Il s'agit de 11 entretiens libres qui durent entre une et deux heures et dont la

¹⁹ <https://otranscribe.com/>

²⁰ <https://www.cnil.fr/fr/RGDP-le-registre-des-activites-de-traitement>

²¹ <https://www.univ-spn.fr/comite-dethique-de-la-recherche/>

²² <https://supdpn.fr/2021/02/03/cycle-de-conferences-sur-lethique-et-la-protection-des-donnees-en-recherche/>

²³ <https://blogs.mediapart.fr/ateliers-travail-et-democratie>

principale consigne en début d'entretien était : « Pouvez-vous me raconter et me détailler votre travail pendant la Covid ? ». Le recueil de propos, leur retranscription et la proposition au comité de rédaction de l'atelier se sont réalisés sur une période d'une semaine et demi. Malgré des relances et demandes d'entretiens cette fois-ci uniquement téléphoniques, aucun interne n'a répondu. Les 11 entretiens enregistrés ont fait l'objet d'une explicitation orale du principe de consentement éclairé et ont obtenu l'accord enregistré des personnes interrogées. Les entretiens retranscrits ont été préalablement validés par les personnes interrogées. Seul 5 d'entre eux ont été publiés²⁴ (voir Annexe IV). Tous les entretiens enregistrés ont été supprimés dès la publication de l'article sur le blog. Je recueille les propos d'un cardiologue libéral parisien, d'une médecin généraliste de l'île de la Réunion, d'un médecin généraliste en Bourgogne, d'une jeune infirmière en réanimation, d'une médecin du travail employée dans les armées, d'un anesthésiste-réanimateur hospitalier, d'une infirmière de nuit en réanimation à l'AP-HP, d'un chirurgien plastique esthétique et reconstructeur hospitalier, d'une infirmière hospitalière en Espagne, d'un psychiatre hospitalier. Toutes les personnes interrogées ont accepté que le matériel des entretiens soient utilisés dans le cadre de la recherche doctorale. Nicolas Bonnet – Réanimateur anesthésiste à Avicenne choisit de témoigner sans condition d'anonymat.

Effet combiné et traitements

D'un point de vue empirique, les données des observations durant les immersions prolongées ont permis de réajuster les questions des entretiens et les données des entretiens ont guidé l'investigation sur le terrain. Par exemple, j'ai commencé à réaliser des gardes lorsqu'en entretien les internes et les médecins suggéraient que la nuit « il se passe d'autres choses », ou encore que le lien avec le sénior était différent pendant la garde. Il me fallait investiguer quelques gardes. Une autre technique découlant de cette méthode combinée a été d'attirer les internes vers l'entretien de recherche en situation de travail. C'est-à-dire de les proposer un entretien à partir d'une situation de travail vécue et partagée ou d'une discussion informelle. L'entretien préparé à l'avance et adapté en conséquence débutait d'emblée par une interrogation sur les enjeux (organisationnels et psychiques) liés à la situation de travail. La configuration discursive et élaborative des entretiens ont permis d'éclaircir, voire de valider les observations ethnographiques et leurs interprétations et même de co-construire du sens. Les clichés photographiques dans ce cas ont permis d'adosser les descriptions à une image ; et ainsi jumeler des données de deux instruments. Les entretiens ont été analysés par thématiques. D'abord

²⁴ <https://blogs.mediapart.fr/ateliers-travail-et-democratie/blog/130520/recueillir-des-paroles-de-soignantes-par-severine-ringnadepouille>

celles prévues par la grille d'entretien, mais aussi celles qui apparaissaient nouvelles pendant les retranscriptions. Chaque retranscription s'est accompagnée de l'élaboration d'un sommaire permettant de repérer les grands temps de l'entretien. Une seconde lecture des entretiens m'a permis de croiser les entretiens entre eux, de codifier des rappels entre les entretiens et de d'anonymiser les verbatims sélectionnés.

Périodes-clés, verrouillées :

La France est confinée en mars 2020, en novembre 2020 et en mars 2021. Deux vagues de confinement ont créé des phases de coupures avec le terrain. Malgré ces séparations, la démarche de recherche de la thèse a permis d'ouvrir les possibilités, ma position de chercheuse à la fois dedans et en dehors a occasionné une nouvelle rencontre avec les soignants via des échanges de messages instantanés et des appels téléphoniques.

La pandémie n'a pas été le seul facteur contraignant le déploiement d'une démarche d'immersion stable et constante. Bien avant ce contexte sanitaire, d'autres événements politiques et sociaux se sont imposés à la recherche. Décembre 2018 a été un mois de grève de la SNCF, limitant et contraignant les déplacements vers le CHU investigué et l'université. Cette grève a été reconduite l'année suivante. Décembre 2019, le personnel hospitalier²⁵ et la SNCF ont été en grève. Le début des grèves hospitalières avait débuté aux urgences générales en Mars. La fin de l'année 2019, marque un engagement fort des internes pour l'amélioration des réglementations qui régissent leur statut. Le syndicat (ISNI) a appelé à une grève illimitée des internes. En cause aussi : la dégradation des conditions de travail dans l'hôpital, lieu de formation attiré. Le 17 décembre 2019 a été vécu comme journée d'action et de grève nationale pour les collectifs de travailleurs et de travailleuses hospitaliers. Aux urgences, les internes étaient toujours dans le service mais arboraient des blouses marquées des expressions de lutte.

Enfin d'emblée, une autre fin brutale marque la phase exploratoire de la recherche. En Février 2019 un médecin s'est suicidé par défenestration au sein même de l'hôpital. En tant que psychologue chercheuse je suis embarquée dans les groupes de parole mis en place pour les étudiants et les étudiantes ayant côtoyé le médecin et pour les infirmières des urgences ayant été les premières à découvrir le corps du médecin. Les infirmières ont pu avoir l'espace pour dénoncer l'évincement de la part du corps médical à la suite de l'évènement. Une mise à l'écart qui a contribué à renforcer le sentiment partagé de ne pas être écoutées et prises en compte dans

²⁵ <https://www.ouest-france.fr/sante/hopital/crise-de-l-hopital-les-internes-appelles-une-greve-illimitee-partir-de-ce-mardi-6645889>

le travail mais encore plus dans une situation où elles sont les secondes victimes. Pris et prises par l'effroi, les médecins qui se sont réunies le jour même aux urgences n'ont pas questionné les infirmières sur leur état alors même qu'ils et elles partageaient la même pièce dédiée au débriefing de l'évènement. Ce groupe de parole cible, d'emblée, l'isolement que la cohésion défensive des médecins peut engendrer. Le groupe réalisé à l'attention des étudiants et les étudiantes à l'université nous a permis d'échanger d'un côté sur la fracture que ce suicide a créé dans l'idéal social construit autour de l'éthos des médecins et de l'autre côté, sur une prise de conscience feutrée que c'est sûrement le travail qui a mené au suicide. Dans une décision rendue cet été (2023), devenue définitive en l'absence d'appel, le tribunal administratif de Montreuil estime que ce suicide est imputable au service du défunt²⁶.

Face à tous ces événements à la fois contraignants mais tellement révélateurs de la réalité du travail hospitalo-universitaire, sur le terrain, je déployais une présence et une écoute actives et empathiques pour des équipes assez épuisées. Et de l'autre, j'opérais une fuite en avant pour ne pas avoir à réfléchir à ce qui s'y passait. Ce n'était pas l'ambiance des salles de garde, et cette entrée dans la réalité du travail des services hospitaliers s'est faite brutalement et n'a pas été aussi gaie que ce que j'avais l'habitude de vivre avec les internes les midis, les après-midis et les soirées les années précédentes. L'écriture du manuscrit s'est étalée sur un temps assez considérable repoussant parfois quelques barrières horaires, parce qu'il a fallu entre autres que je me rassemble, que j'arrive à faire corps avec l'étape d'analyse et d'écriture et une méthode ethno-discursive fragmentée et affectée.

²⁶ Pour une source journalistique, voir : <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/le-suicide-d-un-chirurgien-a-l-hopital-avicenne-de-bobigny-reconnu-comme-accident-de-service-8528901>
<https://www.leparisien.fr/seine-saint-denis-93/suicide-du-professeur-barrat-la-sorbonne-paris-nord-reconnait-que-le-drame-est-imputable-au-service-23-09-2023-BNGXTLYRMNHY5FGWJ6APLZX7RQ.php>

Annonce du plan

Le manuscrit se compose de dix chapitres répartis dans trois parties :

La partie 1 : « La fabrication des médecins » est constituée de 3 chapitres, qui forment une vue d'ensemble des travaux sur le champ de l'apprentissage (chapitre 1) puis des enjeux contextuels au burn-out, aux RPS et aux études qui relient le travail et la santé mentale des internes en médecine et plus largement celle des soignants et des soignantes (chapitre 2). À la suite de ce second chapitre, un troisième chapitre « pour la clinique du travail médical », passe par la transmission des savoirs de Delbos et Jorion, pour re-questionner l'apprentissage du travail médical, cette fois-ci, en articulant le travail et la santé-mentale. Pour poursuivre les questionnements sur la « fabrication des médecins », une clinique du travail médical est possible grâce notamment à l'emprunt du concept transpersonnel à la clinique de l'activité. Si les normes défensives s'implémentent dès l'apprentissage théorique des métiers, qu'en est-il pour l'apprentissage de la médecine ?

La partie 2 du manuscrit : « L'hôpital-école » est aussi constituée de trois chapitres. Les deux premiers chapitres élucident l'histoire de la création de l'internat en médecine et son évolution en y réintégrant la place des femmes et le rapport entre les médecins, les chirurgiens et les sages-femmes. Les salles de garde en médecine appartenaient originellement aux chirurgiens et servaient d'espace pour les ressources collectives. Cette partie historique croise notamment l'histoire du compagnonnage des métiers ouvriers à celui de la médecine. De façon commune aux métiers majoritairement constitués de collectifs masculins comme le monde des ouvriers, celui des ingénieurs et des médecins, les stratégies collectives de défenses se construisent sur un mode viril. Les salles de garde de l'internat y accueillait les conduites insolites rythmant la semaine et le semestre des internes en médecine. L'existence des salles de garde est un témoin de plusieurs évolutions d'histoires : l'hôpital public, l'internat en médecine et la féminisation des études médicales. Le second chapitre s'attarde à mieux comprendre les conséquences des dissensions qui existent entre les différents métiers qui composent le corps médical et l'impact de ces divisions sur l'internat en médecine et sa population. L'instauration du *numérus clausus* et ses fluctuations continuent de peser sur le recrutement des médecins à l'hôpital et lève le voile sur la confusion qui peut exister entre crise de recrutement et crise des vocations. Ce travail insiste sur les évolutions qui ont réellement marquées « l'hôpital-école ». L'hôpital-école ancêtre du centre hospitalo-universitaire existe et répond à ses fonctions que si celles de l'internat en médecine sont conservées, autrement dit si l'hôpital public préserve l'articulation de ses missions de soin et d'enseignement. Enfin, le troisième chapitre s'intéresse

à l'ensemble des considérations faites sur les conditions de travail des internes en médecine. La première étape analyse l'évolution des révisions concernant le statut des internes en médecine et explicite ce qui est mis en œuvre pour maintenir la permanence des soins (PDSA). Le troisième cycle des études de médecine est récemment réformé pour satisfaire le déséquilibre dans les besoins du territoire. Ces changements marquent réellement la nécessité d'acquiescer un genre hospitalo-universitaire pendant l'internat médecine. Le cœur de ce chapitre concerne finalement l'analyse du fléchissement des fonctions de « l'hôpital-école » lié à :

- l'impact de la perte d'équilibre de la PDSA sur les conditions de travail et d'apprentissage des internes en médecine,

- l'oubli de la T2A concernant la mission d'enseignement de l'hôpital public et,

- la désertion et la récession des salles de garde.

Les conclusions annoncent les risques concernant ce contexte institutionnel de plus en plus délétère.

La partie 3 de ce manuscrit est constituée de 4 chapitres, prolongeant ceux de la précédente partie. Nommée « Le réel du travail des internes en médecine », cette partie aurait pu se nommer : « clinique du compagnonnage » ou « psychodynamique de l'internat en médecine ». Au cœur de ce travail, les analyses du matériel ethnographique et discursif servent :

- la mise à jour de ce qui s'implante dès les débuts d'apprentissage de la médecine (chapitre 4)

- les descriptions de l'organisation du travail des six services hospitaliers et,

- l'analyse des enjeux de coopération dans les services (chapitre 5 et 6)

Le dernier chapitre de la partie (chapitre 7) est un retour méthodologique qui s'accompagne d'une explicitation de l'intégrité de la recherche, un caractère central de l'éthos scientifique et du serment doctoral sanctionnant la fin du parcours de thèse.

PARTIE 1

LA FABRICATION DES MEDECINS

Le titre de cette partie, s'inspire d'un dossier publié en 2015 dans la revue Travail et Emploi. *La fabrication du soignant au travail* dirigé par Schepens et Zolesio, interroge l'hyperspécialisation de la médecine et la formation des soignants et des soignantes dans un contexte contemporain qui nécessite un renouvellement des connaissances. L'accent est porté sur une formation particulière qui se déroule en situation de travail : « Comment devient-on soignant-e à travers les stages hospitaliers ? » (Schepens & Zolesio, 2015, p. 5). Cette fabrique spécifique à la médecine doit donner lieu à l'assimilation de valeurs (Becker & al., 2003) et son analyse permet de réinvestir théoriquement l'objet du travail médical (Hardy, 2015). La fabrique héberge tout ce qui permet aux internes d'acquérir l'éthos des médecins. De quoi se constitue un éthos ? La notion d'*éthos* est grecque et signifie d'un côté « une disposition de l'âme » et de l'autre des mœurs et des coutumes. Très étudiée en sociologie, notamment par Max Weber (1964), Norbert Elias (1985), Bourdieu (1984) mais aussi Goffman concernant le caractère discursif de l'*éthos*, nous retenons la synthèse d'Anne Jorro (2013) :

« Concevoir l'*éthos* professionnel comme un ensemble de valeurs intériorisées par l'acteur et qui se concrétisent dans l'activité professionnelle. En situation professionnelle, l'éthos professionnel conduirait tout acteur à agir en tant qu'acteur porté par des significations construites en fonction des valeurs et des normes de l'activité en jeu, à interroger son positionnement dans l'action ou encore des valeurs en situation professionnelle » (Jorro, 2013, p.110).

Concernant la clinique du travail, l'éthos s'arrime à l'identité professionnelle. En psychodynamique du travail, l'activité déontique définit, redéfinit et discute les contours de ce qui émane de l'appartenance à l'identité professionnelle dont les formes d'expression de ses valeurs. Du côté de la clinique de l'activité, l'éthos professionnel se constitue du genre professionnel, lui-même constitué d'une mémoire collective, considéré comme ressource culturelle, et du style, autrement dit le résultat de la métamorphose des genres au contact de l'activité. Qu'en est-il de ce qu'on sait déjà du soin, de l'apprentissage de la médecine ?

Cet état de l'art se constitue de trois chapitres :

-Le premier chapitre traite de ce qui concerne le champ de l'apprentissage. On y retrouve quelques travaux pionniers et l'explicitation des caractéristiques du curriculum caché des études médicales. Dans la béance entre ce qui s'apprend de façon formelle et ce qui s'y insinue, des violences existent. Et c'est l'interrelation de ces violences ainsi que leur impact sur les sujets

qui inquiètent de plus en plus le champ de l'apprentissage médical ; invitant les sciences du travail mieux armées pour s'y pencher grâce à une théorie du sujet.

-Le second chapitre s'intéresse aux études qui relient le travail et la santé mentale de même que les enjeux actuels contextuels à la santé mentale des soignant·es et des internes en médecine.

-Le dernier chapitre nommé pour l'occasion *La clinique du travail médical* fait d'abord l'état des lieux des connaissances psychodynamiques du travail sur les enjeux de coopération entre les novices et les expert·es. Son développement s'intéresse à la psychodynamique du soin et à une articulation entre la clinique de l'activité et la psychodynamique du travail autour du caractère transpersonnel de l'éthos des ingénieur·es.

Chapitre 1 : Le champ de l'apprentissage médical

Ce premier chapitre introduit quelques enjeux scientifiques appartenant à l'apprentissage médical. Partant des travaux pionniers de l'Ecole de Chicago, le développement de ce chapitre s'intéresse aux thématiques qui ont jalonné l'investigation de l'apprentissage médical. Les travaux en sciences de l'éducation, en sociologie et en anthropologie répondent aux questionnements suivants : Qu'est ce qui se transmet dans les études médicales ? Comment comprendre les multiples violences émanant du soin mais aussi de son apprentissage ? Et que dit la déontologie médicale ? En tentant d'élucider ce qui se passe pendant l'apprentissage de la médecine, ce chapitre développe les paradoxes de son champ.

1.1 - Les travaux pionniers

1.1.1 - Culture médicale des externes : des garçons en blanc

En matière de culture médicale, *Boys in White*, l'ouvrage pionnier de Becker, Hughes, Geer et Strauss issues de l'Ecole de Chicago, décrit et étudie dès 1961, le quotidien des externes. La « culture médicale » des années cliniques, et l'ensemble des solutions collectives aux problèmes issus de leur réalité. La culture médicale est « constituée de la compréhension et de la perspective communes de la profession médicale, ainsi que de la technologie du diagnostic et du traitement des maladies humaines »²⁷ (Becker & al., 2003, p.191). Becker & al. mettent un point d'honneur à démontrer que la culture médicale des externes n'est pas qu'une seule « version junior » de celle de leurs aînés les médecins.. Les externes doivent « travailler les patient-es » traduction de « working up patients » en effectuant des procédures diagnostiques et thérapeutiques mineures. L'examen est découpé en trois parties : l'anamnèse, l'examen physique et l'établissement d'un diagnostic différentiel. « Le médecin veut pratiquer correctement la médecine ; l'étudiant veut apprendre ce dont il a besoin pour pratiquer correctement la médecine » (Iori & Texier, 2020, p.125). Les externes engagent leur principale responsabilité dans la pose d'un diagnostic correct à la suite d'un examen minutieux mais aussi lors d'actes thérapeutiques mineures.

²⁷ Traduction du passage : « Medical culture consists of the shared understandings and perspective of the medical profession as well as of the technology of diagnosis and treatment of human illness ».

Les externes vont faire le tri dans les solutions pertinentes à leur réalité d'apprentissage. Deux objectifs les motivent :

1. « To be allowed to complete the training (not to flunk out to school) », être autorisé·es à terminer la formation (ne pas être recalé à l'école)

2. « To learn what they will need to know in order to carry on medical practice sucessfully after graduation », apprendre ce qu'ils et elles devront savoir pour continuer à exercer la médecine avec succès après l'obtention de leur diplôme (Becker, & al. 2003, p. 192).

C'est ainsi qu'ils et elles préfèrent les situations qui leur apportent des connaissances méthodiques. Pour cela, un jugement s'opère sur le bénéfice de chaque activité. Cela leur demande aussi d'être au contact de la clinique en étant supervisé²⁸ : « Boys in white », l'uniforme blanc est le symbole de ce début d'intégration. L'objectif de la culture, est d'arriver à résoudre les problèmes liés aux situations de travail. Ces dernières sont spécifiques au métier mais les processus de socialisation en présence des expert·es et des novices rendent compte des mêmes objectifs que dans les autres milieux professionnels :

« Dans de nombreuses professions, on peut être confronté quotidiennement à des situations qui sont normalement considérées comme choquantes, scandalisantes ou révoltantes pour un profane. Leurs membres développent un vocabulaire et un point de vue techniques qui découlent de leur confrontation directe avec l'« horrible » et qui montre l'intérêt professionnel qu'ils y trouvent. Ainsi, un concierge n'éprouve pas le même dégoût pour les ordures qu'un profane, et un entrepreneur de pompes funèbres ne se détourne pas d'un cadavre avec la même répulsion⁵. Au lieu de cela, ils considèrent les ordures ou les cadavres comme des problèmes techniques qu'il faut régler de manière adéquate » (Iori & Texier, 2020, p.127)

Il faut intégrer l'éthos pour s'intégrer au collectif. La culture médicale est constitutive de cet éthos, et elle permet de trouver les solutions dans l'expérience clinique et l'interaction professionnelle. C'est le principe de l'acquisition de la responsabilité médicale. Petit à petit, la mort n'est plus une tragédie mais elle devient un enjeu dans l'exercice de la responsabilité médicale, pour cela, les externes doivent trouver les réactions appropriées au problème. Becker & al. expliquent que la formation médicale contribue à l'assimilation des valeurs médicales.

²⁸ « His training consists in great part of carrying on some of these activities under supervision » (ibid)

Malgré le cynisme des étudiant·es, certaines réactions sont liées à des principes moraux contraire au cynisme.

Boys in White est un ouvrage précurseur et il n'existe pas d'équivalent en France, ni de traduction complète : « La plupart du temps, la formation des étudiant·e-s de médecine est considérée dans la globalité, à savoir dans le tronc commun des deux premiers cycles des études médicales uniquement. En n'abordant quasiment jamais la spécificité du troisième cycle des études médicales, on court ainsi le risque d'homogénéiser les processus de formation » (Schepens & Zolesio, 2015, p.6).

1.1.2 - Le *hidden curriculum*

Dans les pays anglo-saxons, les chercheur·euses associent presque qu'une fois sur deux²⁹ le *hidden curriculum* à la formation médicale. Jack Coulehan & Peter Williams (2001) rappellent que durant la formation médicale, les apprenti·es intègrent le langage médical, les émotions sont mises à distance au profit des compétences techniques puis interactives. Pour les auteurs, être un bon médecin englobe le transfert de valeurs et de croyances. L'apprentissage tacite ou *tacit learning* renvoie à un programme de socialisation transmettant des valeurs professionnelles et un sentiment d'identité professionnelle. L'apprentissage tacite renvoie au *hidden curriculum*. Les sociologues et les behavioristes s'emparent très tôt de ces questionnements. Tout ce qui relève des transmissions informelles dans la formation médicale est étudié notamment par Hafferty en 1998 et Hundert en 1996. Les deux chercheurs nuancent le concept de *hidden curriculum* des études de médecine en portant l'attention sur ce qui est de l'ordre de l'informel même pendant les cours formels et ce qui est informel en dehors des cours. En partant des réformes des études médicales, Hafferty, professeur du Département des sciences du comportement de l'Université du Minnesota, constate qu'en Amérique, les efforts depuis un siècle, pour changer l'apprentissage de la médecine sont vains. Il cite Sam Bloom - pionnier de la recherche sur la formation en médecine - qui ose conclure en 1988 que les processus pour améliorer le contenu et la structure des programmes de médecine se réforment certes, mais ne changent rien. Les réformes ne prennent pas en compte ce qui n'est pas de l'ordre du programme écrit, de ce qui ne s'apprend pas sur les bancs de la fac (quand bien même le *hidden curriculum* est aussi présent pendant les cours). En fait, Hafferty explique qu'une grande partie de ce qui s'apprend en médecine provient du *hidden curriculum*, pour citer le texte original : « *takes*

²⁹ Sur PubMed, les descripteurs : « *hidden curriculum medical education* » référencent 984 articles pour 2186 articles pour les descripteurs : « *hidden curriculum* ». Enfin, « *hidden curriculum residency* » référencent 200 résultats.

*place not within formal course offerings but within medicine's « hidden curriculum »*³⁰ (Hafferty, 1998, p.403). Hafferty démystifie les enjeux du *hidden curriculum* lors de plusieurs travaux : avec Francks en 1994, ils s'intéressent à l'informel dans l'enseignement éthique ; en 1995, lors d'une conférence plénière il traite des caractéristiques du *hidden curriculum* dans le cadre de la professionnalisation des internes (Hafferty, 1995) et fait état des pensées critiques sur le sujet lors du meeting de l'Association pour les sciences du comportement et de la formation médicale à Brewster (Hafferty, 1997). En 1996, Stern s'intéresse aux processus d'enseignement des valeurs de la médecine, ce travail n'est pas publié, et en 1996, Hundert, Douglas-Steele et Bickel, publie un article sur l'« informal ethics curriculum » pour étudier la part informelle des apprentissages des choix éthiques en médecine. Hundert & al. (1996) réalisent une recherche qualitative par analyse des enregistrements des échanges informels que les internes ont avec leurs collègues et leurs ami·es. La pratique éthique ou *practical ethics of conduct* se construit de façon informelle pour les internes, et cela façonne au fur et à mesure ce qui est juste, habile de faire dans le service chirurgical en question. Les manières dont les « bonnes conduites » sont transmises parlent des récompenses et des sanctions des médecins à l'égard des internes. Les auteurs interrogent aussi les contextes au sein desquels les questions sur les pratiques éthiques peuvent émerger. L'analyse des échanges entre les internes permet de révéler les façons de faire discrètes des médecins pour façonner et transmettre les façons de faire dites « éthiques ».

A la fin de son article de 1998, Hafferty formule que le problème est que nous ne comprenons et ne maîtrisons que très peu de choses de ce que les étudiant·e·s en médecine acquièrent par l'apprentissage informel et quasiment rien des systèmes des valeurs des doyen·ne·s, des chef·fe·s de services et médecins responsables des internes ainsi que ceux·celles qui financent et définissent les critères d'évaluation. Pour lui, « *tant que nous n'accepterons pas que l'apprentissage de la médecine est, originellement, un processus d'acculturation moral et que les écoles de médecine fonctionnent comme des communautés morales, la réforme utile – celle dont le public mérite réellement – restera à la fois insaisissable et énigmatique*³¹ » (Hafferty, 1998, p.406). Lorsque Coulehan & Williams réinterrogent le *hidden curriculum* médical plus largement en 2001, ils expliquent que, des années 1960 au début des années 2000, les foyers des bouleversements de la culture médicale

³⁰ « se déroule non moins dans les cours formels que dans le curriculum caché de la médecine »

³¹ La version originale : « Until we come accept that medical training is, at root, a process of moral enculturation and that medical schools function as moral communities, the reform that is needed – the reform that the public deserves – will remain both elusive and enigmatic ».

se situaient dans les écoles de médecine et les hôpitaux universitaires, cela permettait de représenter la richesse et le pouvoir social de la profession. Désormais, l'épicentre se déplace vers les milieux ambulatoires, « *les programmes devront aborder des sujets négligés qui amélioreront la pertinence de la formation clinique pour la pratique contemporaine* » (Coulehan & Williams, 2001, p.603).

1.2 - Le curriculum caché

1.2.1 - « Eclairer » le curriculum caché en médecine

Sally Mahood, médecin au Canada, fait une mise en garde : « Formation médicale – Prenez garde au curriculum caché » ou pour citer le titre original : « *Medical Education : Beware the Hidden Curriculum* » (Mahood, 2011). Du point de vue de Mahood, le curriculum caché dénigre la médecine générale et glorifie la surspécialisation. En tant que médecin généraliste, elle se sent attaquée par le *hidden curriculum*. Elle souhaite dénoncer les effets dérivant de la formation médicale pendant l'internat. En France, pour Galam aussi il faut : « éclairer le hidden curriculum », c'est l'intitulé de son article de 2014 publié dans *La Presse Médicale*. Selon lui, c'est une acculturation qui possède ses propres règles dont l'absence d'émotion, de doute, de contradiction, d'erreur et de fragilités. Le curriculum caché confronte les internes seuls face aux erreurs médicales. Pour éclairer le *hidden curriculum*, Galam conclue que

« la médecine a des objectifs sociétaux et culturels non affichés en tant que tels mais qui déteindront à travers tout le parcours. Le programme d'études caché détermine une large part de l'éducation et de la culture médicale. Il impacte les identités professionnelles individuelles et collectives et les pratiques soignantes. Très largement implicite, sa compréhension n'est ni facile ni exempte de polémiques. Elle peut sembler étrange, voire exotique ou choquante d'autant que ses résultats et conclusions risquent parfois d'aller à l'encontre de la sagesse officielle » (Galam, 2014, p.362).

Partant du point de vue de l'intérieur, Mahood et Galam, incitent à considérer la part d'ombre de la formation des médecins qui sont sources de violences pour les apprentis et qui s'insèrent aussi dans la pratique. Les internes en médecine et les médecins sont les secondes victimes des erreurs médicales et plus largement des événements graves dans le soin. Ce qui est amené à rester silencieux dans la formation médicale a des conséquences sur la santé psychique de sa population. Par l'apprentissage informel il est aussi question de ce qui protège ou non les travailleurs et les travailleuses toujours dans la situation clinique hospitalière.

1.2.2 – Béance du curriculum caché

Le « curriculum caché » est à l'origine une expression non-savante qui gagne en conceptualisation avec les sciences de l'éducation. Jean Houssaye dirige en 2005, un ouvrage réunissant plusieurs expert·e·s en sciences de l'éducation sur la pédagogie pour « *une encyclopédie pour aujourd'hui* ». En pédagogie, il y a un écart entre la théorie et la pratique, « *c'est dans cette « béance » [...] que se « fabrique » la pédagogie. Cette impossible et nécessaire conjonction entre théorie et pratique est à la fois le lien entre les deux, l'impossibilité même de les réduire l'un à l'autre et le mouvement dialectique qui les enveloppe de façon indissociable* » (Houssaye, 2005, p.13). Du côté des pays anglo-saxons, *on parle de curriculum pour désigner le parcours éducatif proposé aux apprenants, alors qu'en français on dira plus volontiers plan d'étude, programme ou cursus [...]* » (Perround, 2005, p.61).

En France, Philippe Perround contribue à décrire les subtilités du « curriculum caché » : « *c'est la part des apprentissages qui n'apparaît pas programmé par l'institution scolaire, du moins pas explicitement* » (*ibid*, p.62). Le *curriculum prescrit* ou formel est relatif à ce que l'éducateur programme pour constituer le parcours éducatif, c'est entre autres des textes et des représentations mais aussi les lois, les réglementations et les recommandations ministérielles. Le *curriculum réel* ou réalisé c'est toute l'expérience que vit celui·celle qui apprend, la *succession cohérente d'expériences formatrices* qui le·la transforment. Le *curriculum caché*, c'est ce qui n'est pas directement observable, c'est ce qui est ignoré, flou mais fonctionnel. Perround explique que :

« la nature même du rapport pédagogique conduit à cacher aux apprenants une partie de ce vers quoi on les mène : parce qu'ils ne sont pas capables ou n'ont pas envie de savoir, parce qu'ils s'opposeraient à un projet plus explicite, parce que les routines scolaires permettent d'enseigner sans que les apprenants posent la question du sens, des finalités du travail scolaire » (*ibid*, p.75).

Le curriculum caché n'est finalement caché qu'à ceux qui ne veulent pas le voir, son élucidation dépend des acteurs et actrices concernées par le rapport de pédagogie. À cela, Marguerite Altet ajoute l'importance de distinguer les *styles d'enseignement* et les *styles pédagogiques*. Pour Altet, la modification profonde des pratiques enseignantes exige que les protagonistes fassent un travail de compréhension et de prise de conscience de toutes les

dimensions de leur propre style dominant afin de les accompagner dans le développement de *variabilité didactique*³² et dans l'adaptation aux fluctuations des situations (Altet, 2005).

1.3 – D'un point de vue anthropologique et sociologique

1.3.1 – Particularités de la formation des spécialistes en France

Emmanuelle Godeau, médecin anthropologue, s'intéresse aux processus par lesquels les internes passent pour devenir des spécialistes. Godeau constate, justement, que « *si à la suite de Michel Foucault, les historiens ont profondément renouvelé leurs modes d'approche de la médecine, au profit notamment de l'étude des représentations du médecin, de la maladie ou du pouvoir médical dans la société, ils n'ont pour autant accordé aucun regard particulier à l'apprentissage de cette profession, à l'« art d'être interne » ou plutôt de le devenir.* » (2007, p.3). Ses recherches montrent, d'une part, que les anthropologues comme les historien·nes font l'impasse sur la formation des médecins ; d'autre part, que les sociologues sont les premier·ères à réaliser des travaux sur l'apprentissage médicale. Les ethnologues européennes s'intéressent à une « anthropologie de l'hôpital » par ses rituels, ses processus de ritualisation et de symbolisme ainsi qu'en interrogeant l'humour dans les services hospitaliers (Katz, 1981, 1999 ; Lionnetti, 1988 ; Genest, 1990 ; Pouchelle, 2003 ; Bacca, 2002).

En 1950, en sociologie aux Etats-Unis,

« deux équipes ont été pionnières dans ce champ [apprentissage médical]. Becker, Geer & Hugues (1961) dans *Boys in White*, ont envisagé la formation des médecins comme l'acquisition d'une double culture, médicale professionnelle d'une part, estudiantine d'autre part, cette dernière visant à permettre l'acquisition au contact de pairs de stratégies pour réussir au mieux dans le domaine scolaire. Merton, Reader & Kendal (1957) dans *The Student Physician*, se sont pour leur part centrés sur l'apprentissage des éléments qui constituent une culture professionnelle de la médecine, ses valeurs, savoirs techniques auxquelles les médecins recourront pendant leur carrière. » (Godeau, 2007, p.3-4).

Ensuite, Godeau cite Byron Good (1994) pour ses théorisations sur l'imprégnation par une culture médicale et la place du corps dans l'apprentissage des médecins, puis Hass & Shaffir (1987) cité par Robert Hahn (1995) pour leur étude sur le « déguisement de compétence », ou

³² « Le style didactique : il est caractérisé par les choix de modalités didactiques, stratégies, méthodes mises en œuvre par chaque enseignant. C'est le champ des variables décisionnelles prises par l'enseignant dans l'organisation de ses actions et des conditions d'apprentissage » (Altet, 2005, p96)

« Cloak of Competence », des étudiant·e·s par ce qui leur permet de « se convaincre eux-mêmes » de leur compétence, notamment le port de la blouse blanche. Dans la même décennie, les travaux des anthropologues Segal (1984 ; 1988) et Sinclair (1997) font exception selon Godeau. Le premier s'intéresse aux attitudes pendant les dissections (dérision, blagues etc.) ainsi qu'à l'ambiance dite « graduations folles » lors des remises de diplômes et Sinclair travaille sur « *le cursus préclinique des étudiants londoniens dans les années 1990 [...]. Pour ce, il a analysé méthodiquement tout le parcours et a montré combien apprentissage officiels et non officiels sont imbriqués et participent conjointement à cette transformation.* » (Godeau, 2007, p.4). À l'issue de cet état de l'art, l'auteure affirme que « la formation hospitalo-universitaire française » nécessite un travail spécifique et décide de travailler sur ce qui est en marge du cursus « officiel » de l'apprentissage médical. Elle ethnographie différentes salles de garde et produit différentes monographies de l'internat de Paris, de Toulouse et de Strasbourg. Son « *approche comparatiste permet de voir les coutumes circuler entre les internats, se compléter, se répondre et se transformer, témoignant à un niveau plus global de leur vitalité* » (Godeau, 2007, p.7). Les salles de garde permettent d'analyser ce qui scande le parcours de l'internat et permet aux internes de devenir des spécialistes (le baptême, l'enterrement, les manières en salles de garde, la revue de l'internat etc.).

« Que le corps et l'apprentissage de la relation au corps de l'autre soient centraux dans la formation des médecins est un fait acquis. En salle de garde, nous avons vu se mettre en place un processus généralisé de régression et d'inversion des normes culturelles habituelles. » (Godeau, 2007, p.169).

Pour l'anthropologue : « savoirs officiels et traditionnels se mettent en place ensemble, dans deux mondes parallèles ou plutôt en miroir, le second inversant terme à terme les axes sur lesquels repose le premier : déssexualisation du rapport au corps/hyper-érotisation du corps ; calme, silence et décence/bruit, vociférations et exhibitions ; propreté et hygiène/saleté et désordre ; vocabulaire technique et spécialisé/égalitarisme ; etc. Ainsi, dans la salle de garde une sorte de carnaval permanent se déroule au sein de l'institution hospitalière, à travers une inversion systématique et ritualisée des fondements de cette dernière et des recommandations hippocratiques qui la gouvernent. » (*ibid*, p.278).

A l'issue de ses recherches « il apparaît que la fabrication du personnage du spécialiste n'est pas gouvernée seulement par une logique hospitalo-universitaire centrée sur des savoirs médicaux et techniques. Dans les marges de l'institution

mais avec son accord tacite, d'autres pratiques, de l'ordre de la coutume et dotées d'une efficacité symbolique propre, contribuent à leur tour à cette construction. » (Godeau, 2009, p. 279).

Avec Godeau, le champ de l'apprentissage médical investit enfin le troisième cycle des années de médecine. Le travail des sociologues anglo-saxon·nes sur la culture médicale se prolonge de connaissances non négligeables sur les caractéristiques propres aux internes en médecine en France. En France, les travaux sur la formation médicale ne peuvent pas faire l'impasse sur les processus de socialisation dans les salles de garde. L'investigation de l'internat permet d'avancer dans les compréhensions sur les processus attachés à l'éthos et son intégration par les spécialistes. La conquête de l'esprit de corps passe par l'acculturation à l'obscénité de l'ambiance dans les espaces carabins. Ainsi, les recherches anthropologiques de Godeau permettent de construire un pont entre une culture qui s'est créée dans les espaces annexes au travail et l'apprentissage de celui-ci. Les conclusions alertent sur l'importance de mieux cerner la symbolique des conduites insolites dans le maintien de l'esprit de corps.

1.3.2 – Humour viril en chirurgie

En anthropologie, Emmanuelle Godeau décrypte les coutumes des carabins en salle de garde des internats en médecine pour comprendre comment les internes deviennent des spécialistes (Godeau, 2007 ; 2009 ; 2017). En sociologie, Emmanuelle Zolesio s'appuie sur les travaux de Godeau pour comprendre l'humour scatologique et sexuel des chirurgiens ainsi que les attitudes que leurs consœurs adoptent face à cela (Zolesio, 2009ab ; 2012). Docteure en sociologie, ses travaux de recherche traitent de la socialisation professionnelle des chirurgien·nes. Elle part de l'augmentation du nombre de femmes chirurgien·nes ; or « la chirurgie est une spécialité masculine, par son recrutement mais aussi par ses caractéristiques techniques, organisationnelles et par sa culture professionnelle. Dans ce contexte, les femmes, véritables exceptions statistiques, se révèlent une bonne « entrée » pour révéler certaines dimensions de la socialisation professionnelle en chirurgie » (Zolesio, 2009b, p.117-118).

S'appuyant sur les travaux de Joan Cassel, Zolesio réalise des observations dans cinq services hospitaliers de chirurgie. C'est en prenant le parti de tout d'abord suivre des chirurgiennes qu'elle a pu avoir accès aux équipes soignantes mais aussi aux chirurgiens. Elle complète ses observations par une quarantaine « d'entretiens semi-directifs abordant la trajectoire biographique familiale et professionnelle des praticiennes » (*ibid*, p.118). Les analyses montrent que l'humour viril des carabins participe du rapport de domination des

chirurgiens digestifs sur leurs congénères femmes et leurs permettent notamment de faire face aux viscères et à leur contenu. « Les plaisanteries scatologiques et sexuelles » permettent de prendre de la distance avec ce qui est confrontant dans le travail, néanmoins, « *l'entre-soi masculin joue en effet un rôle majeur dans la compréhension de l'intensité et du renforcement de cette pratique virile, dont une des fonctions est d'assurer la reproduction (masculine) du corps professionnel par l'éviction de candidat(e)s jugés trop « féminin(e)s » donc « inaptés » (en tous les cas indésirables) au métier.* » (Zolesio, 2012, p.106-107). Les novices font les frais de ces processus de socialisation virile. L'effet produit par cette socialisation attendant aux mentalités viriles est étudié en science de l'éducation sous la bannière de ce qui n'est pas formel, ni déclaré dans l'apprentissage : le *hidden curriculum*, mais qui se transmet quand même dans les marges ou plutôt les zones d'ombre de l'apprentissage.

1.4 – Curriculum caché et violences

1.4.1 – Les violences obstétricales

Roberto Castro (2021) s'intéresse aux violences obstétricales dans les services obstétricaux au Mexique. D'abord condamnables par la justice, ces violences peuvent aussi s'étudier d'un point de vue sociologique. L'étude auprès d'étudiant·es dont des internes de gynécologie obstétrique a eu pour but de recueillir des témoignages « sur les règles informelles entrant dans leur formation [...] ainsi que sur les pratiques quotidiennes qui, dans la salle de cours ou à l'hôpital structurent leur activité professionnelle » (2021, p.36). Selon Castro, cela se réfère à la spontanéité préconsciente et requiert l'observation des interactions dans l'entre-soi, entre les médecins et les parturientes, et entre les membres de l'équipe médicale et les parturientes. La méthode discursive est complétée par plus de 200 heures d'observation dans des salles d'accouchement d'hôpitaux publics.

3 dimensions se dégagent du curriculum caché :

- la dynamique punitive est intégrée comme ressource de formation et permet l'intégration de l'ordre médical et de la hiérarchie,

- l'intégration de la hiérarchie commence dès les premiers jours de faculté, par des codes et des pratiques notamment langagières « docteur », « maître » etc...

- les femmes subissent des agressions auxquelles elles doivent « surmonter si elles veulent vraiment entrer dans le corps médical » (Castro, 2021, p.38).

Castro écrit : « nous sommes face à un appareil, celui des études de médecine, qui joue un rôle central dans la genèse d'un habitus professionnel autoritaire. Parallèlement au *curriculum* officiel, il développe un autre *curriculum* fondé sur la punition comme forme de transmission des connaissances, sur l'intériorisation des hiérarchies, qu'ils incorporent et défendent, enfin sur les inégalités de genre. C'est un appareil éducatif qui, à travers des technologies du soi spécifique, assoie les bases de la production et de la reproduction du pouvoir au niveau micro de l'interaction sociale » (2021, p.50).

Dans cette perspective bourdieusienne, le curriculum caché prépare à l'habitus médical défini par l'ensemble des prédispositions qui sont les résultats d'un autre ensemble d'intériorisation. Le non-officiel du curriculum médical soumet les internes à la même autorité à laquelle et par laquelle ils et elles vont soumettre leurs patientes. Le processus de socialisation aboutit par l'acceptation par validation des internes spécialistes. En effet, Castro constate qu'à la suite de l'expression des « mauvais traitements subis », les médecins spécialistes finissent par les valider et les intégrer comme un type de formation. In fine, « ils et elles ont été adoptés pleinement par l'institution à laquelle ils et elles veulent appartenir. Maintenant ils et elles l'incarnent et parlent en son nom » (*ibid*, p.50). Un schéma répétitif se transmet, entraînant avec lui des violences et des souffrances. Pour incorporer un autre habitus moins autoritaire, et prétendre à d'autres processus de socialisation, il devient essentiel pour Castro de réformer la structure du champ médical.

1.4.2 – Les violences envers les étudiant·es en santé

Le livre de Valérie Auslender (2017), *Omerta à l'hôpital* recueille plus de 100 témoignages d'étudiant·es en santé dont une dizaine d'internes, des externes, des apprenti·es infirmier·ères etc.). Les parties sont structurées par forme de maltraitance : « l'humiliation », « la déshumanisation », « l'acharnement », « l'abus de pouvoir », « l'omerta » etc. Chaque témoignage est éprouvant et relate les faits subis par les étudiants et les étudiantes à l'hôpital, par leur responsable. Apparemment : « les violences, ça fait partie du pack « études de médecine » » (Auslender, 2017, p.59). La plupart des témoignages des étudiants et des étudiantes en médecine sont catégorisés dans ceux émanant de l'exploitation et de l'abus de pouvoir.

Initiation et initiation

La médecine comporte des temps forts propre à la particularité de son parcours. Par exemple, plus qu'une leçon d'anatomie, la dissection des cadavres est un rite de passage qui décourage celles et ceux non disposé·es à se confronter à la vision et au touché du corps inanimé. Ce passage marque les esprits d'un sceau particulier :

« On nous fait disséquer des morts en médecine. Ceux qui ont des réactions finalement normales face à des cadavres en décomposition sont des « faibles ». Pour être fort, il ne faut surtout pas être empathique, ne laisser paraître aucune émotion, ne plus être humain en somme. [...] Quand on lit le serment d'Hippocrate, qui retranscrit la manière éthique dont les médecins devront se comporter au moment où ils sont diplômés, je comprends un peu mieux cette transmission de génération en génération de médecins de maltraitance : « je rendrai à leurs fils l'enseignement que j'ai reçu de leurs pères » et leur lot de déviances ! » (« Si c'est ça la médecine, j' préfère la guillotine ! » Auslender, 2017, p.65).

Pourquoi la violence du parcours est-elle institutionnalisée et perdure-t-elle ? Elle semble s'insinuer dans chaque activité et surtout dans l'encadrement des apprenti·es.

« La privation d'initiative : rôle d'externe, reproches injustifiés systématiques sur les rares initiatives de prescription ;

-une absence totale d'encadrement : rôle indéfini mais à qui on reprochera de ne pas être un médecin ayant de l'expérience capable de gérer un service ;

- Aucune valorisation du travail réalisé, uniquement des critiques car ce n'est jamais « parfait » [...] L'estime de soi est anéantie au quotidien alors que les efforts et le temps de présence sont importants (9h-20h) ;

-Jamais aucune reconnaissance pour la gestion du service » (Triste internat, p.141)

Ces révélations interrogent l'intégration des apprenti·es hospitalo-universitaires, d'un point de vue large.

Violences silencieuses et institutionnalisées

« J'ai 47 ans, je suis PH en médecine d'urgence depuis plus de dix ans. [...] Je pense que je suis devenu un docteur « correct ». Mais certainement pas grâce au

système qui m'a éduqué. Durant toutes mes études – et en particulier pendant la deuxième année d'études médicales – je me suis senti victime de brimades permanentes. [...] Ce que j'ai perçu dans mes études comme de la maltraitance est complexe et difficile à cerner précisément – c'est bien pour ça que cette violence larvée continue : elle a rarement une expression directe, elle est rarement ouverte. Mais elle est bien là ». (Quand je joue « My Girl », je pense à lui, p.144)

« Je suis interne en chirurgie. Mon PUPH est marié – avec une très jolie femme d'ailleurs – et père de famille. Mais ça ne l'empêche pas de me faire des avances. [...] Après une période de harcèlement intense, il me dénigre professionnellement, ne répond plus à mes mails ni à mes appels professionnels [...] Bref, il ne veut plus travailler avec moi et m'empêche de continuer mon internat normalement ! » (Je me sens sale, p.191)

En qualité de philosophe et psychanalyste, Cynthia Fleury-Perkins liste les « marqueurs de la violence psychologique », « les dysfonctionnements graves », elle pointe les conséquences de la somatisation et de l'élitisme poussés à leur paroxysme et elle conclut sur l'importance de dénoncer ces maux en systématisant ces témoignages sur des plateformes et en sanctionnant les référent·e·s (Fleury-Perkins, 2017, p217-220). Son point de vue s'oriente vers une prise de conscience sociétale, politique mais aussi juridique. Pour Céline Lefève, experte en philosophie de la médecine, ces témoignages relèvent de paradoxes : au lieu d'être formé·es « à l'esprit scientifique et aux valeurs du soin », les étudiant·es sont formaté·es « à des valeurs et attitudes qui en diffèrent largement ». Le compagnonnage est alors dénudé de son accompagnement et la relation pédagogique est réduite à une relation hiérarchique. Enfin, « la médecine comme pratique rationnelle mobilisant l'esprit critique » fait face au dogmatisme (Lefève, 2017, p.223). Lefève conclue sur l'importance de s'emparer de ces témoignages pour notamment innover et mieux former les étudiant·es et les formateur·rices.

De son côté, Didier Sicard témoigne que la lecture des témoignages le bouleverse et le questionne intimement sur ce qu'il a raté pour ne pas avoir vu cela durant ses cinquante ans de vie hospitalière. Pour lui, l'hôpital fait face à une déshumanisation qui va jusqu'à l'impossibilité de se plaindre. Il conclut sur l'importance de « rompre l'isolement, être à l'écoute et former les formateurs » (Sicard, 2017, p220). Sicard, ancien chef de service de médecine interne, pointe ce qui s'occulte dans la relation d'apprentissage. Il n'a jamais réellement perçu cela, et se demande peut-être si cela a pu se passer dans son service. C'est cette cécité que la

psychodynamique du travail tente d'éclairer. Comment se fait-il qu'autant de souffrance puisse émaner de la période d'apprentissage, censée être une période délicate et protéger ?

Plus récemment - convoquée en tant qu'experte pour contribuer à l'ouvrage de Valérie Auslender soulevant l'« Omerta à l'hôpital » dans son *livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé* (2017) - Godeau explique que les coutumes des internes en médecine peuvent être symboliquement violentes si elles ne sont pas « *incorporées dans un système qui fait sens et qui a une efficacité symbolique propre : transformer des étudiants néophytes en médecins spécialistes compétents, capables de guérir et de résister à une profession éprouvante* » (Godeau, 2017, p.240). Godeau ne tolère aucunement les pratiques illégitimes, lorsqu'il n'y a pas de système d'efficacité symbolique ou de groupe qui donne sens, les violences sont vécues comme gratuites et dirigées personnellement. De fait, son intérêt porte de façon inédite sur la symbolique des exigences coutumières du cursus de formation des médecins, par exemple, de la leçon d'anatomie à la « familiarisation » avec la mort par l'explicitation de ce qui est de l'ordre du « savoir coutumier » relatif à l'épreuve de la dissection en début de cursus.

1.4.3 – La déontologie contrariée

Les violences institutionnalisées dans la formation médicale entrent en contradiction avec la déontologie des médecins. En médecine, la relation des médecins avec les internes est définie par les valeurs du compagnonnage :

Article R4127-68-1 du code de la santé publique : « Le médecin partage ses connaissances et son expérience avec les étudiants et internes en médecine durant leur formation dans un esprit de compagnonnage et de respect mutuel ».

En 2022, des commentaires sont annexés au code de déontologie des médecins par l'ordre des médecins : « il est aussi attendu du médecin, qu'il soit, ou non, enseignant ou maître de stage, praticien hospitalier ou médecin remplacé, qu'il partage ses connaissances et son expérience avec les étudiants en médecine durant leur formation » (p.214³³) Transmettre les connaissances médicales est une « obligation morale » figurant dans le serment d'Hippocrate et exige de part et d'autre considération et respect. . L'Ordre fait référence à la lettre de Juin 2002 du Centre d'évaluation, de documentation et d'innovation pédagogique (CEDIP) pour éclaircir le compagnonnage. Le dispositif développé dans la lettre entérine le compagnonnage

³³ <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/commentaires-code-deontologie.pdf>

pour orienter les méthodes de professionnalisation en entreprise. Le compagnonnage doit bien se différencier du tutorat en entreprise³⁴ relayée à l'ingénierie pédagogique. L'accent est porté sur l'aspect pratique du compagnonnage qui consiste à transmettre les connaissances et les savoir-faire par la démonstration en présence des novices et l'explicitation des règles et des valeurs de l'organisations :

Extrait des commentaires du code de déontologie médicale du CNOM sur le compagnonnage (2022, p.233)

« Pour que cette relation respecte ces règles et valeurs fondamentales, qui sont, pour les médecins, la déontologie, il faut qu'elle comporte l'apprentissage de ces règles et une sensibilisation à l'éthique qui devra se poursuivre tout au long de la vie professionnelle du médecin. Ces valeurs se manifesteront d'abord par le respect des patients qui ne doivent pas être traités comme des « objets d'étude », des « organes malades » mais être considérés en tant que personnes, écoutés avec empathie, informés de leurs droits et libre d'accepter ou de refuser de participer à la formation clinique des étudiants [...]. La participation d'un étudiant à l'activité professionnelle d'un médecin, quelle que soit la structure ou le mode d'exercice doit être effective et s'exercer en situation réelle. L'autonomisation progressive de l'étudiant devra être recherchée, contribuant ainsi à la détermination des choix professionnels du futur praticien, à l'élaboration et à la construction de sa vie professionnelle et favorisant son intégration dans la profession.

En introduisant la notion de compagnonnage, cet article insiste, également sur l'importance de la réciprocité dans les relations entre médecin et étudiant, chacun ayant des droits et des devoirs. [...] l'étudiant devra quant à lui, non seulement participer à l'exercice professionnel du service, de la structure ou du cabinet, mais contribuer, du fait même de sa mobilité, à l'actualisation des connaissances de l'enseignant. En faisant référence à la considération et au respect mutuel, ce texte rappelle enfin l'exigence de confraternité, visée à l'article 56, dans les relations entre médecin et étudiant et internes en médecine ».

³⁴https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/22-compagnonnage_et_competences_-_pourquoi_-_comment_cle72794c.pdf

L'assermentation et le code de déontologie régissent les relations entre les médecins et leurs apprenti·es par le compagnonnage et la confraternité. Ces précisions annexées au code de déontologie, montrent que malgré les changements et les ajouts, un écart considérable existe entre les prescriptions déontologiques et la réalité du travail et des vécus. Comment l'expliquer ? La psychodynamique du travail s'intéresse à l'analyse des formes de subjectivités au travail. Elles montrent que le travail est vivant parce qu'il comble l'écart entre le prescrit et le réel à l'aide de la coopération défensive et des règles de métier. Le zèle et l'intelligence pratique pour combler cet écart dans le travail transitent par l'histoire personnelle des sujets. La rencontre entre un environnement professionnel, les situations spécifiques du travail et l'histoire singulière et collective. Recherchons ce qu'expriment les médecins et les internes de ce qu'ils et elles vivent du compagnonnage et de l'apprentissage. Et par quoi sont-ils et elles passés ? La prescription déontologique donne une norme directive et communément admise et son vécu dépend des règles collectives, défensives et aussi de la subjectivité au travail. Pour le dire autrement, quel est le rapport des internes et des médecins au compagnonnage ?

Conclusion

Avant de s'intéresser aux violences faites aux étudiants et aux étudiantes en santé, Auslender a réalisé sa thèse d'exercice de médecine (2015) sur *Les violences faites aux femmes*. Son enquête nationale auprès d'étudiant·es en médecine répondaient aux volontés ministérielles de 2004 pour la lutte et la prévention contre les violences faites aux femmes. L'un des leviers a été la sécurité du cadre médical pour les femmes victimes de violence, soit la façon dont les médecins entreprennent l'accueil de ces personnes. Pour cela, elle a entrepris d'interroger les enseignements délivrés aux étudiant·es de deuxième et de troisième cycle en médecine sur les violences faites aux femmes. Elle a aussi soulevé les difficultés de leur apprentissage. Une partie de ses analyses quantitatives fait corrélérer le genre des étudiant·es, leur capacité à interroger les femmes pendant les consultations avec les violences qu'eux·elles-mêmes auraient subi en stage à l'hôpital etc. Les facteurs de corrélation sont enchevêtrés et témoignent d'une résonance à éclaircir. Pour elle, il faut d'abord traiter la formation des étudiants et des étudiantes en médecine, parce que la médecine est mal placée pour s'occuper des violences faites aux femmes si son apprentissage, lui-même, fait subir des violences aux jeunes femmes.

Cette trajectoire de recherche ainsi que ses effets et ses résultats mettent en perspective une articulation à éclaircir sur la prise en charge de la vulnérabilité et les vulnérabilités inhérentes à l'apprentissage de cette prise en charge. L'apprentissage de l'éthos médical passe par la confrontation à des violences institutionnalisées. Pour être un bon médecin, faut-il

obligatoirement passer par ces violences ? et soi-même en perpétrer ? Comment ne pas tomber malade dans un environnement qui confronte, si jeune, à tant d'adversité ?

Chapitre 2 : Enjeux contextuels

Les études sur l'épuisement des soignant·es sont assez importantes, d'autant que le burn-out est d'abord étudié chez cette population. Parallèlement à cela on s'intéresse au stress et au burn-out des médecins en fonction de leur spécialité et milieu d'exercice (voir : Delbrouck 2012 ; Lecourt, 2018 ; Truchot, 2002 ; Galam, 2005 ; 2008 ; Bonnet & Dureuil, 2011 ; Gervais, 2017 ; Shadili & al., 2018 ; Holcman, 2018) et plus récemment à partir de mise en place de groupe « bien-être au travail (Maury & Taourel, 2019). « Des pistes de prévention auprès des médecins » et des étudiant·es sont mises en place (voir : Levy-Chavagnat, 2013 ; Hardy, 2018). La souffrance est évaluée et quantifiée. Il est question de « *réduire la souffrance psychique [...] de promouvoir et d'évaluer le rôle positif joué par les médecins responsable d'équipe, en les incitant à valoriser les capacités des médecins de leur équipe [...]. Elaborer un socle de valeur communes au niveau institutionnel [...]* » (Hardy, 2018, p.54-55). Les internes en médecine n'apparaissent que secondairement si ce n'est pris dans la catégorie « étudiant·e·s en médecine ». Les références les concernant naissent d'enquêtes de collectifs d'internes, de dossiers de presse (voir : ANEMF 2013 ; 2017 ; Le Breton-Lerouvillois, 2016 ; ISNI & al. 2017) et pléthore de thèses d'exercice en médecine générale et en psychiatrie. D'autres travaux menés par des équipes pluridisciplinaires s'intéressent à l'impact de l'organisation du travail sur les souffrances des équipes soignantes (Pougnat, 2013), les liens entre les souffrances vécues des internes et le compagnonnage médical y sont interrogés (Kerrien & al., 2015) ainsi que la culture de l'apprentissage médical interdépendante du *hidden curriculum* étudié en science de l'éducation (Cordonnier & al., 2019).

Mais qu'est-ce que le burn-out, le stress et les RPS ? Quelles relations tissent-ils entre le travail et la santé ? En France, quels sont les enjeux contextuels à ces thématiques concernant les internes et les médecins ? Et quelles sont les préconisations ?

2.1 – Etudes des relations travail-santé

2.1.1 – les risques psychosociaux et le burn-out

L'éternel retard de la France : 2006 et 2007 : les suicides en entreprise marquent un tournant majeur. À la suite d'une grande banalisation et euphémisation relayant le suicide à des fragilités individuelles, les directions ont été tenues responsables de la dégradation des conditions de travail poussant au harcèlement et à ces événements tragiques. Le tournant gestionnaire a été un premier facteur à prendre en compte. Il a remplacé les ingénieur·es qui possédaient les connaissances sur le terrain et la réalité du travail par des gestionnaires formé·es

à diriger, manager et réformer le travail par la valeur comptable et les indicateurs de performance : « C'est ce qu'on désigne sous le nom de « tournant gestionnaire [...] alors qu'auparavant les ingénieurs dirigeaient par référence à des règles de travail et de métier, à des règles techniques et à des lois » (Dejours, 2019a, p.195). Les méthodes des nouveaux managers ont des effets délétères sur la santé mentale, par l'évaluation individuelle des performances, la mise en concurrence et le mesurage. Le tournant gestionnaire sape la coopération et le vivre ensemble, elle instaure la peur, la solitude, la sanction et le licenciement. L'entraide et la solidarité comme bases de valeurs dans les liens sociaux, permettaient de ne pas se retrouver seul pendant la crise ; qu'elle soit liée au travail ou à la vie hors-travail. Ensuite, un second facteur a contribué à aggraver la déshumanisation du tournant gestionnaire : la banalisation de la situation. Dejours est formel dans sa déposition contre France Telecom Orange : « L'absence de réponse de la communauté de travail, en effet, est *nolens volens* une réponse. La reprise du travail sans travail collectif de délibération sur la signification du passage à l'acte signifie *de facto* que l'entreprise, la hiérarchie, considèrent le suicide comme un non-événement. Banalisation redoutable qui peut avoir des conséquences sérieuses » (Dejours, 2019a, p.208).

A partir de là, les responsables des ressources humaines s'imprègnent de la notion de RPS l'année suivante en 2008. Les mesures correctrices sont insuffisantes mais elles entament un travail de visibilité des RPS. 2016 est l'année qui marque un réel investissement de la politique française : « un ministre de la Santé s'exprime publiquement sur la souffrance au travail des soignants et propose une stratégie de prévention des risques psychosociaux. Et là encore, ce n'est qu'à la suite d'événements dramatiques de harcèlement moral, ou de suicides survenant chez les soignants, ou « à la suite de mouvements sociaux dénonçant les conditions de travail éprouvantes et épuisantes des professionnels de santé » (Légeron, 2019, p.23), que la mission Qualité de vie au travail (QVT) s'est renforcée. Celle-ci apparaît en France en 2000 avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) mais existait dès les années 1950 au Tavistock Institute de Londres, responsable d'importants travaux sur les limites du taylorisme. En France, il nous faut toujours des circonstances de gravité et d'urgence pour que les réflexions et les dispositifs se déploient. Et c'est cette propension à éviter la prévention ou à écouter les prédictions et les études scientifiques nationales et internationales, qui fait que bien souvent toutes ses réformes sont des réformes évaluatives et drastiques voire parfois même difficiles à mettre en place tant les enjeux ne sont pas totalement compris ni maîtrisés. Les politiques françaises n'ont pas pris la mesure de ce qui se passait déjà dans les pays voisins et lointains, qui pourtant communiquaient et alertaient. En effet, les pays nord de

l'Europe³⁵ se sont souciés de ces thématiques dès 1970, sous la bannière notamment du « bien-être au travail ». Ces préoccupations plus en amont, n'ont peut-être pas endiguer les décompensations en lien avec le travail, mais elles ont permis une considération étalée dans le temps des effets du travail sur la santé.

L'INSEE a commencé une catégorisation des facteurs de stress au travail en 2009, les rapporteurs sont Gollac et Bodier. C'est leur rapport (Gollac & Bodier, 2011) qui est cité à chaque fois qu'il est fait référence aux RPS en France. Les facteurs sont regroupés en six catégories qui doivent lister et étudier les spécificités par métier.

Facteurs de RPS chez les médecins (Légeron, 2019)

- **l'intensité et le temps de travail** : « devoir travailler vite, de façon hachée, ou subir de nombreuses contraintes de rythme [...] les problèmes de conciliation entre travail et hors-travail » (*ibid*, p.27)
- **les exigences émotionnelles** sont fortes et multifactorielles : « nécessité de maîtriser ses émotions [...] être confronté à la souffrance et à la mort, accompagner des personnes en fin de vie, s'occuper d'enfants gravement malades, intervenir auprès de victimes d'accident etc » (p.28), s'ajoute à cela la montée de violences de la part de la patientèle
- **l'autonomie et les marges de manoeuvre** : chez les médecins, la monotonie des tâches et leur répétitivité peuvent conduire à une souffrance et au « bore-out » qui est l'épuisement par ennui
- **la qualité des rapports sociaux et la reconnaissance au travail** : « même si, par rapport à beaucoup d'autres professions, le médecin bénéficie encore largement de cet important « facteur de protection » vis-à-vis du stress, la reconnaissance s'amenuise, et c'est incontestablement l'une des causes du malaise des soignants aujourd'hui » (p.29)
- **les confits de valeurs** : il s'agit ici de « ne pas avoir les moyen de faire un bon travail », chez les médecins, les tâches administratives phagocytent le temps clinique. Le temps de travail dédié à la régularité financière devient source de conflit. Cette catégorie énumère les situations sources de souffrance éthique.

³⁵ Le Danemark voit apparaître ses premiers accords en 1970, et la Suède impose un règlement impliquant dès 1977 les responsabilités des entreprises. Et les années 90 marquent un tournant concernant l'apparition d'études scientifiques et internationales alertant sur l'augmentation du stress dans les milieux professionnels.

- l'insécurité de la situation de travail est importante parce que les structure se réorganise, les nouvelles techniques à maîtriser sont grandissantes, en d'autres termes, l'environnement du travail n'est pas stable et cela indépendamment de la volonté des médecins.

Ce qui n'est pas prise en compte dans cette catégorisation c'est la spécificité des métiers. La médecine est composée de plusieurs métiers rattachés à des spécialités, des types de carrières et des institutions : il y a des médecins spécialistes, des médecins généralistes, de profession libérale ou hospitalo-universitaire. Et ces catégories renvoient à des réalités de travail bien différentes. En d'autres termes, les médecins sont mis dans un même panier alors qu'il s'agit d'un ensemble de différents métiers dont l'exercice n'est pas du tout le même selon les spécialités, les environnements, les pathologies ou encore la socio-démographie du public accueilli. Le travail est considéré comme très solitaire chez les médecins de ville, il comporte des facteurs de stress très différents du travail hospitalo-universitaire. Les maisons de santé réunissant différents professionnels dans un même lieu pallie à cet isolement mais, pour aller vers la clinique du travail, cela interroge sur ce qui articule l'individu au collectif : il y a-t-il du collectif dans les maisons de santé ? Les RPS n'interrogent pas ces dimensions, néanmoins, ses indicateurs ont permis de rendre plus visibles certains liens travail-santé et d'engager la responsabilité de ceux et celles qui emploient. Il leur revient d'évaluer les facteurs de risques issus de l'environnement de travail des employé·es et de tout mettre en œuvre pour en réduire les conséquences ou détecter en amont les situations à risques. L'une des déviations des RPS a été la floraison des dispositifs de « gestion du stress », sensibilisant les travailleurs et les travailleuses sur la survenue de leur stress en les rendant responsable de leur réaction physiologique et de sa gestion.

En 2000, Molinié et Volkoff, réalise une enquête statistique à l'Agence nationale pour l'emploi, et tirent des conclusions importantes sur l'impact de l'intensité du travail sur la santé. En amont, la santé se réfère à la définition de Davezies (1998) qui rappelle entre autres, qu'un sujet qui se sent en bonne santé se sent en forme, libre, et perçoit la suite des événements le concernant et l'entourant comme une unité dotée de sens et constituant une histoire. « L'intensification du travail [ici] se traduit d'abord par l'accumulation de contraintes de temps dans la réalisation du travail » (2000, p.2) et fait, par ailleurs, l'objet d'autres travaux (voir : Gollac & Volkoff, 1999 ; Gollac & Volkoff, 1996 ; Femex, 1999). Volkoff et Molinié rappellent que l'étude des effets du travail sur la santé relève le plus souvent de relations statistiques entre des caractéristiques sur le travail et d'autres sur les troubles de santé. Cette

étude nécessite l'appui des connaissances disponibles pour l'interprétation causale de ces relations. Les auteur·es font appel à l'approche clinique de l'activité pour interpréter le mal-être qu'occasionne « l'amputation de sa propre activité », ainsi « traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin [...] détermine une progression nette et importante de la nervosité » (*ibid*, p.11). La réciprocité existe, plus les gens se sentent nerveux, plus ils ont l'impression de bâcler leur travail. Avoir l'impression d'être suffisamment bien formé·e est « protecteur ». Pour le dire autrement, avoir l'impression de faire son travail avec soin est un facteur important dans l'articulation du travail et de la santé. Travailler avec soin est un ressort de la santé mentale.

Le stress et la reconnaissance au travail

Le modèle de référence concernant les effets du stress au travail sur la santé est celui de Krasek (1979). Son outil d'évaluation se compose de 3 dimensions :

- la demande psychologique porte sur les aspects de charge psychologique dans le travail,
- la latitude décisionnelle se compose de la combinaison entre les possibilités d'utiliser et de développer ses propres compétences. L'autonomie décisionnelle évalue la marge de manœuvre dans le travail et l'implication dans les décisions sur le travail.
- une troisième dimension jauge le soutien social au travail, c'est-à-dire la qualité des relations avec la hiérarchie et les pairs. Tout manque constitue un risque pour la santé.

Le modèle de Karasek, permet aussi d'évaluer la corrélation des dimensions sur la santé : par exemple une forte demande psychologique associé à une faible marge de manœuvre dans le travail équivaut à une situation augmentant le risque.

Les RPS oriente l'intérêt vers les facteurs organisationnels responsables du stress et des états d'épuisement augmentant les pathologies somatiques et les risques cardiovasculaires. Le modèle épidémiologique de Sigriest (1996) lui, rajoute la dimension de la récompense associée aux efforts des individus. C'est dans ce déséquilibre effort-récompense, que le stress apparaît. La récompense recouvre autant le salaire, les possibilités d'évolution de carrière que la sécurité de l'emploi et l'estime.

Le burn-out nous vient de Herbert Freudenberger, un psychanalyste allemand, le terme est d'abord utilisé dans l'étude des professions de santé. En 1971, il est surtout question de rendre compte de l'état d'épuisement professionnel des soignants et des soignantes. Et l'épuisement professionnel en France apparaît un peu avant en 1959, grâce aux recherches du psychiatre Claude Veil.

Dans les années 1980, la psychologue américaine Christina Maslach rend compte de l'épuisement des travailleurs et des travailleuses sociales et des soignant·es puis plus largement des professions comportant une relation avec autrui. Le burn-out désigne un état psychologique et physiologique lié à un contact long avec des facteurs de stress professionnels. Maslach élabore un questionnaire (MBI)³⁶ visant à détecter et évaluer les symptômes du burn-out, celui-ci comporte trois dimensions :

- un épuisement physique et émotionnel énoncé comme une baisse d'élan vital témoignant un sentiment d'être sans ressource,

- une dépersonnalisation, ou une déshumanisation qui se manifeste par une absence d'empathie, accompagnée d'un détachement,

- un sentiment de dévalorisation, de perte d'estime de soi associée à un vécu dépressif et une incapacité à accomplir ses tâches professionnelles.

2.1.2 – Etudes sur la souffrance et le stress des internes

Une échelle de mesure du stress basée sur Maslach

La psychologie cognitive a elle aussi exploré les dimensions du mal-être des internes avec les outils de mesure de stress. L'Internal Medicine Residency Stress Scale (IMRSS) est une échelle spécifiquement conçue pour mesurer le stress des internes en médecine. Elle est créée en 2016 par une collaboration de 3 chercheur·euses français·es de l'Université de Paris Descartes (un médecin généraliste, un psychologue spécialisé en psychologie cognitive (PU) et une psychologue (MCF)) et un psychologue de l'Université PACE de New-York (PHD assistant). L'échelle est constituée de 8 items de stress (ex : « le fait de se sentir fatigué », « le manque de temps passé en famille », « l'arrivée dans un nouveau stage », « le fait d'être responsable de vies humaines », « le manque d'expérience », « le manque de connaissances théoriques », « le rythme de travail : les horaires, l'enchaînement des journées sans repos, les

³⁶ Maslach Burnout Inventory

gardes » etc.), les répondant·es doivent évaluer ces items de 1 à 5, « 1 (*ils ne vous ont pas stressé du tout*) à 5 (*ils vous ont beaucoup stressé(e)*). » (Myszkowski & al., 2016). Pour déterminer les items du questionnaire, les chercheur·euses ont utilisé une démarche inductive par codage d'entretiens. 17 entretiens préalables ont été menés avec des internes en médecine autour de l'identification de leurs sources de stress. Les 8 items sont induits à l'issue de la saturation thématique du codage. Deux sources principales sont ressorties des entretiens : la surcharge de travail et ses effets sur l'équilibre vie privée et vie professionnelle et la responsabilité médicale alliée à un sentiment d'incompétence et de manque d'expérience. Comme critères externes les chercheur·euse·s utilisent 4 autres échelles traduites en français : HADS³⁷ sur l'anxiété et la dépression à l'hôpital, MBI³⁸ l'échelle de Maslach qui mesure le burnout, SWLS³⁹ qui mesure le jugement de satisfaction dans la vie et le WCC-R⁴⁰ qui mesure les stratégies de coping. Leurs résultats montrent que l'âge n'est pas significativement corrélé à l'IMRSS et que les internes femmes ont un score plus élevé à l'IMRSS. L'épuisement émotionnel est un facteur de stress important. Le stress n'est pas corrélé au sentiment d'inefficacité. Bien que stressé·es, épuisé·es ou déprimé·es, les internes peuvent encore se sentir efficaces et sont encore capables de réaliser leur travail. Le stress, n'impacte pas de façon visible l'accomplissement du travail. Les internes maintiennent leur engagement au travail malgré le stress. Mais comment le vérifier ? Et que mettent-ils et elles en place pour tenir, pour ne pas sentir les effets de l'épuisement ?

Contraintes et souffrances des internes mais pas que...

En 2019, une étude qualitative par entretiens semi-directifs sur les « contraintes et souffrances des internes en médecine générale » (Cordonnier & al.) est menée par des chercheur·euse·s de l'INSERM, du CNRS, de l'université et du département de médecine générale de Grenoble. L'introduction de l'article, réunissant les résultats de l'étude, rappelle certains travaux de la psychopathologie du travail pour historiciser le syndrome d'épuisement professionnel. Les auteur·e·s posent les questions suivantes : « *quelles sont leurs* [les internes en médecine] *réflexions sur leur situation ?* », « *comment perçoivent-ils les facteurs d'influence sur leur fonctionnement et sur leur construction identitaire ?* » (2019, p.75). Il·elle·s rajoutent que leur objectif est d'explorer le ressenti des internes de médecine générale à propos des contraintes à l'origine de leur souffrance. Les intentions de l'étude se rapproche d'une

³⁷ HADS : the Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983)

³⁸ MBI : Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981)

³⁹ SWLS : Satisfaction With Life Scale (Pavot & Diener, 1993)

⁴⁰ WCC-R : the Ways of Coping Checklist-Revised (Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro & Becker, 1985)

perspective plus psychologique : « *La sélection des internes en souffrance s'est fondée sur la souffrance exprimée et non sur des scores pathologiques mesurables* » (ibid, p.77). L'analyse phénoménologique interprétative par codage ciblent 10 thèmes relatifs à l'origine de la souffrance. La catégorie s'intéressant à l'offre pédagogique analyse que les « carences pédagogiques », le « suivi personnalisé défaillant » et l'intensité des études créent de la souffrance. La construction de leur identité est aussi truffée de difficultés : les entretiens racontent la fin du fantasme de toute puissance, l'impact de la vie professionnelle sur la vie privée notamment une parentalité presque impossible pendant l'internat, des expériences psychiques atypiques (le handicap, la mort, la douleur etc...), le temps nécessaire pour trouver l'équilibre de la relation médecin-patient (nervosité, affect, recul etc...). Le codage fait aussi émerger le poids des doutes et des erreurs lors de la prise de responsabilité. Un « décalage » est prégnant avec les jeunes de la même génération non issus-es de la médecine. Pour Cordonnier & al. le « curriculum caché » est pour les internes ce qui les empêche de parler de leur souffrance en reproduisant une « culture médicale » qui appartient à leurs aînés et qui, selon eux, les encourage à cacher leur souffrance (Galam, 2008) par honte, orgueil, culpabilité. Les verbatim recueillis montrent que ce « curriculum caché » dérange les internes qui ont besoin d'exprimer ce qui ne va pas. La méthodologie qualitative a pu laisser place aux paradoxes, aux contradictions etc... Ainsi, les chercheur·euses se rendent compte par surprise que « tout n'était pas que souffrance [...] » (Cordonnier & al., 2019, p.77), autrement dit, que le prisme de la souffrance au travail oriente le regard, au point de ne voir que cela. Pas tous et toutes les internes ne souffrent de leur condition.

Pour les chercheur·euses, l'échelle doit s'améliorer pour prévenir/prédire⁴¹ les troubles ainsi que les problématiques liées plus spécifiquement au travail. Compte tenu du rythme de travail à l'hôpital et des spécificités de la pratique médicale, leurs conclusions établissent une recommandation sur les échelles de mesures et insistent sur l'utilisation fréquente d'échelles courtes comme l'IMRSS plutôt que les longs questionnaires ponctuels. Ce constat appuyé redonne du relief à l'utilisation des échelles de mesures. *In fine*, les données obtenues par méthodes empiriques concernent une localité, ne permettent pas de généraliser et de diffuser largement les résultats, à l'inverse les données métriques par échelle ne rendent pas compte des évolutions et des subtilités des vécus des internes sûrement fortement corrélées à un environnement de travail en constante mutation. En situation de crise sanitaire, l'IMRSS serait obsolète et de nouvelles variables entreraient en jeu telles que « la peur de contaminer ses

⁴¹ En anglais : « prediction », finalement le terme en anglais questionne sur l'utilisation de l'échelle.

proches », « l'ennui provoquée par la redondance des cas rencontrés », « l'impact des restrictions sociales et du couvre-feu sur l'équilibre vie privée vie professionnelle », « l'impact du virus sur les choix de villes et de spécialité »⁴² etc.

2.1.3 – Les enquêtes réalisées par les internes en médecine

Les associations d'internes en médecine et d'étudiant·es en santé lancent des enquêtes de santé mentale sur la population de leur spécialité et/ou de leur région et/ou de leur centre hospitalo-universitaire ou encore à l'échelle nationale.

En 2013, l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) s'intéresse aux « conditions de travail et de formation des étudiants en médecine – Chiffres & Ressentis » (ANEMF, 2013). L'association s'empare des témoignages d'externes qui vont mal pour lancer un questionnaire national sur : les ressentis des étudiant·es pendant leurs études, l'impact de la médecine sur leur vie, les facteurs de stress hors-stage (académiques) et en stage ainsi que le « stress global ». Plus de 7000 étudiant·es de différentes villes d'études répondent. Les questions et les affirmations du questionnaire orientent les réponses, par exemple : « Avez-vous l'impression d'être exploité en stage ? », « J'estime être suffisamment bien formé en stage pour être un bon interne », « Mes études empiètent sur les autres sphères de ma vie ». L'étude statistique du questionnaire ne croise pas les variables et ne permettent pas d'aller plus loin dans l'analyse, les auteur·es concluent de façon globale que « la plupart des étudiants voient leur externat comme une forme d'exploitation », « les enseignements en stage restent pauvres, et le ressenti global en est un manque d'information [...] », « les épreuves classantes nationales restent par ailleurs une autre grande source de stress des étudiants pendant leur externat » (*ibid*, p.13). Pourtant l'introduction cerne bien les enjeux pour les étudiant·es en médecine : « à l'heure actuelle, les étudiants bénéficient d'une double qualité de formation. À la fois universitaire et professionnelle, cette double qualité n'est pas toujours également répartie dans les facultés de médecine en France [...]. Ces deux versants sont pourtant indissociables et complémentaires » (*ibid*, p.2).

Dans un autre registre, l'Union Nationale des Etudiants en Chirurgie Dentaire (UNECD) s'intéresse au bien-être des étudiant·es en odontologie, le site du gouvernement diffuse notamment le dossier de presse créé à l'issue de leur enquête et nommé « Le mal-être des étudiants en odontologie : parlons-en et agissons ! » (Bertagnolio et Seyrolle, 2018).

⁴² L'invention de ces variables sont tirées de mes propres constats sur le terrain

La commission jeunes médecins du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) réalise, elle aussi, une enquête quantitative sur la « santé des jeunes médecins » (Le Breton-Lerouvillois, 2016). Le suicide de jeunes médecins pousse la commission jeunes médecins à trouver des éléments de réponse. L'enquête est diffusée à une cohorte d'étudiant·es, aux internes et aux internes en fin de cursus nommé·es « jeunes docteurs ». Plus de 7800 participant·es répondent à l'enquête, 53,4% sont de médecine générale. Les extraits d'analyse utilisés par le site du Conseil de l'Ordre des médecins disent que « près du quart des répondants évalue leur état de santé comme étant moyen ou mauvais, et 14% des étudiants et jeunes médecins déclarent avoir déjà eu des idées suicidaires »⁴³ alors que l'extrait entière de l'étude dit que

« plus des trois quart des répondants l'estiment bonne (62,6%) voire même excellente (13%). Un peu plus d'un cinquième (21,1%) évalue son état de santé plutôt moyen et 3,2% plutôt mauvais », plus loin l'étude explique que « parmi les 578 répondants qui ont déclaré être en mauvaise ou moyenne santé et avoir eu des idées suicidaires, presque 46% vivent « seul » et à peine 40% a déclaré vivre en couple. Il y a ainsi une surreprésentation significative des répondants ayant des idées suicidaires et vivant seuls, ces derniers ne représentant que 33% des répondants » (Le Breton-Lerouvillois, 2016, p.21, p31).

Ainsi, si le risque dépressif s'aggrave quand la vie de couple ou familial ne vient pas en soutien, cela signifie que le parcours confronte à des épreuves qui nécessitent un soutien des proches à des moments variés ou continus. Celui-ci joue un rôle régulateur important. Et quel est le coût pour celles et ceux qui accompagnent les jeunes pendant l' « ultra-trail » des études de médecine ?

Deux intentions sont à comprendre, le CNOM et les conclusions de l'études récupèrent les chiffres de l'enquête pour alarmer et sûrement pousser à une forme de sensibilisation par l'effroi, là où les analyses tentent au mieux d'objectiver les facteurs de risques suicidaires et de rendre compte des différentes variables à prendre en compte. Un « profil à risque » est établi : les jeunes travaillant au-delà de 48heures, consommant plus d'antalgiques et de psychotropes que la moyenne et avec un épuisement émotionnel sont plus sujets aux idées suicidaires. Pour aller plus loin, le « profil à risque » établi aussi plus silencieusement un « profil à non risque ».

⁴³ <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/santé-etudiants-jeunes-medecins-resultats-inquietants-0>

Etudier, le plus objectivement possible, ce qui se passe lorsque les autres vont mal, c'est créer des indicateurs pour savoir si « on » va bien et, c'est aussi créer les conditions pour sortir d'une position passive face à la souffrance. L'adossement aux données statistiques leur permet d'arguer un positionnement plus politique au sens d'une prise de positionnement et de parole.

En 2017, l'ISNI, l'ANEMF, l'ISNAR-IMG et l'ISNCCA⁴⁴ collaborent pour une enquête nationale dédiée aux externes, aux internes et aux chef·fes de clinique-assistant·es (CCA), aux assistant·es hospitalo-universitaires (AHU) et aux assistant·es spécialistes (AS). La méthode par questionnaire est encore plus instrumentée que les autres. Les objectifs sont, entre autres, d' « *établir un état des lieux incontestable de la santé mentale des jeunes et futurs médecins, de proposer des améliorations à la formation [...], de développer des structures de prévention [...], de proposer des moyens de prises en charge adaptées [...] et d'apporter enfin la surveillance nécessaire pour assurer la guérison et empêcher les récurrences* ». (ISNI & al., 2017, p.5). Le dossier de presse sert notamment de support de diffusion pour les dispositifs mis en place, les réseaux locaux, les contacts presse des différents syndicats etc... Ce format de publication sert aussi de support de diffusion des informations devenues essentielles pour les étudiant·es en médecine mais pas que... Certains chiffres vont provenir des enquêtes des thèses de médecine des internes s'associant au syndicat : par exemple pour l'ISNI, Leslie Grichy (2007) diffuse les chiffres de sa thèse de médecine sur la prévalence des symptômes dépressifs et des souffrances psychiques chez les internes en psychiatrie.

Dans le même axe de compréhension, pléthore de thèses d'exercices pour l'obtention du diplôme d'Etat de médecine générale et de psychiatrie sont consacrées aux internes. Chacun y va de sa spécialité et de méthodologies différentes afin d'expliquer ce qui est à l'origine des souffrances, comment s'installent les troubles et ce qui pousseraient les collègues à se suicider. Il y a un réel besoin des internes de trouver les conclusions sur les causes du mal-être pendant l'internat en médecine. Certains manuscrits s'intéressent largement aux étudiant·e·s en médecine par le paradigme du syndrome de l'épuisement professionnel (Tholin, 2008 ; Feraudet & Lakdja, 2009), d'autres circonscrivent leur population aux internes en médecine générale (Guinaud, 2006 ; Le Tourneur, 2011 ; Schreck 2013 ; Lieurade, 2014 ; Cléménçon, 2015 ; Bergonnier, 2016), d'autres encore se dirigent vers une spécialité et/ou une région spécifique (Thevenet, 2011 ; Dominique, 2012 ; Delahaye, 2015). Les biais et les critiques formulés aux thèses d'exercice (biais de diffusion des questionnaires, résultats non significatifs,

⁴⁴ ISNAR-IMG : InterSyndical National Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
ISNCCA : InterSyndical National des Chefs de Clinique et Assistants

des méthodologies redondantes par rapport à ce qui a déjà été réalisé auparavant etc...) témoignent notamment de difficultés multiples liées à la thématique et au contexte. Les internes ont souvent peu de temps pour réaliser leur thèse et peu d'espace (100 à 200 pages) pour développer l'envergure du travail de recherche envisagé. Néanmoins, les travaux des thèses deviennent de solides appuis pour faire valoir et reconnaître les souffrances des collègues. Les travaux démocratisent le discours sur les vulnérabilités propres au parcours de l'internat en médecine et leur lecture donne accès bien souvent à des revues de littérature exhaustives, un référencement et des critiques de qualité concernant les dispositifs à l'attention des internes ainsi que des parties conclusives très proches d'un exercice syndical. Les internes écrivent sur et pour leurs collègues. La thèse devient un outil politique, et leurs résultats servent de pression aux politiques.

C'est seulement à partir de 2013 qu'une politique à la fois interventionnelle et de recherche s'enclenche sous l'urgence et soutient les initiatives de recherche sur les internes en médecine. Les inquiétudes et l'urgence concernant « les risques psychosociaux chez le personnel médical hospitalier » (Desailly-Chanson & Siahmed, 2016) mettent « en lumière le mal-être des médecins »⁴⁵ ou encore le « burn-out des soignants »⁴⁶. De même, les chiffres relatifs aux suicides et tentatives de suicides des étudiant·es en médecine et du personnel médical hospitalier⁴⁷, et l'effet de la « levée de l'omerta des maltraitances faites aux étudiants en santé » (Auslender, 2017) secouent brutalement l'opinion publique et le Ministère de la santé. La Direction Générale des Offres du Soins se charge d'élaborer un « guide de prévention, de repérage et prise en charge des risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants » (Armanteras de Saxce, 2017). Dans les mêmes préoccupations, en 2018, Donata Marra, présidente du dispositif « BIPE » (Bureau-Interface Professeurs-Etudiants, nouvellement nommé BIen-être et Paroles Etudiantes), répond à une mission ministérielle sur la qualité de vie des étudiant·e·s en santé. Enfin, en mars 2019, la Direction de l'Inspection de l'Audit (DIA) de l'AP-HP établit, elle, un rapport sur « les conditions d'accueil des internes en médecine à l'AP-HP » (Lebrun & Péan, 2019).

⁴⁵ <https://www.leparisien.fr/societe/le-suicide-d-une-interne-met-en-lumiere-le-mal-etre-des-futurs-medecins-08-02-2018-7547505.php>.

⁴⁶ https://www.lexpress.fr/actualite/societe/burn-out-pourquoi-les-soignants-sont-en-premiere-ligne_1317205.html

⁴⁷ <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/cinq-suicides-depuis-janvier-les-internes-reclament-des-mesures-en-urgence-pour-ameliorer-leurs>.

2.1.4 – Au niveau international

Les références anglo-saxonnes impliquant les descripteurs : « internal medicine residency », le « burnout », « medical students », « young doctor health », « resident burnout » sont exponentielles. Les pays anglo-saxons et anglophones, s'emparent aussi du burnout pour mesurer les signaux de prévalence, prévenir et intervenir (Shanafelt & al., 2002 ; Thomas, 2004 ; Jelle & al., 2007 ; Ishak & al., 2009 ; Kumar, 2016 ; Pinho & al., 2021), de l'impact des erreurs médicales (Wu, 2000 ; Dean & al., 2002 ; West & al., 2006 ; Fahrenkopf & al., 2008) et de l'impact du temps de travail des internes (Landrigan & al., 2004 ; Gopal & al., 2005).

Un article brésilien (Lourenção, Moscardini & Soler) s'intéresse à la santé et à la qualité de vie des internes. Pour cela le collectif d'auteur·es utilise comme méthode l'élaboration d'une revue de littérature en travaillant avec différentes banques de données internationales dont : Medline, BIREME, SciELO et BVS⁴⁸ et le moteur de recherche scholar.google. Les descripteurs utilisés sont : « quality of life », « stress », « intership » et « residency ». Dès l'introduction, une première référence brésilienne contextualise l'internat de médecine et cible d'emblée l'enjeu de ce parcours pour ses sujets : il s'agit de trouver l'équilibre entre soigner et guérir, gérer le sentiment d'impuissance devant la complexité du soin et de son système organisationnel tout en établissant les justes limites entre leur identité professionnelle et leur identité personnelle.

La revue de littérature répertorie 42 études sur le sujet dont 16 brésiliennes, 4 européennes et 14 américaines. La qualité de vie des internes gagne en intérêt en 2004 chez les chercheur·es américain·es (33,34%) brésilien·es (38,10%). Les recherches font état du burnout, des troubles du sommeil, du stress, de la fatigue et des stratégies de coping dans la sphère privée et professionnelle. Leur méthode de revue de littérature engendre un tableau répertoriant par colonne le titre et la source des articles, le focus des études et leurs conclusions. Les études traitent de l'utilisation de drogues durant l'internat pour combattre le sommeil et la fatigue, de l'impact des 80 heures en moyenne de travail par semaine, l'impact de la fatigue sur la qualité des soins, du profil psychosocial des internes en radiologie, du bien-être pendant l'internat en médecine, des corrélations entre le bien-être et l'empathie, des abus, discrimination et du harcèlement sexuel pendant l'internat etc. La méthode de revue de littérature ne porte pas attention aux méthodologies des études et le sujet des suicides des internes n'apparaît pas entre

⁴⁸ BIREME : Latin American and Caribbean System on Health Sciences Information,
SciELO : Scientific Electronic Library On Line
BVS : Biblioteca Virtual em Saúde

1970 et 2008. La comparaison avec l'étranger fait conclure les chercheur·euses brésilien·es sur la nécessité de changer les dispositions réglementaires sur l'internat en médecine ainsi que les conditions d'apprentissage et de travail.

Sur le plan international, la situation des internes semble aussi alarmante. La formation des médecins se dote partout d'une accumulation d'un temps de travail qui dépasse les réglementations juridiques. L'accomplissement du soin à l'hôpital a un impact considérable sur la santé mentale. Pourquoi l'équilibre travail et formation des internes en médecine ne semble jamais réellement atteint et satisfaisant ? Comment les internes en médecine font-ils pour ne pas tous et toutes décompenser ? Et quelle est la situation en France cette dernière décennie ?

2.2 – Les alertes et les réponses concernant le territoire

2.2.1 - Septembre 2012, une enquête du syndicat national des internes alerte

En 2012, l'Inter-Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH – actuel ISNI⁴⁹) rappelle que les conditions de travail des internes n'ont encore fait l'objet d'aucune préoccupation. Les organisations de travail des services hospitalo-universitaires ne respectent pas toutes l'obligation du repos de sécurité⁵⁰ -légalement en vigueur depuis 2002. Les internes ont parfois l'obligation de continuer à travailler à la sortie d'une garde de 24 heures. Ces faits sont sanctionnés par la Commission Européenne (2013). L'enquête de l'ISNI intitulée : « *Internes en médecine : Gardes, Astreintes et Temps de travail* » publiée en septembre 2012 vise à alerter les instances dirigeantes, son travail de dévoilement fait notamment état d'un allongement du temps de travail au détriment du temps de formation et donc d'une dégradation des conditions de formation des internes en médecine. Une première prise en considération des conditions de travail des internes est entreprise.

Résumé de l'enquête de l'ISNIH

Objectifs : lancement d'une enquête nationale visant à « *étudier le respect de la réglementation en vigueur concernant les activités de garde, les astreintes et du temps de travail des internes en médecine.* » (ISNIH 2012, p.4)

⁴⁹ <https://isni.fr/>

⁵⁰ L'arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes et des résidents en médecine stipule

Quelques résultats :

- Plus de 7000 réponses sont recueillies : 54 spécialités sont représentées et deux-tiers des internes exercent dans un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU),
- en moyenne 4 gardes sont effectuées par mois avec des variations importantes selon les disciplines : la gynécologie-obstétrique, l'anesthésie-réanimation et les spécialités chirurgicales montrent un nombre plus important de gardes réalisés (en moyenne 4 à 6,36 par mois),
- 21% des situations, les repos de sécurité ne sont pas respectés et que ces internes travaillent donc plus de 24 heures consécutives ; aucune région ne respecte la législation et les CHU sont ceux qui la respectent le moins.
- 24% des internes ayant répondu au questionnaire ne connaissent pas la définition légale du repos de sécurité et se méprennent sur son interprétation⁵¹,
- une augmentation du nombre d'accidents de la route, d'accidents domestiques et d'erreurs médicales commis lorsque le repos après la garde n'est pas respecté,
- plus de 80% des internes de cette enquête ressentent que les gardes et les astreintes ont des conséquences sur leur vie sociale et familiale et un tiers ne sont pas payés pour les gardes et les astreintes effectuées.

Les requêtes :

- Une application uniforme des textes réglementaires qui protègent notamment les internes en médecine et leurs conditions de travail, du respect de l'encadrement des internes, du respect des conditions d'hébergement et de restauration lors des gardes, du respect du nombre d'internes pour constituer un tableau de garde, d'une reconnaissance salariale du travail effectué lors des activités de permanence des soins etc.
- L'ISNIH demande également la mise en place de sanctions à l'encontre des médecins responsables ne permettant pas aux internes de se reposer après leur garde, ainsi qu'une décharge de responsabilité pour les internes exerçant sous contrainte.
- La conclusion attire l'attention des instances sur « *le syndrome d'épuisement professionnel (« burn out ») latent des internes et même parfois de plus en plus patent [...].* » (*ibid*, p.37).

⁵¹ « Une proportion non négligeable d'entre eux – 24% - pense qu'il est possible de rester en stage pour réaliser des activités administratives » (ISNIH, 2013, p.18)

L'enquête de l'ISNIH impulse une première prise en considération des conditions de travail des internes. C'est à partir de cette étude que la France est mise en demeure en 2013 par la Commission Européenne, qu'un guide de RPS des internes est construit par la DGOS de même que la refonte du troisième cycle. Pour quelles raisons, aucune région ni les CHU ne respectent le repos de sécurité après la garde ? Lorsqu'il n'est pas explicitement ou implicitement imposé et vectorisé par le rapport hiérarchique qu'exercent les médecins sur les internes dans certains services hospitaliers - soit des pratiques qui aboutissent à des fermetures de poste dans les services - l'allongement du temps de travail est une conséquence des contraintes du travail réel. Quelles sont les causes de l'allongement du temps de travail ? Quelles activités nécessitent ou provoquent un allongement du temps de travail ? Quelles types d'activité maintiennent les internes en médecine dans les services ? Et comment leur investigation permet de mieux éclairer la dynamique souffrance/plaisir au travail pendant l'internat en médecine ?

2.2.2 – Novembre 2012, mise en place d'un groupe de travail

Le 12 novembre 2012, l'ISNIH appelle les internes à se fédérer autour d'une « grève illimitée »⁵². Les « internes à bloc »⁵³ font grève pour améliorer leurs salaires et leurs conditions de travail. Leur mouvement se rattache à celui des chirurgien·nes des cliniques et des internes de bloc des hôpitaux publics. Marisol Touraine alors ancienne Ministre des affaires sociales et de la santé ouvre des négociations. En novembre 2012 un groupe de travail « *conditions de travail des étudiants, internes et assistants* » est mis en place et son pilotage est confié à la Direction Générale des Offres du Soin (DGOS). Le rapport final est livré en mars 2013. Celui-ci examine notamment « *les conditions de mise en œuvre du repos de sécurité, la clarification des régimes d'astreintes, le respect du plafond de travail hebdomadaire, le niveau de l'indemnisation des gardes et astreintes, en envisageant si besoin les évolutions statutaires nécessaires.* » (DGOS 2013, p.4). Le travail est mené par un groupe hétérogène de représentants et de représentantes (interne, ministère de l'enseignement et de la recherche (MESR), ARS, APHP, commission médicale d'établissement (CME), Fédération Hospitalière de France (FHF) etc).

⁵²<https://www.lefigaro.fr/social/2012/10/29/09010-20121029ARTFIG00572-les-internes-en-greve-illimitee-a-partir-du-12novembre.php>

⁵³ https://www.liberation.fr/societe/2012/11/11/greve-les-internes-a-bloc_859686/

Résumé du rapport (DGOS 2013)

Le diagnostic en trois objectifs :

- « améliorer les conditions de travail »,
- « réaffirmer et renforcer les aspects formation et recherche de l'exercice des professionnels »,
- « garantir la protection des médecins en formation et jeunes médecins ».

Concernant les actions :

- neuf actions sont programmées pour répondre à ces objectifs
- reconnaître l'investissement des médecins,
- améliorer l'accueil des internes en formalisant les politiques d'accueil et en élargissant la prise en charge des frais de transports,
- élaborer un statut « étudiant » en améliorant les conditions d'évaluation des stages et les conditions de régulation des choix des terrains de stage
- renforcer la concertation et le dialogue social : en incluant les représentant·es des étudiant·es au sein des CME, en associant les représentant·es des internes à l'organisation des gardes et astreintes et en facilitant l'exercice syndical.

La protection sociale est longtemps restée un sujet sensible au regard des responsabilités adossées au statut d'interne. *« Cette notion de responsabilité révèle bien l'ambiguïté du statut de l'interne : dans la pratique ainsi que sur le plan juridique, l'interne se voit imposer les devoirs et les obligations d'un médecin au titre de la déontologie médicale et on le considère alors comme un professionnel. Mais, au regard de son statut matériel et de sa protection sociale, il est considéré comme un étudiant, non qualifié »* (Hardy-Dubert & al., 2001, p.18). Les actions n°8 et 9 ont une visée sociale et psychosociale. Pour l'action n°9, il est question d'améliorer la protection sociale. Pour cela, un guide de la protection sociale est envisagé pour garantir la connaissance des droits en matière de protection sociale et surtout clarifier le régime de protection sociale des étudiant·es ainsi que les rémunérations des internes en cas de maladie. Ainsi un *« guide relatif à la protection sociale des internes en médecine, odontologie et*

pharmacie contre les risques maladie et accident de travail » est élaboré par la DGOS⁵⁴. Tout le régime de protection sociale des internes y est détaillé et l'ISNI le relai aux internes⁵⁵.

La huitième action, elle, vise à mieux prévenir des risques liés à l'exercice professionnel en améliorant l'organisation des gardes et des astreintes, en faisant appel à l'ARS en cas de difficultés et en structurant un travail de fond sur les risques psychosociaux (RPS). Cette action, qui s'intègre dans le troisième objectif du rapport, diagnostique que *« les étudiants et les jeunes médecins durant les premières années de leur exercice professionnel sont particulièrement susceptibles d'être concernés par un risque psycho-organisationnel accru »*, la fiche d'action prévoit donc d' *« améliorer la connaissance des risques psycho sociaux »* afin de mieux les prévenir. À cet égard, les mesures s'attachent à réaliser un travail en lien avec les travaux *« du pacte de confiance »*⁵⁶, et *l'amélioration des conditions d'accès aux services de santé au travail.* » (DGOS, 2013, p.19). Les échanges de la réunion n°2 annexés au rapport de la DGOS pointent de façon très claire à quel point *« l'équilibre entre la formation académique et professionnalisante des externes et des internes ainsi que [...] le rapport entre la dimension formation de leurs stages et leur contribution à l'activité hospitalière »* (DGOS, 2013, p.29) est aussi importante qu'actuellement précaire dans les organisations du travail des services hospitalo-universitaires.

2.2.3 – Décembre 2015 : un suicide à l'hôpital ébranle, l'IGAS est convoquée

En décembre 2015, le Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier (PU-PH) et cardiologue Jean-Louis Meignen se défenestre de son bureau à l'Hôpital Georges Pompidou à Paris⁵⁷. Son acte déclenche une urgence et une prise de conscience telles, que les médias et les instances politiques se mettent instantanément au diapason pour dénoncer, comprendre et contrer le mal-être des médecins. Sous l'effet de cette urgence, les instances gouvernementales s'intéressent désormais à la mise en place d'une « stratégie d'amélioration de la qualité de vie

⁵⁴ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_protection_sociale_internes_medecine_-_odontologie_-_pharmacie_-_290714.pdf

⁵⁵ <https://isni.fr/le-guide-de-la-protection-sociale/>

⁵⁶ Les synthèses des travaux pour « Le pacte de confiance pour l'hôpital » est réalisé en Mars 2013 par Edouard Couty à la demande de Marisol Touraine pour *« renforcer la dimension humaine et globale de la prise en charge des patients et des personnes accueillies et de restaurer des relations loyales et confiantes entre les institutionnels, les professionnels et l'Etat »* (Couty, 2013, p.5). Les conséquences des effets délétères de l'organisation du travail hospitalier sont ici traduits par « une perte de confiance » des professionnels et des professionnelles vis-à-vis de l'hôpital public, il est alors question de « rétablir la confiance » en recentrant le service public sur le parcours du patient, en révisant le financement des établissements de santé, en rétablissant une gouvernance équilibrée et en établissant une relation de confiance entre autorités de régulation, Etat et assurance maladie. Couty, E. & Scotton, C. (2013). *Le pacte de confiance pour l'hôpital, synthèse des travaux.*

⁵⁷ <https://www.nouvelobs.com/societe/20160411.OBS8282/suicide-a-l-hopital-pompidou-les-emails-desesperes-du-pr-megnien.html>

des professionnels de santé » afin de mieux « prendre soin de ceux qui nous soignent » (Desailly-Chanson & Siahmed, 2016). Au début de l'année 2016, Marisol Touraine missionne l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) pour une enquête sur les risques psychosociaux des personnels médicaux en établissements de santé et des recommandations pour une meilleure prise en charge. Cette lettre de mission débute en précisant que « *la spécificité du statut médical semblait ne pas appeler le développement des mêmes politiques que celles déployées vis-à-vis du personnel non médical.* » (Desailly-Chanson & Siahmed, 2016, p.105).

L'IGAS est donc convoquée sur trois points :

- 3 dimensions de prévention consacrée aux jeunes en formation, externes et internes,
- des propositions permettant d'améliorer les procédures de désignation et d'exercice de leurs missions managériales par les responsables médicaux
- une analyse des conclusions à tirer des causes du suicide survenu à l'HEGP et une formulation de recommandations.

Au début du mois de juillet 2016, une autre lettre de mission du Secrétaire d'Etat à l'Enseignement Supérieur et à la Recherche s'ajoute à cette première lettre de mission. La mission de l'IGAS « [...] *s'attachera à identifier les situations de conflit, souffrance, harcèlement et mal être au travail auxquelles peuvent être confrontés les personnels hospitalo-universitaires au sein des universités.* » (Desailly-Chanson & Siahmed, 2016, p.108). L'un des enjeux étant de constater dans quelles mesures les besoins de cette population sont pris en compte dans la politique générale de santé et sécurité au travail. La lettre de mission incite l'IGAS à questionner l'articulation des structures universitaires avec celles de l'hôpital en lien avec la triple mission des hospitalo-universitaires (enseignement et recherche au sein de l'université et soin à l'hôpital). Le rapport définitif est publié en décembre 2016⁵⁸, il dresse un état des lieux et un diagnostic, puis il s'intéresse aux dispositifs existants, il questionne les perspectives d'amélioration pour enfin guider les conditions de réussite des mesures. La synthèse du rapport signale que le contexte hospitalier et sociétal est en évolution et qu'il semble difficile de porter des appréciations définitives concernant les spécificités des RPS chez ce personnel précis. Les retours de mission évoquent un écart important entre les textes

⁵⁸ Il s'intitule : « Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge – Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques »

législatifs, les propositions des rapports et la mobilisation sur le terrain. Selon la recommandation [203], la posture de la Commission médicale d'établissement (CME) « *nuit à cette articulation indispensable entre l'enseignement théorique et pratique en stage hospitalier et traduit un écueil en termes d'articulation entre l'université et l'hôpital* ». En effet, concernant les internes en médecine, la CME est chargée de développer « une politique médicale d'établissement » s'intéressant à leur formation et à leur suivi. L'IGAS pointe un manque d'intérêt et d'investissement des CME pour la politique de formation des internes. À partir de ce rapport, l'IGAS incite les instances universitaires et hospitalières à prendre leur responsabilité vis-à-vis des problématiques actuelles concernant l'internat en médecine et sa population.

En 2015, la mission complémentaire sur la faisabilité administrative de la réforme du troisième cycle des études médicales de l'IGAS et l'IGAENR (Selleret & Blemont, 2015) fait également référence au compagnonnage. La formation des internes par le compagnonnage comporte des avantages : « détection de talent et souplesse d'organisation », mais aussi des inconvénients pour les internes qui n'ont pas choisi leur spécialité d'affectation. Le caractère interpersonnel pourvoit le lien d'apprentissage de facteurs trop variables. Pour cela, la réforme du troisième cycle recentre la formation encore plus sur le parcours autour de la spécialité choisie ainsi que sur la répartition des temps pédagogiques. À partir de 2015, l'engagement se recentre de façon plus importante sur le travail et les conditions préservant l'équilibre entre la formation et le travail des internes en médecine. Une alternance qui s'intègre dans le compagnonnage médical.

2.2.4 - Février 2017, les RPS liés à l'exercice des internes en médecine

En février 2017 la DGOS finalise, enfin, un second guide intitulée « *Risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants – Guide de prévention et prise en charge.* » (Armanteras de Saxce, 2017) ; celui-ci analyse la spécificité des risques psychosociaux de la population concernée et s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de la Qualité de Vie au Travail⁵⁹ (QVT) des professions de santé développée en 2016.

⁵⁹ « La qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globale des établissements de santé. » <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/la-qualite-de-vie-au-travail>

RPS des internes (Armanteras de Saxce, 2017)

Les contraintes liées à l'exercice de l'internat sont multiples :

- une charge de travail qui se densifie avec l'augmentation des tâches administratives
- la réduction du temps clinique impacte les internes
- l'activité est fréquemment interrompue (demande de famille, téléphones etc...),
- l'impact physiologique des astreintes et des gardes est très forte
- la planification des cours dépend de la disponibilité des médecins responsables, cela renforce les difficultés d'harmonisation entre travail et apprentissage ; surtout lorsque s'ajoute à cela l'écriture de la thèse d'exercice et d'articles,
- des risques inhérents au contact avec la mort, la maladie, la douleur, les annonces graves aux familles, la gestion de situation de précarité, les actes techniques non encore maîtrisés, les erreurs médicales et les violences internes et externes au soin,
- les conflits éthiques sont aussi très présents chez les internes
- *« c'est l'incertitude quant à la poursuite d'une carrière hospitalo-universitaire qui est souvent problématique et ce sentiment d'insécurité, générateur de RPS peut-être accru par des difficultés économiques et sociales » (ibid, p.23).*

Pour la DGOS, la charge psychologique liée à ces contraintes nécessite, entre autres, l'aménagement d'espaces de verbalisation des expériences : séminaires, groupes d'analyses de pratiques, intervention de médiateur, espace d'échange et d'expression des conflits etc. L'autonomie et la marge de manœuvre des internes sont analysés sous l'angle de l'équilibre fragile entre la formation professionnelle et le travail de soin. Certaines organisations de travail au sein des services sont amenées à réduire le temps dédié à l'accompagnement des internes au profit de l'activité médicale.

Les indicateurs sur les RPS ne permettent pas de mesurer le cumul de contraintes : à l'hôpital par exemple, et en suivant le tableau ci-dessus : être fatiguée de la garde et faire face à une situation grave et difficilement maîtrisable en fin de garde. Enfin, l'approche

épidémiologique ne donne pas directement accès aux transformations à opérer face aux nouvelles contraintes des organisations du travail contemporain. Les RPS sont tributaires des autres disciplines.

2.2.5 – Mars 2019 : le retour des intérêts pour le compagnonnage

Conséquemment au rapport de l'IGAS, en 2018, le directeur général de l'AP-HP, le président de la CME de l'AP-HP et le président de la conférence des doyens et des doyennes de santé missionnent la Direction de l'Inspection et de l'Audit (DIA). La lettre de mission rappelle l'engagement des CME dans la formation et le suivi des internes et celui de l'AP-HP dans le maintien de valeurs notamment celles du compagnonnage. L'audit final en 2019 est réalisé par Lebrun et Péan. L'explicitation des objectifs de travail mentionnent l'accueil des internes de premier semestre, le suivi médical des internes par le service de santé au travail, la qualité de vie au travail ainsi que les changements des organisations des services pour mettre en place la réforme de troisième cycle.

Le rapport définitif est coordonné par le docteur Louis Lebrun et audité par Jean-Michel Péan, il est publié en mars 2019. L'audit recueille 10 réponses de directeur·rices des affaires médicales, 490 réponses d'internes et 339 réponses du côté des chef·fes de service. Le début des analyses de Péan et Lebrun est original car il comporte un passage par l'histoire et l'évolution de l'internat en médecine. Ils remettent à l'ordre du jour l'accueil des internes en portant attention à l'intérêt et l'utilité de la réunion d'accueil et des salles de garde à la fois déficitaires et coûteuses mais aussi historiquement emblématiques et socialement facilitatrices et régulatrices des relations entre médecins : *« faudrait-il au nom de l'équité et de la rationalité, supprimer les salles de garde ? »*. Les auteurs rappellent que *« l'internat permet aussi et surtout des échanges informels décrits comme formateurs entre médecins juniors, entre ces derniers et leurs aînés, et contribue à forger l'identité professionnelle de celles et ceux qui le fréquentent [...] »* (Lebrun et Péan, 2019, p.59). Pour eux, il s'agit d'un sujet délicat, l'accessibilité des salles, les ambiances et leur gestion sont disparates et dépendent, entre autres, des hôpitaux et de l'histoire des générations d'internes ainsi que de la présence ou non du personnel de cuisine. Plus loin, les analyses quantitatives montrent que les repos de sécurité sont de plus en plus respectés, les internes de chirurgie sont les plus susceptibles de dépasser la réglementation du temps de travail et des repos après les gardes. Pour autant, *« aucune direction des affaires médicales n'a enregistré de réflexion positive de la part des internes en médecine sur l'organisation de leur temps de travail »* (ibid, p.70). Dans le même sens, l'audit soulève les fonctionnements collectifs des internes, par exemple : les internes envoient des « messages

collectifs » en ne choisissant pas tel ou tel stage, c'est « *leur seul moyen de pression* » pour indiquer l'absence d'attractivité d'un stage. L'absence d'internes à un stage a pour conséquence la fermeture de lits, la suppression de postes d'infirmiers, un « glissement de tâches », une augmentation de garde par personne la semaine etc... L'absence d'internes peut conduire à un déséquilibre de l'organisation du travail au sein des services ainsi qu'au « black listage » du stage lors des prochains choix (*ibid*, p.78).

Les réformes de l'internat font travailler l'équilibre entre l'apprentissage et le travail médical en redonnant du poids et de l'attention aux réglementations statutaires tout en réinterrogeant le processus de professionnalisation des internes. Cet équilibre prend vie lors de l'accueil de l'interne. Le passage de semestre en semestre est une zone de fragilité, c'est le point qui parle de l'équilibre entre la formation et le travail : changer de service, d'hôpital et d'équipe tous les six mois, c'est aussi le moment où l'individualisme et le compétitisme fomentés dans le premier et le second cycle des études médicales se confrontent au collectif, aux aléas du vivre ensemble, au travail. Les bouleversements produits par les réformes successives ont un impact sur les liens privilégiés que sont censés tisser les internes avec les seniors. Sous le prisme de l'évolution de l'internat, les recommandations soulèvent les conséquences de l'écart qui se creuse entre les perspectives de carrières hospitalo-universitaires et les aspirations des nouvelles générations d'internes à « un équilibre entre vie professionnelle et vie privée ». Ces recommandations soutiennent les initiatives pour « penser la médecine » tout en l'exerçant, pour réintégrer les internes aux seins des instances de travail et décisionnelles et pour permettre aux internes et aux chef-fes de s'exprimer en abordant aussi les sujets de la vie quotidienne au travail.

Lebrun et Péan réinterrogent la souffrance des internes au travers des dysfonctionnements hiérarchiques et organisationnels : « *La mission estime que les questions d'intégration d'un modèle hiérarchique ancien, de conformisme, de représentation de ce que doit être un médecin, d'arbitrages entre inconvénients présents et perspectives futures sont d'autres facteurs expliquant que soient silencieuses et cachées nombre de souffrances des internes en médecine, dont on constate qu'ils sont confrontés à des exigences professionnelles et à des organisations pesantes, voire épuisantes* ». Pour cela, l'effort doit être porté sur le vécu des internes : « *les internes en stage dans un stage dans un hôpital n'y passent que 6 mois en continu, sont administrativement souvent rattachés (pour 3 à 5 ans) à une faculté distante [...] : ils ne se sentent donc pas véritablement membres de la communauté médicale au sein de laquelle ils exercent en se formant* » (Lebrun & Péan, 2019, p.75). Les souffrances des internes

se doivent désormais d'être corrélées à leur formation à l'hôpital et la CME se doit de prendre part à ces discussions et d'y engager sa responsabilité. Même si l'audit de la CME concerne une population sociodémographique propre à l'AP-HP, à Paris et à la région parisienne, les conclusions de la mission statuent largement : « *il faut repenser nos organisations, en tenant compte des évolutions sociétales* » (*ibid*, p.117). Pour eux, la source des conflits réside dans la façon dont la société évolue, elle est exogène à l'organisation du travail qui, par conséquence doit s'adapter. Or, la souffrance au travail est générée par les contraintes de l'organisation du travail. Les changements doivent venir de l'organisation du travail et les travailleurs et travailleuses doivent être acteurs et actrices de ce changement.

Le rapport de la DIA entreprend un décollement certain d'avec les nomenclatures actuelles au profit d'une écoute plus risquée, et en même temps plus adaptée aux spécificités du statut et du travail des internes en médecine. L'audit soulève les effets des mutations qu'a subi l'internat de médecine, les enjeux de la formation par le compagnonnage et de la souffrance des internes. Je suppose que c'est le suicide d'une interne dans un hôpital pendant la réalisation de ce rapport qui aurait, entre autres, bousculé l'approche des rapporteur·rices en charge de cette mission. Le rapport final mentionne que ce suicide a fait prendre « un relief particulier » à la mission mais aucune explication plus détaillée ne permet de cerner les particularités de ce relief. En s'intéressant aux conditions d'accueil des internes, Lebrun et Péan mettent à jour les spécificités des enjeux à prendre en compte lorsqu'on souhaite prendre soin des conditions de travail et d'apprentissage des internes.

Conclusion

En France, les internes se sentent insuffisamment aidé·es et soutenu·es institutionnellement. En effet, il n'existe pas « à proprement parler de prise en charge en cas de difficultés majeures » (Desailly-Chanson & Siahmed, 2016, [171]), où alors, les échanges se réalisent qu'au sein d'un « entre-soi » disciplinaire qui empêche l'anonymat ainsi qu'une meilleure ouverture des propositions faites aux problématiques rencontrées. Les internes en médecine sont la majeure partie de leur temps au travail à l'hôpital, même si leur statut d'étudiant·e laisse à penser qu'il·elle·s s'orienteraient plutôt vers les dispositifs universitaires. En réalité, il·elle·s passent, pour la majeure partie d'entre·eux·celles en difficultés, entre les mailles du filet et se dirigent actuellement plus vers l'écoute entre collègues. Le dispositif le plus représentatif de cette tendance est le SOSSHIP mis en place par le SIHP. Cette initiative s'est ensuite déployé au niveau national. D'autres dispositifs passent par les syndicats de spécialités, pour exemple, le Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-

Réanimateurs Elargi (SNPHARE) monte un observatoire sur la souffrance au travail⁶⁰ des médecins hospitalier·ère·s, un formulaire de déclaration des souffrances est disponible en ligne. L'IGAS souligne la fragilité et le manque de ressources de ces dispositifs et questionne leur pérennité. Pour autant, ce sont ceux-là même qui accueillent la détresse des internes et les situations d'isolement, et font remonter l'actualité de leurs difficultés et de leurs besoins. L'expérience des stages cliniques pendant l'internat de médecine varie, entre autres, selon le niveau d'internat de l'étudiant, la région choisie ainsi que la spécialité choisie (Marra, 2018).

Les préconisations insistent sur le fait que « *Risques psychosociaux, harcèlements, conflits, stress, violences, humiliations, défaut de reconnaissance au travail... [sont] Autant de termes utilisés comme si les personnels médicaux désiraient traduire un malaise ou un ressenti envers le travail. Si ces termes illustrent la diversité des situations vécues par les personnels médicaux, celles-ci sont à analyser au regard du travail, de son organisation et des relations (collègues, gouvernance médicale et administrative, patient...) »* (Desailly-Chanson & Siahmed, 2016, [66]). Elles rendent compte d'une analyse plus percutante que la recommandation de mesures organisationnelles ou évaluatives à mettre en place : « *Derrière la souffrance des médecins, il y a aussi la souffrance des équipes, dont les étudiants en formation qui sont les témoins de la fragilité des seniors, au-delà même du stress connu lié à leur exercice et à la confrontation quotidienne avec la souffrance des patients.* » (*ibid*, [70]). Les recommandations réorientent notamment le débat vers « une valorisation du rôle du collectif », en préconisant des conditions favorables à « *l'instauration d'espaces de dialogue sur le travail, de régulation et de discussion autour des réunions de service.* » (*ibid*, [40]). En ce sens, le point de vue de la psychodynamique du travail est cité comme légitime comme science du travail pour comprendre les problématiques de la santé mentale au travail du personnel médical.

La psychodynamique du travail a produit un ensemble de savoirs et de connaissances sur le travail vécu qui permettent d'analyser le travail hospitalier et que nous entendons ici utiliser pour éclairer les dynamiques intersubjectives du travail des internes et mieux comprendre comment prévenir les formes aiguës de souffrance au travail. Christophe Dejours rappelle que le harcèlement n'est pas un fait nouveau. C'est le « tournant gestionnaire » qui a aggravé ces dégradations et leur impact sur la santé-mentale des travailleurs et des travailleuses. L'hôpital se gère désormais par les gestionnaires qui ne connaissent pas les sciences du travail ni la réalité du terrain, celui de celles et ceux qui accomplissent le soin. Les outils des

⁶⁰ <https://snphare.fr/fr/blog/posts/bilan-2018-de-lobservatoire-de-la-souffrance-au-travail>

gestionnaires (ex : la tarification à l'acte T2A) leurs permettent de remplir positivement les indicateurs de performances. Les services sont considérés comme performants par conséquent les effectifs sont réduits. Ainsi, « La disproportion entre les tâches à effectuer et le personnel affecté au service » est de plus en plus importante (Dejours, 2017, p.209). Les étudiant·es sont accueilli·es dans un contexte délétère à l'apprentissage. L'équilibre entre le travail et la formation s'en trouve dégradé voire annihilé renforçant ainsi un autre type de violence plus silencieuse. « Mais je remarquai avec tristesse que le médecin justement responsable de l'équipe, croulait sous les responsabilités administratives. Il n'avait pas le temps d'être un coordinateur et à peine le temps de voir ses patients. Comment exercer le plus beau métier du monde dans ces conditions ? » (Auslender, 2017, p.58). Et comment l'apprendre ?

Chapitre 3 : La clinique du travail médical

La psychodynamique du travail a été explicitée dans l'introduction et le chapitre 2 a bénéficié de certains passages témoignant du point de vue critique de la psychodynamique. Dans ce chapitre, il est question de savoir en quoi il serait possible de construire une clinique du travail médical. Quels sont les apports de la psychodynamique du travail sur le travail en présence des novices ? Quels sont les impacts sur les collectifs ? Mais avant, tout, comment la psychodynamique du travail se positionne-t-elle par rapport à la théorie du stress ?

3.1 - De la relation santé travail à son articulation

Critiques et complémentarité

La psychodynamique du travail est une approche qualitative qui permet d'avoir accès à ce qui résiste aux approches quantitatives dans l'investigation du sens du travail. Même si en pratique, la gestion du stress et les interventions en psychodynamique du travail reposent sur des actions opposées, par ailleurs elles contribuent toutes deux à faire avancer la connaissance sur les liens entre la santé mentale et le travail (Derrienic & Vezina, 2001). Selon l'approche psychodynamique, les travailleurs et les travailleuses ne sont pas passif·ves face aux contraintes de l'activité, et construisent des défenses pour préserver leur santé mentale :

« Ce point est tout à fait fondamental pour établir une ligne de partage entre une vision victimologique des risques psychosociaux (une vision en termes de harcèlement par exemple) et une vision psychodynamique. Ainsi le concept de souffrance est au centre d'un dispositif théorique qui récuse les oppositions binaires fort-faible, bourreau-victime, et s'efforce de saisir les processus à l'oeuvre dans une approche qui n'en abrase pas les ambiguïtés ou l'instabilité à travers le temps (les positions peuvent évoluer et aussi bien s'inverser) en les resituant dans un contexte où le travail n'est pas la trame d'un décor mais l'objet même des drames qui s'y nouent » (Molinier, 2009)

La théorie du stress est strictement physiologique c'est une réaction endogène et biologique à des facteurs provoquant un débalancement de l'équilibre du corps humain. L'ampleur du stress et ses conséquences sur l'organisme sont entre autres déterminés par la nature de ces facteurs. La corporéité est étrangère à la théorie du stress, elle est le produit de l'histoire singulière des sujets (Dejours & Molinier, 1994). La singularité se constitue à partir des souffrances de l'enfance, des expériences de la relation aux parents et aux adultes et de ce

qui a jalonné l'histoire de notre existence. C'est le travail « qui donne sens à la souffrance, qui va permettre de rejouer des questions personnelles, souvent inconscientes sur une autre scène et avec d'autres partenaires que les parents ou les êtres chers » (Molinier, 2008, p.7). Le travail permet de transformer la souffrance par sa résonnance symbolique avec l'histoire personnelle. La souffrance est une énigme que le sujet tente d'outrepasser et de déplacer. Elle est donc première et donne la motivation et l'inspiration dans le travail. Ainsi, la subjectivité dans le travail n'est pas seulement meurtrie, comme dans le raisonnement « en facteurs psychosociaux ».

« La mobilisation de la subjectivité dans le travail n'est pas seulement un « risque », c'est aussi une chance, une opportunité pour éprouver du plaisir, s'estimer soi-même. Une chance dont sont privés ceux qui exercent des activités où l'initiative est sans cesse bridée. Aussi longtemps que le travail fait sens pour les gens, quand bien même il y aurait des désagréments, et il y en a toujours, la souffrance n'est pas pathogène. Les gens la tolèrent, ils s'en défendent comme ils peuvent mais de façon suffisamment efficace pour ne pas tomber malades. Le travail n'est jamais neutre vis-à-vis de la santé mentale : soit il contribue à la construire, soit il contribue à la déstabiliser ». (*ibid*, p.8)

Et c'est aussi pour cela, que même si la souffrance est première, tout n'est pas que souffrance. La perspective visant à lister, évaluer, quantifier et élucider les facteurs de stress au travail, crée une distorsion de la réalité, le regard est orienté vers un état général de souffrance. Or, la théorie de la souffrance au travail appartient à la psychodynamique du travail et celle-ci considère que les travailleurs et les travailleuses ne subissent pas la souffrance et pas tous et toutes ne décompensent à cause du travail. L'approche psychodynamique forme ses chercheurs et ses chercheuses à révéler les enjeux de cette précédente distorsion en étudiant la dynamique du couple souffrance et plaisir au travail. Et à l'aide, sur le terrain, d'une méthodologie qui permet aux collectifs volontaires de co-construire du sens autour de ce qui les empêche d'apercevoir leur responsabilité et leur participation dans le maintien d'une organisation du travail délétère. La demande d'intervention émane souvent d'une volonté de comprendre une situation de souffrance au travail et débouche sur des axes d'amélioration de l'organisation du travail grâce à un degré plus ou moins importants des levées des défenses au travail sinon à leur déplacement. L'articulation entre le travail et la santé mentale, passe par l'élucidation des défenses spécifiques aux situations de travail.

3.1.1 - La transmissions des savoirs

Les savoir-faire de prudence

Au travail, « *les liens de coopération sont organisés par les règles de métier, qui résultent de constructions collectives en vue de combler les manques de l'organisation prescrite du travail. Ces règles nécessitent la mise en œuvre d'une intelligence spécifique qui mobilise les expériences des travailleurs et concernent à la fois les dimensions éthiques, sociales, techniques et langagières du travail.* » (Ganem & al., 2008, p.804). Concernant les règles de métier, Damien Cru a conceptualisé les règles techniques écrites, suggérées et intériorisées par les collectifs des tailleurs de pierre, permettant d'appréhender autrement la notion de collectif (Cru, 2016a ; 2016b ; 2014 ; Cru & Ouvry, 2014). Chez les compagnons tailleurs de pierre, « *quatre règles fondamentales régissent les rapports [...] – la règle d'or : chacun termine le caillou, le travail qu'il commence ; - la règle de l'outillage : chacun travaille avec ses propres outils ; - la règle du temps : ni courir ni s'endormir ; la règle du libre passage : chacun peut circuler sur tout le chantier.* » (Cru, 2016a, p. 53). Les travailleurs et les travailleuses coopèrent aussi grâce à des *savoir-faire de prudence* (Cru, 1987) transmis des anciens aux novices en situation de travail dans le but d'éviter la survenue d'accidents ou d'erreurs. Les résultats d'enquête de Damien Cru, montrent que les tailleurs de pierre « connaissent implicitement les dangers de leur travail ». Ils s'en défendent à l'aide de savoir-faire de prudence. Les savoir-faire de prudence sont des précautions que les tailleurs de pierre prennent pour ne pas se blesser ou blesser un compagnon sur le chantier, abîmer les outils etc. Ainsi,

« les histoires de chantier assurent *la transmission* entre générations d'un rapport au temps tissé de *tempérance*, de *patience* (cf. les histoires « des fleurs de patience » et de « louper une façade ») par l'introduction de la durée, plus exactement de *la dialectique de la durée* (Bachelard, 1950) dans le rapport de chacun à la réalité matérielle ou sociale. Cette manière de se situer dans la durée (et dans l'équipe) permet une maîtrise réelle de ses risques, individuellement assurée et collectivement harmonisées. Elle autorise les initiatives et fonde les divers degrés d'autonomie individuelle et collective, nécessaires au bon déroulement d'un chantier [...] La patience, la prudence, l'élégance ne seront jamais nommées. À lui, le jeune, d'en percevoir – plus que d'en expliquer – l'intérêt » (Cru, 2014, p.132-133)

Damien Cru s'appuie beaucoup sur les travaux de Delbos et Jorion (1984) pour qualifier la façon dont la prudence se transmet. La notion de *frayage* est essentielle : c'est en se « frottant » aux compagnons expérimentés que les novices apprennent la prudence sur les chantiers. Delbos et Jorion supposent que ce qui se transmet est de l'ordre du symbolique. Ce symbolique suggère aussi un univers commun qui ne s'apprend pas sur les bancs de l'école mais bien au contact des gens du métier, de celles et ceux qui ont l'expérience. L'existence de savoir-faire de prudence qui protège de l'erreur et de l'accident montre que dans le collectif de travail il peut exister « deux processus contradictoires : l'un défensif contre la peur » l'autre transmettant la prudence et la patience (Cru, 2014, p.137).

La transmission du travail

Delbos et Jorion (1984) sur la transmission des savoirs expliquent que les étapes pour maîtriser les activités nécessitent une présence longue des apprenti·es au contact des expert·es. L'apprentissage se réalise par soi-même et ne peut pas être considéré comme une transmission directe. En développant leur étude par l'énonciation de l'adage populaire : « c'est en forgeant qu'on devient forgeron », Delbos et Jorion rappellent que l'inverse n'est pas possible : « car ce qu'on apprend à l'école des forgerons, c'est à subordonner les intérêts propres aux forgerons à d'autres intérêts dits collectifs. Quand il ne s'agit plus que de bien forger, on redécouvre les lois de la belle-ouvrage : c'est en forgeant... » (1984, p.28). Les déclarations des gens du travail côtier décrivent l'apprentissage pratique du métier sous au moins trois formes :

- C'est un « non apprentissage », « Ca ne s'apprend pas » ces discours révèlent une opposition forte et marquée entre d'un côté l'apprentissage propositionnel autrement dit l'apprentissage scolaire et théorique (celui qui s'énonce) et de l'autre ce qui se passe sur le terrain. Le métier ne s'apprend pas, car c'est sur les bancs de l'école qu'on apprend et les savoirs propositionnels appartenant à la relation scolaire ne sont jamais réellement représentatifs du travail, de l'accomplissement du métier. C'est plutôt une transmission de travail.
- L'apprentissage est une expérience privée et incommunicable, d'une part parce qu'il est difficile de trouver les termes décrivant ce qui s'y passe à l'intérieur et d'autre part, celui ou celle qui écoute est aussi un ou un·e éventuelle concurrente. L'écoute et la symbolisation de l'apprentissage dans l'activité de travail est risquant et risquée,
- L'apprentissage se réalise par « frayage » : soit une habitude qui devient aptitude sans qu'aucune conceptualisation n'intervienne. C'est une situation perpétuelle de transmission en situation de travail. On apprend grâce au contact long avec celles et

ceux plus expérimentées. On apprend finalement toujours et le statut d'apprenti n'appartient pas à une période déterminée. L'apprentissage se fraye dans les activités du quotidien.

Pour reprendre l'analyse de Jacques-Jouvenot et Schepens (2009), Delbos et Jorion font avancer la question de la transmission des savoirs en recentrant l'observation sur les séquences de travail et les processus de socialisation s'y attachant. En cela, le frayage se constitue d'imprégnation (Saloma, 1994) et d'imitation mais mises au service de la pratique, du travail pas seulement du savoir. L'imprégnation confère des valeurs d'affectivité aux interactions mises en jeu pendant la transmission. Pour Damien Cru, les savoir-faire de prudence, l'épargne et la patience se transmettent par frayage avec les hommes de métier.

3.1.2 – Les novices

« L'ouvrier débutant dans un métier entre dans un univers de signes qu'il faudra apprendre à percevoir et à interpréter, parfois à ses dépens, sans grande explication de quiconque. Le collectif de travail assure une fonction de transmission dont il faut souligner quelques traits. La transmission dans le métier est un processus complexe qui s'éloigne fort de l'image linéaire d'un enseignement progressif et continu [...]. A l'intérieur de la division du travail organisée par l'entrepreneur du bâtiment, les relations des ouvriers entre eux sont structurées par les *règles de métier*. Ces règles articulent l'organisation prescrite du travail – qu'elles complètent, voire qu'elles corrigent – et l'engagement subjectif de chacun, qu'elles appellent. Elles ont, à l'endroit de chacun, une double fonction de limitation et de libération ; en ce sens, elles sont structurantes pour l'individu » (Cru, 2014, p.131-132).

Les novices sont aussi mis·es en demeure d'adhérer aux stratégies collectives de défense, de ne pas les démasquer et de s'y engager : « « marcher en équilibre sur la tête d'un voile en béton et le balayer [...] Couler une poutre en se déplaçant sur une tête de coffrage. [...]. Monter une tour d'étalement sans plancher intermédiaire [...] l'existence du risque est niée »⁶¹ [...] Quelqu'un qui a peur n'est pas fiable ni pour lui-même ni pour les autres. D'où la nécessité, pour que celles-ci soient efficaces, de partager les mêmes défenses, d'obtenir l'adhésion de tous, tout le temps, et sans exception » (*ibid*, p.199-200).

⁶¹ Molinier citant Damien Cru dans le livre qui accompagne le film de René Baratta : « aucun risque ».

En outre, leur participation est vivement sollicitée bien souvent sous la bannière du bizutage. Les conduites visant à mettre à l'épreuve les novices montrent bien à quel point les stratégies défensives viriles sont fragiles et nécessitent de prendre forme dans des actes conjuratoires. Une part du système vise à préserver les défenses contre la souffrance et tout élément externe pouvant nuire à son équilibre. Les milieux de travail déterminent les contraintes des situations. Même si des conduites collectives de défense viriles peuvent s'identifier dans ces trois milieux, le soin, le chantier ou la prison ne confrontent pas aux mêmes contraintes. Ces contraintes fragilisent et font apparaître des formes de vulnérabilité. Ce sont ses spécificités qui orientent les formes de protection.

3.2 – Le soin

3.2.1 – Psychodynamique des médecins au Canada

Mise en place et résultats de la recherche

L'ouvrage collectif de Maranda, Gilbert, Saint-Arnaud et Vézina (2006) en psychodynamique du travail, réunit les résultats de leur recherche qualitative initiée à la demande de l'association médicale canadienne (AMC), de l'institut des neurosciences, de la santé mentale et de la toxicomanie (IRSC) et le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). L'équipe cherchait à comprendre les causes sous-jacentes aux statistiques préoccupantes sur l'épuisement professionnel chez les médecins libéraux·ales canadiens. Leur démarche de recherche s'appuyait sur la théorie et la méthodologie de la psychodynamique du travail. Leur approche « *repose sur l'implication des participants dans l'analyse et dans la compréhension de ce qui pose problème dans leur travail* » (Maranda & al., 2006, p.XVI). Pour cela les chercheur·euses en psychodynamique du travail ont mis en place un collectif de volontaires, en ciblant des médecins ayant déjà traversé une phase d'épuisement et en mesure de prendre du recul pour parler de leurs expériences en groupe. L'objectif était de comprendre le rapport au travail réel et d'avoir accès aux mécanismes de défenses que les médecins mettent en place dans leur travail. Leur rôle a été « *d'accueillir la parole ; de la comprendre ; d'animer la discussion* » (*ibid*) de sorte que la rencontre intersubjective puisse permettre une co-construction de sens. Les propos ont été analysés et un compte rendu des séances ont ensuite été soumis aux participant·es pour discussion et accord. 2 groupes de 6 et 7 travailleur·euses ont été constitués, les chercheur·euses précisent que l'hétérogénéité des groupes reflétaient la diversité des profils de médecins, généralistes et spécialistes.

Les analyses pointent que la passion de la médecine, la possibilité de soigner, de guérir et le désir d'aider sont des sources de plaisir. Ensuite, concernant les souffrances au travail, les stratégies défensives pour s'en protéger dépendent des situations et des organisations de travail. Les médecins font appel entre autres, à l'hypertravail ou au retrait stratégique ou « la planque ». « Aller au-delà de leurs limites marque l'engagement dans le métier » (Maranda et al., 2006, p. 73). Le parcours pour devenir médecin est fomenté par le sens du devoir et la recherche de reconnaissance. Ils et elles ont le sentiment de devoir être irréprochables, de ne jamais tomber malades et d'être dévoués. Les problématiques soulevées par la revue de littérature de l'ouvrage collectif en psychodynamique du travail de Maranda & al. relèvent des mutations du travail et de l'apprentissage de la médecine ainsi que des systèmes de santé en vigueur dans chaque pays. Une des données unanimes semble bien être la pression du temps et un nombre élevé d'heures travaillées pour les médecins, les jeunes médecins et les internes. À ce jour en France, il n'existe pas de demande volontaire et collective des internes en médecine de comprendre leur dynamique plaisir/souffrance au travail. Plus largement, nous avons vu qu'il existe très peu de recherches sur le travail des médecins et son apprentissage par le compagnonnage en France.

Concernant leur revue de littérature : synthèse et commentaire

L'annexe de l'ouvrage fait l'objet d'un référencement assez exhaustif d'articles sur les risques professionnels et la santé mentale des médecins et des internes (ou résident-es en médecine notamment pour les pays anglo-saxons). Il révèle plus de 100 articles qui vont de 1975 à 2004. À ce-jour en France, il n'existe pas ce genre de recensement d'articles sur les internes en médecine.

Pour citer⁶² quelques articles référencées et résumées dans l'ouvrage, en 2002, des recherches scandinaves (Sutinen et al.) ont pointé les problèmes éthiques qui se posent aux médecins qui détiennent des responsabilités administratives et économiques sans avoir été formés au travail administratif. La recherche accède aux coulisses de la hiérarchie et à ceux-celles qui sont communément admis-es comme responsables de l'organisation qui fait souffrir. Les travaux de Kushnir et al. (2006) trouvent que la participation à des activités de formation continue est associée négativement au stress au travail et positivement à la satisfaction au travail chez les médecins de famille. Les possibilités d'actualisation

⁶² Pour éviter les effets de redondance, j'ai décidé de cibler quelques articles résumés par l'ouvrage et qui apportent des informations nouvelles sur la compréhension des enjeux concernant la santé mentale des médecins.

professionnelle sont associées négativement à l'épuisement professionnel. Les études confirment que les médecins ont du mal à aller chercher de l'aide. L'étude de Brooke en 1997, sur la propension à consommer de l'alcool et d'autres substances psychoactives chez les médecins montre que les médecins demandent de l'aide trop tardivement. De même, une étude longitudinale en Norvège (Tyssen & al., 2004) montre que les problèmes de santé mentale chez les jeunes médecins augmentent mais que la demande d'aide, elle, n'augmente pas. En 1995, une recherche aux États-Unis menée par Fields & al., trouve un haut degré de probabilité d'épuisement professionnel chez les médecins d'un hôpital pédiatrique corrélé à des sentiments de dévalorisation provenant de leurs collègues chirurgien·nes ou des administrateur·rices et influençant les conflits organisationnels.

Les étudiant·es en médecine apparaissent dans vingt articles, dont 3 consacrés uniquement aux internes, et 6 aux jeunes médecins. Les internes sont étudié·es par rapport à la prévalence de stress lors de la mort d'un·e patient·e (Firth-Cozens et Morrison, 1989), au fait que les résident·es américain·es sont plus enclin à consommer du benzodiazépine parce que l'environnement facilite l'accès aux médicaments et à l'auto-médicamentation (Jex & al., 1992). Le harcèlement sexuel, les discriminations et l'humiliation sont fortement corrélés comme une conséquence de la consommation d'alcool (Richman & al., 1996). Enfin, une étude menée sociologique auprès de jeunes médecins israélien·nes (Carmel & Glick, 1996), constate que cette population peu expérimentée est plus dans l'empathie envers les patient·es et souffre d'avantage d'épuisement émotionnel. Les jeunes sont moins protégé·es que les experts et les expertes. Leurs analyses détectent que la formation médicale apprend à acquérir des attitudes stéréotypées, certes « non prosociales » mais protégeant de l'épuisement. Il s'agirait du côté de la psychodynamique du travail des manifestations des stratégies collectives de défenses.

3.2.2 – Une mise à l'épreuve

Le travail de soin est une mise à l'épreuve non négligeable pour le corps et la psyché de celles et ceux qui l'accomplissent :

« corps-à-corps avec le patient dépendant, augmentation de la charge de travail, sentiment d'impuissance face à la dégradation somatopsychique, à la mort, invalidation de la visée thérapeutique structurant la définition du travail des soignants, confrontation à une demande inépuisable et fantasmée comme dévorante, envahissante, coexistence de sollicitude à visée réparatrice et de désir

de mort, d'agression, de violence à l'égard des patients... » (Lhuilier, 2007, p164-165).

Pour Lhuilier, les stratégies défensives visent essentiellement à neutraliser les effets du regard sur les malades. Les défenses sont manifestes par les conduites de réification des soignants et des soignantes envers les malades. Autrement dit, le corps malade est considéré comme un objet d'étude, il en résulte une déshumanisation de la relation. Parmi l'économie défensive déployée pour se protéger de la mise à l'épreuve du soin :

- l'isolation neutralise l'affect, par-là le geste technique sur un organe ou une zone sexuelle est possible et déconnecté de sa signification sexuelle : « *la formation réactionnelle permet un retrait des investissements pulsionnels associés aux représentations interdites, et elle trouve une attitude, une conduite autorisée dans laquelle il la contre-investit* » (*ibid*, p.166). De même que la sollicitude peut-être une formation réactionnelle contre le dégoût, la violence ou encore le désir de mort envers les patient·es.

- le clivage et la projection permet de créer une séparation d'avec le malade en rejetant « le mal » de l'autre côté. Ces formations réactionnelles parent notamment les angoisses de contamination par exemple,

-l'utilisation du langage scientifique sert de défense contre les émotions que génèrent la rencontre avec les vulnérabilités des malades ainsi que leurs proches. L'annonce jargonnée d'un lourd diagnostic en est la manifestation.

« Les idéaux professionnels et le discours scientifique qui constituent les références reconnues par la société, favorisent la sublimation des mouvements pulsionnels, notamment les motions agressives et *libidinales* » (*ibid*, p.166). Ainsi, l'intégration dans le groupe professionnel de « soignant » engage de respecter les règles professionnelles et le cadre qui régit l'exercice et permet de subir sans « dommage » trop excessif les activités si particulières du soin, de la mort et de la castration.

3.2.3 – « Un conflit entre altruisme et sadisme »

Lhuilier rappelle que la noblesse du soin et sa valorisation sociale réside dans son projet « pour rendre la santé » et « extirper le mal ». Néanmoins, elle oblige à braver les limites du dedans et du dehors et de l'intimité tout en exposant aux déjections et aux odeurs du corps.

Le soin nécessite une mobilisation subjective particulière à son accomplissement. Dans certaines situations du travail comme celles des services des grands brûlés (Lhuilier, 2005), les soignants et les soignantes participent dans l'acte à accentuer les douleurs en prodiguant : le bain javellisé, l'arrachement des lambeaux, la désinfection de la peau etc. Didier Anzieu (1985) explique qu'il faut des mécanismes de défenses collectifs contre le fantasme que cette activité peut faire émerger, autrement dit et pour exemple, les limites sont fines et fragiles entre arracher des lambeaux de peau pour la guérison et le faire par cruauté. Le soin consiste à faire mal pour la guérison du ou de la malade, et cette « communication tactile » fait l'objet d'un silence qui accentue les résonances fantasmatiques (Lhuilier, 2005).

« Le conflit intrapsychique se jouerait alors entre jouissance sadique et altruisme. Si le sadisme devient moteur dans l'investissement au travail, cela entre en conflit avec la finalité du travail qui est de soulager la souffrance. Le sujet doit parvenir à ne pas céder à son sadisme et à le sublimer dans la précision du geste technique qui découpe ce qu'il faut, pas plus qu'il n'en faut en faisant le moins de mal possible. Toute la difficulté réside alors dans l'obtention de conditions qui vont favoriser, ou au contraire rendre plus malaisée, la mise au travail des pulsions agressives dans un sens favorable à la mission globale du soin, alliant l'efficacité avec la recherche du meilleur confort pour le malade » (Molinier, 2008, p.67)

Les modalités affectives de cette relation doivent toujours être replacées dans le contexte du travail hospitalier et c'est en réinterrogeant de la sorte qu'on passe de la psychologie clinique de l'individu à la psychologie clinique du travail. « La division morale du travail de soin semble bien être ordonnée autour d'une répartition clivant les activités au service de la vie (les activités thérapeutiques, celles des médecins d'abord, des infirmières ensuite) et les activités au service de l'épuration des traces de la mort (les aides-soignantes et les personnels d'entretien » (Lhuilier, 2005, p.83-84). L'appartenance et l'intégration au collectif de travail permettent de bénéficier d'une mise en commun des défenses, en donnant accès à une différenciation des places et des rôles. Pour finir sur les internes en médecine, bénéficient-ils et elles de ces défenses ? Sont-ils et elles en proie à ces résonances fantasmatiques ? comment se passe la coopération avec les équipes pendant le compagnonnage ? Et comment expliquer les violences de l'apprentissage dans un contexte de travail déjà psychologiquement remuant ?

3.3 – Pour une clinique du travail et de son apprentissage

3.3.1 – Introduction au caractère transpersonnel de l'éthos

En clinique de l'activité, le travail met en tension quatre autorités. Les prescriptions et les procédures, forment une autorité impersonnelle et se constitue des règles et des valeurs de la profession. L'autorité interpersonnelle régit les relations entre les individus. L'autorité personnelle se compose elle, de la dimension subjective du sujet dans son activité. Et l'autorité transpersonnelle c'est l'histoire réorganisée par la rencontre dans le travail de celles et ceux qui le réalisent. C'est un ensemble de prescription issues des groupes de travail en même temps qu'une ressource pour l'efficacité. Les opportunités de développement se situe dans le conflit, autrement dit, l'écart entre ces instances : « ainsi, dans sa relation avec le patient, le professionnel de santé n'est pas seulement dans une relation intersubjective. Il n'est pas non plus seulement dans une relation comportementale prédéterminée à l'avance. Le professionnel de santé vise à utiliser toutes les ressources disponibles : ce qu'il a le droit de faire, comment il a le droit de le faire, pourquoi il le fait⁶³ » (Litim & Kotulski, 2008, p.217).

Le groupe de travail sert de médiateur et de ressource, il génère les compromis efficaces au fil de l'histoire de l'institution et de la réalisation des activités de travail. Il intervient « comme moyen de transformation, s'interpose entre la prescription, l'organisation du travail d'une part et le professionnel d'autre part : restructuration de l'organisation et restructuration de l'activité de travail en groupe Un travail de groupe est donc indispensable »⁶⁴ (*ibid*). Même si la clinique de l'activité n'étudie pas les stratégies défensives au travail, Litim et Kotulski, font l'hypothèse d'un genre défensif, lorsque le groupe de travail ne prend pas en compte les négociations collectives ; en d'autres termes lorsque l'autorité impersonnelle entre en conflit avec l'autorité transpersonnelle : « ne pas prendre ce que chacun apporte à l'histoire collective – ressource pour le développement de la profession – fait courir le risque d'une « déréalisation »⁶⁵ (*ibid*, p.225). Le genre défensif apparaît lorsque ce risque de déréalisation pèse sur l'activité, et que l'effort déployé par les sujets ne sont pas pris en compte par le groupe de travail qui se

⁶³ Traduction française du passage suivant : « Thus, in his relationship with the patient, the health care professional is not only in an intersubjective relationship. Nor is he not only in a behavioral relationship predetermined in advance. The health care professional aims to use all of the resources available: what he has the right to do, how he has the right to do it, why he does it ».

⁶⁴ Traduction de : « The workgroup, as a means of transformation, comes in between the prescription, the organization of work on the one hand and the professional on the other hand: restructuring the organization and restructuring the group work activity ».

⁶⁵ Traduction de la fin de ce passage conclusif : « Not succeeding in “confronting” it, in “measuring” it, insofar as “what is to be done” is not discussed, his work activity is not a resource for the profession. Not taking what each one brings to the collective history – a resource for the development of the profession – makes one run the risk of a “derealization”.

doit de soutenir les transformations nécessaires lorsque les règles d'une procédure, ou d'une prescription entrent en conflit avec celles dites nobles de la profession. C'est par le genre défensif, que les autrices expliquent les mauvais traitements infligés par les soignantes dans le soin gériatrique et réinterrogent les maltraitances sous l'angle des contraintes qu'imposent les règles.

3.3.2 - Désaffectation et jovialité chez les ingénieur·es

Molinier emprunte à la clinique de l'activité et aux élaborations de Litim et Kotulski, le concept « transpersonnel » pour mieux comprendre la psychodynamique des ingénieur·es. La désaffectation a été peu étudiée pour caractériser un « éthos professionnel ». La « mise à distance, l'euphémisation et la répression des affects » définissent le caractère transpersonnel de leur éthos. Ici, le transpersonnel marque l'existence d'une histoire et d'une mémoire collective des normes défensives permettant de réaliser le travail avec efficacité et à moindre coût. Autrement dit, les stratégies collectives de défense, s'enracinent pendant l'apprentissage, s'adaptent ensuite aux spécificités des situations et ne s'érigent pas ou plus forcément sur un mode viril.

Du côté des ingénieur·es le « récit démiurgique de la technoscience » est d'abord analysé comme formation défensive érigée pour éviter l'angoisse de l'erreur. Mais dans l'étude menée par Molinier : « la virilité ne se décline pas dans un registre ouvertement martial ou arrogant, ni dans celui de l'intrépidité, ou dans celui du cynisme, mais dans un registre boy scout ou « bon enfant ». Les 30% des femmes ingénieures (pourcentage élevé) ont peut-être joué un rôle dans cette accommodation locale où il est de bon ton de ne pas se prendre au sérieux ; cultiver la croyance qu'on est l'élite est (était jusqu'alors) suffisant. La subjectivité s'exprime sous le masque sans réelle consistance psychique de la jovialité » (Molinier, 2013, p.14). Le caractère transpersonnel de l'éthos montre que les normes défensives s'implémentent dès l'apprentissage mais l'intégration au sein des collectifs et la coopération au travail autorisent par le biais des processus de socialisation secondaires une déclinaison qui doit s'analyser en fonction de l'ambiance et des situations de travail. Ainsi, l'éthos défensif est à interroger au regard de l'histoire du métier, son appropriation collective, en n'oubliant pas les modalités par lesquels il est bouleversé et les réajustements en situation de travail. La féminisation des professions fait fléchir le registre des conduites insolites ainsi que le cynisme émanant des mentalités viriles. Qu'en est-il pour la médecine ?

A quelles histoires se rattachent l'internat en médecine, quels sont les changements et les tournant majeurs ? À quel éthos médical a-t-on à faire lorsqu'on s'intéresse au travail médical hospitalo-universitaire ? Et dans quoi s'implémente son versant défensif ? L'investigation de l'apprentissage des métiers crée des ponts entre la clinique de l'activité et la psychodynamique du travail. Le concept transpersonnel rattaché à l'éthos donne accès à une investigation plus longitudinale des stratégies défensives. Avec le caractère transpersonnel de l'éthos défensif des métiers il est possible d'articuler encore plus finement le travail et la santé-mentale. Et le compagnonnage médical, est à la fois une histoire collective et des situations de travail à investiguer pour étayer cliniquement les corps à corps du soin.

Conclusion

Les savoir-faire de prudence, les règles défensives et plus largement les règles du métier, sont autant de ressources collectives pour l'accomplissement du travail mais aussi son apprentissage. La psychodynamique du travail s'intéresse à l'intégration des novices dans les collectifs de travail. La présence des novices sur le terrain est source de tension, d'une part parce qu'ils et elles sont détenteurs et détentrices des nouvelles connaissances théoriques allant parfois à contre-sens des savoir-faire pratiques des anciens acquis avec l'expérience, par accordage ou corpspropiation (Molinier, 2009).

« Transmettre ne peut se comprendre hors de l'appréhension de cette interaction entre des seniors professionnels et des jeunes, entre des grands et des petits, entre ceux qui savent et ce qui souhaitent apprendre. Mais là encore, replacer le savoir dans le cadre de l'interaction sociale ne suffit pas à comprendre les ressorts de cette interaction, la médiation d'une identification qui reste à définir » (Jacques-Jouvenot & Schepens, 2009, p.337). Il s'agit aussi de traverser « des épisodes truffées d'épreuves ». L'acquisitions des habiletés professionnelles dépend fondamentalement de ce qui se passe pendant cette traversée. Et c'est aussi pour cela que la psychodynamique parle de travail vivant. Du côté de l'apprentissage médical, qu'est-ce qui se fraie dans le travail hospitalo-universitaire et dans les salles de garde ? Le corps à coprs dans le soin nécessite des aménagements psychiques déjà référencées par la psychodynamique du travail, mais qu'en est-il des jeunes qui apprennent le soin ?

L'investigation de l'apprentissage du travail réinterroge les articulations possibles entre les approches cliniques du travail. L'emprunt du concept transpersonnel donne lieu à la théorisation d'un éthos défensif qui édicteraient des normes collectives de défenses s'implantant dès l'apprentissage des métiers. Le transpersonnel définit le genre professionnel

et insiste sur la notion de mémoire collective. Il s'oppose au déterminisme et son utilisation permet d'analyser l'éthos défensif des ingénieur·es comme déclinant l'expression virile des modalités défensives au travail. Ainsi, cette articulation permet de prendre en compte l'impact de la féminisation des métiers. Un changement et un enjeu non négligeable dans l'apprentissage du travail médical interrogeant aussi l'évolution des métiers.

Conclusion de la partie

La fabrication des médecins ou le champ de l'apprentissage médical, n'est pas un sujet nouveau, mais ce qui le rend actuel c'est l'émergence de la souffrance de ses apprenti·es. Ces dernières décennies, l'omerta est levée sur les violences faites aux étudiants et aux étudiantes en santé (Auslender, 2017). Mais dans le milieu du travail, un ensemble de facteurs doit être pris en compte pour comprendre les décompensations au travail de même que les violences faites aux apprenti·es. Dans notre perspective, il s'agit plutôt d'un contexte qu'il faut réussir à décrire, à définir et à analyser par le biais de ce qui articule l'individu au collectif ainsi que le travail médical et la santé-mentale. Et cela, en vertu de la demande adossée à cette recherche doctorale. Elle émane des PU-PH, autrement dit, des professionnel·les qui actuellement sont susceptibles :

-d'un côté, d'être désigné·es responsables de ces violences perpétrées dans les services et de la souffrance de leurs apprenti·es,

-d'un autre côté, de faire elles et eux-mêmes l'expérience de la souffrance et de la décompensation au travail.

Et la position de ces médecins managers est d'autant plus délicate que c'est aussi à elles et eux d'être en mesure d'identifier ces situations en amont. Si la problématique de la thèse concerne la coopération au travail pendant l'internat en médecine, les enjeux psychodynamiques du compagnonnage doivent poursuivre les travaux sur ce qui constitue l'éthos médical et ses fonctions dans la dynamique souffrance/plaisir des internes, mais aussi apporter des pistes de réponses aux inquiétudes des médecins managers.

PARTIE 2

L'HÔPITAL-ÉCOLE

Pour Hippocrate comme Platon ainsi que les sophistes : « on conçoit le cas des arts, du moment qu'ils sont enseignés, et il n'est aucun art qui ne se voie à partir d'une certaine forme » (Jouanna & al., 1999, p101). Depuis plus de dix siècles, les médecins apprennent et exercent à l'hôpital : c'est le principe de l'hôpital-école, institutionnalisé dès 1802, mais réellement entériné en 1958 sous Debré par l'appellation Centres hospitalo-universitaires (CHU).

Si l'art tient sa consistance de son enseignement, quelles évolutions et intrications historiques ont participé à développer, changer ou bouleverser l'éthos médical ? Quelles histoires constituent la mémoire collective de l'art médical ?

Trois chapitres constituent cette partie :

- Le compagnonnage prescrit par le code de déontologie des médecins appartient à l'apprentissage des métiers ouvriers. Le premier chapitre retrace l'histoire des apprentissages en médecine et en chirurgie un peu avant la création de l'internat en s'attardant sur la place qui y est faite ou non aux femmes. La chirurgie et la médecine s'articulent en un seul corps pour la création de l'internat.

- Le deuxième chapitre s'intéresse à l'évolution de l'internat en médecine et les effets de la division des collèges de médecin. Plus synthétique que les deux autres chapitres de cette partie, il est ici question de redonner un peu de place à la création de « l'hôpital-école », l'une des fonctions charnières si ce n'est pas la plus essentielle des centres hospitalo-universitaires censés répondre à 3 missions : le soin, l'enseignement et la recherche. Même si un corps s'articule pour le cursus, en réalité des divisions impactent fortement la mise en place des réformes pour le troisième cycle des études de médecine : l'internat. Ces dissensions ont des répercussions non négligeables sur les conditions d'apprentissage des internes en médecine. Ce chapitre traite de ces considérations précises.

- Le dernier chapitre de la partie s'intitule *Déconsidérations pour les conditions d'apprentissage des internes*. Les internes passent beaucoup de temps à l'hôpital, certes, beaucoup moins qu'avant le temps plein hospitalier, néanmoins, les dépassements d'horaires sont condamnés par la Commission Européenne. Mais ils sont surtout liés à la permanence des soins et l'accomplissement des gardes. Les révisions du statut vont dans le sens d'une meilleure protection des internes, par ailleurs, les réformes récentes renforcent elles, l'implication pour permanence du soin en partie délaissée par les professions libérales. Les déconsidérations s'insinuent dans les considérations forcées pour les conditions d'apprentissage des internes. Le redressement financier par la T2A et les gestionnaires oublie la mission d'enseignement de

l'hôpital et les espaces pour le collectif comme les salles de gardes subissent la récession. Pour le compte de la psychodynamique du travail, la dernière section de ce chapitre tente une extradition de ce que renferme l'obscénité des salles de garde des médecins et des internes en y développant les risques qui entourent la perte des lieux pour l'économie psychique collective.

Chapitre 1 : Reconstitution historique

Ce chapitre historique répond aux questionnements suivants : à quelle(s) histoire(s) se raccroche l'apprentissage de la médecine ? Quels sont les enjeux et les conséquences de la création de l'internat en médecine ? S'intéresser à l'histoire de l'apprentissage de la médecine, révèle certaines incohérences de l'histoire écrite à l'orée de la Révolution Française. Ce chapitre propose un modeste travail de reconstitution de l'apprentissage de la médecine et de la chirurgie avant les refontes de la fin du XVIIIème siècle et du début du XIXème siècle. Les médecins ne sont pas exclusivement des hommes, une section portera une attention particulière à la place des femmes dans la profession médicale, à l'histoire de quelques-unes d'entre elles et aux rapports entre médecins, chirurgiens et sages-femmes. La médecine et la chirurgie sont réunies en un seul corps lors de la création de l'internat puis de son concours. Quelles sont les conséquences de cette fusion pour l'apprentissage ?

1.1 – L'art médical et la chirurgie des compagnons

1.1.1 - Sur les traces de la médecine hippocratique

Il est communément admis de situer la naissance de notre médecine occidentale en Grèce avec Hippocrate de Cos au Vème siècle av. J.-C., mais l'art médical naît bien avant en Orient et en Egypte et l'*Iliade* et l'*Odyssée* mentionnent des médecins. Hippocrate fait figure d'autorité, en tant qu'« artisan » du développement de l'art médical, « *c'est sous son nom [...] qu'apparaît une littérature médicale réfléchissant, pour la première fois, à son activité, à ses méthodes et à son éthique* » (Jouanna & al. 1999, p.8) : le corpus ou la collection hippocratique. Le médecin hippocratique était avant tout un observateur, il sentait, touchait, goûtait, écoutait et décrivait avec minutie ce que ses sens lui indiquaient. Il associait à cela des expressions, des termes, et des comparaisons prises dans la nature pour décrire les aspérités, les flux, les bruits, les sensations. L'intelligence était mobilisée par analogie aux phénomènes de la vie et de la nature, pour exemple, dans le chapitre 55 de Maladies IV : « la fabrication du fromage sert à imaginer la séparation des différentes humeurs à travers le corps. » (Jouanna & al. 1999, p.25). Le corps du malade convoquait le corps du médecin : c'est l'origine de l'observation clinique qui, adossée à l'intelligence forme l'examen clinique ; qu'il ne faut pas réduire à l'auscultation qui utilise l'ouïe et qui gagne en méthode et intérêt avec Laennec au début du XIXème siècle. La faiblesse de cette médecine résidait dans son absence de connaissance sur ce qui se passait à l'intérieur du corps. Les dissections animales étaient la principale source de connaissance par

comparaison. La dissection humaine n'est apparue qu'au Ier siècle av. J.-C, à Alexandrie, avec Hérophile qui entreprit des recherches pratiques.

Les fondements de la médecine hippocratique rejettent les causes sacrées des maladies et établissent une méthode conservée dans les différents traités hippocratiques pour rationaliser les maladies notamment par descriptions (*Epidémies*), par classifications nosologiques (*Maladies*), « *la présentation de chaque maladie comportait des étapes suivantes : dénomination, sémiologie (études des signes), thérapeutique, pronostic.* » (Allamel-Raffin & Lèplege, 2008, p.15). L'art médical est l'art de l'abnégation et du dévouement, tout médecin devait réaliser la médecine avant tout et seulement pour les malades. Le serment et son application prenaient une place prépondérante, car seule l'éthique permettait de différencier un médecin d'un vendeur de drogues, de poisons etc. (Jouanna & al, 1999). Il n'existait pas de contrôle de l'apprentissage et d'enseignement formel (Remy, 1988), « *chacun peut se déclarer médecin après un simple apprentissage chez un praticien Des associations constituent tout de même des centres d'apprentissages comme les écoles de Cos ou de Cnide, les Asclépiades. [...]. L'enseignement officiel se structure à l'époque hellénistique après la fondation de la bibliothèque d'Alexandrie et de son musée vers 285 avant J.-C.* » (Olmer, 2009, p.154-155).

Au Vème et au VIème siècle, avec les *Summaria alexandrinorum*, héritages des manuels et notes des cours de l'Ecole d'Alexandrie, « *les étudiants sont soumis à une méthode stricte dans leur apprentissage de la médecine hippocratique. Le maître expose d'abord la doctrine (théôriai) avant d'expliquer le texte (lexeis) et de commencer la leçon ou l'exercice (praxis) [...] Ce sont des « iatrosophistes » qui se chargent de l'enseignement : un titre signifiant qu'ils sont à la fois éloquent et rigoureux en matière médicale* » (Perez, 2015, p.89). Pour cet enseignement il fallait être pédagogue, savoir traduire le vieux latin, commenter, résumer et aussi créer les supports de pédagogie. Plus tard, les médecins renommés étaient avant tout des pédagogues confirmés (Gilles de Corbeil, Gérard de Solo, Jean de Tournemire).

Les médecins arabes et la médecine arabe jouent un rôle fondamental dans ce qui nous reste actuellement de notre médecine occidentale Hippocratique (Olmer, 2009), en contribuant « *par un mouvement intense de traductions [...] la transmission et la conservation du patrimoine de l'Antiquité, tout en y intégrant les fondamentaux empruntés à d'autres civilisations (Grèce, Inde, Perse) [...].* » (*ibid*, p.157). Au IXème siècle, les ouvrages de Galien et Dioscoride sont traduits par l'initiative d'Hunayn ibn Ishaq, lui-même à la tête d'ouvrage sur la pédagogie médicale.

Au passage du X^{ème} au XI^{ème} siècle, Avicenne (Ibn Sînâ) rédige le Canon (Qanûn) qui servira de base d'enseignement de la médecine en Occident jusqu'au XVII^{ème} siècle. Le Canon répertoriait les descriptions psychiatriques d'Avicenne et était un support d'apprentissage qui actualisait les savoirs grâce aux expériences personnelles qu'Avicenne faisait des raisonnements d'Hippocrate, Galien, Discorde puis Rhazès et d'autres médecins arabes. Par-là, Avicenne a aidé à dissoudre l'incompatibilité fondamentale entre la médecine rationnelle et la foi. Son Canon et ses descriptions anatomiques sont ensuite rejetés, entre autres par Leonard de Vinci, au rang de science ancienne.

1.1.2 - Les impacts de l'Eglise et des ecclésiastiques

Au Moyen-Âge, pour l'Eglise et ses ecclésiastiques, les maladies provenaient des péchés, « *être dur au mal, à la douleur est une qualité. Les malades sont spirituellement rédempteurs des péchés de la société.* » (Vial, 1999, p.17) et seul Dieu décidait de la mort : ultime délivrance des pécheurs et pécheresses. Avec l'impérialisme évangélique, les médecins ne pouvaient et ne devaient pas être crédibles. Or, les médecins ne guérissaient pas, les malades mouraient sous leur coupe et il était difficile voire impossible de contrôler l'exercice. L'Eglise profitait de cela pour faire la course aux « charlatans » qui dérangent. Les soins devaient être prodigués dans la piété par des hommes de l'Eglise : soit les hommes clercs séculiers (Evêques et Prêtres) et réguliers (Abbés et Moines). La pratique était divisée entre les clercs et les laïcs et les enseignements perdirent de leur héritage. Bien souvent, dans les monastères les manuscrits étaient simplifiés et la rigueur, précédemment explicitée de l'ancien savoir médical laissa place à une médecine dite « sacrée » mais lacunaire. Très peu de « clercs cultivés » restèrent fidèles à l'héritage des connaissances antiques, « *seul l'encadrement et la rigueur intellectuelle des moines pouvaient sauver une médecine en train de s'effilochoer [...].* » (Perez, 2015, p.93).

Au XI^{ème} siècle, c'est en partie grâce aux moines que la pratique et l'enseignement médicale est mieux reconnue, préservée et transmise. Le XIII^{ème} siècle marque un tournant pour l'enseignement : « *les clercs réguliers en sont théoriquement exclus, tandis que des écoles (Salerno et, plus modestement, Chartres) puis des universités prestigieuses (Montpellier puis Paris) transmettent désormais le savoir nécessaire à la formation de médecins patentés.* » (ibid, p.95). À partir du XIII^{ème} siècle, « *l'Eglise contrôla l'enseignement universitaire jusqu'à la fin du XVI^{ème} siècle* » (Joël, 1988, p.29). Dans l'ancienne université, le passage par la licence puis le doctorat était jalonné par des épreuves orales et écrites sur la pratique et la théorie ; un premier serment était prêté devant l'Evêque à l'obtention de la licence. Le doyen de la faculté

et le chancelier déterminaient et choisissaient les sujets et les ouvrages des examens. L'obtention du doctorat subissait une épreuve orale et des ritualisations comme le port d'un anneau en or, la remise d'une ceinture en métal, des accolades etc.

Puis, au XV^{ème} siècle, l'imprimerie donne un élan considérable à l'enseignement. Les cas et les maladies étaient mieux détaillées, le corps et son intérieur étaient mieux représentés, néanmoins, les effets de l'imprimerie sont disparates : l'érudition et l'enseignement en profitaient mais les savoirs « secrets » de la médecine devenaient accessibles à tous et à toutes et les médecins perdaient financièrement en même temps qu'en réputation et en autorité. Les médecins laïcs étaient raillés et toujours pointés du doigt par l'Eglise. En résumé, *« avant la fin du monde médiéval leur position ne s'est guère clarifiée : l'archiatre demeure un homme de confiance des puissants qu'il purge mais son savoir échappe toujours aux arts libéraux. [...] On le moque au théâtre, et Montaigne ne peut se résoudre à lui faire confiance, lui qui souffre de la pierre depuis des années. [...] Les catégories de l'époque peinent à situer les médecins dans le grand tableau des activités reconstituant une société de hiérarchies, de privilèges mais aussi de mobilité. »* (Perez, 2015, p.156). À partir du XVII^{ème} siècle, les controverses de l'alchimie rendirent encore plus flou le statut et l'exercice des médecins ainsi que la division des pensées.

Il faut attendre quelques décennies pour que la littérature médicale, la rationalisation des discours et l'hédonisme bourgeois engagent une réhabilitation lente mais progressive de la figure du médecin comme défenseur diplômé de la santé et moins charlatan. Pour autant, le contrôle de l'exercice médicale restait difficile car les médecins profitaient des avantages qu'ils tiraient de se considérer comme corps de métier sans répondre de réglementations strictes de l'exercice et de l'apprentissage telles que celles des corporations. Les statuts du métier étaient principalement fondés sur des privilèges anciens et *« sujets à d'interminables litiges [...] »* (*ibid*, p.155). À la différence de la chirurgie qui, faisant partie des arts et métiers ouvriers, subissait un contrôle réglementé de son exercice et de son apprentissage.

1.1.3 - La chirurgie des compagnons

Au XIII^{ème} siècle, l'un des premiers Prévôt de Paris, Etienne Boileau, doté d'une sévérité et d'une propension pour l'organisation, entreprit un profond travail de réorganisation des corporations d'arts et métiers. Les communautés par métier devaient inscrire leurs us, coutumes et règlements de mêmes que leurs octrois. À cet égard, « Le livre des métiers

d'Etienne Boileau » rédigé à partir de 1268 rassemblaient les statuts des métiers et corporations de la ville de Paris. Il était question de régir les métiers.

Sous le rayonnement du christianisme, la corporation était aussi une confrérie à laquelle les ouvriers et les ouvrières avaient de plus en plus obligation d'y adhérer. Par la confrérie, la corporation était placée sous un patronage (Palot, 1987), les chirurgiens et les chirurgiennes étaient placées sous le patronage de Saint-Cosme et Saint-Damien et apparaissaient dans le livre des métiers au titre XCVI : « *bien que leur profession soit essentiellement libérale, [il·elle·s] constituaient cependant une corporation formée sur le modèle des autres métiers. Lors de la rédaction de leurs règlements, le Prévôt de Paris nomma six Jurés, responsable de la loyauté et de la capacité des Chirurgiens [...]* » (Tisserand & al., 1879, p.XCIII). Le Prévôt et les jurés craignaient les dangers liés à l'exercice du métier notamment « *l'ignorance et la maladresse de l'opérateur* » (*ibid*). Face aux dangers situés de chaque métier, les statuts réglementaient et sanctionnaient. L'apprentissage pratique prenait une place prépondérante, si ce n'était pas centrale, dans les statuts. « *L'exercice du métier était un monopole* » (*ibid*, p.124), et se transmettait « du maître » vers l'apprenti·e⁶⁶. L'instruction commençait dès l'enfance, « *le but de l'apprentissage était [...] d'assurer à l'enfant un travail dirigé, contrôlé. Le maître s'engage à le garder toujours à l'atelier* » (*ibid*, p.132).

Bill Palot est historien en art, son ouvrage consacré à « l'art du siècle » retrace l'histoire et l'art de la corporation des menuisier·ères parisien·nes. Au XIII^{ème} siècle du moins, dans certaines configurations, les femmes⁶⁷ et filles de maître pouvaient devenir compagnons et travailler. Il explique la formation des ouvrier·ères : « *les années, d'apprentissage terminées, notre apprenti, dégrossi et le caractère assoupli, entrainé en compagnonnage* » (Palot, 1987 p.22). L'entrée dans la période de compagnonnage était conditionnée par des années d'apprentissage ayant pour finalité de forger le caractère de l'apprenti·e. Le statut d'apprenti·e ouvrait ensuite sur celui du valet, il s'agissait des ouvrier·ère·s. Plus tard, le valet était aussi un compagnon, mais au XIII^{ème} siècle, « le compagnon » désignait le·la camarade, le confrère et la consœur. Le statut de valet, puis plus tard de « compagnon » (XVI^{ème}, XVII^{ème} siècle)

⁶⁶ Pendant bien longtemps, c'était les fils qui étaient remis à un maître en échange de souches pour l'apprentissage d'un métier. Lorsque le métier se transmettait de père en fils, la dotation était moins importante et le maître pouvait prétendre à un autre apprenti que son propre fils. Au XIII^{ème} siècle, dans certaines configurations les femmes et filles de maître pouvaient devenir compagnons et travailler. Toujours, au XIII^{ème} siècle, les métiers concernent principalement les hommes. Néanmoins, les femmes étaient bel et bien présentes même en infériorité numérique et le plus souvent rendues invisibles dans l'histoire. En dépit de cela, cette section inclut les femmes dans son écriture.

⁶⁷ Une femme y apparaît : « Folio, la veuve », elle continua de livrer après la mort de son mari Folio Louis-Quinibert et questionne les historiens chercheurs en n'utilisant pas l'estampille de son mari.

était temporaire. « Le maître » considérait « le compagnon » comme son égal, ils-elles travaillaient ensemble mais « le compagnon » ne pouvait pas encore prétendre à un salaire complet, il-elle était encore sous la responsabilité du maître. La régularisation du statut se réalisait avec des maîtres qui s'assuraient du temps de service en atelier, de sa conduite et de son honnêteté. À l'issue de l'épreuve face aux maîtres, l'énonciation du serment de la communauté était obligatoire. L'assermentation promettait, entre autres, l'exercice et la transmission du métier selon un strict respect des règles. Avant le début du XIX^{ème} siècle : « *les chirurgiens sont formés traditionnellement au sein de leur profession par leurs maîtres dont les apprentis « compagnons » les suivent, les accompagnent, en ville ou à l'hôpital. Par contre, les médecins sont instruits sur les bancs des facultés et écoles, quelques étudiants sont cependant sur leur initiative admis à « suivre la visite » des médecins de l'Hôtel-Dieu. [...] La pédagogie moderne de la formation initiale et continue en hôpital va se construire à partir de ce schéma de l'apprentissage des chirurgiens hérité du compagnonnage.* » (Vial, 1999, p.22-23).

Les premiers jeunes hommes compagnons chirurgiens internes à l'hôpital apparurent dès le XVI^{ème} siècle et bien avant la création de l'internat en médecine en 1802 : « *est nommé un compagnon gagnant maîtrise pour six années qui devient assistant du chirurgien chef. Il enseigne à une dizaine ou à une douzaine de compagnons internes et à des élèves externes. Le compagnon gagnant maîtrise passe sa maîtrise sans qu'il lui soit nécessaire de présenter une thèse [...]. Les élèves externes peuvent devenir, par examen, commissionnés ou commissionnaires ce qui correspond assez clairement à l'ancien statut de l'externe de ce siècle. Ils deviendront ensuite soit compagnon-interne puis maître soit à la suite d'études théoriques assez courtes, chirurgiens à longue robe ou chirurgiens barbiers de robe courte.* » (Josset, 1996, p.155). C'était l'Internat hospitalier, l'ancêtre de l'internat en médecine créé en 1802. Les médecins ne pratiquaient que très peu de geste, et les prescrivaient au chirurgien, « *la présence continue et le travail réel sont effectués par les internes, chirurgiens ou non. Parmi eux, on reconnaît les trois grades anciens : élèves externes, compagnons et compagnons gagnant maîtrise.* » (Josset, 1996, p.156). Des tensions existaient entre les deux disciplines. Les médecins considéraient la chirurgie comme dépourvue de formation intellectuelle telle que dispensées par les Facultés de médecine et, pendant longtemps, les chirurgiens devaient exécuter les prescriptions (Le Breton, 2008). Aussi, le travail manuel pendant le Moyen-Age incarnait le bas de l'échelle et de la dignité ; « *équivoque compagnonnage de ceux qui soignent de leurs mains et enfreignent les limites du corps. Comme tout homme que son statut social met*

en présence d'un tabou qu'il transgresse continuellement, le chirurgien est un personnage trouble, inquiétant aux yeux de ses contemporains. Les chirurgiens agissent au niveau de l'intérieur du corps, allant outre le tabou du sang, et ils en paient les conséquences. Ce sont des laïcs méprisés par les médecins à cause de l'impureté foncière de leur tâche et de leur ignorance du savoir scolastique. » (Le Breton, 2008, p.53). Les médecins méprisaient d'abord les saignées et les gens qui le réalisaient, puis s'accaparèrent l'acte pour la rentabilité qu'il occasionnait (Perez, 2015).

1.2- La création de l'internat en médecine

La création de l'internat en médecine en 1802 n'avait pas pour unique vocation de créer les conditions et la réglementation pour accompagner l'apprentissage pratique des étudiants (exclusivement masculins) en médecine. Autrement dit, elle n'encadrait pas uniquement le projet d'excellence clinique des futurs médecins en France. D'autres enjeux entraient en compte, notamment le besoin de main d'œuvre permanente et à coût réduit pour les hôpitaux, car les internes chirurgiens et barbiers présentes bien avant la création de l'internat ne pouvaient plus accomplir seuls les soins de nuit et le personnel religieux, en totalité les bonnes sœurs, fut congédié avec le renvoi des congrégations religieuses par les instances révolutionnaires. Il fallait repeupler les hôpitaux et fidéliser son personnel. L'internat en médecine exista par la simple création d'un Règlement pour le service de santé dans les hospices⁶⁸ de Paris le 4 Ventôse an X ou le 22 Février 1802.

Quelques passages tirés du Règlement pour le service de santé dans les hospices de Paris et concernant les élèves internes

Chapitre III – Mode concours

« L'examen pour les élèves internes en médecine ou en chirurgie aura pour but de constater qu'ils sont en état de profiter de l'instruction pratique que l'on acquiert dans les hôpitaux ; en conséquence, ils seront interrogés sur les différentes parties qui constituent la théorie de l'art : toutefois, l'examen sera plus particulièrement dirigé vers la partie d'instruction nécessaire pour la place à laquelle ils aspireront. [...]. Les élèves devant, non seulement se livrer aux différentes opérations manuelles qui leur seront ordonnées mais encore écrire les prescriptions des médecins et chirurgiens auxquels ils seront attachés [...]. (1802, p.23).

Chapitre V – Visites des malades

⁶⁸ Le règlement est numérisé et disponible en version pdf sur le site : http://www.leplaisirdesdieux.fr/LePlaisirDesDieux/Histoire/DocsHistoire/1800_1810/reglement.pdf

« Les visites des malades arrivants sera faite, autant qu'il sera possible avant que les visites commencent dans les salles ordinaires. [...] Les visites commenceront le matin à 7 heures pendant le semestre d'hiver et à 6 pendant le semestre d'été [...]. Les officiers de santé feront le soir de 4 à 8 heures une seconde visite dans leurs salles. » (1802, p. 27).

Chapitre V – Elèves de garde

« Il y aura dans tous les hospices un ou plusieurs élèves de garde, qui, sous aucun prétexte, ne pourront quitter leur poste pendant vingt-quatre heures. Les élèves en médecine et en chirurgie alterneront dans les petits hospices ; dans les grands hospices, il y aura de garde, en même temps des élèves en médecine et en chirurgie. Ces élèves seront chargés : 1° De remédier aux accidents imprévus qui exigeraient de prompts secours, en appelant dans les cas graves les officiers de santé ; 2° De veiller, quand ils seront requis, à l'administration des secours chirurgicaux ou autres prescrits pour être employés dans le cours de la journée ; 3° De faire des tournées dans les salles à des heures déterminées. » (1802, p.29-30).

Le Règlement édité avait pour vocation principale d'améliorer le service public, « y est dit qui fait quoi en matière de prescription et de traitement [...]. Modèle national d'avenir, y sont définis les mécanismes de recrutement du corps médical et pharmaceutique. Ainsi que les tâches et responsabilités de chaque grade. Premiers profils détaillés des postes. Première répartition hiérarchisée du travail au sein d'une équipe. Effort de clarification, la définition des emplois permet, de plus, et cela est loin d'être négligeable, de préciser les savoirs à posséder dans chaque grade, donc de déterminer les programmes des épreuves de sélections des internes et externes, des médecins et chirurgiens « temporaires » recrutés sur concours. » (Vial, 1999, p.32).

Il était question de motiver les médecins. L'attribution de titres sur concours fut mise en place depuis la fin du XVIIIème siècle pour promouvoir et motiver à la formation au travail à l'hôpital. Les concours hospitaliers recrutant de l'externe au chef de service firent naître une élite au sein des études médicales. Elles devinrent vite un succès et aux cours du XIXème siècle, le médecin changea de statut social : on donna des noms de médecins à des rues, des hôpitaux et des hommages publics leurs sont rendus (Vergez-Chaignon, 2002). Le premier concours de l'internat fut ouvert en 1802 aux Hospices civils de Lyon, puis en 1804 à l'Assistance publique de Paris (Picard & Mouchet, 2009) ; il n'était pas accessible aux femmes. Pendant 150 ans, de 1802 à 1952 et jusqu'à la généralisation du temps plein hospitalier et la création de la Sécurité Sociale, les internes vivaient et travaillaient ensemble à l'hôpital.

1.3 – Distorsion clinique et historique

1.3.1- « la clinique ne part pas de zéro »

Avant la création de l'internat en 1802, les médecins apprenaient la médecine dans une pratique empirique et certains médecins pratiquaient la médecine avec éthique et déontologie en dépit de l'éternel chasse aux « charlatans ». Les récits « modernes » sur l'apprentissage de la médecine dans sa partie pratique préfèrent situer l'arrivée de la pédagogie par la clinique à l'hôpital à la fin du XVIIIème siècle comme produit d'excellence de la Révolution française. Or, l'art médical tel qu'Hippocrate le développa, convoquait le corps du médecin, et le corps de celui ou celle qui apprenait, dans un empirisme accompagné, intellectuellement instrumenté et au contact des malades. Sous son initiative et sa demande, l'apprenti devait-être admis⁶⁹ par un médecin (et parfois contre rétribution financière) pour le suivre en ville ou à l'hôpital (Vial, 1999). Les facultés de médecine avant la Révolution sont jugées médiocres certes, mais une clinique « au chevet du malade » existait déjà avant la Révolution Française.

« Soyons clair : la clinique ne date pas de 1795 et l'anatomie pathologique non plus [...]. Depuis longtemps déjà, sont à la mode les démonstrations anatomiques payantes, les petites salles de gésine où s'apprend l'art des accouchements, les amphithéâtres de dissection, les cabinets de chimie médicale, etc. Depuis toujours, des professeurs privés se font suivre de disciples, dans leurs visites en ville ; on se félicite de ce patronage pédagogique et déontologique, dans le droit fil des coutumes médiévales. L'enseignement au lit du malade, tourné vers le diagnostic et le pronostic dépoussiéré du latin livresque a déjà fait ses preuves. À l'étranger : Leyde, Edimbourg, Vienne, Padoue, Göttingen, Pavie... En France : à l'hôpital Saint-Jean d'Angers (1718), à l'hôpital de Strasbourg (1729), à l'hôpital maritime de Brest (1783), à l'Hôtel-Dieu de Caen (1786), à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, dans le service de Pierre Desault à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans celui de Louis Desbois à la Charité... Il ne s'agit parfois que de visites commentées et d'entretiens ébauchés avec les étudiants, mais il ne faudrait pas mépriser cette

⁶⁹ À l'instar de l'effet Matilda, dans l'écriture et la transmission de l'histoire de la médecine et des médecins, les apprentis sont totalement identifiés comme des hommes. Les femmes n'empruntaient pas la voie officielle. Mais même de façon minoritaire, les femmes médecins et chirurgiennes étaient présentes en France et plus largement en Europe. Elles détenaient des savoirs précieux notamment sur les corps délaissés par la médecine masculine : ceux des enfants, des personnes âgées et des femmes. Elles se cachaient pour exercer et fuir à la chasse aux sorcières. Les femmes médecins posaient problème en raison de leurs connaissances et de leurs savoirs techniques. La même tendance aux conséquences violentes s'observe lorsque les femmes furent autorisées à l'internat en médecine au premier tiers du début du XIXème siècle. Ainsi, les femmes étaient aussi des pédagogues et elles ont toujours exercé la médecine. Elles exerçaient et apprenaient surtout clandestinement.

première « clinique », celles des serviteurs de la tradition soi-disant hippocratique qui énumèrent la litanie des signes et symptômes, qui interrogent le poulx, les urines, les selles, les crachats, la langue, les ongles, la toux et le souffle, le teint et le décubitus... et qui palpent, écoutent et scrutent. La clinique ne part pas de zéro. » (Léonard, 1981, p.23).

Les contemporains et les contemporaines s'accordent pour situer le « magistère de la clinique » (Picard & Mouchet, 2009) aux dernières années du XVIIIème siècle. L'apprentissage et la pédagogie médicale avant ces siècles sont rarement pris pour références ou resitués, ni même évoqués. C'était fidèle au tournant révolutionnaire que les penseurs repérèrent un nouvel élan pour l'enseignement médical français et un nouveau départ redorant l'apprentissage et l'exercice de la médecine : « *en 1927, le Pr Anatole Chauffard, de la faculté de médecine, vante les vertus de cette formation sur le terrain* » (Picard & Mouchet, 2009, p.12). C'était l'occasion de réécrire l'histoire, les historiens et les philosophes parfois eux-mêmes médecins, ont profité de ce nouvel élan pour faire table rase d'un passé qui n'a été que rarement favorable à l'image des médecins mais aussi à la réputation de l'enseignement des pratiques et des savoirs constitutifs de l'« Art médical ».

Ainsi, avant la réunion des médecins et des chirurgiens sous un même diplôme en 1802, l'hôpital était le lieu de passage qui les faisait se croiser et qui scella ensuite une pédagogie commune et concomitante à l'avènement de la clinique autrement dit : le soin « au chevet du malade ». La naissance de la clinique de la fin du XVIIIème siècle régleme une pédagogie existante et emprunte - non officiellement et non explicitement – l'apprentissage par compagnonnage. Une démarche déjà très bien intégrée et centrale avant le XIIIème siècle et plus réglemée et stricte à partir du XIIIème siècle. Serait-ce cette refonte par l'emprunt à l'apprentissage pratique appartenant à la culture ouvrière (De Castéra, 2018) qu'il serait difficile d'entériner en tant que telle pour les médecins qui, *in fine*, réactualisèrent et anoblirent le compagnonnage par la naissance d'une nouvelle pédagogie par la clinique ? Pour les chirurgiens, « *l'objectif sous-jacent est leur ascension sociale par la valorisation de leur formation ; ils ne sont que bourgeois-marchands alors que le diplôme de doctorat des médecins leur vaut un titre de noblesse dispensant de plus de l'impôt, privilège que les chirurgiens estiment mériter eux aussi.* » (Vial, 1999, p.23). La Révolution scinde-t-elle les Anciens et les Modernes ? « *En fait la Révolution a servi surtout de révélateur et d'accélérateur ; elle a libéré la parole, stimulé les imaginations, multiplié les innovations avec, par moment de cuisants échecs.* » (Pérez, 2015, p.235). L'un de ses cuisants échecs restent les considérations faites sur

la place et le statut des femmes en tant que paroxysme des mouvements déjà engagés depuis la Renaissance (Kelly, 2019).

1.3.2 – Les médecins étaient des femmes aussi

Il est difficile, avant le X^{ème} siècle, c'est-à-dire avant le régime féodal en France, de retrouver les traces de la pratique quotidienne des médecins, les historien·nes privilégiaient plus volontairement la réputation des saints-guérisseurs et l'histoire des hommes au détriment notamment de celle des femmes (Perrot, 1998 ; Klapisch-Zuber, 1984.) pourtant bien existantes dans le paysage de la médecine, de la chirurgie, des enseignements et des progrès depuis Esculape (Lipinska, 1930 ; Joël, 1988 ; Dall'Ava Santucci, 1989 ; Vergez, 1996 ; Vergez-Chaignon, 2002 ; Zolesio, 2012 ; Pigeard-Micault, 2013).

Dans la mythologie grecque, Hygie est représentée aux côtés de son père Esculape, dieu de la médecine ; citons aussi Artémis et Médée qui guérissent et peuvent rendre malade ainsi que Delphes et ses préceptes thérapeutiques. Dans l'*Iliade* et l'*Odyssée*, Hélène, Agamède et Circé prodiguent des soins. Les femmes sont ensuite interdites d'exercer mais la période Athénienne réussit à supprimer cette interdiction par la révolte et Agnodice (VI^{ème} siècle av. J.-C.) échappe à la condamnation après s'être déguisée en homme pour pouvoir exercer. Au V^{ème} siècle av. J.-C. il existait deux domaines médicaux au sein desquels les femmes évoluaient, celui de l'accouchement (les sages-femmes ou « maïa ») et celui du traitement des maladies les plus souvent gynécologiques. Les médecins femmes et hommes migraient de Grèce à Rome, attirés par la citoyenneté accordée par Jules César aux gens du métier. À Rome, les femmes pouvaient exercer toute la médecine, elles avaient des noms différents selon le domaine, « ornatrix » pour l'infirmière, « clinica » pour la sage-femme et « médica » pour la médecine générale. Au I^{er} siècle, nous retrouvons Flavia Hédoné femme médecin en Gaule à Nîmes (Rémy, 1988). À la même époque, les manuscrits sur les maladies des femmes étaient réalisés par des femmes par exemple Cléopâtre au II^{ème} siècle et bien avant en Grèce, Aspasia femme d'une grande envergure politique et culturelle écrit sur l'utérus, « l'expulsion du fœtus » et la grossesse (Lipinska, 1930).

Entre le X^{ème} et le XVI^{ème} siècle, les femmes italiennes exerçaient et enseignaient l'art médical. L'université de Bologne au XI^{ème} siècle se dénotait de son époque en permettant son accès aux femmes désireuses de s'instruire et d'enseigner. Salerne accueillait l'école de médecine la plus grande, nous y retrouvons notamment Trotula médecin, chirurgienne et sage-femme connue entre autres pour ses observations obstétriques et l'importante diffusion de ses

travaux. Trotula (XIème, XIIème siècle), Abella (médecin du XIVème siècle), Rebecca de Guarna (chirurgienne du XIIIème siècle), Mercuriade (chirurgienne du XIVème siècle) et Costenza Calenda (chirurgienne du XVème siècle), contribuaient en l'existence de dynasties médicales italiennes et faisaient parties des « femmes de Salerne » réputées pour leurs ouvrages d'enseignements médicaux. D'autres femmes exerçaient officiellement la médecine ou la chirurgie : « *Ghilietta et Marguerite Saluzzo dans le Piémont, Jacobina à Bologne, Béatrice Gherardo di Candia à Venise, Adelinota Maltraversa à Padoue, Leonetta Degorzano à Turin [...]* » (Joël, 1988, p.34) mais aussi à Florence, Naples ou en Sicile.

Durant la période médiévale, certaines femmes étaient détentrices d'un savoir médical traditionnel, d'une médecine populaire qui s'occupe principalement des femmes. Le patriarcat instauré par l'Eglise considérait les hommes comme des êtres supérieurs, la médecine se dirigeait vers eux et on ne se préoccupait pas des maladies des femmes, des enfants et des personnes âgées. Les femmes prodiguaient des soins entre elles et en devenaient des expertes. Puis au XVIIIème siècle on les obligeait à se diriger vers les accouchements, les soins gynécologiques et obstétricaux en leur interdisant l'accès aux autres spécialités.

En Allemagne pendant le Moyen-Age, « *les femmes médecins, hors les sorcières ou les religieuses, furent assez nombreuses.* » (*ibid*, p.42). Concernant les religieuses, Hildegarde de Bingen (Xème siècle) exerce « la médecine des couvents », mystique et scientifique, elle était connue pour les manuscrits qu'elle produisait dans divers domaines dont la médecine : « *causae curae* ». Les religieuses soignantes étaient des instructrices et pédagogues peu reconnues et pour certaines très stricts et sévères ; elles formaient avec peu de moyens mais beaucoup de rigueur. Du côté de la médecine laïque, les femmes médecins accompagnaient très tôt les troupes à la guerre pour les conquêtes du sud. D'ailleurs, en France aussi, les besoins des guerres faisaient revenir les femmes dans l'exercice médical et certaines pratiquaient et apprenaient dans l'illégalité par vocation et bien souvent par nécessité pour soigner ceux et celles laissés en reste par le patriarcat. De fait, on retrouve les traces du travail des femmes médecins et chirurgiennes grâce aux archives des plaidoiries et des procès pour exercice illégal (Dumas, 1996 ; Pouchelle, 1983). Toujours en France, « *les métiers de barbière ou chirurgienne et de mirgesse ou miresse ou empirique de Paris existaient dès le XIIIème siècle* » (*ibid*, p.44).

Avant le XVIIIème-XIXème siècle, les réglementations de métiers (Tisserand & al., 1879) n'interdisaient pas explicitement l'accès des métiers aux femmes. Les femmes accomplissaient le travail domestique et travaillaient avec leur mari lorsqu'ils tenaient des ateliers en tant que « maîtres » (Palot, 1987) mais elles n'étaient reconnues qu'au travers des

travaux des époux. Du XIII^{ème} siècle au XV^{ème} siècle, les femmes mariées étaient propriétaires des biens et les ateliers pouvaient leur revenir à la mort des époux. Elles continuaient de travailler et de livrer des œuvres après la mort de leur époux dans la continuité de leurs arts et métiers, ce travail n'est pas raconté et questionne la postérité et la partialité des repères par lesquels les histoires s'écrivent. Et pour paraphraser Joan Kelly, « les femmes ont-elles connu une Renaissance ? » (2019) car à partir du XVI^{ème} siècle, les droits des femmes s'amenuisent jusqu'à disparaître avec Napoléon⁷⁰.

A la fin du XVII^{ème} siècle, un conflit régit les relations entre les médecins, les chirurgiens et les sages-femmes : « il va s'agir d'un conflit violent pour garder ou obtenir l'accès au lit de la parturiente. Les médecins forts de leur savoir livresque, ont besoin d'expérimenter et de mettre en pratique leurs connaissances pour éprouver ces dernières. Un obstacle les maintient dans des considérations scolastiques, dans une déférence stérile vis-à-vis des « anciens » : les sages-femmes et leur monopole sur la sphère de l'expérience » (Dorlin, 2009, p.149)⁷¹. Alors même qu'à l'époque d'Hippocrate, l'expérience des matrones était racontée aux médecins pour qu'ils puissent les conseiller. Au XVII^{ème} siècle, la course au savoir et à la connaissance régit les rapports entre les médecins, les chirurgiens et les sages-femmes. Les deux premiers ont rarement l'occasion de voir le corps féminin pendant les « accouchements naturels ». Et les sages-femmes redoutent la violence des interventions des chirurgiens sur le corps des parturientes : « entre chirurgiens et sages-femmes donc, l'enjeu réside dans l'accès à la maîtrise d'une nouvelle forme de connaissance du corps, essentielle au geste thérapeutique lui-même » (*ibid*, p. 150). Les matrones faisaient rarement appel aux chirurgiens et étaient considérées comme faisant obstacle à l'apprentissage et dépourvues elles-mêmes de savoirs et de compétences. Les chirurgiens et les médecins ont fini par relayer les sages-femmes à la place d'assistantes en contribuant à la vulgarisation des connaissances obstétricales et en limitant la formation.

⁷⁰ La vraie chasse aux sorcières a lieu à la Renaissance et non au Moyen Age, voir : Sylvia Federici -(2021). *Une guerre mondiale contre les femmes. Des chasses aux sorcières au féminicide*. La fabrique. -(2014). *Caliban et la sorcière. Femmes, corps et accumulation primitive*. Entremonde.

⁷¹ Dorlin, E. (2009). *La matrice de la race: Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.dorli.2009.01>

1.3.3 - L'accès officiel des femmes à la profession et aux études médicales

Dans les perspectives de nos questionnements présents, il faut faire un point sur l'accès des femmes au doctorat et l'accès des femmes au concours de l'internat en médecine. Même si ces mouvements sont concomitants, ils ne peuvent pas être réduits l'un à l'autre ou être confondus.

Dans les facultés de médecine

Les femmes étaient présentes : « *avant même l'entrée des jeunes filles dans les facultés comme étudiantes inscrites, leur présence y est courante : la faculté de médecine, en tant qu'école, est fréquentée par les élèves sages-femmes.* » (Pigeard-Micault, 2016, p.49). 1868-1869, quatre premières femmes étaient inscrites à la faculté de médecine, « *en 1870, l'Anglaise Elizabeth Garret devient la première femme docteur en médecine de l'université. [...]. En médecine, avant la Première Guerre mondiale, c'est l'importance des étrangères parmi les étudiantes qui amorce le processus de féminisation des études. [...] l'étudiante type en médecine est étrangère et non française jusqu'en 1914.* » (ibid, p.50-51). Les étudiantes étrangères n'attisaient pas la concurrence et s'insérèrent professionnellement dans leur pays, elles étaient plus facilement acceptées (Pigeard-Micault, 2013). Néanmoins, « *lorsque dans les années 1980, les femmes obtiennent la possibilité de passer le concours de l'internat, ouvrant des perspectives professionnelles sur le sol français, le corps médical réagit vivement contre cette concurrence.* » (Pigeard-Micault, 2016, p.52). Le nombre d'étudiantes françaises augmenta après la Première Guerre mondiale et les étudiantes étrangères étaient moins nombreuses avec l'ouverture des universités aux femmes dans les autres pays. Les consultations mixtes apparaissaient par nécessité et pour la première fois pendant la Première Guerre Mondiale.

Bien plus tard (1971), la régulation par le *numerus clausus* freina l'élan de la féminisation du corps médical. Les sélections avaient tendance à « défavoriser les étudiantes, du moins les premières années (Hardy -Dubernet & al, 2001, p.23). Cet effet escompté permettait, entre autres, aux hommes et surtout aux femmes médecins libéraux·ales de maîtriser la concurrence (Pigard-micault, 2016). Concernant la professionnalisation, en 1979, « *les femmes généralistes n'exercent, en outre, pas la même activité que les hommes : plus souvent salariées, elles occupent massivement des postes de prévention ou de médecine du travail, et lorsqu'elles s'installent en libéral, elles le font majoritairement dans des communes urbaines* » (Hardy-Dubernet & al, 2001, p.24) pour pouvoir concilier vie privée et vie professionnelle.

Enfin, à la fin du XIX^{ème} siècle et au XX^{ème} siècle, les femmes accédaient rarement aux carrières académiques et à la recherche. Pigeard-Micault cite Augusta Dejerine-Klumpke, « *première femme interne des hôpitaux et présidente de la Société de neurologie en 1914 et 1915 [...]* », ainsi que Simone Laborde qui exerçait en tant que « *médecin chef du service de radiumthérapie à l'hôpital militaire du Grand-Palais en 1916* » et accédait ensuite à la fonction de « *chef de service de curiethérapie à l'institut du cancer de Villejuif [...]*. » (2016, p.54-55). Avant 1861, elles ne pouvaient pas se présenter au baccalauréat qui ouvrait les portes de la faculté.

En 2015, un colloque intitulé « Les femmes dans le monde académique » est organisé par des enseignantes-chercheuses engagées dans mission égalité des universités Sorbonne Nouvelle-Paris 3, Paris Descartes, Paris Diderot et Sorbonne Paris Nord. L'ouvrage du colloque dirigé par Rebecca Rogers et Pascale Molinier (2016) réunit l'ensemble des travaux visant à rendre hommage aux histoires des premières étudiantes enseignantes-chercheuses. Une seconde visée met en lumière l'ampleur internationale des inégalités de genre, de la division genrée des postes et des responsabilités dans l'enseignement et la recherche. Il est question enfin de mettre en avant ce qui permettrait institutionnellement de promouvoir l'égalité. Que cette thématique de recherche fasse l'objet d'un colloque en 2015, montre à quel point, l'ampleur des inégalités dans le monde académique reste un sujet actuel, mais aussi et surtout que ce n'est plus seulement le combat des femmes, mais des politiques institutionnelles et de recherche.

A l'hôpital

En 1803 lors de la création de l'internat en médecine, l'éviction légale des femmes était fondamentalement paradoxale (Léonard, 1977) car comme développé au-dessus, des femmes exerçaient quand bien même le diplôme et la reconnaissance ne leur étaient pas accessibles.

La première française à recevoir une autorisation à suivre des études médicales, en 1867, était Madeleine Brès. Elle avait 21 ans, elle était déjà veuve et mère de trois enfants. Elle a obtenu son doctorat en 1875 et a été nommée interne provisoire hors concours dans le service de Pierre Paul Broca de la Pitié. Les accès au concours de l'externat et à la résidence à l'hôpital lui étaient refusés par l'Assistance publique du fait « d'ordre et de bonne administration intérieure », par-là, « *on voit apparaître un refus viscéral des femmes médecins, que certains membres dénoncent comme une anomalie* » (Vergez-Chaignon, 2002, p76). Les règles en vigueur à l'hôpital et dans les facultés étaient de tenir les femmes le plus à l'écart de cette filière d'excellence que représente la branche médicale.

« Les arguments déployés étaient divers : il n’y avait pas assez de place dans les internats pour loger les femmes, il n’était pas décent de demander à des femmes d’accomplir les tâches de soins, la vie commune entre les deux sexes en salle de garde n’aurait pas été gérable pour l’administration et les hommes internes. Enfin les femmes n’auraient pas eu la compétence pour garder un sang-froid et une force de caractère que les hommes possèdent »⁷²

Des femmes et certains hommes se sont battues et ont siégé au conseil de l’Assistance publique pour obtenir l’égalité des droits. En 1882, elles ont obtenu la possibilité d’accéder au concours de l’externat mais ne pouvaient pas se présenter à l’internat. Certains médecins du conseil ont soutenu leur démarche. Les étudiantes qui accédaient au concours faisaient intellectuellement concurrence aux hommes et subissaient leurs violences.

Conclusion

Certes, c’est seulement, en 1885 que le ministre de l’Instruction publique autorisait les internes femmes à se présenter au concours de l’internat. Leur présence à l’hôpital gênait l’intérêt de l’administration et des occupants masculins. En 1909 six jeunes femmes devinrent internes mais l’accès à une carrière hospitalo-universitaire leur était encore inaccessible. Les premières femmes médecins exerçaient dans des spécialités touchant plus spécifiquement le corps féminin et la naissance : en gynécologie, en obstétrique et en pédiatrie, d’autres se sont orientées vers la médecine scolaire ou administrative. L’évincement des femmes dans l’écriture de l’histoire, et l’opposition masculine pour leur accès aux études témoigne d’une idéologie virile présente bien avant la création de l’internat en médecine.

Mais, dire que la profession médicale est historiquement exclusivement masculine est une vérité communément admise et transmise en accord avec les refontes précédemment explicitées et au travers nombres de disciplines académiques (l’histoire, l’anthropologie, la sociologie etc.). Mais formulé ainsi, cela revient à taire les réalités historiques et sociologiques appartenant, cette fois-ci, au travail et à la non-passivité des femmes qui exerçaient sans diplôme et bravaient une illégalité entièrement déterminée par le patriarcat pour, entre autres, s’occuper de ce que les hommes et l’Eglise délaissaient : les bébés, les enfants et les vieillards d’abord ; les accouchements durant une certaine période et de manière assez constante les maladies gynécologiques et obstétriques. Dans l’histoire, les femmes exerçaient la médecine et

⁷² Cette citation est tirée de premiers travaux de recherche en 2016 : *La tradition carabine à l’épreuve du féminin* [Mémoire de master 2 professionnel en psychologie] Université Sorbonne Paris Nord (document non publié).

la chirurgie mais les modalités de comptage et d'archivage de leur exercice étaient réduites (Pouchelle, 1983 ; Perrot, 1998). Par conséquent, la profession médicale n'a pas été exclusivement masculine, elle est légalement réservée aux hommes à partir de la Renaissance et les études leurs étaient exclusivement dédiées post-Révolution. Certaines femmes bravaient les interdits et apprenaient en dehors du parcours pour le diplôme. En fait, l'accès à la profession par les études était régi par une population académique et politique entièrement constituée d'hommes. Cette fois-ci, plus que de lutter contre les « charlatans », le doctorat restreignait l'accès au métier (Hardy, 2013). Dans cette limitation, on comptait de moins en moins de femmes jusqu'au début du XXème. De fait, ici, « la féminisation » des professions médicales est un mouvement aux tenants et aux aboutissants multiples qui, *in fine*, ne faisait que reprendre des droits sur l'histoire plurielle et non linéaire des études et des professions médicales. Par exemple, Hippocrate, Galien et Ambroise Paré dépendaient du savoir des matrones et l'inscrivaient dans leurs observations, concernant ce conflit historique « il faut [...] penser la relation conflictuelle entre sages-femmes et médecins au XVIIème siècle comme un processus d'inversion des positions respectives de savoir et de pouvoir vis-à-vis du corps des femmes » (Dorlin, 2009, p.152-153). Alors même que les sages-femmes étaient détentrices « des secrets des maladies des femmes » et anciennement, elles étaient considérées et consultées par Hippocrate comme expertes d'un lieu de savoir : le lit de la parturiente, la clinique de l'accouchement.

L'apprentissage en chirurgie perd sa filiation à l'institution compagnonnique et aux confréries en fusionnant avec la médecine. Mais à bien des égards et encore aujourd'hui, la fin du parcours pour devenir médecin correspond au parcours pour devenir compagnon :

- l'itinérance pendant l'internat en médecine, favorise le passage des internes notamment dans plusieurs services hospitalo-universitaires afin d'apprendre les différentes pratiques médicales auprès des équipes médicales,

- la thèse, la soutenance de thèse et l'assermentation rappelant l'exécution du chef d'œuvre et sa réception soumis à l'appréciation et aux jugements des pairs en fin de parcours

- historiquement, l'ambiance décriée des salles de garde de l'internat des hôpitaux tire ses origines de l'ambiance festive instaurée par les premiers internes compagnons-chirurgiens. Ces legs perdus possédaient certaines fonctionnalités proches de celles des foyers compagnonniques et nous le verrons par la suite,

-pour finir, les écrits politiques se réfèrent à l'expression « compagnonnage » pour nommer les modalités de transmission de la médecine à l'hôpital. À l'aune de ce qui n'a jamais fait l'objet de discussion, le compagnonnage intervient alors pour remettre la formation médicale au centre des considérations.

Les enjeux de l'apprentissage pratique de la médecine pendant l'internat en médecine sont occultés. Clinique renvoie d'abord à la médecine qui se pratique auprès du malade, à son chevet. Néanmoins, son avènement est communément situé lors de la réorganisation de l'hôpital en hôpital-école, précisément lors de la création de l'internat en médecine. Or, si la clinique naît à ce moment-là, elle réforme la pédagogie en médecine et le soin. De fait, même si elle est réduite dans sa définition par « le médecin qui se penche sur le malade à son chevet », en réalité, elle devrait offrir un angle de vue plus large : à côté du ou de la médecin ou de l'autre côté du chevet ou au pied du ou de la malade se trouve l'interne ou un·e autre apprenti·e et aussi l'infirmière ou l'infirmier. La clinique n'existe pas qu'en présence d'un corps malade allongé sur le lit et, d'un médecin surplombant le lit pour observer les signes de la maladie. La clinique surtout à l'hôpital est la situation de travail du soin particulière à plusieurs corps et relative à son apprentissage. La clinique hospitalo-universitaire est aussi et fondamentalement une clinique pour le compagnonnage. Lorsque le soin à l'hôpital est réduit à la situation clinique, les usagers et les usagères de l'institution sont uniquement les malades. Or, les internes en médecine et plus largement les apprenti·es ou les étudiant·es en santé en stage à l'hôpital sont aussi les usagers et les usagères de l'institution hospitalo-universitaire. Le point de vue situé par le compagnonnage médical défragmente la clinique hospitalo-universitaire en plusieurs corps et enjeux de coopération au travail.

Chapitre 2 : Un corps articulé pour le cursus mais divisé dans les réformes

A l'échelle historique institutionnelle, la création du CHU (1958) repose sur la réglementation des études médicales, et le projet d'excellence de la formation médicale. Mais surtout, une réforme importante dans le chaos post-révolutionnaire, de trouver un moyen de repeupler l'hôpital. La création de l'internat en médecine, est un moyen d'avoir une main d'œuvre qui se forme cliniquement à l'hôpital et réalise les gardes. L'enjeu historique reposait essentiellement sur la continuité des soins la nuit et sur la possibilité de fidéliser une population de travailleurs et de travailleuses.

Quelles sont les conséquences de ces fusions ? Les internes en médecine sont les chevilles ouvrières du travail à l'hôpital, et constituent le vivier des futur·es praticien·nes destiné·es à pourvoir à la fois aux besoins de la population sur le territoire national mais aussi à ceux des spécialités hospitalières et de la recherche : comment cela se gère ? L'issue de ce chapitre donne accès aux évolutions de l'internat et aux enjeux du *numerus clausus*. Les spécialistes, les hospitalier·ères et les libéraux·les, réussissent-ils et elles réellement à faire corps ?

2.1 – « L'hôpital-école » : intrication de deux grandes histoires

La charité, du Haut Moyen-Age jusqu'à la fin de l'Ancien Régime

L'hôpital conjoint petit à petit trois fonctions essentielles : la charité puis le soin puis la formation. La charité fut instaurée par l'évangélisation chrétienne. Un refuge créé en 651 pour les pauvres dans l'Ile de la Cité fut ravagé par les incendies, phénomènes courant à l'époque. Il devint l'Hôtel-Dieu et fut agrandi en hôpital au XII^{ème} siècle. Comme l'hôtel, l'hôpital et l'hospice viennent du latin « hospes » qui signifie « hôte », mais aussi « convive » ou encore « étranger ». L'Hôtel-Dieu s'enracinait dans ce mouvement d'hospitalité et de soin pour les pauvres, les voyageurs et les voyageuses ; précisons que « *l'hôtellerie est la principale fonction des hospices, elle vient bien avant le soin* » (Vial, 1999, p.30). Le XV^{ème} siècle était propice à la médicalisation de l'hôpital et un maître chirurgien y était recruté. Pendant des siècles l'assistance aux pauvres reposait sur l'Eglise au nom du devoir de charité et l'Etat y maintenait l'ordre intérieur. À partir du XVI^{ème} siècle, les pouvoirs municipaux s'investirent davantage dans l'administration de ces établissements afin de contrôler et rationaliser la gestion économique et financière. Jusqu'au régime aboutissant à la Sécurité Sociale en 1945, les

recettes des hôpitaux dépendaient de différents facteurs dont les décisions financières de chaque municipalité et les possibilités de combler le déficit du Bureau.

Au XVII^{ème} siècle, Marie de Médicis et Henri IV pourvoyèrent Paris d'hôpitaux pour assurer les décimes des épidémies. Pour l'hiver, des hôpitaux dits « temporaires » étaient créés pour soulager l'afflux à l'Hôtel-Dieu, le personnel engagé en décembre était révoqué en avril, *« ainsi se crée le premier réseau hospitalier composé de plusieurs établissements à unicité de direction administrative et financière, le Bureau »* (ibid, p.20). Les mendiants, les mendiante et les pauvres dérangaient les Parisiens et les Parisiennes. Durant le règne d'Anne d'Autriche, l'« Hôpital général de Paris » fut instauré en 1656 par Mazarin comme lieu d'enfermement - sûrement premiers camps de travail - et regroupait entre autres : Notre Dame de la Pitié (1612), l'hospice de Bicêtre (1632), la Salepêtrière (1635). Chaque établissement comptait un médecin ou un chirurgien ; durant cette période, le premier pouvait s'accompagner d'un apprenti et le second devait « compagnonner » son apprenti, c'est ainsi que, *« la formation des soignants va devenir avec le soin, la raison d'être « non officielle » des Hôpitaux parisiens, la recherche sera des initiatives personnelles. »* (Vial, 1999, p.23).

L'Assistance de la Révolution à 1945

Au XVIII^{ème} siècle, la société était lentement en voie de déchristianisation, l'hôpital charitable perdait de sa crédibilité. Une réflexion fut menée sur les limites de la mission charitable de l'Ancien Régime et il fut constaté que l'indigence était reproduite au lieu d'être endiguée. Le nouveau système révolutionnaire projeta une assistance pensée, régulée et contrôlée par l'Etat : *« c'est l'espoir d'une transformation de la société sur la base d'un nouveau contrat social.⁷³ »*. Les hôpitaux étaient appelés à devenir des lieux de formation, de recherche et peut-être un jour des lieux de guérison. Le principe d'assistance révéla aussi ses limites dans le premier tiers du XX^{ème} siècle. On lui reprochait les mêmes limites que le dispositif de charité. Elle était considérée comme symptomatique de l'échec de la réorganisation sociale, les individu·es étaient soulagé·es mais les inégalités sociales restaient bien présentes. De surcroît *« la masse salariale est faible, les sœurs ne sont pas payées et le personnel laïque n'a ni horaire ni congés obligatoires comme le personnel de maison dans les*

⁷³ Assistance Publique Hôpitaux de Paris en collaboration avec le Centre de Ressources en SMS d'Ile de France. (2010). *L'hôpital et son histoire. Au musée de l'AP-HP. Dossier documentaire destiné aux professeurs de sciences et techniques medico-sociales*. Paris : France. Musée de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. p.15

familles aisées ; l'esclavage ne se pratique pas que dans les colonies, la législation sociale n'existe pas ». Vial rajoute que : « *La révolution de 1789 n'a servi à rien.* » (Vial, 1999, p.29).

Pré et post-Révolution

En 1790, Vicq D'Azyr, ancien médecin de la Cour, propose un « Plan de constitution pour la médecine en France » à l'Assemblée Nationale au nom de la Société royale de médecine⁷⁴ Ces projets de réforme avaient pour objectifs de se débarrasser des « charlatans » et de faire progresser la médecine et son apprentissage, « *la leçon se confond avec l'acte thérapeutique, comme si la maladie était un alibi pédagogique* » (Perez, 2015, p.239). Il s'agissait de lutter contre le népotisme des chirurgiens et de réformer l'hôpital afin d'accueillir l'enseignement des étudiants par la pratique clinique pendant la visite médicale ; avec comme outils un protocole d'observation et un apprentissage méthodique qui consistait à remplir les relevés d'observation et les feuilles de visites pour les archives et les futures statistiques médicales. La Société royale de médecine fut abrogée en 1793, Vicq d'Azyr mourra en 1794, les directives innovantes de son plan furent suspendues : « la Convention, appelée à en délibérer, a bien d'autres chats à fouetter, ne s'intéresse que très peu à la vie des hôpitaux qu'elle considère comme un reliquat des privilèges de l'église et elle laisse la motion à l'étude » (Fabiani,-Salmon, 2022, p.1271)

La loi Allarde (mars 1791) annonça la liberté d'entreprendre, elle concernait le commerce, les industries mais aussi le soin. Les corporations et associations professionnelles étaient interdites par la loi Chapelier (Juin 1791) car le corporatisme bloquait le libéralisme économique tel qu'Adam Smith le définit ; « *l'acte médical vaudra ce que vaut celui qui l'a accompli [...]* » (Foucault, 1965 : 2005, p.120). Les sociétés de secours étaient interdites d'exercice, la disette, les épidémies et l'inflation plaçèrent la population en détresse. L'assistance ne pouvait pas subvenir à tous les besoins. La suppression des dîmes, octrois, rentes et taxes appauvrirent les hôpitaux. Par ailleurs, les collèges et les facultés de médecine furent démantelés puis supprimés, les médecins continuaient d'exercer librement, « *c'est une situation de quasi-anarchie* » (Pérez, 2015, p.241). Il fallait trouver une solution aux facultés supprimées et à la pénurie de personnel·le·s dans les hôpitaux conséquence du renvoi des congrégations religieuses. S'ajoutait à cela, les officiers de santé qui mourraient à la guerre et le besoin de personnel dans les armées.

⁷⁴ https://archive.org/details/BIUSante_07319/page/n21/mode/2up

Entre 1789 et 1795, l'Ancien Régime médical fut détruit. Les incertitudes révolutionnaires sévissèrent, « après Thermidor, médecins et dirigeants tirent la leçon désenchantée des lendemains révolutionnaires. L'heure de la table rase est passée. Il faudrait se hâter de reconstruire. Restaurer l'Ancien Régime médical et sanitaire paraît impossible ou indésirable. L'ambiance culturelle a changé. Une osmose nouvelle rajeunit et réunit les trois branches de l'art de guérir : médecine, chirurgie, pharmacie. » (Léonard, 1981, p.21).

Les réorganisations concrètes

« L'externat et l'internat des hôpitaux sont une création du Consulat par le décret du 4 ventôse an XI (10 février 1802) portant sur le règlement intérieur du service de santé. Fourcroy, Corvisart et Thouret avaient fortement plaidé auprès de Bonaparte et de Chaptal, l'importance d'assurer une présence médicale jour et nuit auprès des hospitalisés. Ils savaient bien qu'après midi la plupart des titulaires vauquaient à leurs occupations privées. Ce texte est fondamental pour imposer et réglementer une pratique qui puise ses racines pendant le Moyen-Âge et l'imposer surtout comme un parcours qui va concourir à l'excellence de la médecine hospitalière dès sa création » (Fabiani-Salmon, 2022, p.1270)

Ainsi, en 1794, la Convention demanda à Fourcroy d'établir un rapport promettant une réorganisation institutionnelle de fond. Cabanis et Chaptal contribuaient à ces textes. « La nécessité d'organiser promptement des cours d'instruction sur l'art de guérir, pour former les hommes qui manquent à nos armées, offre à la Convention l'heureuse occasion de créer une partie de l'enseignement qui n'a jamais été que tronquée et incomplète en France » (Fourcroy, 1794, p.263), il était question de réunir à l'hôpital l'observation clinique et la dissection anatomique : « le défaut de l'ancienne méthode, outre qu'elle n'embrassait pas l'ensemble indispensable pour l'enseignement complet, c'est qu'on se bornait en quelque sorte à des paroles pour les élèves : la leçon finie, l'objet n'en était plus retracé sous leurs yeux : il s'évanouissait promptement de leur mémoire. Dans l'Ecole centrale de santé, comme dans celle des Travaux publics la pratique, la manipulation seront jointes aux préceptes théoriques. Les élèves seront exercés aux expériences chimiques, aux dissections anatomiques, aux opérations chirurgicales, aux appareils. Ce qui a manqué jusqu'ici aux écoles de médecine, la pratique même de l'art, l'observation au lit des malades deviendra une des principales parties de cet enseignement » (Fourcroy, 1794, p.264). En 1803, à la suite de ces propositions, 3 facultés furent créées : Paris, Montpellier et Strasbourg et la médecine et la chirurgie fusionnèrent : « la médecine et la chirurgie sont deux branches de la même science : les étudier séparément, c'est

abandonner la théorie au délire de l'imagination, et la pratique à la routine toujours aveugle les réunir et les confondre, c'est les éclairer mutuellement et favoriser leur progrès [...] il n'y aura plus de distinction ridicule entre deux arts à qui la nature commande d'être inséparables. » (ibid, p.265). Le niveau de connaissance exigé se basait sur celui de l'éducation militaire de l'Ecole de Mars. C'était un succès, même à l'étranger. Cependant, *« l'exercice de la médecine reste ouvert et, pour suivre sa vocation, chacun demeure libre d'avoir ou non été étudiant ou diplômé »* (Vergez-Chaignon, 2002, p.13). Bonaparte s'en est mêlé et créa l'Université impériale. Désormais, L'Etat organisait et contrôlait l'enseignement et les diplômes, *« durant la Révolution, la libéralisation de l'exercice de la médecine avait été justifiée par le principe « la réussite tiendra lieu de diplôme », permettant aux praticiens d'entrer en concurrence et aux soignants du peuple de faire valoir ses savoirs pratiques. Désormais, le principe est inversé : c'est le diplôme qui tient lieu de réussite. »* (Hardy, 2013, p.74). L'apprentissage théorique est complété de *« volet pratique à l'hôpital et en salle de dissection, l'anatomie devenant le socle même des études. »* (ibid, p.14).

Dans ce contexte, en 1802 l'Internat en médecine fut créé par le Conseil Général des Hospices de Paris, *« précédant de peu l'obligation du diplôme, concernant un système détaché des études universitaires, l'internat est devenu l'autre référence fondatrice de la profession médicale et un des symboles puissants de l'élite. »* (ibid, p.75), sa création est concomitante avec l'avènement de la médecine clinique. Deux statuts fut créés : « docteur » ou « officier de santé », ainsi qu'une première école de sages-femmes et une pharmacie centrale (Allamel-Raffin & Leplège, 2008). La première école d'infirmières laïques fut créée à la Salpêtrière en 1878 par Désirée Magloire Bourneville.

La mission de Solidarité de l'hôpital public, à partir de 1945

Suite aux échecs de la Révolution Française, les discussions sur les valeurs de l'hôpital et la protection de ses salariées et de ses salariés perdurèrent. Une nouvelle réflexion émergea sur la prévoyance par l'assurance individuelle. Elle exposait une vision de solidarisme. En 1928, une loi a donc été votée sur l'assurance maladie obligatoire l'industrie et du commerce. La solidarité émergea avec le Front-Populaire et cette politique créa « l'Etat-Providence » dans laquelle l'Etat concevait et régulait les dispositifs d'assistance. Par la loi du 21 décembre 1941, l'hôpital s'ouvra à toutes les catégories de la population. En 1945, la Sécurité Sociale fut créée et au cours de la Seconde Guerre Mondiale, *« l'ancienne notion d'assistance publique, fondée sur la prise en charge des indigents par la société, est remplacée par un véritable droit à la protection de la santé pour l'ensemble des citoyens »* (Dupont & Salün Ramalho, 2010, p.41).

Les années 1940 marquent l'essor du progrès médical avec l'arrivée de nouveaux médicaments puis des antibiotiques.

L'essor des CHU

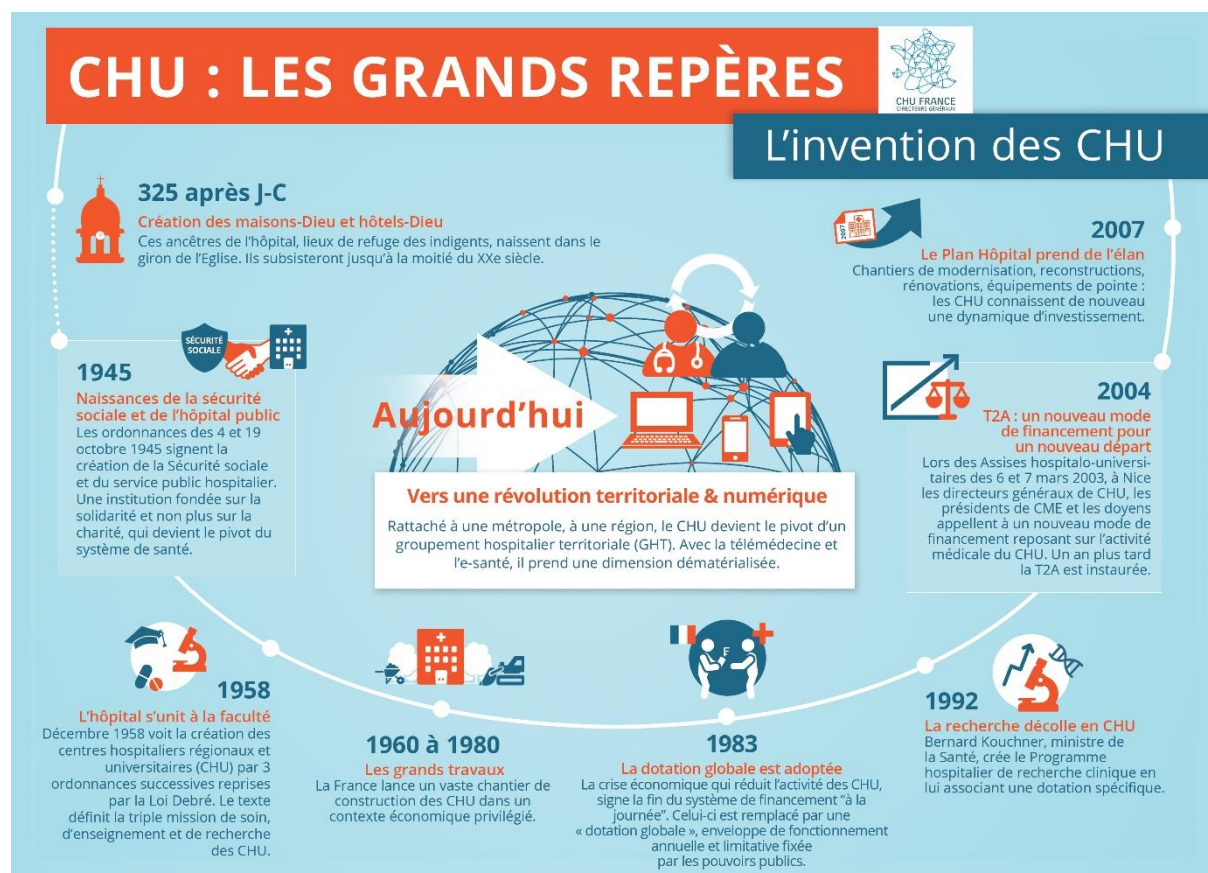


Fig. 1. Le CHU

©<https://www.reseau-chu.org/article/il-etait-une-fois-les-chu/>

Le 30 décembre 1958 « l'hôpital s'unit à la faculté », la réforme Debré crée les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les hôpitaux se dotèrent de trois missions : le soins, l'enseignement et la recherche. Le temps plein hospitalier fut instauré. Avec la loi Debré, l'hôpital est ainsi devenu « le lieu privilégié d'exercice de la médecine » (*ibid*, p.43). « Le CHU de Paris » était conventionné par l'Assistance publique et la Faculté de médecine de Paris. Durant l'après-guerre et les Trente Glorieuses, les hôpitaux connurent une puissante modernisation. Mais le système se fragilisa avec la montée du chômage à partir des années 1980. Le « trou » de la Sécurité Sociale émergea ainsi qu'une dépense de santé de plus en plus élevée à l'heure de « l'hypermédicalisation ». Des systèmes de permanence d'accès aux soins furent mis en place pour les personnes les plus démunies. Enfin, la création de la Couverture Maladie Universelle redéfinit des dispositifs d'aide médicale et permirent de simplifier l'accès aux soins pour les personnes en difficultés.

2.2 – Déconstruction des réformes

2.2.1 - L'instauration du *numerus clausus*

Dix ans après la réforme Debré de 1958, le nombre de CHU grandit et un « corps hospitalo-universitaire » se développe. Le nombre de lits hospitaliers devait être corrélé au nombre d'étudiants et d'étudiantes qui se formaient désormais presque entièrement en milieu hospitalier par la suppression de l'externat en mai 1968⁷⁵. La qualité de la formation clinique était impactée. L'expansion à partir de 1958 divisa le corps médical : les optimistes y voyaient *« le reflet normal de la société, tant en matière de nouveaux besoins de santé que d'augmentation naturelle du nombre d'étudiants dans un pays où le niveau de vie et l'éducation s'élève »*, les alarmistes *« prenant en compte la fragilité de la Sécurité sociale, pressentent dans l'arrivée massive des jeunes générations l'explosion du chômage médical ou, plus certainement, l'embrigadement des médecins prolétarisés dans un Service de santé fonctionnarisé qui sonnerait le glas de la médecine libérale »* (Vergez, 1996, p.77).

Les examens se corsèrent de la première à la seconde année, la population étudiante fit grève pour le dénoncer, ce à quoi l'Ordre des médecins répondit qu'il s'agissait d'un choix qui permettait de déterminer celles et ceux qui travaillaient suffisamment et non d'une sélection sévère. Cette sélection permettait à l'Ordre de limiter la croissance du corps médical en faveur de la préservation de la médecine libérale. En effet, l'augmentation des étudiants et des étudiantes qui s'inscrivaient en médecine créait une source de malaise entre deux camps. D'un côté, certains syndicats souhaitaient *« l'élargissement des orientations professionnelles »*, de l'autre côté, il était question de la peur de l'assujettissement du corps médical à la technocratie. Si les médecins augmentaient, les dépenses de la santé et le nombre de lits aussi. Or les budgets des hôpitaux n'étaient pas illimités. Par conséquent, *« dès 1971 survient donc un tournant essentiel, qui, s'il satisfait certains médecins, est surtout fait pour contenir à terme les dépenses de santé : un *numerus clausus* est institué entre la première et la deuxième année. La fiction de l'accès de tout bachelier à la faculté est ainsi préservée, mais c'est bien un rude barrage qui se dresse dorénavant sur la route des carabins. Il est renforcé en 1979, par la loi qui permet de fixer directement le nombre d'entrées en deuxième année »* en fonction des besoins de santé

⁷⁵ Avant la réforme de 1982, les choix de stage se faisaient de façon « élitiste et libérale » : les meilleurs rangs du classement pouvaient prétendre aux spécialités les plus demandées et aux services les plus connues, de plus ils pouvaient réaliser des stages partout et n'étaient pas dans l'obligation de choisir leur spécialisation dès le début de l'internat. Les autres devaient se partager les choix restants (Déplaud, 2015).

de la population » [...] » (Vergez, 2002, p.78-79). C'est l'installation du *numerus clausus* et l'internat en médecine « mue »⁷⁶.

En Mai 1972, un projet d'internat « à deux étages » fut proposé, mais les internes de CHU refusèrent la désunion du corps des internes, que celui-ci impliquait. Il fallait aussi concilier avec les besoins du corps des internes qui pouvaient à tout moment menacer de faire grève. En 1979, le *numerus clausus* fut fixé par les pouvoirs publics en fonction de la capacité de formation des hôpitaux, des besoins de la population et des inégalités géographiques. Il était prévu que l'internat dure 3 à 5 ans pour les spécialistes et les internes en médecine générale seraient en « résidanat » et se formeraient en deux ans, « les premiers seront formés dans les CHU, et les seconds principalement dans les hôpitaux généraux, c'est-à-dire non-universitaire » (Déplade, 2015, p.171). Toujours en 1979, le ministère envisagea les réformes de l'internat ainsi : le concours de l'internat deviendrait des épreuves écrites et anonymes et les épreuves orales seraient abrogées. Les médecins et syndicats libéraux accusèrent une mise en place d' « *une sélection par l'échec des futurs médecins généralistes et donc d'aller à l'encontre d'un de ses objectifs affichés : revaloriser la médecine générale* » (ibid, p.174). Les directions d'hôpitaux étaient mitigées, elles ne décideraient plus pour elles-mêmes du nombre de postes d'internes à créer.

2.2.2 - La réforme de 1982

La différence internat et résidanat créa de grandes disparités entre les internes, les stages en région risquaient d'être dévalorisés par rapport au stage de CHU et les populations en résidanat risquaient d'être moins motivées que les internes qui avaient des stages en CHU et en hôpitaux non universitaires. Malgré les espoirs de grands changements, l'élan du nouveau gouvernement de gauche de 1981, finit par mettre en place une réforme similaire à celle proposée par le gouvernement précédent. Le premier décret de 1802 subit une profonde refonte. Avant la réforme de 1982, les choix de stage se faisaient de façon « élitiste et libérale » : les internes les mieux classés pouvaient prétendre aux spécialités les plus demandées et aux services les plus connues, de plus ils et elles pouvaient réaliser des stages partout et n'étaient pas dans l'obligation de choisir leur spécialisation dès le début de l'internat. Les autres devaient se partager les choix restants (Déplade, 2015). Pour Hardy-Dubernet & al., les effets de la réforme de l'internat en médecine de 1982 ne sont pas totalement connus et maîtrisés : « *la cohésion du corps médical s'est historiquement construite autour du primat accordé au*

⁷⁶ « La mue de l'internat » (Déplade 2015)

diplôme de doctorat en médecine, nécessaire et suffisant à tous les médecins pour exercer toutes les médecines. Cette identité commune est par la réforme de 1982, remise en question, puisque le doctorat est dédoublé par la qualification (de spécialiste ou de généraliste). Mais surtout, on passe d'un processus initiatique contrôlé par les pairs à une forme centralisée et étatique de sélection. Ce déplacement pose la question de l'articulation entre des références inscrites profondément dans la constitution d'un corps professionnel et de nouvelles formes de socialisation qui paraissent en rupture avec les valeurs qui y étaient attachées » (2001, p.7-8).

Avant 1982, l'internat formait aux carrières hospitalières, à partir de 1982, l'internat forme majoritairement des « futurs praticiens de ville ». Pourtant : *« les concepteurs de la réforme avaient le sentiment sincère de lutter contre un élitisme médical préjudiciable à la complémentarité des différents segments de la profession et à l'élaboration d'une politique de santé basée sur la notion de réseau de soin [...] ». Le résultat est, en revanche, une division du corps médical se traduisant à la fois dans les pratiques et dans les ruptures institutionnelles. Les futurs médecins sont entraînés, des années durant, à se mesurer les uns aux autres, à l'aune d'une référence unique basée sur les hiérarchies hospitalo-universitaires » (ibid, p.196).* Les évolutions de l'internat en médecine sont intrinsèquement liées d'une part, au besoin de maîtriser la démographie médicale par l'instauration du *numérus clausus* en 1971 et d'autre part à la nécessité de réguler nationalement les flux de chaque spécialité par la réforme du troisième cycle en 1982 (Hardy -Dubernet & al, 2001). Les « besoins de santé » sur lequel le *numérus clausus* devait se fixer n'étaient pas assez précis. Les universités étaient libres d'organiser leurs enseignements du deuxième cycle.

2.2.3 – Certaines conséquences des dissensions

Marc-Olivier Déplaude (2015) est politiste et s'intéresse aux transformations contemporaines des professions. Dans les années 1980, le ministère des Affaires sociales continuait à vouloir baisser le *numérus clausus*, le ministère de l'Education Nationale travaillait à limiter cette baisse. Différents enjeux entrent en compte pour rouvrir le dossier du *numérus clausus* : les médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires sont contre la baisse du nombre de médecins en formation, ils et elles sont soutenus par le ministère de l'Education nationale puis la Direction générale de la santé et la Direction des hôpitaux. De l'autre côté, les médecins libéraux, les syndicats libéraux et les gestionnaires de l'assurance maladie souhaitent maîtriser la démographie médicale. Lorsque les ministères ne sont pas d'accord, c'est le premier ministre qui arbitre, en fonction de quoi le corps médical fait face soit à une pénurie des médecins à l'hôpital, soit à une pénurie des médecins libéraux. Il est surtout question

d'enjeux de pouvoirs et de l'influence de chacun des camps au niveaux des instances gouvernementales (Déplaudé, 2015). La question des internes est enchevêtrée dans ces considérations. Il va falloir maîtriser l'orientation des flux d'internes vers les spécialités d'hôpitaux et les disciplines moins attractives en réformant l'accès à l'internat ainsi que la répartition démographique des stages. Pour la direction des hôpitaux il faut assurer un nombre d'internes et de postes chaque année. S'ajoute à cela un environnement politique qui renonce d'emblée aux réformes trop longues à mettre en place. Les mesures sont pensées et prises à court terme. Pour tous les gouvernements, les réformes des études médicales sont des sujets sensibles, car elles demandent de penser à la fois les enjeux de la santé, de l'éducation nationale et les compromis pour réguler les dépenses de soin. L'internat en médecine en est tributaire, les réformes le concernant sont constamment remises à plus tard car considérées comme encore plus sensibles. En effet, il faut arriver à trouver un compromis entre les médecins libéraux·ales et hospitalier·ères non universitaires qui alarment de la disparition de « l'internat des régions sanitaires » et qui souhaitent que les internes soient formé·es dans les CHU et les hôpitaux non universitaires, de l'autre côté, les médecins hospitalo-universitaires et les internes des CHU sont pour un concours sélectif régulant l'accès aux carrières hospitalo-universitaires.

2.3 - L'exemple actuelle d'une spécialité de chirurgie « lourde »

En chirurgie, l'expérience d'apprentissage est de plus en plus longue et la mise en responsabilité tardive. En effet, au bout de 5 ans, les internes ne savent pas opérer seul·es. : *« tu as été jeune interne, tu as été à l'hôpital à essayer de faire tourner l'hôpital et ton temps de formation rien du tout. Donc 5 ans d'internat, ton métier tu ne sais pas le faire alors que toutes les autres disciplines ils savent le faire »* (MC2). Il faut ensuite passer par un post-internat, soit un clinicat de 2 à 4 ans pour commencer à avoir de l'expérience : des responsabilités plus engageantes : *« moi j'avais fait 2 ans de post-internat, au bout de 2 ans je ne savais toujours pas opérer, j'avais très bien vu faire et je ne suis pas trop con donc j'ai acquis beaucoup de choses de cette expérience mais de l'expérience quasiment pas. C'est à la 3ème année de post-internat que j'ai commencé à acquérir de l'expérience, que j'ai commencé à faire quelques chirurgies majeures j'étais à 14 ans, 15 ans de formation et après tu galères pour trouver un poste »* (MC1). Pour l'étape de qualification, il faut enfin passer l'examen du collège de sa spécialité, et avoir 80 à 100 interventions dites majeures. Les spécialités réputées parmi les internes sont celles comportant un faible risque de mortalité, dépourvue d'urgence vitale, impliquant faiblement le pronostic vital et manifestant des avantages financiers non négligeables, la chirurgie plastique donc, pour n'en citer que la principale. Pour exemple, la

spécialité du service de chirurgie ethnographiée comporte une « hyper-spécialisation » il y a peu de débouchés, peu de postes et c'est une chirurgie assez lourde (longue et risquée). Les patients et les patientes sont « polypathologiques ». Les difficultés et les responsabilités du geste chirurgical sont très variables.

Le professeur du service est inquiet quant à la disparition de la chirurgie lourde :

« Ce que j'avais ciblé c'était qu'il y a de moins en moins d'abnégation avec une attention particulière sur la vie privée, sur le temps de travail, sur le fait de privilégier soi... c'est vrai qu'il y a un changement et je constate aussi une prise de conscience sur la longueur des études pour devenir chirurgien et une prise de conscience ou une difficulté pour les internes à s'engager, à prendre conscience assez tôt que c'est un métier qui demande une certaine endurance. Typiquement, je crois que si on laisse dériver les choses, dans dix ans et c'est très inquiétant, on aura pleins de chirurgiens pour faire pleins de chirurgie en ambulatoire : vous opérer d'une varice, d'une paupière qui tombe et je ne sais pas quoi encore, par contre il n'y aura plus personne pour vous faire une grosse chirurgie comme par exemple une endocardite abdominale infectieuse, un gros poumon qui envahit la paroi, une tumeur du foie [...]. On réfléchit à plusieurs pour tirer le signal d'alarme en se disant « attention à la chirurgie ». Demain si tu dois t'opérer, je pense que c'est un évènement majeur de notre vie. On ne peut pas traiter avec autant de légèreté ce qui se passe aujourd'hui ! Moi je me dis « mais c'est pas possible, on ne peut pas laisser dériver comme ça » c'est un combat pour la chirurgie lourde mais ce sera un combat pour toute la médecine. [...] on est très gêné parce qu'on ne sait pas par quel bout prendre » (PF1)

S'agissant des interrogations sur le recrutement en chirurgie, Régine Bercot conclue de façon formelle : « *ce constat d'un souci grandissant de préservation de la vie privée et familiale n'est pas incompatible avec celui de la persistance de la vocation et du goût pour l'activité médicale. Ce n'est pas parce que l'exercice de cette activité s'accompagne de moins en moins d'un esprit de sacrifice poussé à l'extrême que celle-ci n'est plus attractive et ne suscite plus de vocations* » (Bercot & Mathieu-Fritz, 2007, p.773). La « crise de vocation » est invalidée justement parce que tous les postes d'internes sont dotés et pourvus. Il semble alors erroné de penser que les internes ne choisissent plus la chirurgie. La judiciarisation montante de l'exercice, fortement corrélée à une perte de confiance dans la relation entre les praticien·nes et les patient·es ne facilite pas l'activité des chirurgiens et des chirurgiennes en poste. Il faut

surtout observer les conséquences liées au renouvellement insuffisant des effectifs, pour exemple : *« l'évocation de la période de baisse des effectifs médicaux dont le début est prévu pour 2010, annoncée dès 1985 par les démographes, soit vingt-cinq ans à l'avance, semble n'avoir eu que très peu d'échos dans les sphères politique et médiatique au cours des années 1990. Selon les projections de l'INSEE, la baisse d'effectifs entre 2002 et 2025 s'élèverait à 13,8 % pour la chirurgie et 11,4 % pour les spécialités médicales »* (ibid, p.767). Les départs en retraite massifs de 2010 étaient connus des démographes dès 1980, il en est de même pour la crise de recrutement hospitalier. Toutes les tentatives de prévention des démographes pour prévenir de l'importance du renouvellement des effectifs sont tombées en échec. La réduction du nombre de poste est la conséquence directe de la réduction du *numerus clausus* depuis 1977. Cette réduction se justifie dans les discours entre autres, par l'importance de réguler le flux d'étudiant·es en médecine et une hausse du coût de la santé (Bungener, 1984). En fait, le discours dominant sur la pléthore médicale a fait écran aux alertes et aux difficultés de recrutement déjà bien présentes à l'hôpital et rendu invisible par le recrutement de praticien·nes étranger·ères.

Conclusion

Récapitulatif des évolutions

1802 - création de l'internat en médecine pour repeupler les hôpitaux et assurer l'accueil et la surveillance des malades la nuit

1945 - Création des certificats d'études spécialisés (CES) car

1958 – réforme Debré, création des CHU et du poste de Professeur des Universités-praticien hospitalier (PUPH), pour lutter contre la fuite de l'élite médicale vers le privé

1968 – suppression du concours de l'externat

1971 – instauration d'un concours en fin de première année et création du *numérus clausus*

1982 – suppression des CES⁷⁷ – le concours de l'internat est l'étape obligatoire pour la qualification

Avant 1982, l'internat forme aux carrières hospitalières, à partir de 1982, l'internat forme majoritairement des « futurs praticiens de ville ».

2005 – suppression du concours de l'internat et instauration de l'Examen classant national (ECN), la dénomination « interne en médecine » persiste.

2013 – Mise en demeure de la République Française par la Commission Européenne

2016 – Réforme du troisième cycle des études de médecine : « parcours progressif et personnalisé »⁷⁸.

2017 – RPS des internes en médecine

2019 – Réforme PASS et L.AS

Dès 2020 – suppression du *numérus clausus*

2023 – Réforme du DES de médecine générale (développée ci-dessous)

⁷⁷ « Plusieurs systèmes de qualification coexistaient à la veille de la réforme de 1982. Une qualification universitaire était accessible par la voie des diplômes, en particulier des CES, acquis souvent de manière automatique par l'internat. Parallèlement, le Conseil de l'Ordre attribuait la qualification de "spécialiste" à des médecins qui faisaient la preuve (par leur notoriété ou par leur parcours professionnel) de leurs compétences, attribution qui s'opérait de plus en plus par la voie de la reconnaissance de la validation de certains CES » (Hardy-Dubernet, & al., 2001, p.13)

⁷⁸ <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medecine-reforme-du-3eme-cycle/r3c>

Par la suppression des corporations après la Révolution, les volontés ont été d'unir la chirurgie et la médecine en un seul corps et de mieux réglementer la pratique des médecins. Or, ces deux professions ont des intérêts et des modalités d'enseignements différents. Les difficultés à trouver des consensus concernant les réformes des études médicales et de l'internat montrent que leur unification est un idéal dont les effets continuent de diviser les camps.

Les médecins étaient dans les facultés de médecine et les chirurgiens et chirurgiennes étaient dans les hôpitaux. Le corps médical réunissant la médecine et la chirurgie s'est constitué en deux mouvements. Un premier mouvement a consisté à l'unifier par le doctorat en médecine. Le doctorat permet l'accès à l'exercice de la profession médicale mais à l'origine, le titre sert à « penser la médecine » puisque le doctorat est un moyen avant tout d'enseigner et de faire de la recherche. Ensuite, les progrès médicaux ont contribué à un deuxième mouvement qui a consisté à éclater la médecine par spécialisation (Hardy-Dubernet, 2001).

L'unification du corps médical puis les spécialisations de l'internat, concentrent ces tensions tant sur le plan des changements à mettre en place que sur celui des rapports qu'entretiennent les internes de différentes spécialités entre eux-elles et les liens de compagnonnage dans les services hospitaliers. La prise en main des réformes des études médicales et de l'internat de médecine est donc une entreprise très délicate pour les gouvernements. Les internes sont les chevilles ouvrières de l'hôpital et les autorités craignent les menaces de grève. Les réformes et intérêts tardifs ont des impacts non négligeables sur l'attention portée aux statuts, aux réglementations et aux dispositions du statut et du travail des internes. Les conditions de travail s'en sont trouvées délaissées par la même occasion.

La crise de recrutement quant à elle est liée à l'absence d'intérêt des politiques de formation quant aux prédictions des démographes (Bui Dang Ha, 2004). Il faudra alors attendre 2025⁷⁹ pour combler le retard actuel (Bercot & Mathieu-Fritz, 2007). Une politique de formation, requiert des projets qui encadrent le temps de formation, de l'entrée à la sortie du diplôme soit des projets allant de 6 à 10 ans pour la médecine. L'absence de politique de formation est une faille des gouvernements car elle requiert une cohérence politique adaptée de même qu'un intérêt plus prononcé pour celles et ceux qui apprennent et réalisent le travail sur le terrain, en témoignent les justes inquiétudes de ce professeur de chirurgie (PF1).

⁷⁹ Ces données ne prennent pas en compte l'épidémie du Covid et ses conséquences sur le départ des soignants et des soignantes des postes hospitaliers.

Chapitre 3 : Déconsidérations pour les conditions d'apprentissage des internes

Alors que les discussions se centrent sur la maîtrise des flux d'internes, les préoccupations des besoins de santé du territoire fortement corrélé à l'aménagement des dépenses en santé, plusieurs aspects fondamentaux de la formation médicale sont pris en que très tardivement en considération :

- les conditions de travail des internes en médecine
- les conditions d'accès au droit au remord et le décroisement des études médicales.

Les possibilités de reconversion sont toujours actuellement lacunaires et certains spécialistes désireux de faire un autre travail sont dans une impasse. Toute tentative de changement de champ ou de domaine est dissuasive parce qu'elle doit passer par un nouveau cursus de formation. Les passerelles prennent récemment forme en 2019.

Quels sont les tenants et les aboutissants des révisions du statut des internes en médecine ? Quelles sont les origines de ces réajustements tardifs ? Ces interrogations semblent déconnectées des unes des autres, mais la structuration de leur réponse permet de comprendre pourquoi l'apprentissage des internes ne fait pas vraiment l'objet de protection. Dans ce chapitre, on met en lumière les fléchissements des fonctions de l'internat en médecine.

3.1 – Mise en demeure et modifications statutaires

3.1.1 - Une organisation du travail sanctionnée

En 2003, le droit européen se rend sensible à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs et des travailleuses en limitant le temps de travail hebdomadaires à une moyenne de 48 heures et en fixant des périodes de repos minimaux par jour et par semaine. Le 20 Juin 2013, Lászlo Andor, membre de la Commission Européenne, adresse à la République Française par le Ministre des Affaires Étrangères une lettre de mise en demeure. C'est l'infraction n°2009/2044 : la France ne respecte pas la transposition de la directive 2003/88/CE à laquelle les internes en médecine sont rattachées. En exemplifiant jour par jour le rythme de travail d'un ou d'une interne pendant une semaine, avec 11 demi-journées, 2 gardes et un repos de sécurité respecté : *« l'interne a accompli 83,5 heures de travail, dont 10 heures de formation universitaire (obligatoire), 49 heures de prestations hospitalières (obligatoire) et 24,5 heures de gardes supplémentaires »* (Andor, 2013, p.7). La charge de travail de cette population de

travailleurs et de travailleurs est trop excessive et répréhensible. Cette mise en demeure doit avoir pour effet une refonte de la réglementation du temps de travail des internes.

**Rappel des infractions et des irrégularités relevées à l'encontre de la
République Française commis envers la protection de la santé et de la
sécurité des internes en médecine (Andor, 2013)**

La France enfreint :

- l'article 6 qui concerne la durée moyenne de travail chaque période de sept jours,
- l'article 3 qui concerne la période minimale de repos de 11 heures consécutives chaque période de 24 heures de travail,
- l'article 5 qui ajoute- aux dispositions de l'article 3 - une période de repos de 24 heures de repos pour chaque période de 7 jours et enfin,
- l'article 17 qui encadre les dérogations permises aux articles 3 et 5 par des repos compensatoires accordés notamment aux travailleurs et aux travailleuses des services de soins hospitaliers.

En analysant la réglementation nationale sur le temps de travail des internes, la Commission Européenne constate que les onze « demi-journées » de travail par semaine sont imprécis. En effet, une demi-journée de travail le jour vaut 5 heures et une demi-journée de travail la nuit vaut 7 heures. Par ailleurs, avant 2011, aucune disposition législative ne limite leurs heures de travail. Le décret 2011-954 fixe une limite maximale de 48 heures calculée sur 4 mois.

La CE dénote 3 problèmes :

- les neufs demi-journées et la garde de nuit par semaine dépassent la limite maximale d'heures travaillées ;
- les autorités nationales françaises ne considèrent pas le temps de formation universitaire comme du temps de travail effectif. Pour les services de la CE les heures de formations des médecins font partie de leur service et doivent être incluses dans le calcul de leur temps de travail,

- les internes travailleraient déjà 59 heures par semaine et feraient plus d'une garde de nuit par semaine, la limite fixée par le décret 2011-954 est atteinte et largement dépassée.

3.1.2 - Révisions du code de la santé publique

Jusqu'en 2011, l'interne est :

« un praticien en formation spécialisée, l'interne est un agent public. L'interne consacre la totalité de son temps à ses activités médicales, odontologiques ou pharmaceutiques et à sa formation. Ses obligations de services sont fixées à onze demi-journées par semaine dont deux consacrées à la formation universitaire qui peuvent être regroupées selon les nécessités de l'enseignement suivi et cumulées dans la limite de douze jours sur un semestre.

L'interne participe au service de gardes et astreintes. Les gardes effectuées par l'interne au titre du service normal de garde sont comptabilisées dans ses obligations de service à raison de deux demi-journées pour une garde. Il peut également assurer une participation supérieure au service normal de garde. L'interne bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue de chaque garde de nuit. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service hospitalières, ambulatoires ou universitaires. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé.

L'interne reçoit sur son lieu d'affectation, en sus d'une formation universitaire, la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de ses fonctions. » (Article R6153-2 Version en vigueur jusqu'au 13 août 2011).

En Août 2011, les onze demi-journées de travail et de formation de l'interne gagnent en précision :

*« Ses obligations de services sont fixées à onze demi-journées par semaine comprenant :
-neuf demi-journées d'exercice effectif de fonctions dans la structure d'accueil sans que la durée du travail puisse excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois ;*

- et deux demi-journées par semaine consacrées à sa formation universitaire qui peuvent être regroupées selon les nécessités de l'enseignement suivi et cumulés dans la limite de douze jours sur un semestre » (Modifié par Décret n°2011-954 du 10 août 2011 – art.2).

En 2015, ces dispositions sont complètement revues et détaillées suite à la mise en demeure de la République Française par la Commission Européenne.

Actuellement, selon l'extrait de l'article R6153-2 modifié par décret n°2015-225 du 26 février 2015 – art1 du Code de la santé publique :

« En stage, l'interne est sous la responsabilité du praticien responsable de l'entité d'accueil. Ses obligations de service comprennent huit demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur le trimestre. L'interne bénéficie d'un temps de pause d'une durée minimale de quinze minutes par demi-journée en stage. Une période de nuit est comptabilisée à hauteur de deux demi-journées. [...] Le temps réalisé pendant les gardes et lors des déplacements survenant au cours d'une période d'astreinte, y compris le temps de trajet, est décompté comme du temps de travail effectif et comptabilisé dans les obligations de service.

Hors stage, les obligations de service de l'interne comprennent deux demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur le trimestre. La formation hors stage comprend :

1° Une demi-journée de temps de formation pendant laquelle il est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité. Cette demi-journée est décomptée comme du temps de travail effectif et est comptabilisée dans les obligations de service de l'interne ;

2° Une demi-journée de temps personnel de consolidation de ses connaissances et compétences, que l'interne utilise de manière autonome. Cette demi-journée n'est pas décomptée comme du temps de travail effectif mais est comptabilisée dans les obligations de service de l'interne.

L'interne bénéficie d'un repos de sécurité immédiatement à l'issue de chaque garde et à l'issue du dernier déplacement survenu pendant

une période d'astreinte. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service en stage et hors stage. »

Par ailleurs, l'article modifié se décline en 5 subdivisions (Article R6153-2-1 à R6153-2-5), celles-ci réglementent l'organisation du temps à accomplir en stage et hors stage par un tableau de service nominatif prévisionnel mise en place par le ou la praticienne responsable du lieu de stage et le ou la coordinatrice de la spécialité. Le temps compensatoire y est mieux circonscrit, un relevé trimestriel lié à la réalisation des obligations de service de l'interne doit être mis à sa disposition.

Les modifications de 2020, en vigueur à partir de la rentrée 2020-2021, consacrent ces dispositions générales pour les étudiant·es qui accomplissent la phase 1 dite « socle » et la phase 2 dite « d'approfondissement » du troisième cycle des études de médecine. Les « docteurs juniors » sont les internes en phase 3 de « consolidation » du troisième cycle ; *« le docteur junior exerce des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale, avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome »*. L'entrée dans cette phase se réalise après un entretien avec le ou la coordonnatrice locale de la spécialité et ou les responsables du lieu de stage (Article R6153-1-2). Les nouvelles fonctions concernent les internes ayant passé l'ECN en 2017.

Entre 2005 et 2020, les dispositions concernant le statut des internes en médecine subissent 6 modifications. Le premier article de cette deuxième sous-section explicite en détail ce que l'interne en activité perçoit : 11 points réglementent les « émoluments forfaitaires mensuels », les « indemnités liées au service des gardes et des astreintes », la « prime de responsabilité », les « indemnités pour participation, en dehors des obligatoires de services [...] », le « remboursement des frais de déplacements temporaires », l'« indemnité de sujétion », l'« indemnité forfaitaire d'hébergement », l'« indemnité spéciale non soumise à cotisation au régime de retraite complémentaire » etc... (Article R6153-10). L'étendu de cet article modifié, témoigne des différentes conditions et situations auxquelles les internes doivent faire face dans l'exercice de leurs fonctions. Ici, le code de la santé publique reconnaît pour la première fois la complexité des conditions de travail des internes par la réglementation des rétributions financières propres aux situations rencontrées.

Et pour finir, cet extrait de l'article R6153-3 reste immuable ; *« L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la*

responsabilité du praticien dont il relève ». Les internes restent soumis au règlement des établissements « *dans lesquels ils exercent leur activité [...]. Ils ne peuvent en particulier, sous peine de sanctions disciplinaires, s'absenter de leur lieu de stage qu'au titre des congés prévus à la sous-section 2 et des obligations liées à leur formation théorique et pratique* ». En 2010, une disposition complète cet article : « *Pendant la durée d'un stage, les internes ne peuvent effectuer de remplacements dans l'entité où ils sont accueillis* » (Article R6153-6). Le code stipule que les internes relèvent de la santé au travail de l'hôpital au sein duquel ils effectuent leur stage.

3.1.3 - Révisions du troisième cycle par le code de l'éducation

Le statut des internes de nationalité française est régi par le code de l'éducation à travers les 9 sous-sections de la section 3 « Le troisième cycle (Articles R6326-1 à R632-12) du chapitre 2 « Les études médicales » (Articles R632-1 à R632-79) constituant les « Les formations de santé » (Titre III) et incluses dans le livre VI consacré à « L'organisation des enseignements supérieurs ».

Les sous-sections de la sections 3 du code de l'éducation portant sur le troisième cycle changent de 2013 à 2016. L'ajout de 5 sous-sections permet de régir les conditions d'accès aux Epreuves Classantes Nationales (les ECN), l'organisation géographique et pédagogique de la formation du troisième cycle ainsi que ses modalités d'évaluations.

La sous-section 2 nommée « Stages et enseignements » devient « l'inscription à la spécialité ». La réorientation et la recherche ont aussi leur propre sous-section.

Cette organisation subit des modifications sur :

- les possibilités de changer de spécialités jusqu'en deuxième semestre (Article R632-11) ;
- l'établissement et la signature d'un contrat de formation (Article R632-26) ;
- l'agrégation obligatoire des praticien·nes maître·sses de stage (Article R632-28).

Celles et ceux qui encadrent les internes doivent « *attester avoir suivi une formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant, proposer des activités médicales adaptées [...] et justifier d'un niveau d'encadrement et des moyens pédagogiques [...] pour assurer la qualité de la formation dispensée* » (Article R632-28-1). Les modifications apportées visent à renforcer l'encadrement de la formation des internes à l'université.

Par ailleurs, les dispositions de l'article R632-20 qui définissent les conditions de stage des internes sont réactualisées et mieux définies. La version de 2013 charge les ministres de l'enseignement supérieur et de la santé de définir les conditions qui autorisent les internes à effectuer leurs stages semestriels dans des lieux agréés. La version de 2016 borne explicitement la durée du troisième cycle, c'est-à-dire l'internat en médecine, entre 3 et 6 ans et l'accent est porté sur les maquettes de formation qui encadrent la durée du troisième cycle par spécialité. La réforme du troisième cycle vise à proposer une formation plus « progressive, adaptée et individualisée »⁸⁰. Le troisième cycle est désormais organisé en 3 phases à l'exception de certaines spécialités qui ne comptent que les deux premières. Pour renforcer l'équilibre entre la formation pratique et les enseignements, chaque phase a une formation en stage et une formation hors stage.

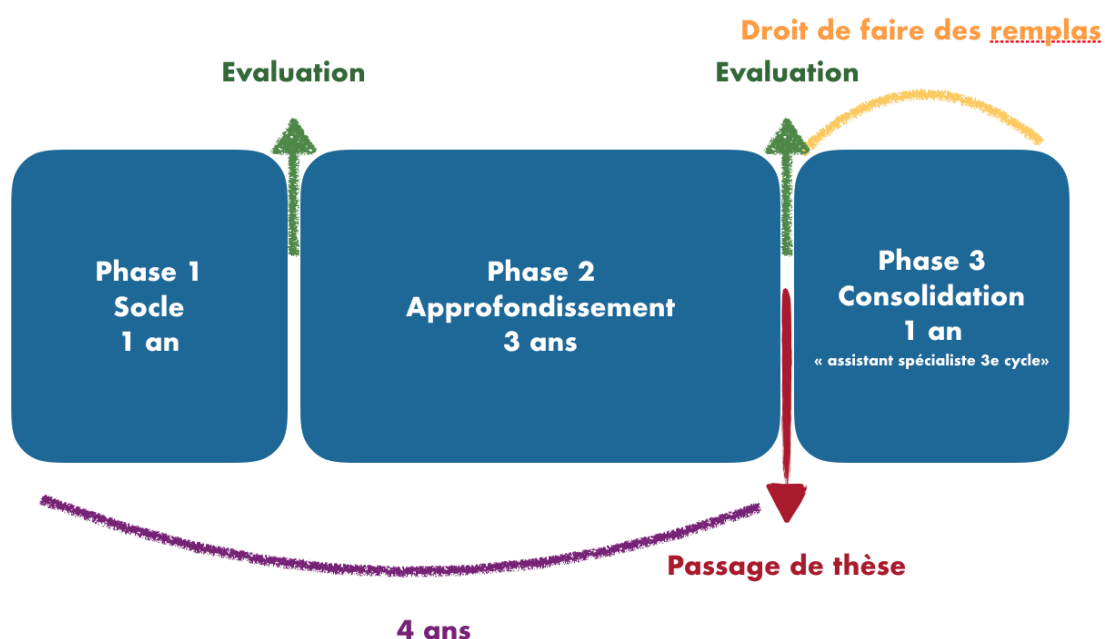


Fig. 2 : La réforme du troisième cycle de 2017
©<http://www.internestrasbourg.fr/et-apres-linternat/>

⁸⁰ <https://www.conseil-national.medecin.fr/etudiants-internes/etudes-medecine/reforme-3e-cycle>

La phase socle peut durer une à deux années, la phase d'approfondissement peut prendre deux à trois ans et la phase de consolidation s'achève en une année. Cela varie en fonction des spécialités. Une informatrice médecin (EXM2), ancienne interne syndiquée au moment des discussions pour la réforme raconte quelques enjeux :

« Ils ont décidé un truc en 3 phases : phase 1, phase 2, phase 3 [...] c'était de se dire que la première année ils ne savent pas trop quoi faire, ils ne sont pas autonomes donc on va essayer plutôt de les garder en CHU [...]. Il faut voir ça du point de vue de la direction générale de la santé, du ministère et de la direction générale de l'offre de soin. Ils ont la problématique que tout le territoire n'est pas couvert et un interne en dernière année d'internat c'est quasiment un médecin autonome et donc un médecin utilisable sur tout le territoire accessoirement. Il faut avoir ça en tête. [...] L'idée derrière clairement c'est pour la DGOS et l'ARS d'avoir la main sur des médecins quasiment formés. L'enjeu est de pouvoir répartir des médecins sur des territoires et de ne pas avoir tous ces vieux internes globalement bien formés centrés en stage à l'APHP » (EXM2).

- « *La phase 1 dite phase socle correspond à l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession* ». En un an, l'interne se familiarise aux bases et à la culture de la spécialité.
- « *La phase 2 dite phase d'approfondissement correspond à l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie* ». En 2 ou 3 ans, l'interne apprend les différents champs de la spécialité.
- « *La phase 3 dite phase de consolidation correspond à la consolidation de l'ensemble des connaissances et des compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la spécialité* ». L'objectif est le perfectionnement des connaissances et des compétences en faveur de l'acquisition d'une autonomie de plus en plus complète.

Désormais, l'interne est évalué-e à l'issue de chaque phase et « *conclut un contrat de formation à l'issue de la validation de la phase 1 [...]. Ce contrat définit les objectifs pédagogiques et le parcours de formation suivi au sein de la spécialité. [...]. Il est établi entre l'étudiant de troisième cycle des études de médecine, le directeur de l'unité de formation et de*

recherche de médecine et la commission locale de la spécialité définie à l'article R632-14. » (Article R632-20). La liste des spécialités et disciplines de troisième cycle est dressée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé⁸¹, cette liste est rattachée aux besoins de santé de la population et des progrès de la recherche (Article R632-17).

3.1.4 – Les transgressions influençant la réforme du troisième cycle

Un équilibre travail-formation est particulier à l'expérience des grandes études et à sa population. Lorsqu'il est totalement dépossédé d'un contexte articulant le travail, l'apprentissage et la santé mentale, il ne peut faire sens en totalité :

« Il y a eu une mission de l'IGAS [...] sur la réforme du troisième cycle. Ils ont regardé et ils ont dit "très bien ils [les internes] nous disent qu'ils sont pas prêts et qu'ils sont en formation, qu'on ne peut pas vraiment les mettre en responsabilité"... et ils [les rapporteurs IGAS] sont allés demander au conseil de l'ordre à partir de quel semestre en moyenne les internes remplaçaient [...] et là, ils se sont aperçus que les internes ne remplaçaient pas qu'en dernière année d'internat [période légale], il y en a dès le cinquième semestre. Et ils m'avaient dit les IGAS : "non mais franchement ils nous prennent quand même un peu pour des poireaux en nous disant qu'ils ont besoin d'être encadrés et après on regarde les chiffres et énormément d'internes sont en rempla." En sachant que l'ordre des médecins sont très contents : ça leur fait des inscriptions en plus et en terme de santé, ça leur fait des ophtalmologues qui vont consulter le samedi matin, qui vont voir des gens et donc couvrir mieux le territoire alors que l'ophtalmo senior qui a son cabinet il ne consulterait pas le samedi. C'est un peu déloyal et en même temps ça arrange beaucoup de monde. [...] L'IGAS quand elle s'est rendu compte du système des rempla, elle l'a marqué dans son rapport » (EXM2)

Pour exemple :

« L'interne de gyneco obs, elle est en maternité de niveau 3, dès qu'elle est réveillée la nuit c'est parce que c'est une catastrophe, il faut faire une césarienne en urgence, l'accouchement se passe mal ou pour aller vérifier quelque chose, alors

⁸¹ Le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES), existe depuis la fin des années 1990 pour la médecine générale. Maintenant tout-e-s les internes à l'issue de leur formation d'internat sont titulaires d'un DES. Il existe 44 spécialités donc 44 DES avec 30 DES médicaux, 13 DES chirurgicaux et 1 DES de biologie médicale (Voir Annexe I).

que là quand elle se retrouve tranquillement en gynéco de ville à faire des frottis et des dépistages, c'est plutôt cool. C'est un des pans de son métier mais c'est quelque chose assez simple pour elle. Et pareil l'ophtalmo sur des examens de suivi ou de dépistage » (EXM2)

Le système de remplacement augmentait de façon informelle autrement dit, non décomptée, le temps de travail des internes par semaine. L'attractivité des spécialités reposent aussi sur les zones d'ombre du système de remplacement, l'ophtalmologie et la gynécologie sont, entre autres, les spécialités les plus choisies, parce qu'il est sûrement possible de remplacer tôt et d'avoir accès à un salaire plus important. L'une des contradictions des revendications des internes, résident dans la demande d'attention vis-à-vis du statut d'apprenti, contredit par le choix d'une mise en responsabilité prématurée dans certaines spécialités et une différence salariale très variable entre les internes régies sous un même statut. En déconstruisant cela, il ne s'agit pas tant de contradictions que de l'engagement de cette interne pour des situations de travail qui ont sûrement du sens pour elle et ses co-internes. Les transgressions du système des remplacements ont longtemps été protégées par l'Ordre des médecins. Les remplacements augmentaient les inscriptions à l'Ordre et contribuaient au recrutement des internes dans les spécialités libérales.

3.2 – Les besoins du territoire

3.2.1 – Passerelle et suppression du numerus clausus

En 2019, une nouvelle réforme permet deux voies d'accès aux études de médecine à l'issue du baccalauréat :

- le Parcours d'accès spécifique santé (PASS), l'admission est sélective et par classement
- la Licence avec accès santé (L.AS), l'admission se passe sous condition unique d'évaluation

Cette nouvelle réforme fabrique une passerelle entre les études en santé et hors santé. Dans la première configuration, dont l'ancêtre est la PACES (Première année commune aux études en santé) le parcours majeur est en santé et le parcours mineur est hors santé. En LAS, c'est l'inverse. Cela permet d'ouvrir les études de santé aux étudiants et aux étudiantes d'autres composantes, l'instauration majeure/mineure offre aussi aux étudiantes et aux étudiants en santé, une passerelle au parcours universitaire LMD d'autres domaines que celui de la santé. Les récentes réformes décroisent les études médicales et prolongent l'initiative du droit au remord.

La suppression en 2022 du *numerus clausus*, elle, devrait servir le renouvellement des effectifs hospitaliers dû :

- au départ en retraite massif des médecins hospitalier·ères,

- à la désertion des hôpitaux publics après l'épidémie de la Covid-19

- aux zones du territoire sous-dotées en médecin. Les déserts médicaux sont une problématique très ancienne, elle soulève les écarts de réglementation de l'activité dont sont soumis une majeure partie des professions libérales. L'assemblée nationale doit traiter un projet de loi soumettant aux médecins libéraux·ales un dispositif de régulation à l'installation⁸². Les internes sont mis et mises en responsabilité très tôt pour combler l'inégalité de répartition des médecins sur le territoire et pallier les failles de l'engagement historique et sociale pour une permanence du soin en France.

3.2.2 – Les conséquences du désengagement dans la permanence des soins

Bien que profession semi-libérale, libérale mais en partie remboursée par la sécurité sociale, les médecins libéraux·ales ont réussi en 2002 sous le gouvernement Mattei à se décharger de l'obligation de garde. La permanence du soin est donc réalisée par le personnel hospitalier et les médecins libéraux·ales volontaires. La suppression de l'obligation de garde des médecins libéraux en 2002 est depuis peu remise en cause et rediscutée et les médecins des cliniques privées vont sûrement devoir se mobiliser pour réaliser davantage de garde. Les urgences des hôpitaux ont dû se « colleter » l'afflux des malades. Ces avantages sont de plus en plus réinterrogés au regard des besoins du territoire auxquels devraient répondre l'offre de santé en secteur privé et en secteur public, dans une certaine complémentarité car constitué des généralistes et des spécialistes libéraux·ales ainsi que de la médecine hospitalière public et privée. La crise des urgences et ses effets sur les mesures prochaines indiquent que le caractère complémentaire de notre système de santé et des logiques qui le constituent ne tend pas vers un partage des activités adaptées aux besoins du territoire. Commentant le bilan de permanence des soins (PDSA) de 2021, « l'Ordre appelle à l'émergence d'un système de santé unifié dont tous les acteurs sont rassemblés dans une mission territoriale publique et engagés par une responsabilité populationnelle territoriale, dont l'organisation de la PDSA est une manifestation de première ordre »⁸³. Les revendications des médecins libéraux et libérales luttant pour un non-retour à l'obligation de garde sont justes à l'égard des fondements de la liberté d'exercice,

⁸² https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b0194_proposition-loi

⁸³ <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2021>

des risques quant à l'attractivité du métier et de l'absence de repos de garde⁸⁴. Mais de l'autre côté, ces considérations sont dénuées d'attention pour les conditions de formation de leur prochain·es. Parce qu'évidemment, si toute la charge de la PDSA revient à l'hôpital public, c'est la charge de travail des équipes soignantes qui augmente et de fait, celle des internes en médecine aussi. Car ce sont aussi les internes qui se coltinent obligatoirement les gardes à l'hôpital public, même s'ils et elles sont encore en formation.

« Les internes de méd gé, eux ils rêvent de faire toute leur formation en cabinet parce qu'ils vont faire du cabinet plus tard et pas être à l'hôpital et notamment sur des services pour boucher les trous : "nous notre formation ne va pas avec le métier qu'on va faire après", tu as un peu envie de leur dire "oui et non" » (EXM2)

Si nous avons vu que les hospitalier·ères et les libéraux·ales ne font pas corps, bien que régi·es sous les mêmes codes et le même statut, les internes en médecine ne font pas corps non plus. Cette conjoncture n'est pas nouvelle. Les enjeux pesant sur la formation et s'originant dans la division des corps de métier et de leur politique, sont vecteurs de souffrance.

« Le syndicat des méd gé on les a un peu laissés dans leur merde, c'était de bonne guerre. Mais eux en même temps ils sont un peu bizarres, par exemple ils font des stages de pédiatrie et en stage de péd si tu es dans les 3 CHU parisiens Debré, Trousseau et Necker, c'est des services surspécialisés donc à part la pédiatrie générale et même les urgences c'est des spécialisations : tu as la gastro entérologie pédiatrique, de la neurologie pédiatrique... c'est des terrains de stage pour des internes de pédiatrie mais pas les méd gé. Et eux, comme ils ne veulent pas aller en province en périph ils tiennent absolument à ce que ces stages de pédiatrie générale et d'urgence pédiatrique soit ouvert, donc on leur ouvre des postes très bien. Mais l'interne de pédiatrie qui a 2, 3 ans d'ancienneté aux urgences, il est quasiment autonome comme médecin. L'interne de méd gé c'est son premier semestre de pédiatrie donc il l'encadre comme un externe. Et c'est normal parce que les patients sont petits et ils ont leur recrutement sur des patients ultra compliqués. Et l'interne de méd gé le prend très mal, il y en a plusieurs qui explosent régulièrement pendant les semestres, particulièrement en hiver quand il y a toutes les bronchiolites parce qu'ils ouvrent une aile juste pour ça. Et tu as

⁸⁴ <https://www.sudouest.fr/sante/les-medecins-liberaux-ne-veulent-pas-d-un-retour-de-l-obligation-de-garde-13859916.php>

pleins d'internes qui ne tiennent pas le coup avec accessoirement les chefs de service et les PU de pédiatrie qui ne sont pas du tout tendres avec eux et qui sont ultra violents » (EXM2).

Conséquemment à ces oppositions l'attractivité des disciplines libérales communiquent une certaine incohérence dans l'organisation de la formation.

3.2.3 - une réforme renforçant l'implication dans la permanence des soins

En juin 2023, le gouvernement annonce la mise en place d'une quatrième année au DES de médecine générale. L'internat de médecine générale était le seul à tenir sur trois ans, et dans cette configuration, la phase de consolidation n'a jamais réellement pu être mise en place et effective. La quatrième année ajoutée par cette réforme compte tenir plusieurs objectifs dont les suivants :

- « Offrir la possibilité de réaliser 2 stages de 6 mois durant la phase de consolidation de la maquette du DES de médecine générale [...]

- « inscrire la participation à la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) dans la phase de consolidation de la maquette du DES » (Pham & al. 2023, p.8),

- Mettre en place une pédagogie incitant les futur-es médecins généralistes à encadrer des stages universitaires

- Sensibiliser les étudiants et les étudiantes aux zones sous-dotées en soins en proposant une cartographie adaptée des terrains de stage ;

- « Augmenter le nombre de maitres de stage universitaires en médecine générale » (*ibid*)

Par ailleurs, le statut docteur junior de médecine générale y est mieux décrit, encadrer et différencier de celui de docteur junior des autres spécialités en leur octroyant « une rémunération particulière, tenant compte de la spécificité de l'exercice ambulatoire » (*ibid*, p.9). La réforme entend inciter les internes de médecine générales à devenir de futur-es maitres et maitresses de stage universitaires et sûrement encore plus volontaires que leurs aînés aux gardes lors de leur installation.

Néanmoins, ce changement ne résout pas, les conditions actuellement délétères du travail hospitalier. L'ajout de la quatrième année est très contesté par les internes de médecine générale, la réforme leur donne l'impression d'être utilisé-es, exploité-es, une année de plus,

afin de combler les besoins du territoire et servir la PDSA. Les revendications⁸⁵, ciblent principalement l'absence de conditions de travail, d'encadrement et donc d'apprentissage favorables à leur protection.

3.3 - Les effets des mutations de la gestion des hôpitaux

3.3.1 – Considérations économiques

« L'hôpital est déficitaire. Le déficit enregistré en 2007 correspond à environ 5 % du budget. Un plan de retour à l'équilibre a été engagé, depuis deux ans avec la DHOS et l'ARH. C'est un contrat qui engage l'hôpital à optimiser son offre de soins et à adapter progressivement ses moyens aux activités « rentables » de l'établissement » (DREES Annexe, p.41). Déficitaires, les hôpitaux entrent dans un plan de redressement financier régit par la T2A et censée orienter l'activité et les dépenses hospitalières dans un ordre de rentabilité. L'Etat-providence de 1945 perd son idéologie depuis 1970, les institutions publiques sont amenées à travailler et à réfléchir avec les gestionnaires.

Les mutations de l'hôpital et du service public s'infiltrant « dans les rapports entre le médecin et ses patients où se mêlent confiance, respect, réticence et frustration. Dans la façon, ensuite, dont les médecins conçoivent leur devoir, leur métier et s'efforcent de trouver leur place dans la société » (Vergez, 1996, p.16-17). La notoriété du système de santé français repose sur son secteur public et son secteur privé d'hospitalisation, néanmoins, les hôpitaux publics ont des installations plus grandes, ils prennent en charge les activités les plus coûteuses et doivent prendre en charge les soins non programmés. Ils répondent à une mission de service public et à des obligations spécifiques régies par le code de la santé publique. L'Article L6112-1 légifère, entre autres, la permanence des soins, la recherche, l'enseignement universitaire, les actions de santé publique, le développement professionnel continu des professionnel·les, la lutte contre l'exclusion sociale, la médecine préventive etc. Dans cette législation, il est possible pour le personnel du privé de prendre part aux missions du service public.

Depuis 2004, tous les établissements de santé sont soumis au régime de *la tarification à l'acte* (T2A). La T2A remplace le régime du budget global en vigueur depuis 1984. Pendant le mode d'allocation par *le budget global*, les établissements étaient dotés chaque année d'une

⁸⁵ <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/les-internes-de-medecine-generale-refusent-la-4e-annee-dinternat-un-moyen-pour-exploiter#:~:text=Donc%20pour%20les%20%C3%A9tudiants%2C%20c,les%20%C3%A9tudiants%20ou%20les%20patients%20%C2%BB>.

enveloppe qui se recalculait tous les ans en fonction d'un taux d'évolution nationale (Dupont & Salün Ramalho, 2010). La T2A s'appuie sur un outil d'analyse d'activité et nommé Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) : *« ce dispositif est fondé sur le codage systématique par les équipes médicales d'informations médicales – diagnostics, actes – permettant de caractériser les patients qu'elles prennent en charge »* (ibid, p.107). S'en suit un système de calcul qui fait converger les tarifications des séjours vers des groupes homogènes constitués de tarifs nationaux représentatifs d'un coût de revient moyen. D'autres éléments viennent compléter ce référencement. La figure précédente mentionne l'arrivée de la T2A comme « un nouveau mode de financement pour un nouveau départ », mais la T2A est censé redresser le déficit des établissements de santé privés et publics sur le plan national en rééquilibrant les écarts historiques de financements. Ce dispositif, plan de redressement, censé être temporaire s'est finalement installé et institué. Son installation sur deux décennies sans réelles révisions lui confère un rayonnement de dérives et d'effets pervers : *« le risque d'actes ou d'exams abusifs, d'abandons d'activités regardées comme insuffisamment rentables, de sélection des patients dont les coûts seraient mal reconnus ou encore de négligences dans les soins dispensés, la faible incitation aux actes de prévention, peu ou mal rémunérés... »* (ibid, p.108). Le changement de direction des établissements de santé et la T2A sont des facteurs de remaniements de l'organisation du travail où le privilège est accordé à la gestion, aux dépens du travail (Dejours & Bègue, 2009). La gestion infiltre l'organisation du travail et écarte *« les gens de métiers les plus expérimentés qui représentaient le principal foyer de résistance »* (ibid, p.34).

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé, et Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009, le service public ne relève plus uniquement des établissements publics de santé, la notion de service public hospitalier est mise de côté au profit d'un partage des missions de service public par tous les établissements de santé (Article L.6112-2 du code la santé publique). Il n'y a plus de notion de critère organique pour accomplir les missions de service public. De même, la gouvernance des établissements de santé public subit des bouleversements avec la loi HPST. Elle modernise les établissements publics de santé et réorganise la planification et l'organisation des politiques de santé en créant les Agences Régionales de Santé (ARS). Le directeur général se consacre à une fonction de management et d'autorité. Les médecins perdent de leur pouvoir au sein de l'administration, de la gestion et de la direction, et doivent se concentrer au sein des CME. Les médecins approuvent le projet médical et conseillent la direction générale. Le rapport de l'IGAS de Desailly-Chanson et Siahmed souligne que la loi HPST *« est souvent citée par les acteurs*

comme porteuse « d'une logique comptable et d'une organisation structurée en pôles » ayant accentué la souffrance de la communauté médicale, communauté au sein de laquelle se sont notamment développées des difficultés relationnelles liées à des conflits de valeur ou des comportements managériaux » (2016, [73]). La logique comptable est déjà en marche depuis le changement de régime de financement des établissements de santé.

Les agences de santé ont été théoriquement créées en tant qu'acheteur des soins. L'ARS : « rémunère un établissement pour la prise en charge d'un épisode de soins hospitalier (un séjour pour un malade atteint d'une pathologie donnée). La logique de la concurrence par comparaison (*yardstick competition*) suppose que chaque établissement reçoive un prix fixe par groupe homogène de malades (GHM). Ce prix est défini par le ministère de la Santé, il correspond à la moyenne des coûts observés sur un échantillon de différents établissements de soins » (Batifoulier & al., 2018, p.82-83). Ainsi, la concurrence par comparaison, déploie un système économique au sein duquel l'assurance maladie régit la concurrence des offreurs de soins. Or, dans la réalité, certaines caractéristiques telles que la socio-démographie du bassin de population prise en charge par les établissements et sa taille ont une influence non négligeable sur le coût du soin : « un hôpital situé dans une zone socialement défavorisée présentera un risque important d'avoir un coût de prise en charge supérieure à celui sis dans un secteur défavorisé » (*ibid*, p.83). La T2A produit du *New Public Management*, remet en cause les valeurs du service public, en catégorisant des soins rentables et d'autres moins rentables incitant dans ses effets les plus pervers à surcoter certains soins et à garder les plus rentables. La crise hospitalière actuelle est le produit des réformes libérales. Le *New Public Management*, se base sur une illusion de transformation d'« une organisation séculaire, marquée par l'accueil des souffrances en une entreprises compétitive sur un marché » (Batifoulier & al., 2018, p.86).

3.3.2 - La T2A oublie la mission d'enseignement de l'hôpital

Pour Olivier Farges (Professeur de chirurgie viscérale et digestive et praticien hospitalier), Pierre Montalembert (Directeur d'hôpital) et Michèle Maury (Professeur Emérite de psychiatrie de l'enfant et praticien hospitalier) : « *jusqu'à nos jours, tous les efforts d'humanisation ont été menés dans l'intérêt des patients, qu'il s'agisse des conditions matérielles d'hospitalisation, de la qualité de l'accueil, de la sécurité des soins, de l'information, de l'accompagnement..., mais l'on peut constater qu'au gré de l'évolution des politiques de santé qui imposent des changements drastiques dans la pratique de soignant, on entend parler de plus en plus souvent de « déshumanisation » de l'hôpital. Ce risque de déshumanisation menace aussi les médecins dont les conditions de travail, l'image et le respect*

dont ils bénéficient ont beaucoup évolué » (2019, p.111-112). Les effets déshumanisants du tournant gestionnaire cohabitent avec une actualisation de la politique d'humanisation de l'hôpital. En 1974 et 1975, une attention particulière est portée à l'énonciation des droits des malades, un peu moins de trente ans plus tard, La charte du malade hospitalisé et les crédits d'humanisation sont complétés par la présence de représentant·es de patient·es pour protéger et faire respecter leurs nouveaux droits dans les espaces de gestion des hôpitaux. En effet, la loi Kouchner du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades, au droit à la protection de la santé et à la qualité du système de soin, actualise les droits des patient·es. Les usager·ères peuvent faire valoir : leur droit à l'information, l'accès au dossier médical, la participation aux décisions médicales la prise en compte des réclamations etc.

Le remplacement des médecins par les gestionnaires dans les instances décisionnaires a pour effet un évincement des acteurs et des actrices susceptibles de parler du travail au profit des gestionnaires. La T2A met en place un système qui rentabilise une seule mission de l'hôpital public : le soin. **Elle omet que l'enseignement est une autre de ses missions. L'apprentissage des internes est une activité réalisée par les soignants et les soignantes des services hospitalo-universitaires durant l'activité du soin.** Le redressement du système de santé en France occulte que le soin est intimement intriqué à son apprentissage. Or, nous l'avons vu, les apprenti·es sont tout autant usagers et usagères de l'institution hospitalo-universitaire que les malades. L'engagement vers une rentabilité du système de soin incite donc les organisations à répondre aux objectifs gestionnaires alors même que l'apprentissage de la médecine fait partie du service public et qu'une part des fonds public y est allouée.

Ainsi, toutes les situations que nous allons décrire et identifier concernant l'apprentissage des médecins un peu plus loin dans la partie 3, ne sont pas reconnues par le modèle gestionnaire de l'hôpital. Autrement dit, il n'existe pas de levier de reconnaissance de l'engagement au travail des équipes soignantes qui intègrent les internes dans leur quotidien de soin tous les six mois. Cette intégration comporte ses propres contraintes. L'enseignement pratique de la médecine par le compagnonnage est contenu dans l'invisibilité du travail réel. De plus, en fonction de l'organisation du travail dans les services, un temps considérable pour les médecins est dédié à la cotation des actes dans le travail, c'est du temps rogné sur celui de la clinique et du compagnonnage, soit celui d'être au lit des malades notamment pour l'enseignement. Considérer le compagnonnage comme non rentable est un autre effet pervers du New Public Management. « Sous l'effet du mode de tarification à l'activité et du new public management, le monde hospitalier est davantage aujourd'hui un laboratoire de la concurrence

que le symbole du pacte républicain. [...] l'hôpital devient inhospitalier pour les personnels eux-mêmes. La souffrance au travail n'est pas une exclusivité de l'hôpital, mais a une résonnance particulière. Les soignants souffrent et ils souffrent d'autant plus qu'ils soignent » (Batifoulier & al., 2018, p.89 et enseignent dans un environnement de plus en plus en délétères au maintien des valeurs de solidarité et d'assistance constitutives de l'hôpital public en France. En germe dans le plan de redressement hospitalier, il y avait la précarisation des conditions de formation des internes en médecine et sûrement de quoi bien accentuer l'épuisement des équipes soignantes et les décompensations liées à la souffrance éthique.

3.4 – On apprend sur le tas, mais on n'apprend jamais seul

L'histoire de la création de l'internat institutionnalise et encadre l'apprentissage de la médecine à des fins de fidélisation du corps médical au travail hospitalier et au maintien de l'équilibre de la permanence des soins sur le territoire, mais aussi pour élever l'excellence de la médecine par sa formation clinique. Ce parcours historique laisse un héritage défensif viril assez insolite au sein des salles de garde des bâtiments de l'internat en médecine.

3.4.1 – Compagnon et carabin, des avatars issus de l'idéologie virile

Etymologiquement

L'étymologie du terme « compagnon » fait l'objet d'une communication à visée compréhensive à l'Académie (Antoine, 1931). Dans le compte rendu de la séance, à la fin de cette communication relatant les différentes influences du terme, Joseph Vendryes, membre de l'Académie, tranche le débat ainsi :

« L'explication du latin *companion* comme un calque germanique (got. *gahlaiba*, v. h. all. *galeipo*, de *hlaifs*, *leip* « pain ») me paraît confirmée par le fait que, si *companion* est un mot de formation relativement rare en latin, le gotique *gahlaiba* appartient au contraire à une catégorie largement représentée en germanique [...]. Il est probable que *gahlaiba* est né dans les camps de soldats germains, comme une expression pittoresque, humoristique, traduisant la vie en commun par le fait de manger ensemble. » (Antoine, 1931, p.85-86).

Le compagnon, c'est le copain de table, qui dérisoirement partage le même pain, le même parcours et les mêmes galères. La salle de garde servait aussi de lieu permettant aux compagnons et aux apprenti-es de manger ensemble.

« Dès le XI^e siècle apparaissent dans les Hôtels Dieu (qui furent créés par l'Église dès le VI^e siècle !) des salles de garde dévolues aux barbiers-chirurgiens. Car ceux-ci sont rapidement devenus la cheville ouvrière des hôpitaux, où seuls les religieux assurent une présence médicale entrecoupée par leurs obligations conventuelles et où les médecins sont totalement absents. Ces barbiers-chirurgiens doivent donc souper sur place, souvent y dormir, aussi met-on à leur disposition chambres, réfectoire et cuisine : c'est-à-dire des salles de garde. Ainsi ces barbiers-chirurgiens qui sont toujours des laïcs, s'organisent en corporation ouvrière [...] À côté du maître-chirurgien prend place celui qu'on nomme le gagnant-maîtrise dont le rôle est à peu près équivalent à celui de nos actuels chefs de clinique. Il est lui-même secondé par au moins six compagnons-chirurgiens encore en formation et que l'on peut comparer à nos internes » (Fabiani-Salmon, 2022, p.1270).

L'ambiance des compagnons dans les salles de garde est devenue le folklore des carabins. Le terme carabin désigne, actuellement les étudiant-es en médecine mais il apparaît d'abord dans les écrits de Brantôme (1583-1690) et donne son nom aux soldats de la cavalerie légère. Puis l'expression est utilisée pour désigner les carabins de Saint-Côme⁸⁶ c'est-à-dire les chirurgiens. Carabin viendrait aussi d'« escarrabin » (1521) qui avait comme fonction ingrate d'enterrer les morts pendant la grande peste, en lien avec l'escarbot l'insecte qui fouille dans la terre et le fumier. Le garçon chirurgien a d'abord mauvaise renommée lorsqu'on le désigne par sa propension à faire passer les malades de la vie à la mort. La salle des carabins désigne aussi le lieu de divertissement des jeunes hommes qui agissaient avec vivacité, sans penser aux conséquences. C'était l'espace au sein duquel ils réfléchissaient aux frasques qu'ils allaient pouvoir faire à l'administration ou au degré d'obscénité de la thématique des défilés dans les rues de Paris (Vergez-Chaignon, 2002). Le huis-clos de l'hôpital a perpétué le développement d'un esprit de corps qui permettait d'outrepasser ensemble l'adversité des conditions de travail à l'hôpital et d'investir un lieu dédié à l'expression de la virilité comme ressource défensive.

Masculin et virilité

Le masculin ne doit pas être confondu avec virilité, et la virilité ne se réduit pas à la masculinité. Dans les métiers majoritairement et/ou originellement constitués de collectifs

⁸⁶ Saint-Côme étant le saint patron des chirurgiens du temps des corporations. Ce passage sur l'étymologie du terme carabin est tiré de l'article publié en 2019 dans la revue RPPG (Ringanadépoullé, 2019).

masculin, la virilité sert de ressource idéologique pour se défendre contre la peur. La virilité est constituée d'attributs sociaux qui sont souvent associés aux hommes et au masculin tels que la puissance, l'invincibilité, le courage ainsi qu'à des privilèges perpétuant la domination sur celles et ceux d'emblée considérés comme faibles notamment les femmes. La virilité est aussi omniprésente dans la vie sexuelle hétéronormée, conférant à l'homme le pouvoir de la pénétration et toutes les injonctions associées à la forme érectile. Dès les premiers temps de la socialisation les garçons apprennent à intégrer ces attributs sociaux ainsi que la norme hiérarchique que cela engendre dans la société.

Ainsi : « La virilité est associée à la maîtrise infaillible du réel. Un homme, un « vrai », est censé de pas avoir peur, ne pas commettre d'erreur et se rendre maître de la situation. La virilité désigne la croyance en l'invulnérabilité masculine. D'un point de vue strictement psychique, il n'y a pas de différence entre croire que l'on est invulnérable et l'être réellement... si ce n'est le retour sous la forme de l'échec, l'accident, la mort. Aussi, l'idéologie virile, pour se maintenir en dépit du réel, a-t-elle besoin de s'objectiver constamment dans des actes : telle est la finalité des conduites insolites. » (Molinier, 2008, p.206).

L'expression du carabin et du compagnon porte en elle la prégnance des conduites défensives viriles. Il n'y a pas de prédisposition à la virilité. Les expériences personnelles peuvent manifester une propension à tolérer et participer aux conduites viriles, soit des expériences qui préfigurent à la prise de risque ou à la retenue des émotions. C'est aussi pour cela, que les enfants issus des familles de médecins disposent de certains aménagements psychiques qui émanent d'un contact prématuré aux effets des défenses des métiers sur l'économie psychique familiale.

En infériorité numérique, les femmes sont tentées de surenchérir sur la vulgarité pour prouver leur virilisation, en s'appropriant les codes virils. Dans son articulation à la santé mentale, les processus de socialisation professionnelles tel que l'humour viril des chirurgiens et leur rapport de domination sur leurs congénères femmes (Zolesio, 2012) se traduisent par des stratégies collectives de défense au travail. D'un point de vue psychodynamique, « les médecins ont raison de mettre en relation le défoulement pulsionnel avec les spécificités de leur travail » (Molinier, 2005, p.8) :

« Ouvrir un ventre, puisqu'il s'agit de chirurgie digestive, cela signifie sur le plan psychologique, mettre à mal les frontières entre le dedans et le dehors du corps

[...]. C'est ensuite faire encourir un risque de mort à la personne opérée. [...]. L'expérience chirurgicale est ainsi particulièrement angoissante, par les risques réels qu'elle fait encourir aux malades comme par les fantasmes que peut solliciter la transgression des frontières du corps. Si les chirurgiens éprouvaient réellement cette angoisse, ils ne pourraient pas opérer. [...]. Les stratégies collectives de défense font obstacle aux perceptions de la peur et de l'angoisse, ainsi qu'à la souffrance générée par des temps longs de concentration, de vigilance et de tension psychologique tant que l'opération n'est pas terminée. [...] On retrouve, chez les chirurgiennes de l'enquête, un ensemble de conduite défensives apparentées à ce que l'on savait déjà des défenses de leurs homologues masculins. » (Molinier, 2012, p. 99-100).

Et de ce point de vue, les salles de garde des internes des hôpitaux accueillaient les processus de socialisation des internes en médecine et servaient d'espaces de ressources collectives pour les médecins et les internes. L'ambiance en salle de garde, apparaissait comme un moyen de se protéger de ce qui peut faire souffrir dans le travail médical. Dans les salles de garde, les coutumes grivoises et licencieuses des carabins contribuaient à la construction d'un déni collectif de la vulnérabilité.

Folklore étudiantin

IP1 « Moi je pense que c'est plus lié à un phénomène de groupe et à un phénomène d'identification. Ce que j'ai pu remarquer c'est qu'en fac de médecine, il y a beaucoup de gens qui arrivent et qui ne connaissent rien, c'est normal parce qu'on arrive on est des adolescents, on arrive à 18 ans, on n'a pas une connaissance du monde. Pour autant la médecine et l'environnement carabin permet une identification rapide et assez unilatéral des jeunes. Vu que la culture du carabin s'est construite notamment autour de la faluche, de ces soirées... forcément il y a des phénomènes de consommation qui se potentialisent et les gens se retrouvent autour de ça. Ça inscrit, ça vient des ascendants, les gens ils s'en servent et se construisent leur personnalité et leur identification au collectif comme ça ».

Le folklore étudiantin affilié pour une part à celui de la Faluche⁸⁷ incite à la désinhibition et à l'ébranlement des tabous : « il s'agirait d'un passage obligé pour se familiariser avec le réel du métier, la nudité des corps, leurs sécrétions et déjections, leurs odeurs, leurs orifices, leurs organes et la fréquentation des cadavres » (Molinier, 2005, p.6). Pour rappel, ces modalités de défoulement trouvent une rationalité qu'à condition de les étudier au regard de la préservation de la santé mentale soit la rationalité subjective ou pathique. C'est pour lutter contre la peur que les collectifs masculins érigent des défenses viriles. La peur de la maladie, de la contamination, de l'erreur ou de l'accident et de la blessure n'est pas compatible avec l'accomplissement du travail et sans défense, elle est un péril : « la peur s'attaque à l'efficiences corporelle, génère sueurs, tremblements, palpitations, vertiges, états de sidération, maladroitness en tout genre » (*ibid*, p.7). C'est ainsi que les stratégies collectives de défense neutralisent la perception de ce qui peut affaiblir ou paralyser dans l'accomplissement du travail.

3.4.2 - Les spécificités de l'internat en médecine : itinérance, intégration, isolement

MP2 « Tu vois je suis capable de te dire quand est-ce que c'était mon premier mort et quand est-ce que c'était euh le premier stage dans lequel je me suis retrouvée confronté à des trucs qui étaient compliqués à gérer émotionnellement et assez seule et en fait tout ça pour dire en onco [...] c'était en D1 et en onco [...] j'suis incapable de pleurer parce qu'en fait à chaque fois que je rentrais dans une chambre j'avais les larmes qui montaient aux yeux et quand je ressortais de la chambre je me dis [...] faut que t'inhibes, faut que t'inhibes tu vas pas chialer devant le patient tu vois et puis en plus tu es assez passif quand tu es externe tu vois donc et à ce moment-là du coup je ravalais, j'avais l'impression de avaler les larmes de sortir et de repasser dans une autre chambre et c'était horrible c'était que des histoires, des gens assez jeunes qui étaient en fin de vie [...] je voyais mon interne et je comprenais pas : je la trouvais géniale hyper humaine avec les patients [...] puis un moment je lui ai dit tu sais quand même c'est super dure, je sais pas comment tu fais et je m'étais un peu effondrée, elle avait vu que ça allait pas bien du tout, [...] elle me dit « mais ouaiiii, alors t'sais pas ben moi je réfléchis plus trop

⁸⁷ La faluche est une confrérie d'étudiants et d'étudiantes qui naît en 1880 pendant les fêtes de Bologne. Considérée comme corporation, l'intégration se fait par cooptation. Le béret qu'arbore les initiés nommés « faluchards » est l'insigne qui les rallie. Chaque détail de la coiffe (couleur tissu, insigne) informe entre autres, sur la filière et l'université. Issue d'un univers carnavalesque, la faluche perpétue des temps festifs au sein duquel les dérives (bizutage, harcèlement, omerta) semblent similaires à celles des salles de garde.

à ça » [...] on avait construit quelque chose tu vois mais parce que moi je pense que j'avais tellement débordé car un moment je lui avais dit, en vrai comment tu fais? fin parce que moi j'ai envie de chialer à chaque fois que je rentre dans une chambre et je suis complètement déprimée. [...] ça l'avait un peu surprise et on est resté très proche très longtemps [...].

Avant de s'orienter vers la psychiatrie, MP2 a réalisé un stage d'externat en oncologie. La découverte des salles de garde est arrivée à un moment où il ne fallait pas craquer face aux jeunes malades du service d'oncologie, supporter les tensions du travail au quotidien, de même que la passivité à laquelle l'externat confronte, renforçant le sentiment d'impuissance. Sa co-interne l'emmène en salle de garde :

MP2 : « c'était.. c'est marrant, c'était la période où [...] j'ai le plus investi les salles de garde après, [...] je l'ai complètement désinvestie c'était vraiment un truc, mais les tonus c'était avec elle qu'on était allé [...] c'était elle qui m'avait amené externe en tonus. Elle mangeait en salle de garde le midi c'était à Tenon »

Cette découverte de la salle de garde arrive à un moment délicat de l'apprentissage du soin, elle ne s'explique pas tellement sur le moment mais plutôt dans l'après-coup et surtout en prenant conscience que, les participations en salles de garde s'étaient sur une période précise confondue avec les moments les plus difficiles :

MP2 : « C'est marrant parce que c'était concomitant effectivement à ce semestre fin à ce stage-là d'externe et elle faisait pas mal la teuf alors après c'était en mode interne 25 ans [...] mais là y'avait eu un espèce de truc un peu euh... tu vois une espèce de lune de miel où on était, on s'entendait bien et moi elle m'avait un peu incorporé dans leur groupe, elles avaient des histoires à droite à gauche avec des mecs, elles avaient toutes finies, alors le cliché de euh j'ai été en couple pendant tout mon externat avec le même gars et puis pouf ça explose à l'internat et là c'est un peu n'importe quoi »

En te questionnant sur comment elle tient individuellement tu m'expliques comment vous tenez ensemble

MP2 : « Oui alors elles elles étaient très soudées à ce moment-là, alors je pense qu'il y avait ça et puis y'avait un côté on brûle la vie par les deux bouts mais pour tenir en fait on va picoler on boit des mojitos, on fait la fête, on fait un peu

n'importe quoi et je sais pas si c'est parce que ce truc-là tu l'inhibes un peu adolescent, adulescent tu l'inhibes pendant l'externat quand même pas mal sauf à certains moments en soirée médecine et au début de l'internat on sort, on boit des verres tu vois y'a un truc un peu de vide sur ...»

On n'apprend jamais seul, et la présence des carabins en salles de garde nécessitait celle des compagnons. Les déviances ainsi que le déclin en salles de garde sont aussi liés à la désertion des médecins à l'hôpital. Cette présence des aînés y était essentielle parce qu'elle représentait le gage d'une forme de soutien, d'accompagnement dans les moments les plus durs de l'apprentissage, susceptibles de provoquer de l'isolement et de la souffrance :

MP2 : « oui c'est parce que j'oublie pas et c'est le seul moment où j'oublie et justement ces trucs-là traumatiques ; j'ai du mal à les élaborer, les morts, les traumatismes. Et après pour le coup j'ai pas un contenant familial, mes parents étaient en Nouvelle-Calédonie, je suis arrivée j'avais 18 ans, j'avais assez peu de contact avec eux [...] »

De son temps en salle de garde, en tant qu'externe, les internes en stage avec elle n'avaient pas non plus un étayage familial important :

MP2 : « Je trouve que c'était assez présent ouai oui oui que quand t'es génération spontanée⁸⁸ et qu'en fait t'as pas du tout les codes et puis pour le coup moi, les codes je les avais pas, j'avais même pas les codes sociaux de la région parisienne. Du coup c'est marrant parce que la nana justement avec qui je suis restée très proche [et qui l'a initiée aux salles de garde », on avait un peu le même type d'histoire familiale sauf que ses parents étaient quand même très présents mais elle avait aussi de la famille qui venait de Madagascar, c'était des chinois de Madagascar et c'était des Gujrati. Et donc elle est indienne de Madagascar et donc tu as un truc de qui s'est fait sur compagnonnage et qui s'est fait en miroir. Y'a eu le côté exutoire salle de garde on vit un truc un peu vivant parce qu'il faut un petit peu se décaler de ce qu'on se prend dans la gueule »

Les internes et les externes sont logées aux mêmes conditions de travail hospitaliers que les médecins et plus largement les équipes soignantes qui les accueillent, mais ils et elles ne vivent pas les mêmes réalités de travail. L'itinérance pendant le

⁸⁸ « Génération spontanée » signifie une génération qui n'est pas issue d'une famille de médecin

parcours d'apprentissage permet d'évoluer au contact d'équipes soignantes, de services, de spécialités et d'hôpitaux différents, c'est une ressource inébranlable de l'internat. Néanmoins, elle est aussi source de souffrance et potentiellement d'isolement. S'ajoute à cela, une confrontation parfois brutale à la maladie qui ne se présente jamais de la même façon et qui peut, de façon très différente et non maîtrisable, entrer en résonance avec les histoires personnelles. La peur de l'erreur est sûrement la source majeure de vulnérabilités mais aussi et sûrement l'incapacité ou les difficultés à s'intégrer dans les équipes et à intégrer en retour les règles organisationnelles et du métier spécifiques à l'hôpital dans lequel ils et elles réalisent leur stage. Les salles de garde sont des antichambres du compagnonnage, parce qu'elles permettent d'emprunter les ressources collectives défensives le temps du stage, d'être au contact des défenses au même titre que des normes collectives dans le travail, et ce jusqu'à ce que l'itinérance se termine par l'assermentation des pairs et une prise de poste au sein d'une institution. Les espaces de transmission des savoirs de métier tel que le compagnonnage, créent nécessairement des espaces de vivre ensemble.

L'espace de vivre ensemble annexe aux métiers compagnonniques

Le compagnonnage dans son histoire la plus large porte en elle cette fonction d'étayage et de rupture avec l'isolement. Les foyers pourvoient l'itinérance d'un accueil, d'une ambiance de tâches et des responsabilités annexes à celles du métier. Au XIII^{ème} siècle, les jeunes rejoignaient les ateliers à partir de 12 ans. Cette séparation avec la famille devait permettre aux enfants de retrouver un autre cadre symboliquement « familial » au sein duquel, cette fois-ci, les liens se formaient et se consolidaient autour de l'apprentissage du métier, du travail et des responsabilités :

« cet ensemble de pratiques qui fondent le puissant sentiment d'identité et de continuité des compagnons est porté par une organisation sociale qui permet de se déployer. Les « gens de savoir » se donnent à voir dans un système hiérarchique des statuts (stagiaire/jeune, aspirant, compagnon reçu, compagnon fini dans certains cas) et des fonctions comme celle du responsable de la coutume, le Rôleur (nom venant de l'ancien terme désignant la Règle compagnonnique, le « Rôle »),

ou celle du responsable d'une maison, le Prévôt ou Premier en ville. De plus l'efficacité des liens noués entre les individus est encore renforcée par leur dimension affective. La maison compagnonnique se veut une famille que coordonne et qu'incarne une figure féminine, la Mère, que les compagnons ont initiée. L'unité autour de ce personnage se manifeste particulièrement dans le cadre des fêtes patronales (où est célébré le saint patron du métier) par le rituel de la chaîne d'alliance qui voit les compagnons, se tenant par les bras croisés sur le torse, encercler la Mère et tourner autour d'elle en chantant Les Fils de la Vierge, un chant du répertoire compagnonnique traditionnel. » (UNESCO, 2010, p.5).

La responsabilité appartenant directement au métier : *« s'acquiert par la confrontation à des situations de plus en plus complexes, de plus en plus chargées d'enjeux. En revanche, il est frappant de constater que l'apprentissage de la responsabilité n'est pas encouragé principalement à travers la réalisation de tâches professionnelles, mais par la prise en charge de tâches collectives liées à la vie de la communauté (l'approvisionnement de nourriture dans les Maisons des compagnons, la tâche pédagogique du formateur, par exemple). Le dispositif parie donc sur une transposition des capacités à se responsabiliser sur une tâche quotidienne à celles de se responsabiliser sur un projet de réalisation artisanale et professionnelle »* (Chrétien, 2021, p.138) et contribuer à l'espace de vivre ensemble du foyer.

Outre les fonctionnalités de ressources collectives pour les défenses des médecins et des internes au travail sujets à débordements, en salle de garde, les médecins et les internes pouvaient manger chaud et à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Le personnel des cuisines participait de l'accueil des internes et des médecins de garde. La salle de garde en tant que lieu de ressources collectives étaient aussi des lieux de transgression, contrastant fortement avec les services hospitaliers aseptisés, la pudeur et l'interdit de séduction dans le soin et contournaient les réglementations officielles de l'administration et de l'organisation hospitalière. La salle de garde servait de lieu de sociabilité mais aussi de circuit informel pour l'information médicale. La prise de rendez-vous en radiologie et les discussions sur les résultats étaient plus rapides parce que les internes mangeaient ensemble au même endroit et surtout à l'abri des malades et de leurs proches.

La transgression est multifactorielle et surtout servait le réel du travail ainsi qu'un équilibre psychique collectif permettant de maintenir l'engagement au travail. L'autorité administrative des médecins permettait de fermer les yeux sur l'ambiance des salles de garde, leur fonctionnalité y était implicite. Le métier confronte très tôt à des traumatismes potentiels mais pour s'en sortir, on apprend avec les autres, au contact des autres et pour s'intégrer les internes partageaient les défenses collectives et certaines modalités de décharge pulsionnelle issues des spécificités de l'adversité du métier. Si certaines de ces conduites ne sont plus acceptables et que ces lieux sont fermés, on doit se demander ce que ce manque produit comme déséquilibre dans la dynamique des défenses pour la santé mentale.

3.4.3 - Le déclin des ressources défensives et collectives en salle de garde

L'exemple du plan de sauvegarde du parcours compagnonnique

En 2010, le compagnonnage devient patrimoine culturel immatériel de l'humanité⁸⁹ en tant que « réseau de transmission des savoirs et des identités par le métier » (UNESCO, 2010). L'acceptation du dossier de candidature UNESCO concerne les compagnons de l'Association Ouvrière des Compagnons du Devoir du Tour de France (AOCDTF), la Fédération Compagnonnique des Métiers du Bâtiment des Compagnons des Devoirs du Tour de France (FCMB) et l'Union Compagnonnique des Devoirs Unis (UCDDU) ; « *dans ces maisons, s'enseignent et se transmettent des savoirs et des savoir-faire liés aux métiers et à la vie compagnonnique. Ils forment des « lieux de savoir » singuliers [...] » (ibid, p. 2)*⁹⁰. Les maisons compagnonniques situées dans plusieurs régions de France mais aussi à l'étranger, confèrent aux compagnons les valeurs de l'itinérance par le « Tour de France ». Le voyage est initiatique et relève de rites et fêtes dites « patronales » mais aussi de devoir de transmission : « *l'originalité compagnonnique tient dans l'expérimentation et la mise en œuvre de méthodes et de processus de transmission du savoir extrêmement variés : [...] rituels d'initiation, pédagogie scolaire, enseignement coutumier, apprentissage technique [...]. C'est l'importance donnée à la transmission du savoir qui fonde véritablement l'identité compagnonnique. Le premier devoir du compagnon est de « re-transmettre ». Les membres du compagnonnage sont reliés par un puissant « lien de savoir » [...]. » (ibid, p.3), autrement dit une communauté de travailleurs qui se soude sous le prisme de l'apprentissage du métier et d'une culture du vivre ensemble. « Le parcours compagnonnique » commence actuellement à partir de 16 ans et*

⁸⁹ <https://ich.unesco.org/fr/RL/le-compagnonnage-reseau-de-transmission-des-savoirs-et-des-identites-par-le-metier-00441#identification>

⁹⁰ Les services hospitalo-universitaires sont des lieux de savoirs en même temps que des lieux pour l'activité du soin

l'itinérance dure environ 5 ans, « *de manière à découvrir d'autres savoirs et d'autres manières de transmettre* » (*ibid*). Les rituels d'initiation permettent d'intégrer les novices dans les maisons et les communautés installées, l'un d'eux est justement nommé l' « Adoption ». La coutume des rituels est imprégnée d'une forte culture masculine qui tend à faire une place aux femmes. Depuis 2005, les femmes peuvent prétendre au titre officiel de « compagnon ». La déclaration de candidature proposée à l'UNESCO mentionne cinq domaines recouverts par « la formule compagnonique » : les métiers de la pierre, les métiers du bois, les métiers du métal, les métiers du cuir et des textiles et les métiers de bouche. Dans l'apprentissage compagnonique, la transmission des savoirs entre les générations n'est possible que si « *l'individu qui se présente a fait la preuve de sa valeur dans le métier qu'il a choisi. Il doit pour cela réaliser un travail de très haute technicité nommé le « le chef d'œuvre », qui est examiné et jugé par les compagnons pour déterminer si le demandeur est digne ou non d'être « reçu ». L'exécution du « chef d'œuvre » [et sa réception] est une manière de montrer que la transmission du savoir a fonctionné et que l'on est désormais prêt à assumer également cette charge.* » (*ibid*, p. 5).

Lorsqu'on prend l'exemple du compagnonnage dans les métiers des ouvriers et des ouvrières, les évolutions vont dans le sens d'une attention particulière portée à la préservation des savoir-faire collectifs en matière de compagnonnage. Ces intentions portées par les collectifs de compagnons débouchent sur une préservation des modalités de transmission des savoirs mais entérine par la même occasion une mise en lumière de certaines règles d'apprentissage des novices. Ces règles d'apprentissage s'insèrent dans une culture de métier rattachée à l'histoire des corporations qui réglementaient l'accueil, l'intégration et l'itinérance des apprenti-es dans les ateliers (cf : Tisserand, 1879 ; Palot, 1987). Et même si, le népotisme des corporations est contrarié par les lois Allarde et Chapelier de 1971 propulsant la liberté d'entreprendre et interdisant le corporatisme, les associations de compagnons trouvent en 2010 une forme de reconnaissance de leur histoire et de leur dispositif d'apprentissage par l'UNESCO (2010). Pour renseigner le dossier de candidature, les auteur-es réunissent des ouvrages de référence généraux et usuels (Blondel & al. 2000 ; Hautin & Bilier, 2000 ; Icher, 1995), des travaux universitaires (Guédez, 1994 ; Truant, 1994) ainsi que des récits et mémoires de compagnons du siècle précédent (Bernard, 1971 ; Caceres, 1974 ; Duguet, 1979 etc.). D'autres ouvrages s'intéressent au compagnonnage et à l'économie sociale (Duroy, 1984), à sa culture ouvrière (De Castéra, 2018) et aux enjeux du statut d'étudiant et d'apprenti (Cador,

1982). Par la suite, le CEDIP⁹¹ s'appuiera sur ces travaux pour différencier le tutorat du compagnonnage en entreprise. Ce travail de communication met en lumière tout l'environnement contribuant à la coopération au travail pendant le compagnonnage.

Les associations compagnonniques sont les héritières directes du compagnonnage des métiers ouvriers. La médecine hospitalo-universitaire l'est aussi. Les métiers ouvriers et ceux de la médecine ont en commun ce devoir moral de transmission des savoir-faire de métier par le compagnonnage. Mais il semble qu'il y n'ait pas de médecins qui racontent ou expliquent la façon dont ils et elles ont appris la médecine et la transmettent ou l'ont transmise. Cette absence est comblée par la tendance actuelle visant à dénoncer, raconter et révéler les maltraitances subies pendant les stages d'apprentissage à l'hôpital. Ces dénonciations interrogent directement l'existence ou non de règles de métier pour la coopération pendant le compagnonnage, enfin, elles engagent d'autres plus fondamentales concernant les espaces de délibération sur le travail d'apprentissage. Est-ce que les médecins et plus largement les équipes soignantes se concertent et discutent sur l'intégration des apprentis·es dans le travail ?

Le plan de sauvegarde des salles de garde

La fin du folklore des carabins, est multifactorielle : elle résulte de la féminisation des salles de garde, de la désertion des médecins depuis les années 80, mais aussi du recrutement des médecins étrangers et étrangères issues d'une culture de l'apprentissage médicale différente de celle de la France. Les déviances menant aux conduites d'harcèlement sexuel et à la mort tragique d'internes à l'issue des bizutages et de l'alcoolisation massive freinent et condamnent la perpétuation de ces rites estudiantins. À la suite de la fresque de Clermont-Ferrand caviardée d'insultes profanées à l'encontre d'une ministre, un circulaire de la DGOS⁹² datant du 31 janvier 2023 condamne à son tour les fresques des salles de garde à l'effacement. Un collectif de médecins, d'artistes, de journalistes et d'internes⁹³ se sont rassemblés pour sauvegarder les lieux et rédiger un dossier pour un plan de sauvegarde des lieux au patrimoine immatériel de l'UNESCO. Il s'agit pour les protagonistes de sauver les espaces qui ont marqué leurs souvenirs d'internat mais il s'agit aussi de préserver des espaces pour la gaieté et le commensal, deux vecteurs de plaisir. Il s'agit de préserver trois fonctions essentielles de l'apprentissage : rigoler, manger et se réunir. Parce que, même si le travail est dur, ce n'est pas grave si on peut en rire, si on peut en faire un sujet de conversation et surtout, si dans les temps spécifiques à une activité

⁹¹ Centre d'évaluation, de documentation et d'innovation pédagogique

⁹² <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2023/2023.2.sante.pdf>

⁹³ Association Le Plaisir des Dieux

telle que la garde, il est possible d'avoir un espace de convivialité adapté au réel du travail proposant un repas chaud à toute heure de la nuit et de la journée. Dans le CHU investigué on se retrouve à un point, où il n'est jamais sûr que l'approvisionnement du repas suffit à nourrir tout le personnel, surtout si certains arrivent un peu plus tard.

Dans ce CHU, la salle de garde est relayée au rang de salle de réfectoire. Une traditionnelle roue et une peinture obscène subsistent mais l'ambiance y est terne et l'attente parfois longue pour que les bacs de gastro soient réapprovisionnés ou changés. Ce n'est pas agréable de déjeuner dans une si petite salle et de ne jamais être sûre qu'il reste un repas chaud ou un dessert. C'est devenu une cantine qui atteste que l'administration hospitalière n'accorde aucune réelle importance au soin de son personnel. Les internes et les médecins mangent aussi au relai H', au même endroit que les malades et leurs proches.

Conclusion

En réformant le troisième cycle des internes en médecine l'engagement au travail des internes en médecine est réorienté vers l'activité de la permanence des soins : une valeur et un besoin du territoire français au fondement de l'internat en médecine mais ne représentant pas la diversité des profils d'internes et des parcours d'internat, et nuisant de fait à reconnaître les besoins spécifiques ne serait-ce que par spécialité ou carrière. Lorsque les collègues de professionnalistes s'opposent aux mesures fédérant les acteurs et les actrices de notre système de santé vers une mission territoriale publique visant notamment à mieux préserver la PDSA, ce sont alors les conditions de formation des internes qui s'en trouvent impactées. Les souffrances pendant les études médicales, ne peuvent pas être réduites à des fragilités individuelles ; si autant d'enjeux historiques, politiques et sociaux pèsent sur le parcours des internes et font perdre de vue leurs conditions de travail.

Si les trois missions de l'hôpital sont : le soin, l'enseignement et la recherche, il semble que dans l'échelle de rentabilité, l'enseignement pratique n'ait pas sa place ; de même que les salles de garde des internes et des médecins, antichambre du compagnonnage et plus largement tous les temps informels qui rendent possible la délibération sur le travail. Le compagnonnage en chirurgie laisse un héritage traditionnel logé dans les bâtiments de l'internat des hôpitaux, sorte d'atavisme de l'ambiance des anciennes corporations, se retrouvant dans les métiers de garde majoritairement masculins. Longtemps protégées par les directions médicales des hôpitaux, dès la passation de la direction aux gestionnaires : les salles de garde ont subi les coupes budgétaires. Elles sont pour certaines fermées et d'autres repeintes. Alors, combien

coûte cette perte sur le plan social et psychologique ? Le risque principal dans la disparition des salles de garde, c'est la perte d'un espace de ressource collectif manifestant à sa manière d'un côté, un système de prévention contre l'isolement, et de l'autre, des défenses contre la souffrance pendant l'apprentissage. Le danger serait que ces fonctions ne soient pas relayées et que les transgressions et le défolement contenus par les salles de gardes s'infiltrèrent silencieusement à des endroits moins identifiables, moins reconnaissables.

Conclusion de la partie

Par la suppression des corporations après la Révolution, les volontés ont été d'unir la chirurgie et la médecine en un seul corps et de mieux réglementer la pratique des médecins. Or, ces deux professions ont des intérêts différents, des rapports différents au corps et des modalités d'enseignement et de sélection différentes. Les difficultés à trouver des consensus concernant les réformes des études médicales et de l'internat montrent que leur unification est un idéal dont les effets continuent de diviser les camps. L'amélioration de la qualité de formation en médecine est délaissée en parti parce que les gouvernements redoutent les prises de positionnement envers les requêtes des différents collèges qui composent le corps médical. Les dernières réformes se tournent en faveur du besoin nationale de maintenir voire sauver l'équilibre de la PDSA. Mais cela n'est jamais réellement formulé ainsi : le troisième cycle des études médicales sert ce projet depuis sa création. Il s'agit là, d'une des préoccupations fondatrices de l'internat en médecine : former, recruter et fidéliser un corps professionnel en mesure de tenir les soins la nuit, soit une tâche anciennement et entièrement dédiée aux religieuses, aux chirurgiens, aux barbiers et aux sages-femmes. Or, nous sommes aujourd'hui à un point tel que cette mission fondatrice tient de plus en plus difficilement, et s'accomplit au péril de la santé mentale des soignants et des soignantes et pour finir elle ne fédère plus les différentes professions médicales. L'expression « hôpital-école » rappelle que plusieurs générations cohabitent dans l'institution dédiée au soin. Cette partie contribue à éclairer les conséquences des évolutions de l'hôpital-école, notamment leur coût psychologique. Le déclin des ressources défensives et collectives en salle de garde met en exergue les enjeux spécifiques aux fonctions que doivent soutenir l'internat en médecine pour sa population. La partie 2 réussit à conclure que ces fonctions devrait être relayé par des fonctions d'intégration prévenant et luttant contre le risque d'isolement qui peut émerger à tout moment dans l'itinérance du parcours.

PARTIE 3

**LE RÉEL DU TRAVAIL DES INTERNES EN
MEDECINE**

Les quatre chapitres qui suivent rendent compte de l'analyse psychodynamique du travail des internes en médecine. Comment les internes font corps au travail hospitalo-universitaire ? Comment font-ils et elles pour maintenir leur engagement au travail ? Qu'est ce qui se passe dans les services ? Comment l'enseignement s'intrique au soin et comment les médecins et plus largement les équipes intègrent-elles les internes dans la clinique au quotidien ?

Chapitre 4 : « On apprend la médecine dans la douleur »

Un an et demi après le lancement du terrain, le premier article traitant des premiers résultats et analyses de la thèse est publié en 2020 dans le cadre d'un dossier collectif réunissant les articles issus d'un workshop de 2019⁹⁴ intitulé : « Faire de la recherche en psychologie, sur, pour et avec les médecins » (Peyrat-Apicella & Molinier, 2020) et organisé par le laboratoire de rattachement de la thèse (UTRPP). L'élan est donné sur l'importance de penser « le colloque singulier » entre les médecins et les psychologues ainsi que les enjeux psychiques du travail et de l'apprentissage de la médecine (Boursier, 2020 ; Ringanadépoullé 2020c). Le titre de l'article est tiré d'une remarque d'une interne de cardiologie en stage dans le service de réanimation (ICR). Intéressée par la thématique de ma thèse, lors d'un passage immersif dans son service, cette interne m'interpelle au détour du brancardage d'un patient : « de toute façon, on apprend la médecine dans la douleur ! ». Sa remarque est percutante, elle accepte de garder quelques explications pour un entretien de recherche. L'expression qui devient l'éponyme de l'article, rapporte son vécu subjectif au parcours pour devenir médecin :

« Ce qui est assez paradoxal puisqu'en étant médecin on s'occupe de la douleur.

Il y a plusieurs aspects à cette phrase, elle est je pense multifactorielle. Déjà parce que les concours c'est pas de la douleur parce qu'il y a beaucoup d'études où il y a des concours pour les prépa ingé, ils font un concours. Simplement derrière, en médecine, on n'est pas toujours encadré. Il y a le fait qu'on soit un peu livré à nous même en stage ou pour travailler. On est contraint par deux concours successifs à six ans d'intervalle je pense que c'est une vraie douleur morale voire physique. On gère tous plus ou moins bien. Et l'internat c'est pas un moment facile. Ce n'est pas que de la douleur, il y a aussi des gros moments de joie. Il y a des moments où c'est

⁹⁴ Workshop : « Faire de la recherche en psychologie sur, pour et avec les médecins », Organisé par Pascale Molinier, Paula Saules Ignacio et Sophie Mercier-Millot, du laboratoire Unité Transversale de Recherche Psychogénèse et Psychopathologie de l'Université Sorbonne Paris Nord, le 6 Juin 2019 à la Maison des Sciences de l'Homme.

fantastique parce qu'on devient médecin, on voit un projet qui se réalise, on fait de belles choses, on apprend pleins de choses. » (ICR)

Quelles sont les conséquences de cet apprentissage intensif d'un point de vue psychique ? Comment les étudiants et les étudiantes en médecine font pour ne pas craquer ? Il est question ici de comprendre les remaniements psychiques que provoquent les études en médecine. Mais aussi de tenter de nommer les conséquences de ces remaniements. Ici, on fait l'hypothèse que l'équilibre travail-formation devrait se comprendre sous l'angle de la préservation de la santé mentale.

4.1 - Discipliner par corps

4.1.1 - L'internat c'est après l'externat

Lorsqu'on s'intéresse à l'engagement actuel des internes au travail, plusieurs éléments sont à prendre en compte, entre autres : le vécu de l'externat, celui de l'ECN, la spécialité d'internat choisie, le semestre d'internat en cours, les rapports subjectifs aux organisations du travail des services hospitalo-universitaires ainsi que l'engagement affirmé voire les projections vers une carrière hospitalière ou non. Actuellement, dans les services, une génération d'internes est issue du concours pour la PACES et une nouvelle génération expérimente la réforme du troisième cycle. En dépit de cette absence d'homogénéité, les internes partagent de façon unanime l'expérience des souffrances inhérentes aux six premières années des études médicales.

« Le travail est la scène privilégiée où jouer son équilibre, parce qu'il répond à deux ordres de nécessité : travailler, c'est assurer son salaire ; et travailler, c'est aussi construire sa place avec les autres, son utilité dans la société. C'est par la médiation du travail, qui offre un écho aux expériences antérieures de l'histoire de chacun, et dans lequel nous sommes aussi confrontés au jugement des autres, que se poursuit notre quête de reconnaissance, c'est-à-dire notre quête d'identité, bien plus largement qu'en termes de seule identité professionnelle » (Dessors & Shram, 2009, p.71)

Concernant le travail des internes en médecine, l'apprentissage livresque et la découverte des services hospitaliers imposés par les études, s'inscrivent dans leurs expériences et contribuent pendant un minimum de six ans à leur développement identitaire ainsi qu'à certains réaménagements psychiques. La partie des entretiens semi-dirigés avec les internes

traitant de la thématique des tensions et de l'impact des contraintes de l'internat a toujours été replacée dans un contexte plus large que celui de l'internat. Les conditions de travail pendant l'internat prolongent l'expérience des situations d'apprentissage antérieures et restent fidèles à un environnement confrontant à l'adversité. L'entrée dans l'internat en médecine finalise un parcours semé déjà d'épreuves d'apprentissage, de découverte et d'endurance. Ce parcours sélectionne les futur·es internes sur la base de prédisposition à se soumettre au rythme de la formation.

4.1.2 - Ascétisme et stratégie défensive

D'un point de vue sociologique, Darmon (2010) étudie l'ascétisme juvénile et ses différentes formes. L'ascétisme s'origine dans un processus de socialisation particulière : lorsqu'il touche les anorexiques il est dit dispositionnel, « auto-produit » et « auto-imposé », lorsqu'il est étudié chez les jeunes de classes préparatoire il provient de ce qu'impose l'institution. Dans les deux cas, le travail d'ascétisation combine gouvernement du corps, des activités sociales et une « éthique de l'effort ». Au sein de l'« ascétisme des conduites », la gestion du temps ainsi que de soi dans le temps sont centrales.

« Les représentations actuelles de la jeunesse sont diverses et donc parfois opposées, mais elles ont en commun d'exclure une attitude qui semble bien peu juvénile : l'ascétisme – qu'on définit pour l'instant par le contrôle de soi et la substitution du devoir au plaisir, ou à l'envie, comme guides explicites ou implicites des pratiques » (Darmon, 2010, p.49).

Dans l'anorexie, majoritairement des jeunes filles de classes moyennes se soumettent à un « régime de vie » très strict qui touche autant l'alimentaire que le sport, et le culturel. Elles et ils se rendent maîtres de cette « disciplinarisation »⁹⁵ et de sa surveillance. Concernant l'ascétisme institutionnel, les préparatoires sont soumis à une surveillance pendant toute la durée de la prépa. À l'instar des institutions disciplinaires (Foucault, 1975), les pratiques institutionnelles surveillent la présence, le comportement, l'avancement du travail et la quantité effectuée, ainsi que « les modalités de la réflexion et de la réflexivité sur les savoir acquis » (2010, p.55). Les écarts sont sanctionnés et des outils de mesure servent de surveillance. Darmon rajoute, que les fonctions disciplinaires n'ont pas pour unique vocation de faire obéir mais surtout de faire travailler par la pression. Les enseignant·es orientent leurs pratiques vers un « travail de mise au pas ascétique des élèves » (*ibid*, p.57). Les conduites ascétiques sont

⁹⁵ Autrement dit : processus par lequel passe l'ascétisme.

précédées voire provoquées par l'arrêt volontaire mais nécessaire de la pensée réflexive pour ne pas flancher. Réfléchir en classes préparatoires empêcherait de supporter les remarques des enseignant·es, la masse de travail (Huerre & Huerre, 2009) et plus largement les pratiques disciplinaires orientées autour de la surveillance de la mise au travail sous pression. Le corps est soumis aux contraintes de l'organisation de la formation, il est dénié et maltraité (Huerre & Azire, 2005). Reste à savoir si l'ascétisme juvénile est un dispositif psychologique idiosyncrasique (Rolo & Dejours, 2015), ou un dispositif institutionnel et organisationnel. Cette réponse n'est jamais simple (R. Dejours, 2014). Institutionnel et/ou idiosyncrasique, *in fine*, les étudiants et les étudiantes des classes préparatoires sont « sélectionnés sur la base de leurs dispositions à être soumis à l'action institutionnelle [...] Les intérêts de l'entreprise étant toujours considérés comme plus importants que les intérêts personnels, seuls les étudiants ayant compris et intériorisé le fait qu'ils devront être constamment disponibles [...] » (R. Dejours, 2014, p.92) accéderont à la réussite.

Roxanne Dejours s'appuie notamment sur les travaux de Darmon et Huerre sus-cités, mais aussi sur ceux de Cuche (1990) qui investiguent les relations entre l'alcoolisation, l'esprit de corps de l'Ecole d'Arts et métiers ; et d'Emmanuelli (1993, 1994) sur les processus sublimatoires à l'adolescence, pour penser les effets psychiques du travail en classes préparatoires et en grande école (2014). Ses travaux à elle, cités par Rolo et Dejours (2015) en psychodynamique du travail pour rendre compte des évolutions cliniques du travail et de l'usage de psychoactif, révèlent les enjeux psychiques de la formation des élites en France. Bien que l'intensivité en prépa et en grande école forme intellectuellement et formate à devenir des chef·fes dévou·es à l'entreprise, les enjeux qu'elle révèle interrogent en guise d'ouverture, les conséquences éthiques morales et politiques de « la proscription de l'ennui et de l'enrayement de l'activité réflexive » chez les élites (R. Dejours, 2017b, p.1029).

En effet, le renoncement aux satisfactions et la soumission à l'autorité s'articulent à des modifications radicales de la vie. Pour tenir, les préparonnaires recourent à la stratégie de l'activisme. Cette stratégie défensive se manifeste par :

-un « surinvestissement de la pensée efficiente » servant la productivité et neutralisant les pensées non dirigées vers cette exigence de même que les activités fantasmatiques nuisant le maintien de la productivité,

-des conduites d'auto-accélération permettant d'optimiser le temps, d'éviter l'ennui. Il est ainsi interdit de perdre du temps, et la sortie de l'activisme est coûteuse du point de vue du retour vers la pensée efficiente mais aussi de l'équilibre établi,

-une discipline du corps, « pour ne pas risquer de se constituer comme entrave à l'activité intellectuelle, le corps doit faire parler de lui le moins possible. Il s'agit donc d'éviter de tomber malade, de lutter contre la fatigue générée par la surcharge et l'angoisse d'opposer une défense aux potentiels effets somatiques des sollicitations pulsionnelles » (R. Dejours, 2017a, p. 365). C'est par là que s'opèrent d'importants remaniements psychiques prédisposant aux conduites défensives et viriles.

L'activisme déployé pour faire face aux contraintes du travail a des conséquences sur la sphère privée (Molinier, 2008), les défenses influencent les relations intersubjectives. Erigée en vue de préserver la santé mentale au travail, le champ du privé est mis à contribution pour maintenir l'équilibre psychique.

« Ainsi, il se pourrait que les comportements collectifs [...] qui sont observés dans les écoles soient à comprendre non pas uniquement en regard de la souffrance et des fragilités individuelles, mais également dans la perspective de l'intégration future du monde de l'entreprise. Cet aspect, semble-t-il essentiel, nous permet de voir dans la grande école la structure de base où s'origine pour partie un certain nombre des défenses collectives : l'édification de l'esprit de corps, l'apprentissage de l'action et de la pensée collectives, l'encouragement à rester le plus possible dans l'enceinte du campus pourraient être autant d'éléments préparant la construction de l'idéologie collective virile que les étudiants rencontreront par la suite et seront mis en demeure d'intérioriser. Les alcoolisations massives, le sur-activisme sexuel, l'apprentissage de la performance pourraient quant à eux correspondre à l'apprentissage de la virilité sociale (R. Dejours, 2014, p.98) »

C'est aux portes des grandes écoles, pendant les classes préparatoires que les stratégies collectives de défense des cadres de catégorie supérieure s'implantent, débutent leur construction. Les conduites dites ascétiques protègent de la survenue de la pensée réflexive très et trop risquée pour la poursuite de l'effort. Puis plus tard, les conséquences s'observent lorsque le régime ascétique institutionnel de la préparation (Rolo & Dejours, 2015, p.250) sonne son glas par l'entrée dans les Grandes Ecoles. Ce passage délicat est rythmée par les week-ends d'intégration et les comportements de bizutage où le corps longtemps dénié est soudainement

convoqué au-devant de la scène (R. Dejours, 2014, 2017c). La stratégie de l'activisme se poursuivant aussi en grande école apparaît très tôt dans la période d'adolescence, les remaniements psychiques de cette défense assèchent progressivement la vie intrapsychique (R. Dejours, 2017b) en évinçant notamment tout conflit psychique susceptible de nuire à l'équilibre psychique de l'ascétisme.

4.1.3 – La visée de la première année de médecine

Si, « la visée de la Grande École est claire : il faut préparer les étudiants à leur métier, ce qui signifie entre autres les préparer aux règles et aux codes des entreprises avec lesquelles ils seront tous, d'une façon ou d'une autre, en lien. Si l'aspect technique de la formation passe finalement plus par les stages, selon les étudiants, que par les cours qui leur sont proposés, l'école a en revanche un rôle central dans l'apprentissage de ces codes et de l'esprit d'entreprise. En effet, nombreuses sont les entreprises qui attendent des ingénieurs qu'ils soient non seulement formés techniquement, mais également qu'ils soient capables d'être des managers, maniant aussi bien l'art de diriger les équipes que les techniques de communication » (R. Dejours, 2014, p.96)

Qu'en est-il de la visée des études médicales ? Les objectifs des réformes et les évolutions des cycles dans les études médicales révèlent des divisions importantes entre les corps de métier constituant la médecine. Ces disparités n'ont pas facilité la mise en place d'une politique de formation réellement en adéquation avec la longueur des études ni avec les différences de parcours d'apprentissage. L'interne de chirurgie est régie par le même règlement que l'interne de médecine générale. Le statut « interne en médecine » recouvre en réalité une diversité plutôt importante de réalité d'internat, de parcours et de perspectives professionnelles et/ou de recherche. Pourtant ces 6 premières années d'étude pourvoient la population de l'internat d'un socle commun régit par l'entrée dans l'activisme. Même si le concours de première année n'est plus considéré comme un concours, la sélection est toujours aussi importante. **À l'instar de la classe préparatoire, les candidat·es sont sélectionné·es sur la base de leur disposition à être soumis·es à l'organisation de l'apprentissage d'abord théorique et livresque de la médecine.** Deux voies permettent l'accès à la seconde année de médecine :

- la prépa médecine qui manifeste un fonctionnement identique à la classe préparatoire. Au sens foucaldien, la mise au travail est surveillée. L'organisation de la prépa détermine un

rythme de travail et évalue leur évolution. Survient souvent en premier une séparation avec le foyer familial puis une réduction des déplacements engageant petit à petit une discipline du corps :

« J'ai choisi d'aller dans un foyer, tu sais y'a pleins de foyers à Paris où c'est des jeunes qui font soit médecine soit des prépas et du coup tu as une chambre et tu n'as pas à préparer tes repas comme ça tu es juste concentré sur ton boulot [...] Ma première année je ne me revois pas du tout.... mais j'étais épuisée, vraiment j'ai perdu du poids, je me suis vraiment rendu malade pendant toute cette année » (ICR).

- Pas tout le monde ne peut avoir accès à une prépa ou souhaite s'inscrire en prépa, ou en foyer, et même dans ces cas-là, une discipline s'observe aussi. Le tutorat, de plus en plus développé entre promotions de médecine, met en avant l'entraide comme un levier de réussite. Certaines universités ne contrôlent ni les présences, ni réellement l'assiduité dans le travail. L'organisation faiblement disciplinaire incite à une entrée dans l'ascétisme beaucoup plus auto-imposé voire collectivement organisé et soutenu plutôt qu'encadré par l'institution.

« C'est stressant, c'est le stress, on est tout le temps dans les bouquins, tout le temps dans le concours, on est avec des gens qui font la même chose que nous. Ca peut être une force comme ça peut-être une faiblesse, parce qu'on se mesure à nos amis [...] » (ICR)

Bien que s'insérant dans des environnements différents, la stratégie de l'activisme est partagée par les groupes d'amis·es qui se forment sur les bancs de l'université. Certains temps de révision se réalise en groupe, une organisation dans le groupe permet de ne pas être tout le temps en cours, mais une majeure partie des révisions se déroulent aussi seul·es face aux livres et aux cours. L'entraide est aussi présente en prépa, mais elle suscite une plus grande compétition. En bref, la première année de médecine, possède aussi les mêmes fonctions paradoxales que la classe préparatoire (François-Poncet, 1998) : le groupe de compétition est aussi un groupe qui se soutient. Néanmoins les conditions d'apprentissage sont très différentes. Le déploiement de la stratégie de l'activisme à une période dite juvénile ne dépend donc pas du choix pour une prépa ou non. Autrement dit d'une organisation plus disciplinaire qu'une autre. Elle émerge de ce que mettent en place les étudiant·es surveillé·es ou non pour préserver un équilibre psychique et se défendre de la souffrance à laquelle cette première année les confronte. La discipline du corps, le renoncement des activités de loisirs au profit de l'ascétisme de même

que le surinvestissement de la pensée efficiente déjà décrit plus haut renvoie à des remaniements psychiques qui déni le corps et laisse sûrement déjà quelques marques de croyance en la maîtrise des vulnérabilités. En d'autres termes, l'activisme est une manière de parvenir à préparer le passage en seconde année en se concentrant sur une seule tâche. Mais c'est aussi une modalité de subjectivation qui va permettre d'endurer l'internat et qui se met en place dès ce moment. Ceux ou celles qui ne peuvent s'adapter à ce mode de fonctionnement opératoire ne pourront pas endurer non plus la suite de la formation.

Une fois n'est pas coutume, une seconde épreuve attend les étudiant·es. Il s'agit de l'ECN qui se prépare 3 ans en amont. L'externat commence à la troisième année de médecine. Une nouvelle disciplinarisation du corps s'effectue, prolongeant les conduites visant le contrôle de soi, des activités et la substitution des plaisirs en devoir. Le dispositif de formation peut encore suivre 2 voies :

-les conférences universitaires. Les universités organisent différemment leurs cycles et leurs enseignements. Au sein de certaines, les externes sont encadré·es et surveillé·es pour accéder au meilleur classement, et cela sert principalement le classement inter-universitaire et le cote de prestige de l'université⁹⁶. De façon plus précise en fonction des universités, une organisation pour le maintien de la discipline s'observe plus ou moins fortement au profit de la course au rang et en défaveur de l'émancipation subjective :

« La domination de la logique classante sur la logique formatrice s'inscrit dans un système hiérarchisant la compétitivité des candidats, dont les résultats se traduisent en une plus ou moins grande liberté de choix du poste d'interne, donc de la spécialité. Autrement dit, plus le candidat est « performant », plus l'étendue de ses possibles sera vaste ; moins il se lancera dans cette compétition, moins il aura de choix pour son futur métier. La forte contrainte des étudiants est à la mesure de la grande liberté revendiquée par les professionnels. Cette logique, qui ressemble à celle d'une bureaucratie méritocratique, apparaît aussi fondamentalement « libérale » dans le sens où la mise en concurrence des étudiants est censée élever les performances de l'ensemble du groupe et permettre des régulations « naturelles » de l'offre de soins. Il s'agit là d'un système

⁹⁶ Une part de l'attractivité des disciplines est donc fabriquée par les compétitions interuniversitaires. La popularité des universités est entre autres due à une organisation et des pratiques disciplinaires dirigeant la mise au travail sous pression des étudiants et des étudiantes afin de les former à être dans le haut du classement.

aujourd'hui largement remis en cause mais qui a sous-tendu longtemps les réformes des études médicales » (Hardy, 2015, p.13).

En outre, cette organisation disciplinaire augmente la compétition entre les étudiants et étudiantes et annihile une mise en travail fondée dans un choix de spécialité subjectif au profit de la course aux premiers rangs, ce qui renforce l'activisme. Par ailleurs, les étudiants et les étudiantes sont de plus en plus conscientes des logiques sous-jacentes à leur environnement, ils et elles ne sont plus dupes des motivations organisationnelles et certain·es en sont mêmes critiques. Lors d'une pause en immersion, une interne au SAMU me raconte que dans son université les professeur·es les poussent à être dans un bon classement. Les premières spécialités choisies sont l'ophtalmologie et de la radiologie. Pour elle ce n'est pas de la médecine, elle s'est rendu compte que lorsqu'elle a su qu'elle voulait faire des urgences et que cela ne nécessitait pas d'être dans le top du classement elle s'est mise à travailler de manière adaptée à cela. Elle me raconte aussi qu'il y a des étudiants qui ne savent pas encore quoi faire et que de ce fait ils prennent la spécialité parfois liée à leur classement ou alors certaines spécialités ont été imposées.

- des cours privées sont payés en complément des cours universitaires : « tu as une espèce de préparation qui dure à peu près 3 ans à partir du moment où tu rentres à l'hôpital en tant qu'externe donc en D2. Et, en fait, on te propose des conférences soit à la fac, moi ils n'étaient pas très au taquet par rapport à ça, soit des conférences dites privées dites payantes c'était plutôt pas mal, vu qu'on était mélangé avec les autres externes des autres facs [...] » (MR1)

Quoiqu'il en soit, les externes sont au fait des objectifs d'apprentissage. Un externe (EXT1) m'explique plus en détails son externat :

« On avait cardio, hépato, gastro maladie infectieuses, santé publique et médecine du travail. On avait ça au premier semestre et au deuxième on avait le bloc neuro : y'avait neurologie, ophtalmologie, dermatologie, orl, plus les livres annexes : chirurgie maxillo-faciale, neurochirurgie tout ça c'est un même bloc. Après on le bloc endocrino, nephro, nutrition, on avait aussi l'ortho, on avait la lecture critique d'article et l'anglais en plus de ça.

C'est des cours ?

C'est des livres en fait.. C'est des livres. L'ophtalmo fait peut-être 200 pages maximum, Après la neuro fait 450 pages, après la cardio fait 700 pages » (EXT)

Les cours privés, eux, organisent la formation ainsi :

« Pendant 3 ans, classiquement on dit que les deux premières on fait une fois toute la médecine et après faire tout sur 6 mois, puis 3 mois, puis 2 mois. Donc moi à la fin, j'avais tellement rabâché mes bouquins que j'arrivais à les retranscrire de mémoire leur intégralité. Mais bon ça, ça se perd. J'arrivais à retranscrire le bouquin de mémoire, les lignes les plus importantes » (MR1)

A la différence de la première année de sélection, le groupe d'amis·es est de plus en plus consolidé, renforçant à bien des égards la fonction paradoxale du groupe (François-Poncelet, 1998) sus-expliquée :

« [...] en sixième année tu as l'impression d'être nulle parce que tout le monde a beaucoup travaillé et c'est très dur de bosser autant que les autres - parce que nous dans notre fac on avait des échéances tout le temps, on avait des concours blancs, toutes les semaines on avait des exercices pour s'entraîner on était classé sur toute la promo et en fait au début c'est horrible parce qu'il suffit que tu travailles pas les mêmes matières que les gens au même moment et tu te retrouves bam ! dans les derniers. [...] non ce n'est pas commun » (IM2)

Les dispositifs de formation privés annexes à la formation universitaire, de même que les universités de médecine les mieux classées et plus largement les plus disciplinaires vont avoir tendance à orienter leurs pratiques de formation vers l'accès aux meilleurs résultats. C'est cette mise en compétition qui sélectionne les candidats et les candidades disposées à l'activisme en même temps qu'elle fabrique et/ou exacerbe l'idéologie collective virile. C'est dans ce contexte que des aménagements psychiques se développent et sont confrontés à un autre environnement disciplinant autrement le corps. Le second cycle de formation en médecine allie l'apprentissage théorique et les stages d'externat. Le corps se confronte aussi au travail hospitalo-universitaire et aux déplacements dans les différents services hospitaliers rattachés à l'université. Ces déplacements, découvertes et rencontres des équipes médicales sont censés permettre aux externes de choisir leur spécialité et d'acquérir une responsabilité médicale. L'auto-accélération, le surinvestissement de la pensée opératoire et la discipline du corps se confrontent soudainement au réel du travail, c'est-à-dire ce qui ne peut pas se prévoir, ni se maîtriser à l'avance. La peur d'échouer dans les examens et de ne pas tenir le rythme de travail rencontre d'autres sources de souffrances, tels que le doute et l'ennui qui peuvent émerger des situations de travail pendant les stages d'externat. Quels en sont les aboutissants ?

4.1.4 – Le réel de l’externat et sa sortie

« Un bon stage » accompagne le passage du livre à la pratique

Avant d’appréhender le travail dans les services hospitalo-universitaires en tant qu’internes, les étudiant·es se familiarisent à cet environnement et ses conditions de travail d’abord en deuxième année d’études médicales grâce à un court stage infirmier, puis et surtout grâce à la quatrième, cinquième et sixième année, en passant dans différents services de spécialités en tant qu’externe. Ce sont ces premières rencontres qui les aident à déterminer des choix de spécialité. Les trois années avant l’internat combinent alors apprentissage théorique et mise au contact de la pratique dans les services. L’organisation de l’externat est vécue positivement par les externes selon les universités. Certaines organisent l’alternance de sorte que les modules théoriques coïncident avec les découvertes cliniques, cette absence d’harmonisation rajoute des contraintes aux autres externes. Une externe en réanimation précise que son plaisir en stage est conditionné par le vécu d’un équilibre entre :

- les connaissances théoriques,
- les gestes techniques,
- la relation médecin-patient.

Extrait d’immersion

Deux étudiants sont présents, une D2 et un D3. L’interne explique au médecin les vérifications qu’elle a réalisée. Il l’écoute et il discute ensemble de ce qu’il faudrait faire pour stabiliser, ici plutôt améliorer l’état du patient qui semble aller un peu mieux. Il écoute les poumons du patient et demande à l’étudiante externe ou étudiante hospitalière (je ne me souviens plus), d’écouter les poumons et le cœur et de lui dire ce qu’elle entend. Le médecin lui demande d’être précise sur ce qu’elle entend et l’endroit où elle l’entend. Puis il lui demande le symptôme qui est associé à ce qu’elle entend. Puis le médecin lui demande ce que serait le symptôme si ce son était différent dans les poumons et s’il entendait un tel bruit, comment il effacerait le doute sur tel ou tel possibilité de symptôme. « Soit tu connais, soit tu connais pas ». Lorsque l’étudiant avoue ne pas savoir, il lui donne la bonne réponse et passe à une autre question. Il finit par expliquer qu’il est important de passer par la sémiologie du patient, que ce n’est pas parce qu’ils ont les connaissances qu’ils doivent se soustraire à la palpation, à l’écoute, aux

questionnements fondamentaux à poser aux patients. Il prend l'exemple de médecin généraliste qui parfois passe à côté de certains cas, parce qu'ils écoutent rapidement les poumons, or pour lui, il précise bien aux externes qu'il est important d'écouter les poumons et partout, dans le dos, sous le bras.

Un « bon stage : c'est un stage qui permet de faire évoluer ces trois compétences ». Si les connaissances théoriques tout le monde peut les avoir : « il suffit d'apprendre », la relation médecin-patient et les gestes techniques ne s'apprennent qu'en stage et avec « de bons médecins seniors » ou internes.

Extrait d'entretien avec EXT1 :

« Là par exemple en pneumo, on n'apprenait pas grand-chose et on nous faisait faire que des missions, aller faire que des gaz du sang. C'est vrai que les gaz du sang c'est aux médecins de les faire mais ils peuvent le faire aussi les chefs. Nous c'est vraiment apprentissage : ils t'apprennent pourquoi une telle prise en charge, pourquoi un traitement comme ça, pourquoi le patient on lui a fait ça, pourquoi on a suspecté ça et pas ça. Y'avait pas trop d'apprentissage où il te prenait à part où il t'expliquer des trucs. C'était juste faire les missions et se barrer.

Et aux urgences, ça se passe comment ?

Là aux urgences oui, tu apprends. Tu es autonome, tu vas voir le patient, tu lui poses toutes les questions qu'il faut poser et après tu le présentes et les chefs ils te posent des questions : "alors à ton avis, c'est quoi la prise en charge, c'est quoi le traitement ?"

Les internes ou les seniors ?

Non les internes déjà. Et les seniors aussi, pas tous. Mais oui tu apprends plus, aux urgences tu apprends vraiment. Parce que tu es plus ou moins autonome et dès que tu finis, ils te demandent ton avis : "tu en penses quoi ?". » (EXT1)

Cela dépend de l'organisation du travail hospitalo-universitaire et de la coopération au travail avec les médecins et les internes pendant les stages. L'expérience des stages influencent celle de l'apprentissage théorique :

« Tu te rends compte sur le tas. Tu te rends compte que tu ne peux pas apprendre par coeur comme en première année. Première année c'était que du par coeur, tu

pouvais être bête, non c'est pas ça, mais c'est vraiment que tu ressors le cours. Mais l'externat il faut être stratégique parce que tu n'as pas le temps de tout apprendre. Tu dois apprendre les bases et la prise en charge et les traitements qui en découlent. Sinon tu ne peux pas, tu ne t'en sors pas. T'imagines 700 pages et ça c'est juste un livre » (EXT1)

En immersion, je croise un externe, nous discutons, et il m'explique que lui ce qu'il apprécie dans les stages, ce sont les professeurs qui leur posent des questions et qui leur expliquent le cas, les patient·es. Je lui demande comment cela se passe pour lui et il m'explique qu'il n'arrive pas à répondre à toutes les questions mais au moins il sait ce qu'il a à retravailler et approfondir. L'apprentissage par-corps s'impose à l'apprentissage par cœur. La prise en charge et les traitements sont d'autant plus connus qu'ils sont discutés, vécus et qu'ils s'insèrent dans une situation de travail :

« En fait ça m'a plutôt fait du bien de faire quelque chose de manuel et qui avait quelque chose de tangible par rapport aux cours et il y a une certaine satisfaction à les appliquer en fait. Mais disons qu'il y a des choses qu'on n'apprend pas dans les cours dont une certaine façon de réfléchir qu'on peut apprendre qu'en pratique. Par exemple dans les situations d'urgence, d'avoir un certain réflexe qui sont écrits dans des cours mais dont on n'a pas idée initialement du degré d'urgence auquel cela doit correspondre dans la réalité. Effectivement c'est marqué dans les bouquins mais dans la vraie vie quand on palpe la situation ce n'est pas la même chose [...] il faut faire certains appels de personnes spécifiques à tel moment, ça s'est plutôt dans la pratique qu'on l'apprend » (MR1)

Le choix pour une spécialité ou l'autre, ou encore le travail hospitalier ou libéral, dépend du passage délicat par l'expérience de coopération au travail avec les équipes médicales. Cette expérience marque au long terme l'engagement des externes au travail. Les enjeux de coopération pendant l'externat servent l'accompagnement du passage nécessaire entre le « bouquin » et la pratique :

« tu as ton interne de premier semestre qui arrive tu vois celui qui au niveau de l'externat était plus ou moins bien encadré et tu en as qui ont très bien compris, d'autres moins bien : tu dois être très systématique, ton examen doit être très organisé, tu demandes les motifs, pourquoi le patient vient. Après tu as ce qu'on appelle le mode de vie, les maladies qu'il a, les traitements, tu décris ses

symptômes après tu l'examines, à la fin de l'examen normalement tu poses les hypothèses diagnostics en disant "ça c'est lié à ça ça ça..." après tu fais des examens complémentaires normalement que tu as orienté en fonction de tes hypothèses diagnostics et sur lesquelles tu veux éliminer des signes de gravité, et tu as toute ta démarche qui se met en place.

Et y'en a c'est très bien cadré et sur ce plan, tu arrives toujours, même quand tu es un peu pommé tu arrives quand même à te récupérer, ça t'oblige à être rigoureux, à réfléchir, à tout structurer etc... » (MT1)

Pendant l'externat, les coopérations avec les internes et les médecins sont des ressources :

« C'est surtout, il faut savoir, il faut connaître. Et moi en fait on m'a appris ça en troisième année de médecine au tout début quand on apprend à examiner les patients tout simplement, j'ai eu un super compagnonnage en troisième année et on m'a appris ça à ce moment-là. Et y'en a en fait ils n'ont pas ce compagnonnage-là ; où ils n'ont pas compris. Donc y'en a ça se passe très bien et en plus les connaissances ils les ont, ils arrivent en plus à passer du livre à la personne. Sachant que tu as des nuances en pratiques : c'est jamais comme dans le bouquin. Le passage du bouquin à la réalité c'est rude » (MT1).

Le compagnonnage accompagne le passage de la théorie à la pratique. L'entrée dans la coopération au travail sert de sublimation à l'expérience des souffrances inhérentes à ce passage. Le travail pendant les stages, mêmes s'il procède encore de l'apprentissage, offre l'occasion de sublimer les souffrances liées aux présentes et aux précédentes expériences disciplinant le corps, les désirs et les envies au profit des révisions. Les coopérations manifestent des temps d'échanges et d'explication en clinique, autrement dit « au chevet du patient » ou de la patiente, et sont vecteurs d'une forme de reconnaissance des apprentis·es qui contribuent aussi à l'organisation du travail du service. C'est par là qu'ils et elles trouvent les ressources pour sublimer les souffrances inhérentes du passage « du bouquin à la pratique ». Il s'agit aussi du passage « de la bonne note » comme source de reconnaissance à l'engagement subjectif en situation de travail, soit une entrée progressive dans l'investigation clinique et plus largement le travail médical. Pour autant, la stratégie de l'activisme n'est pas abandonnée.

Pour cela :

- Les conduites ont tout intérêt à continuer à être opératoires, surtout lorsqu'il s'agit de devoir expérimenter les gardes engageant une nouvelle discipline du corps

- Certain·es externes s'auto-accélèrent sur les tâches soit administratives soit sur les gestes médicaux comme les gaz du sang, ou l'auscultation des malades, pour bénéficier de temps clinique en compagnie des internes et des médecins,
- L'activisme sert aussi à ne pas trop réfléchir lorsque l'affectation suivant les résultats de l'ECN est imposé par le rang et ne correspond pas aux choix de l'étudiant·e ;
- L'ennui, le stage au sein duquel « on ne nous apprend rien » ou « on ne fait rien d'intéressant » est ainsi combattu.

-

L'activisme pendant les études de médecine protège de la peur, celle de ne pas savoir mais aussi celle de ne pas apprendre intrinsèquement reliée à celle de commettre une erreur en situation clinique. L'activité intellectuelle est sublimatoire, elle est source de plaisir. Mais aussi hautement source d'investissement depuis le début des études. Or, ainsi surinvestie, cela interroge la dynamique défensive et sublimatoire de l'activité intellectuelle, c'est-à-dire son statut par rapport aux conduites de maîtrise du réel et des vulnérabilités du statut d'apprenti. Nous le verrons un peu plus loin.

Une béance peu reconnue

Bien qu'il s'agisse désormais d'un classement, le système d'attribution des postes ne laisse pas de répit aux internes nouvellement nommé·es. Le temps d'attente des possibilités d'affectation marque une étape peu commune. Les internes y reviennent de façon assez récurrente dans les entretiens et lors de discussions informelles :

Une interne de psychiatrie tout récemment sortie de l'externat, me dit en immersion : « certains jouaient leur vie ». Elle, avait bossé assez pour : « être dans la tranche » lui permettant d'avoir psychiatrie à Paris, soit les 6000. Il s'avère qu'elle est arrivée avant dernière et que le système du classement faisait qu'elle pouvait perdre sa place ou gagner un rang supplémentaire à chaque fois qu'un étudiant ou une étudiante se désistait ou choisissait sa spécialité. Quelques temps avant de monter sur paris, elle est sortie du classement pour ensuite revenir. Elle me dit avoir d'horribles vacances à surveiller le classement sur internet ».

Extrait d'entretien avec IM2, une interne du SAMU : « Tu as ton classement une semaine après [l'ECN] donc fin juin et l'internat commence début novembre donc tu as 4 mois de vacances et tu as des simulations à partir de fin juillet où le premier met ce qu'il veut dans une ville [...] et jusqu'au dernier moment ça peut changer. [...] moi initialement j'avais mis [...] d'abord gynéco après urgence en

deuxième et pendant les vacances j'étais au Pérou et parfois tu pars quatre jours et tu reviens et [...] tu ne retrouves plus le truc comme tu l'as laissé et tu dis "ohhh". [...] ceux qui sont hyper bien classés et qui sont sûrs d'avoir ce qu'ils veulent, ils mettent leur choix, et y'a même des gens très bien classés qui ne font pas de simulation et qui se disent "de toute façon je l'aurais mon truc". Quand tu as un classement où tu peux avoir ce que tu veux mais t'es un peu bancal : moi, je ne regardais pas tout le temps mais au moins pour me situer. Je trouvais ça bien parce que quand tu arrives au choix, tu as le temps de te préparer. [...] j'avais un ami c'est horrible, sa copine qui ne faisait pas médecine [...] avant l'ECN, elle attendait qu'une seule chose c'est que ça se finisse et il voulait faire chir. ortho à Paris et il l'avait jusqu'à une demi-heure avant...et il l'a eu à Lille, elle l'a suivi, ça peut vraiment changer au dernier moment. [...] ce cas de figure, elle qui bossait déjà qui n'était pas du tout en médecine et lancée dans sa vie professionnelle, qui attendait ce moment pour sa vie de couple et tu te dis "là je dois encore faire un sacrifice [...] parce que finalement lui [...] il veut faire cette spécialité là et il ne peut pas le faire à Paris" ... ça doit être difficile.

Les résultats de l'ECN attribuent voire imposent, pour certains cas, une spécialité, une nouvelle université jusqu'à un nouveau département de résidence. Un minimum de six années s'est écoulé et la vie hors travail est plus que jamais intriquée et dépendante de l'installation dans le travail d'interne en médecine :

« Donc tu envisages un peu toutes les hypothèses, est ce que je dois quitter mes amis, ma famille, mes repères et aller dans une autre ville. Est-ce que je dois renoncer à une spécialité, est ce que je repasse, est ce que je ne le repasse pas [...] Alors moi c'est comme ça je l'ai vécu, parce que ça détermine ta spécialité et la ville dans laquelle tu vas exercer. [...] c'est que le concours fait que tu ne décides pas forcément de ta vie parce que tu ne sais pas comment tu vas être classé avant d'être classé » (ICR)

L'activisme neutralise la pensée réflexive en même temps que celui-ci réprime l'expression des souffrances vécues. Le partage de ces conduites comme socle commun génère une expérience collective et identitaire forte dans laquelle tous et toutes les internes se reconnaissent. À l'issue de l'externat, il ou elle doit savoir discipliner son corps pour endurer la formation jusqu'au bout. La compétition est belle est bien présente mais elle s'accompagne

aussi d'une entraide collective⁹⁷ servant de base à l'idéologie de la confraternité. Un entre-soi s'ancre dès l'apprentissage, au sein duquel, la sociabilité complice peut faire émerger une prise de conscience l'adversité vécue :

« Il y a une espèce de consensus comme quoi il s'agit de travailler énormément pour avoir cet examen et dans les 3 ans. Chacun a sa méthode je pense, sur le temps de travail comment l'organiser ou comment ingérer les cours mais disons qu'il y a une constante entre nous : on parle quasiment que de ça entre nous durant cette période-là, chacun à ses méthodes, y'en a qui fait des fiches, y'en a qui sont plus ou moins en avance, ils reboostent un peu les gens, il y a une espèce de mentalité un peu particulière qui fait que tout le monde sait ce qu'il en est. Disons qu'il y a une espèce d'atmosphère de rigueur qui se crée autour de l'apprentissage de ces cours et dont l'objectif est l'ECN et cela pendant à peu près 3 ans » (MR1)

« On y est accroché, *mais on ne peut pas s'autoriser à le penser. Comme ci qu'on ne se laissait pas non plus le temps d'y penser.* J'y repense, parce que même dans les discussions, il n'y avait pas d'ouverture sur d'autres choses que la médecine, ce qui est inhérent à la fac, à l'organisation... il n'y avait quasiment rien. » (IP3).

L'activisme, entretenu collectivement, neutralise tout au long la pensée réflexive. La souffrance par laquelle ils et elles sont tous et toutes obligées de passer est partagée et occultée par un « contrat tacite » :

« Il y a une espèce de contrat tacite qui se crée de manière interne. Je ne sais pas d'où ça vient. [...] un contrat tacite avec nous-même et peut-être d'autres choses que là je ne perçois pas et qui nous obligent, nous maintient à persévérer là-dedans malgré la souffrance, malgré cette répétition quotidienne à dire : "pourquoi j'ai fait ça? j'aurais jamais dû faire ça, j'en ai marre !" Et ça, ça ne m'appartient pas, on se le dit tous tout le temps. Les pauses cigarettes dans le cours de la fac quand on était 5, 6 en pause. C'était ce discours : "pourquoi on a fait ça?" Et on y est tous encore dedans. Y'en a pas un qui a arrêté. [...] *Comme ci qu'on ne se laissait pas non plus le temps d'y penser.* (IP3)

⁹⁷ Le groupe d'ami·e cloisonne la vie sociale en même temps qu'elle forge une promo de futur confrère et de future consoeur.

En soumettant implicitement ou explicitement ces dernier·ères à l'apprentissage intensif, la stratégie de l'activisme protège de tout ce qui interférerait l'ascétisme. La disciplinarisation du corps sur un temps aussi long entraîne à le taire. Les sensations du corps telle que la fatigue sont évitées autant que faire se peut. L'extrait d'entretien ci-dessus, révèle pourtant que la conscience effleure malgré tout, y compris dans le collectif, et on peut se poser la question de ce qu'il advient à ceux ou celles qui ne parviennent pas à taire leurs doutes au-delà de la pause cigarette où ceux-ci sont rituellement exprimables pour être ensuite laissés de côté.

4.2 – Le réel de la permanence des soins

4.2.1 - Organisation du travail

La permanence des soins est l'un des engagements les plus anciens de notre politique de soin en France. Avant la Révolution Française, c'était le sacerdoce des religieuses qui maintenaient un accueil continu des malades en compagnie des chirurgien·nes et des barbier·ères. Puis ensuite il a été question de fidéliser un personnel hospitalier et maintenir les médecins à l'hôpital par le temps plein hospitalier. L'organisation du travail doit permettre une présence continue de médecins le jour et la nuit pour la permanence du soin et le compagnonnage des apprenti·es. Ce sont les activités de garde et d'astreinte : « *le service de garde commence à la fin du service normal de l'après-midi, et au plus tôt à 18 h 30, pour s'achever au début du service normal du lendemain matin, et au plus tôt à 8 h 30, sauf dans les services organisés en service continu* »⁹⁸. Pour le personnel médical, la garde dure 24 heures, de 8h à 8h-8h30 le lendemain. Les internes peuvent prendre en charge 4 gardes par mois plus une le dimanche ou un jour férié, soit 5 gardes mensuelles au maximum.

⁹⁸ Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité.

Dans le CHU investigué, plusieurs services hospitaliers sont concernés par la garde et donc dit : continu :

- les urgences générales,
- les urgences psychiatriques,
- le SAMU
- la chirurgie
- la médecine intensive de réanimation
- l'anesthésie-réanimation

Concernant l'effectif médical en garde, cela dépend du service, un couple de médecin et d'interne est plus souvent réuni pour réaliser la garde. Les infirmiers et les infirmières sont sur un rythme de 12 heures (rotation 1 semaine 4 jours, 1 semaine 3 jours) ou sur un rythme hebdomadaire de 9 à 10 heures. Les plannings de garde sont remplis tous les débuts de semestre d'internat. Les gardes peuvent être réalisées dans le service au sein duquel le stage d'internat est réalisé ou aux urgences générales. Par exemple, les internes de neurologie réalisent leur garde aux urgences générales. À l'issue d'une garde constituant 24 heures de travail consécutives, les internes ont droit à un repos de sécurité d'un minimum de 11 heures consécutives. Ils et elles ne sont pas censés travailler après l'heure de la fin de garde, ni dépasser les horaires.

Ainsi et dans tous les hôpitaux, l'intégration des internes de l'hôpital chaque début de semestre est ritualisée par une journée d'accueil constitué en général d'un programme assez intense. Dans le centre hospitalo-universitaire investigué, certaines équipes présentent leur service, l'organisation du travail et les numéros d'appel essentiels à la coopération intra-service. Le chef de l'établissement se présente de même que la médecine préventive. Chaque présentation courte s'enchaîne au cours de la matinée. Puis un temps non négligeable est réservé au planning des gardes. L'activité commune pendant l'internat en médecine - et cela quelle que soit la spécialité choisie - reste depuis sa création : la garde. Ainsi, les internes commencent chaque semestre en se coordonnant les un-es aux autres autour du planning de garde. Une distinction s'opère entre le travail de garde « des internes de salles » ou autrement nommé-es « internes des étages » en raison de la répartition des services de salle dans les étages, et le travail des internes dans les services dit continus. Les internes de salle se réunissent en début de stage lors d'une grande réunion afin de répartir le planning de garde des urgences générales de l'hôpital. Les autres internes réalisent leur garde dans leur service d'origine.

4.2.2 - Déconstruction de l'allongement du temps de travail

Plusieurs contraintes impactent l'heure de sortie de garde :

- Une intervention imprévisible et longue qui s'achève au-delà de l'heure prescrite de la fin de la garde :

Ex.1 : Le camion du SAMU qui quitte la base pour une intervention à 7h30 et ne revient qu'à 9h avec à son bord l'équipe de garde : interne, médecine, ambulancière et infirmier.

Ex.2 : L'urgence opératoire qui intervient dans la nuit et qui mobilise l'équipe de chirurgie jusqu'en milieu de matinée.

- Le temps dédié aux activités de transmission après la garde (transmissions orales en réunion et/ou transmission écrites sur le logiciel commun à l'hôpital).

La permanence du soin ponctue nécessairement le début et la fin de la garde par une activité de transmission entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour. Ce temps d'activité peut varier en fonction de la grandeur du service (nombre de chambres en service continu), du nombre de prises en charge la nuit et des déplacements pour des informations à transmettre non loin du chevet des malades :

Extrait d'immersion en réanimation

Il est 8h, les transmissions démarrent au pied levé avec un des professeurs du service. Durant les transmissions, ils n'entrent pas dans la chambre des patients et veillent à fermer la porte avant les échanges. À tour de rôle, l'interne et le médecin font le topo de l'état du patient, de ce qui s'est passé dans la nuit, des gestes et prescriptions qu'ils ont dû réaliser, des nouvelles prescriptions, de l'évolution du patient... L'interne a sa feuille de note et le médecin sénior est plus automatique dans ses « topos », il a les chiffres en tête, il parle rapidement : « On n'a pas voulu lui faire cela car sa « num » est de tant pour la créatinine, tant pour le potassium, avec une légère baisse de cela, d'ailleurs on ne comprend pas cela ou cela »... Ils mentionnent les points d'appels, et les recommandations « faut pas l'assister », ils abordent aussi les antécédents des patients et les cas de maladies qui ne guériront jamais pour certains, ils précisent aussi les cas où les familles sont déjà au courant de l'extrême gravité des malades.

L'allongement du temps de travail est plus important dans les services continus, parce que les internes sont au contact des patients et des patientes qu'ils et elles suivent la journée.

L'engagement dans l'activité de jour déborde sur la garde. Réaliser une garde dans son service d'origine rend sa sortie moins évidente.

- Les transmissions peuvent se poursuivre par un temps de formation dispensé dans le service (Ex : cas clinique, cours théoriques...) et non compris dans le temps de travail. Dans certaines configurations, les cours sont réalisées entre 11h et 14h, dans d'autres services cela s'organise en fin de service à partir de 18h. Dans cette seconde configuration, les internes qui réalisent un service normal, commencent à 8h et peuvent finir à 20h30 et les internes de garde ne peuvent pas y assister.

Extrait d'immersion

Je n'arrive plus à écouter l'interne et je suis bloquée par une scène qui m'interpelle. L'interne de garde qui réalise le topo devant tout le monde a le nez qui coule. Son nez coule et cela n'interrompt pas son discours et ses échanges. Ne ressent-elle pas que son nez coule ? Après 24h de garde, ressent-elle encore un peu son corps ? les signes de fatigue de son corps ? Il est 9h, cela fait plus de 24heures que cette interne est dans le service. À la fin des transmissions, soit à 10h, je me dirige vers elle pour l'interroger sur sa fin de garde, elle me dit qu'elle ne part pas encore du service, elle souhaite rester jusqu'à 12h30, car le professeur donne cours à 11h30.

J'assiste au cours : il s'agit d'un temps privilégié avec le professeur. Le cours clinique du professeur, est une activité au sein duquel, le corps et les symptômes des malades sont présentés par le « cas ou l'étude clinique » voire transformés en nouvelles connaissances de recherche. C'est aussi un temps au sein duquel le professeur choisit ce qu'il souhaite transmettre aux internes et discute avec elles et eux des protocoles mis en place dans le service :

Extrait d'observation du cours :

11h45, commence le cours du professeur pour les internes. Dans la salle de staff tous les internes sont autour de la table et le professeur passe les diaporamas avec des explications. Le syndrome de Détresse Respiratoire Aigue (SDRA). Il passe en revue la physiopathologie, la partie clinique, la partie recherche. Il explique l'historique des recherches sur ce syndrome et explique par démonstration aux internes qu'il ne faut pas ventiler à haute dose les patients en SDRA. Les connaissances théoriques sont confrontées aux recherches actuelles. Et le

professeur justifie sa démarche en s'appuyant sur ces expériences et ses recherches et ce qu'il préconise pour le service. Dans les poumons nous avons une enzyme qui permet aux alvéoles de faire en sorte que le poumon ne se contracte pas sur lui-même et de rester toujours gonflé. Pour les patients en SDRA, cet enzyme ou hormone est bloqué et l'alvéole se referme, la coutume est de ventiler à forte pression le patient. Il leur démontre que cela détériore les alvéoles. Une interne finit par dire : « oui mais alors ça nous dit pas ce qu'il faut faire ! ».

C'est l'occasion de convoquer le professeur à la réalité de leur apprentissage et à celle de la situation de travail :

Le professeur explique qu'au vu des recherches, références à l'appui, il est démontré que le poumon est détérioré dans un certain cas mais il n'a jamais été démontré que les poumons se détériorent dans le second cas. Il explique aux internes qu'il faut ventiler le patient à basse pression, quand il fait un SDRA. Le cours se termine à 13H30.

En février 2020, le professeur a donné cours sur une situation clinique que les internes allaient rencontrer tout au long de la première vague du COVID. C'est pour cette activité que l'interne n'est pas sortie du service.

4.3 – Taire les sensations du corps

4.3.1 – « on ne l'a pas vu » : coopération défensive entre internes

L'organisation de la permanence des soins, renforce l'injonction de taire les sensations du corps pour ne pas faillir :

« Je me souviens, mon stage d'avant, j'étais de garde le lendemain et j'ai eu une gastro horrible j'étais en pédiatrie j'ai chopé 3 gastro et vraiment impossible de faire ma garde le lendemain enfin c'était pas possible, j'étais tout le temps sur les toilettes et tu sais que tu ne pourras pas la faire ta garde mais c'est gênant de demander à tes co-internes : « ben salut, je suis de garde demain mais là je suis hyper malade » moi ça me gênait de me dire « ah ils vont devoir... » alors que derrière toi tu reprends une de leur garde et ça revient au même » (IM2).

Le membre du collectif qui ne répond pas de sa garde ou qui s'arrête est évincé, mis à l'écart, c'est qu'il ou elle ne participe pas aux stratégies collectives de défense érigées pour ne pas faillir. D'un point de vue *strictement psychique*, il n'y a pas de différence entre croire que

l'on est invulnérable et l'être réellement...si ce n'est le retour du réel sous la forme de l'échec, l'accident, la mort » (Molinier, 2008, p.206).

« Dans mon premier semestre [...], j'avais une co-interne, on était un bon groupe mais celle-ci on était moins proche donc on s'était dit que c'était sa personnalité et qu'elle est comme ça. Et en fait au bout de 3 mois on nous a dit « elle va être arrêtée pendant 2 mois parce qu'elle est en total burn-out ». Moi je m'en suis voulue en me disant putain : mais on ne s'en est même pas rendue compte, alors qu'au quotidien on était avec elle. Ce semestre-là, on se disait : « ohlala elle est chiante, elle va encore nous refiler ses gardes et tout ». Alors qu'en fait c'était juste un moyen de nous dire « les gars ça va pas en fait, j'ai du mal à vivre » et nous on ne l'a pas du tout pris comme ça, on s'est dit « ben c'est une chieuse »

Les signes de vulnérabilité sont occultés et la charge de travail qu'il va falloir récupérer entre co-interne fait écran à la perception et à l'expression des souffrances :

« Parce que ça avait une répercussion sur nous, son travail qu'elle ne voulait pas faire, mais c'est pas parce qu'elle ne voulait pas c'est juste qu'elle y arrivait plus, c'était à nous de le reprendre [...] et en fait on s'en fiche de reprendre ses gardes surtout dans ce contexte où c'est pour qu'elle aille mieux et surtout l'épargner. Je pense que ça peut être lié à la culture médicale, de se dire : « j'ai pas le droit d'être, enfin si je suis fatiguée je n'ai pas le droit d'être mou aujourd'hui, faut que j'y aille... »

Elle s'appuie sur un autre exemple :

« C'est débile mais j'ai un ami qui fait du rugby et qui s'est pété un ligament genre il a un doigt comme ça (elle mime un doigt déformé un peu branlant) genre c'est pas du tout pratique, il doit se faire opérer et ça fait six mois que ça dure cette affaire et j'étais avec lui ce week-end et je lui dis "pourquoi tu ne te fais pas opérer c'est horrible ton doigt" et il dit "ben non mais ça veut dire que je m'arrête pour mes co-internes" mais c'est pas grave ça serait normale de te faire opérer c'est... pour lui ça veut dire que ses co-internes devront récupérer ses patients... Ses co-internes savent qu'il doit se faire opérer c'est juste que lui il le prend bien c'est finalement juste fonctionnel son histoire donc il dit ça peut être repoussé, repoussé mais ce n'est pas aberrant de se faire opérer quand il y a une nécessité » (IM2)

Le paradoxe est palpable dans le discours d'IM2, et reste encore irrésolu. Si « les cadres sont entraînés dans la suractivité, qu'ils le veulent ou non, les conséquences psychiques les plus préoccupantes de la suractivité professionnelle concernent l'appauvrissement du fonctionnement psychique et affectif » (Dejours & Rolo, 2015, p.249), il est de même pour les internes. L'activisme des années précédentes, se manifeste encore plus comme une fuite en avant par l'hyperactivité. Par ailleurs, la coopération défensive virile entre internes, s'érige de façon hostile en direction de celui ou celle qui ne remplit pas sa garde. Dans le cas présent, l'interne épuisée n'est pas perçue dans sa vulnérabilité, elle est considérée comme « chieuse », c'est-à-dire comme quelqu'un qui pose des problèmes aux autres. Ce qui veut dire aussi qu'elle est *seule* face au collectif. Il faudrait pouvoir interroger le poids de cette solitude dans le risque suicidaire. Enfin, ce que l'on entend aussi s'exprime en termes d'obligations, donc de responsabilité vis-à-vis d'autrui (« je n'ai pas le droit »... « il faut que j'y aille »). **Étroitement articulée à la cohésion défensive jusque dans ses dimensions masochistes (le doigt non opéré) cette coopération pointe la dimension éthique qui donne aussi son sens à l'activisme.** Pendant l'externat, le groupe de soutien et de cohésion pouvait se constituer autour d'une fonction d'entraide comme valeur commune. Ici, pris dans leurs propres défenses collectives, IM2 et son groupe de co-interne occultent les vulnérabilités au profit d'un engagement dans l'activité hospitalo-universitaire de plus en plus sous tension concernant les urgences.

4.3.2 – Éthos défensif, du sacerdoce...

Récapitulatif des dispositions et questionnements

Au-delà de l'organisation de ce qui équilibre la formation et le travail pendant l'internat en médecine, la période précédant l'internat en médecine pourvoie effectivement les étudiants et les étudiantes d'une expérience d'apprentissage particulière au sein de laquelle, le corps est discipliné pour neutraliser les occasions de faiblir. Le parcours est long et l'endurance témoigne que l'adversité est intériorisée comme un passage nécessaire pour devenir médecin. Le plaisir émergeant des sources de reconnaissance est d'abord entièrement dépendant de la « bonne note », c'est-à-dire conditionné par le passage d'une année à la suivante pour enfin être dévolu au classement à l'ECN. Durant ce long parcours d'apprentissage massif et livresque, l'ascétisme régit la vie des étudiants et des étudiantes. L'identification des remaniements psychiques que ce passage coûte en même temps qu'il permet est une réalité peu connue.

« En fait, le métier de médecin c'est un métier qui est stressant de base, être confronté à la souffrance, être confronté au handicap, être confronté à la maladie, être confronté aussi à la mort c'est un métier qui a une charge mentale que je qualifierai de relativement forte, c'est à dire que ce n'est pas un métier que tu vas faire forcément en étant serein et bien dans tes baskets en sachant aussi que quand tu pars le soir, tu sais que le lendemain matin quand tu vas revenir tu vas retrouver un patient que tu as laissé la veille moribond avec des problématiques de douleur, familiales... tu ne sais pas forcément ce que tu vas retrouver le lendemain donc la médecine ça s'apprend un peu dans l'adversité parce qu'en fait, il y a beaucoup d'imprévu par rapport à ce que tu vas retrouver le lendemain matin lorsque tu vas revenir. (MN1) »

Derrière la culture de l'effort et de l'endurance, un ou une future bonne médecin, n'est pas censée faillir, l'entrée dans cet activisme très tôt à l'adolescence oriente une éthique et prédispose à :

- une fuite en avant et une hyperactivité (Dejours, 2004), gelant la pensée et anesthésiant la souffrance au travail,

- d'autres conduites défensives se manifestant par leur caractère insolite : telles que les bizutages et l'alcoolisation massive pendant les fêtes de médecine, mais encore l'hypersexualisation et les fresques pornographiques encadrant les rituels carabins en salles de garde.

Ces pratiques qui encouragent la désinhibition et ces représentations obscènes permettent à la fois de maintenir un discours d'invulnérabilité (voire d'impunité) et de se défouler des tensions accumulées. C'est la raison pour laquelle les salles de garde ont joué un rôle majeur dans l'économie des stratégies collectives des défenses, donc dans la santé mentale des internes et aussi des externes. Elles se construisent dans une communauté déni au travail.

Il va de soi que maintenir ces défenses est toujours compliqué, d'autant plus en médecine, par rapport aux métiers des ingénieurs ou des travailleurs du bâtiment. Pourquoi ? Parce que les médecins sont convoqué-es en permanence à éprouver la souffrance, la vulnérabilité des patients. La désaffectation (Molinier, 2013) implique donc diverses techniques de soi, qui passent également par une organisation du travail filtrante où les infirmières et les aides-soignantes sont placées en première ligne, dans le corps à corps avec les patient-es, protégeant en partie les médecins d'avoir à s'émouvoir. Mais qu'en est-il pour les internes ? Sont-ils aussi bien protégés ?

Désaffectation et sacerdoce

Du côté des internes en médecine, partant de la mise à l'écart des affects nécessaires pour accomplir le soin, la désaffectation fait partie de l'éthos professionnel médical mais il serait intéressant de le requalifier par le caractère sacerdotal qu'impose l'exercice médical hospitalo-universitaire. Revenant sur l'histoire collective du travail hospitalier, son genre appartenait principalement à deux corps de métiers : les religieuses et les chirurgiens des corporations régent par le patronat de Saint-Côme. « La vocation et le sacerdoce médical, tels que proposés aux jeunes étudiants en médecine ou dans les traités professionnels, sont construits en partie sur le modèle clérical. La médecine est considérée au XIX^e siècle comme une profession élue, au sein de laquelle seuls les meilleurs peuvent être appelés à exercer, et dont la noblesse se traduit pas un habitus hors du commun [...] Au XX^e siècle, si la tradition de la vocation médicale perdure, la dimension sacerdotale s'affaiblit » (Guillemain, 2009, p.121-122). Nous retenons de Guillemain que « la médecine s'épouse par vocation et s'exerce comme sacerdoce » (*ibid*, p.110). L'auteur situe cette proposition à la période du XIX^e siècle, mais ce qui nous intéresse dans son analyse c'est la qualification de l'exercice médicale comme sacerdoce. En reconvoquant, ici, le terme sacerdoce on cible le dévouement à la vie hospitalière et à son rythme comme un déterminant appartenant au genre professionnel hospitalier et à une organisation du travail régie par le monde clérical masculin et accomplie entre autres, par les religieuses se dévouant matin et nuit à l'accueil de la misère, et des malades. Et il faut bien des aménagements physiques et psychiques pour le « sacrifice personnel » que le dévouement impose c'est à dire que l'engagement continu au travail le jour et la nuit nécessite. Ce n'est pas inné et cela ne peut pas se réduire à l'expression de la vocation. On n'est pas voué à être dévoué.

Il y a dans l'activisme des années d'apprentissage précédant l'internat, une sélection sur la base des dispositions à se soumettre au genre hospitalier. L'activisme se compose de l'auto-discipline, de l'auto-accélération et d'un comportement opératoire qui a pour coût l'assèchement de la vie psychique et de la créativité et pour gain l'entraînement nécessaire pour être capable plus tard de tenir des heures de travail debout, éveillé·e, réceptif et réceptive à l'urgence et à l'examen clinique. Le caractère sacerdotal de la médecine masque un masochisme secondaire qui s'accompagnait dans les salles de garde d'un exutoire pour la décharge pulsionnelle.

4.3.3 – ...au masochisme secondaire

Extrait d'immersion en réanimation

Il est 10h, tout au long de la matinée, je croise le médecin de garde de la veille et me demande à quel moment il rentrera chez lui se reposer. Il n'est pas très grand, l'air fatigué, et les cheveux ébouriffés. Dans ce service c'est comme cela, ils font souvent 30 heures de garde. Le plus dur parfois c'est le dimanche, lorsqu'ils sont un interne et un senior pour tous les patients en Réa et à l'USC⁹⁹. Il m'explique qu'ils sont tout le temps dérangés par le téléphone ou une infirmière ou un aide-soignant et qu'il est parfois impossible de se concentrer un moment sur une tâche précise, ou avec un patient : « c'est à rendre fou ». La « sursollicitation » et l'impossibilité de rester concentré sur une chose à la fois. Le dimanche il avait demandé à ce qu'ils soient plus de deux parce que cela devenait vraiment ingérable et par moment dangereux. Une solution a été trouvée : celui qui est de garde le samedi soir... reste le dimanche jusqu'à 13 heures pour les aider... et c'est bien mieux. Il énonce que c'est interdit par le code du travail ce qu'il fait. Ce jour-là ce médecin s'en ira du service à 13h30. Il recommencera le lendemain à 8h30.

Les médecins alternent les week-end de garde et d'astreinte : « ce n'est pas du tout physiologique et cela questionne beaucoup notre santé psychique » (MR3). En enchaînant des temps de travail qui ne respectent que très peu les repos de garde, certain·es médecins maintiennent difficilement un équilibre avec la vie sociale hors du travail. Surtout les services continus, ceux concernés par la garde. Chacun·e procède différemment :

- en sortant de garde, MR3, elle, dort toute la journée suivante pour reprendre son service le lendemain.

- d'autres, décident de ne pas se reposer en journée pour avoir une vie sociale comme MR2,

- un médecin (MU1) raconte qu'à la sortie de la garde aux urgences, il est comme dans le gaz en état d'ébriété, il ressent son corps différemment. Comme ci qu'il atteignait un état, durant lequel le plus important n'est pas sa vie à lui, mais veiller à ne surtout pas manquer une info, ou faire une erreur. Pour préserver le ou la patiente, limiter l'impact de leur état sur la situation de travail. Les retours sur les vécus de la sortie de garde indiquent que certains facteurs

⁹⁹ Unité de soin continu

potentiels de risques interviennent à ce moment précis et sont communs aux médecins et aux internes :

« [...] vraiment 24h de garde debout c'est de la torture. C'est épuisant. Pas pendant la garde, déjà c'est dangereux parce qu'on ne se rend pas compte qu'on est fatigué sous le coup de l'adrénaline mais *on ne réfléchit quand même pas de la même façon*. Être ivre de fatigue c'est une expression réelle. Quand on sort de garde on est saoulé. On n'a plus les mêmes réflexes. J'imagine qu'il y a des prescriptions sur lesquelles je suis passée complètement à côté parce que je suis fatiguée et c'est préjudiciable pour le patient. [...] » (ICR) (souligné par SR).

Elle rajoute :

« ce n'est pas moi que ça gêne le plus, je suis fatiguée, je me reposerais quand je serai morte. Mais c'est vraiment pour les autres, parce qu'on est dangereux, on est dangereux de prendre la voiture après une garde : c'est n'importe quoi. Aller intuber un patient quand ça fait 24h qu'on est debout, c'est n'importe quoi. Je pense qu'il y a pleins de choses comme ça qui sont dommageables, on n'est pas à l'abri d'une vraie erreur ». (ICR)

Pourtant, il faut bien occulter cette éventualité de commettre une « vraie » erreur pour continuer à travailler et revenir à la prochaine garde. Parce qu'il faut pouvoir répondre de l'engagement dans le planning de garde. Mais la question reste posée des préjudices de moindre amplitude et qui sont sans doute passés inaperçus. Les internes se plaignent de cette cadence de travail et des impacts psychiques et physiologiques, pour autant, ils et elles manifestent une forme de complaisance en maintenant leur engagement dans leur travail et, en réussissant pour la plus grande majorité d'entre elles et eux à ne pas craquer. Et cela grâce à une ressource qui les protègent des effets que peuvent avoir la souffrance et la douleur inhérentes à la surcharge de travail qu'impose l'organisation du travail hospitalo-universitaire : le masochisme. En psychodynamique du travail, « le masochisme dans le travail est théorisé comme une défense contre la souffrance dans le travail » (Molinier, 2006, p.216). On distingue deux niveaux mais seule la seconde dimension est convoquée en situation de travail :

-Le masochisme primaire érogène est relatif à l'érotisation primitive qui se développe dès les premiers moments de l'enfance lorsque le besoin pulsionnel n'est pas assouvi dans les temps : « l'augmentation de l'excitation dans l'appareil psychique entraîne un régime économique qui s'oppose au principe de plaisir, c'est-à-dire au principe suivant lequel le plaisir

accompagne la réduction de la tension à l'intérieur de l'appareil psychique (principe de Nirvâna – Freud, 1920) » (Dejours, 2004, p.30). Le masochisme primaire correspond à des processus intrapsychiques se constituant comme une épreuve pour la subjectivité confrontée à la pulsion venant de l'intérieure et de l'inconscient.

-Le masochisme secondaire, pour une meilleure compréhension, il doit d'emblée ne pas se réduire à la perversion sexuelle, et ne pas se confondre avec le désir. Dans le travail, il permet d'expliquer la complaisance des travailleurs et des travailleuses à supporter les contraintes notamment de surcharge imposées par l'organisation du travail. Par conséquence, « le masochisme, en rendant la souffrance tolérable, voire en la transformant en source de jouissance, protège le sujet du risque de décompensation : maladie somatique, dépression, crise clastique. Plus largement, au-delà du problème spécifique de l'activisme, *dans toute souffrance dans le travail, le masochisme serait presque toujours au rendez-vous*, se formant à partir de la souffrance dans le travail grâce à la coexcitation sexuelle » (Molinier, 2006, p.217).

Il faut éviter le plus possible de reconnaître que le rythme du travail hospitalo-universitaire est infernal voire impossible à tenir. Il impose à celles et ceux en charge de le mener à bien de devenir des « surhommes », une injonction jamais réellement réalisable pour une personne lambda, mais qui le devient au prix d'un coût psychique et physique non négligeable. L'ascétisme juvénile convoque déjà une première expérience du masochisme secondaire, les jeunes sont en contact très tôt avec ce retournement pulsionnel constitutif de l'éthos défensif. Pourrait-on parler d'un éthos masochiste ?

Extrait de discussion informelle dans un service :

« Les médecins ne se plaignent pas, car ils ne veulent pas être une charge pour les autres ». Ce médecin va plus loin et m'explique que lorsqu'ils deviennent une charge pour les autres, ils sont mis en marges, de côté : « il ne faut pas dire quand ça ne va pas », « on cache nos émotions et nos souffrances ». MC4 me dit qu'il y a aussi un système comparatif, comme si qu'ils étaient souvent observés dans leurs actions, dans ce qu'ils font, la manière dont ils font les choses, le temps qu'ils prennent. On les considère comme des « surhommes » c'est une pression au quotidien. Fut un temps, il pensait qu'il fallait être amené à bout pour sortir le meilleur de soi-même. Il ne mangeait pas de la journée pour être plus performant et ne pas perdre de temps »

Conscient des effets de l'ascétisme et de la compétition par lequel il est passé pendant son apprentissage, mais aussi de l'impossibilité d'avouer et de gêner avec ses propres vulnérabilités, le discours de ce médecin laisse penser que la réflexivité qu'il témoigne de son parcours d'apprentissage, fonde en retour les dimensions éthiques de son compagnonnage actuel avec les internes de son service.

4.4 – Le compagnonnage et les destins du masochisme secondaire

En questionnant les médecins sur leur rapport au compagnonnage, il en a résulté des considérations variées, visant d'un côté à rationaliser par euphémisation l'adversité des conditions d'apprentissage et à les perpétuer voire même à les renforcer, d'un autre côté la plupart des médecins expliquent veiller à ne pas répéter les traumatismes de leur propre internat :

PF1 : « Il y a quand même des écoles soit disant, on peut se former de façon théorique par exemple il y a l'EMAM qui forme au management médical hospitalier mais la meilleure école c'est l'école de la vie, c'est les mains dans le cambouis. Moi il s'avère que j'ai eu les mains dans le cambouis très vite parce qu'on ne peut pas dire que j'ai eu un patron qui m'est particulièrement aidé même c'était tout l'inverse »

4.4.1 – Accentuer l'adversité

Les branleurs

A la fin d'une longue journée de travail, le médecin sénior entre dans le bureau des internes et lance « alors les branleurs... » puis s'adresse à moi devant les internes et me dit : « tu sais ils vont se plaindre mais en province c'est pire, ailleurs c'est pire ». Je ne le comprends pas toute de suite mais ces remarques énervent l'interne de première année, qui commence à échanger vivement et de manière agacée avec le quatrième interne du service. L'ambiance est sous tension, un autre médecin est là aussi. Je demande à l'interne si ça va. Il me répond qu'il en a marre, qu'il aura bien compris que dans ce service les internes ont beau faire le « taff », mais qu'il n'y a pas de reconnaissance. Surtout quand on les traite de « branleurs » et qu'on leur dit qu'ailleurs c'est pire. Pour lui, cela ne veut rien dire. Il a travaillé dur dans ce service et jamais il n'y a eu d'attention pour les internes. Le médecin intervient et tente de le calmer en lui expliquant qu'il est vrai qu'ils n'ont pas salué leur travail et qu'ils ne disent jamais qu'ils font du bon travail mais elle se justifie en lui expliquant que s'ils ne disent rien c'est que ce semestre ils n'ont rien eu à redire sur les internes ; qu'ils ont réalisé de très bons compte-rendus

et que leur travail a été de qualité. L'interne lui rétorque que ce n'est pas tant une question de reconnaissance mais que tout au long de ce semestre il a fait le travail seul pendant quatre mois et que le médecin se vantait même de pouvoir arriver plus tard.

ICR : « On apprend je pense peut-être parfois, dans un mode de fonctionnement qui n'est pas toujours... Je ne sais pas si c'est de la malveillance mais ce n'est pas toujours forcément bienveillant. Parce que nos aînés ont peut-être été plus torturés par leurs aînés et il y a ce système de répercussions de "moi j'ai appris comme ça" donc tu dois apprendre comme cela. Je ne sais pas s'il rigolait parce qu'il est dur à cerner, il m'a dit : " c'est pas forcément celui qui te met le nez dans la merde qui te veut du mal parfois c'est celui qui te sort le nez de la merde qui ne te veut pas du bien" Et cette phrase elle est forte parce qu'à la fois y'a une sorte de bienveillance mais à la fois cela me prouve bien que mettre les gens dans la contrainte et dans l'inconfort c'est ce qui les fait progresser, c'est ce qui les fait avancer. Je pense que ce n'est pas forcément sain, je pense qu'on peut revoir le système »

« On notera que l'activisme défensif ne mobilise donc pas uniquement l'agressivité retournée contre soi-même (masochisme secondaire). Il semble que l'activisme associé à l'autorité au masculin vectorise « naturellement » l'agressivité vers les subalternes. On peut donc parler aussi de *sadisme secondaire* » (Molinier, 2006, p.219). Les chirurgiens utilisent des techniques de défoulement viriles sur les infirmières. Il faut une dose de sadisme pour arriver à couper, percer le corps humain dans l'activité chirurgicale. La souffrance infligée aux subalternes est un moyen de réussir à bien faire le travail. Le harcèlement de genre découle du système défensif et se structure en idéologie défensive de métier étayée par des valeurs viriles. C'est un système qui est soutenu et renforcé par les conduites en salles de garde. Mais dans les salles de garde, il y avait un inversement des positions : les internes étaient les rois et les reines de la salle, et les médecins ayant passé·es le flambeau de la régence des lieux, étaient soumis·es à leurs subalternes. Le défoulement viril était sûrement régulé par un équilibre précaire maintenu par cet échange symbolique des positions. C'est aussi pour cela que les salles de garde ont fondamentalement perdu de leur fonction lorsque les médecins et les patrons ont arrêté d'y déjeuner. Plus largement, la mission d'enseignement de l'hôpital et les fonctions de l'internat en médecine ont fléchi à partir du moment où les médecins ont déserté l'hôpital. Le désengagement au travail de soin à l'hôpital évoque aussi celui d'un désengagement dans la transmission du travail médical.

Le livre de Valérie Auslender, *Omerta à l'hôpital*, lève le voile sur les maltraitances faites aux étudiants et aux étudiantes en santé : les violences témoignent bien du sadisme secondaire déployée à l'encontre des apprenants et des apprenantes. Mais comment se fait-il que ces maltraitances ne touchent pas que les internes de chirurgie ?

Un détour par Balint

Avec ses groupes, Balint créait du collectif. Il a monté un dispositif pour l'articulation de l'individu au collectif, un besoin nécessaire pour les médecins de ville bénéficiant que très peu d'un espace de délibération sur le travail. L'écriture de la critique de la fonction apostolique a été une épreuve pour lui : *« Ces difficultés ne proviennent pas de la complexité du sujet, mais de la nécessité de ménager les médecins dont il est question. [...] Les phénomènes que constituent la « fonction apostolique » sont essentiellement les expressions de la conduite personnelle du médecin avec ses patients, autrement dit des expressions de sa personnalité. Il n'est pas surprenant que le médecin soit généralement le dernier à prendre conscience de ses particularités propres et le dernier à les apercevoir noir sur blanc »* (1988, p.227).

Dans la fonction apostolique, *« ce qui est important, c'est que c'est la personnalité du médecin qui détermine pratiquement seule son choix de la réponse raisonnable. Si l'on interroge, il sera tout prêt à énumérer des raisons impressionnantes de son choix qui, vues de près, s'avèreront seulement des rationalisations secondaires »* (ibid, p.229). Le zèle apostolique, celui d'agir selon son histoire et ses propres principes pour convertir les malades à la croyance médicale, procède aussi d'un éthos défensif. Le dispositif révélait les défenses négociées dans le conflit intrapsychique entre jouissance sadique et altruisme.

Celles qui permettent de maintenir l'engagement au travail des médecins de ville :

« Tous les médecins connaissent ce conflit émotionnel. Chacun d'eux doit trouver une solution qui satisfera les émotions les plus fortes et les plus acceptables à ses yeux, en même temps qu'elle frustrera ou réprimera les plus faibles et les moins acceptables. Sa réponse constitue alors sa réaction individuelle, pas tout à fait rigide, mais qui établit cependant des limites visibles à sa souplesse. Le médecin n'est presque jamais appelé à énoncer explicitement les motifs qui sous-tendent sa réaction « normale ». Lorsqu'il est appelé à le faire – comme dans nos discussions – le résultat est un mélange d'embarras stupéfait, de rationalisation presque transparente, d'excuses agressives envers toute autre réaction proposée

et, enfin, d'une prise de conscience réticente de ses propres limites et des motifs sous-jacents » (*ibid*, p.234).

Balint écrit : « *Il est facile de recommander au médecin : « Pas de traitement avant le diagnostic », autrement dit de ne donner au patient aucun réconfort avant de savoir ce qui ne va pas chez lui. Le médecin accepte ce conseil intellectuellement, mais il ne peut le suivre en raison de ses propres émotions, c'est-à-dire de son besoin d'agir conformément à sa fonction apostolique* » (*ibid*, p.245). Les travaux de Balint sont importants, il s'intéressait à l'omnipraticien·ne soit aux médecins généralistes. À l'hôpital, ce principe intellectuel est renforcé notamment par celui de la collégialité et par la mission hospitalo-universitaire qui consiste à soigner dans une temporalité conjointe à la recherche et à l'innovation, de même qu'à l'élaboration et au respect des protocoles de soin. Par ailleurs, la dynamique du conflit intrapsychique inhérent au corps à corps avec les malades reste l'élément essentiel de la pratique médicale. D'un point de vue psychologique elle complète les considérations faites sur ce que génère l'objet du travail médical (Hardy, 2015).

Sadisme et soin

La fonction apostolique est un « zèle apostolique », parce que la sollicitude envers le ou la patiente est un retournement qui permet de se défendre contre l'agressivité dans le soin. Elle oriente les pulsions inhérentes au contact de la vulnérabilité vers le réconfort des malades. Même si ce retournement protège le ou la médecin, il empêche parfois la survenue d'un diagnostic différentiel ou l'observation plus longue des douleurs. Prodiger du réconfort est aussi un éthos défensif pour éviter de mettre au travail l'émergence des pulsions agressives intrinsèques au soin.

« Observer l'anxiété ou la douleur mentale sans rien faire est éprouvé comme cruel, inutile, inhumain, de sorte qu'au lieu d'attendre pour voir comment les symptômes vont évoluer, le médecin, pour soulager sa conscience à recours à la routine, à un réconfort indifférencié ou à une thérapeutique de soutien. Nous posons souvent au séminaire la désagréable question : « Réconfort ou soutien – mais pour qui ? » dans la plupart des cas, c'est le médecin qui a besoin et qui obtient le réconfort et le soutien. Le bénéfice qu'ne retirent les patients est un autre problème » (*ibid*, p.245).

Dans les services hospitalo-universitaires et - encore plus depuis la loi sur le consentement libre et éclairé - la coopération au travail et les règles collectives font barrière au zèle apostolique. Elles instaurent des normes collectives pour gérer ce conflit émotionnel qui constituent aussi le caractère transpersonnel de l'éthos hospitalo-universitaire et médical. À l'hôpital, il est difficile de faire l'impasse sur le diagnostic différentiel préétabli ou réfléchi collectivement. Il faut prendre le temps d'expliquer l'avancement de la prise en charge et les possibilités de traitements aux malades. Cette temporalité hospitalière laisse un certain temps les malades dans certaines douleurs liées à la pathologie et à l'incertitude du diagnostic. Il faut aussi résister au besoin de taire les signes témoins de l'évolution de ses symptômes. Soigner consiste à ne pas faire fléchir les manifestations de la maladie considérées comme les précurseurs du diagnostic, du traitement et des actes adaptés à sa prise en charge. Et comme en oncologie, à supporter la survenue de la mort et l'impuissance médicale face à certains cancers.

Alors, est-ce qu'il ne faudrait pas une dose de sadisme pour toute situation où le soin est en jeu ? Un sadisme moins équivoque que celui de l'activité chirurgicale mais suggérant l'existence d'un conflit intrapsychique commun au travail médical.

La sélection s'enracinait dans l'épreuve initiatique de la leçon d'anatomie : il fallait arriver à regarder et disséquer les corps : *« J'ai le souvenir de ne pas reconnaître grand-chose des structures anatomiques, l'aspect me paraît bien différent de ce que j'ai pu observer au bloc opératoire lors d'un stage en clinique chirurgicale durant l'été précédent. Tout ceci m'amène à me demander quel est l'intérêt pédagogique pour moi d'une telle séance, moi qui ne me destine absolument pas à l'exercice de la chirurgie »* (Seigneur & Notredame, 2016, p.68). Une dissection que l'auteur médecin a réussie sans grande difficulté, pendant que d'autres s'évanouissaient, vomissaient et fondaient en larmes. Moins conscient de ses propres rationalisations, Etienne Seigneur écrit plus loin :

« Aujourd'hui je travaille dans une spécialité, la cancérologie, où malheureusement certains patients de tout âge viennent à décéder. Je crois pouvoir dire que cette confrontation précoce, prématurée sans doute et certainement insuffisamment encadrée, dans le cours de mes études de médecine à la mort et au devenir du corps des personnes décédées a très vraisemblablement participé à cette préoccupation pour le sujet qui se poursuit au-delà du décès. Préoccupation qui ne m'a jamais quitté depuis. Selon moi la qualité du soin s'envisage également dans la manière dont est traitée la dépouille, dont les proches de la personne

décédée sont soutenus et enfin dont les soins funéraires sont organisés et accompagnés dans les institutions de soins » (*ibid*, 2016, p.69).

Le versant initiatique de l'épreuve de dissection est une sélection sur la base du sadisme utile pour exercer la chirurgie mais aussi les autres médecines. L'oncologie est une des spécialités les plus difficiles de la médecine, tant l'impuissance face à la souffrance et la mort des enfants, des adultes et des personnes âgées atteintes de cancer sont inévitables. Pas tout le monde ne réussit dans cette spécialité et en fait son choix de spécialité, beaucoup en souffre et change d'orientation. Il faut pouvoir y tenir et posséder des aménagements psychiques permettant de tolérer l'adversité inhérente au corps à corps particulier à chaque médecine.

Si tant est qu'elle existe réellement, la résolution ou alors l'équilibre du conflit intrapsychique entre sadisme et altruisme doit mener à l'émergence d'une juste mesure des souffrances infligées. Pour continuer à bien soigner et limiter les dommages collatéraux aux résonnances intrapsychiques du soin, il faut un environnement de travail favorable à cela. Or, actuellement, les soignant-es exercent dans des conditions de plus en plus difficiles, qui amenuisent les ressources sublimatoires et qui rigidifient les défenses. « Le but premier des chirurgiens est de parvenir à trancher dans le vif, celui des avocats de remporter le procès, non de faire souffrir les infirmières et les assistantes » (Molinier, 2006, p.220). Mais on peut faire l'hypothèse que les conditions de travaillent précipitent et exacerbent ce retournement vers les subalternes. La souffrance infligée aux subalternes devient un moyen d'accéder à la réussite dans le travail. Les conduites sadiques sexistent en vertu de ce qu'il faut réussir à accomplir. Dans certaines situations les pulsions sadiques inhérentes au soin se retournent vers les apprenti-es subalternes qui, par leur présence, confrontent les médecins à un retour des vulnérabilités telles que l'innocence, et les erreurs de l'apprentissage. Ainsi, certaines conduites s'accompagnent d'une rationalisation défensive par euphémisation pour justifier l'accentuation de l'adversité dans le travail afin d'endurcir et renforcer certain-es en décourageant les autres. Les techniques sont aussi diverses et vont du harcèlement moral et sexuel à l'humiliation en passant par une position volontairement démissionnaire de la relation d'apprentissage et consistant à laisser les internes se débrouiller seul-es ou à ne pas faire cours du semestre.

4.4.2 – Le rôle capital des infirmières

« il faut qu'on les stoppe »

« Nous il faut qu'on les stoppe, faut qu'on dise stop parce qu'on est face à l'épuisement moral de l'interne qui s'entête à faire des tâches, à être en réussite sur une tâche clairement vouée à l'échec parce que la technique n'est pas connue, que c'est une situation exceptionnelle... » (FM2)

Le service reçoit une dame aux alentours de 19h, à cause du Covid, l'hôpital était surchargé de cas compliqués, les réanimateur·rices ont été beaucoup mobilisé·es, et ont réalisé le tour du service tardivement jusqu'à 4h du matin. C'est à ce moment-là que l'interne et le médecin se sont rendu·es compte que la ponction lombaire de cette dame n'avait pas été faite correctement dans son service d'origine. Le médecin a demandé à l'interne si elle savait le faire, elle a répondu oui. Il lui a donc demandé de la faire. La ponction lombaire est un geste technique très délicat : « la patiente n'est pas sous anesthésie, elle doit rester en position demi-assise et avoir le dos en rond, allongé. Ça demande à la patiente d'être réveillée, mobilisée, ça demande à ce qu'il y ait de la coopération de la part de la patiente malgré la douleur, ça demande aux personnels d'être présents aussi » (FM2). À 4h du matin, les soignants et les soignantes sont fatigué·es, pour cette infirmière de nuit pourtant très expérimentée c'était une situation de travail difficile :

« moi j'étais là, j'étais complètement au bout, j'étais hyper fatiguée, il y avait une étudiante aussi qui était là et j'ai demandé à mes collègues de me relayer parce que physiquement c'était compliqué de tenir la patiente, donc j'ai demandé à un des deux baraqués de m'aider ».

L'interne n'a pas réussi à réaliser le geste et persévérait : « c'était assez compliqué d'un point de vue anatomique, elle n'a pas réussi, y'a un moment où il faut dire non, il faut arrêter et le chef est revenu au moment où elle a arrêté, il était parti faire une pause, il est parti s'endormir 1h ou 2 » (FM2). En l'absence de médecin, des responsables des internes, c'est au personnel paramédical d'accompagner l'interne dans le geste technique mais surtout de leur opposer une limite :

« Quand les internes sont livrés à eux-même la nuit, ils n'ont pas forcément envie de réveiller le chef qui s'est accordé une pause d'une heure ou deux pour aller dormir tout simplement. Parfois on a des internes qui s'acharnent à faire certains gestes afin

d'éviter de réveiller les chefs. Il ne peut pas résoudre le problème tout seul et c'est à nous de dire : "oui là t'as piqué 15 fois, il faut qu'on appelle le chef" »

Dans certaines situations, l'accès à la réussite du geste pour les internes l'emporte sur le confort des malades :

« Tu as intérêt d'avoir des paraméd plutôt bienveillants et qui sont concentrés sur la réussite du soin, sur le confort de la patiente [...] effectivement, c'est un soin qu'on aurait pu faire plus tôt. Et il faut être assez compréhensif pour se dire "bon c'est un soin qui arrive tard, il n'aurait pas dû être programmé à ce moment-là, ça leur a échappé, ils n'ont pas vu que le bilan n'avait pas été fait" et tu as vraiment des infirmiers plus ou moins jeune qui vont faire monter la pression en disant "c'est abusé, ce n'est pas à cette heure-ci qu'on fait un soin pareil" et qui vont rajouter de la pression sur un geste qui est assez douloureux et hyper délicat. L'interne devait avoir 24, 25 ans aussi, elle est jeune. Le chef lui avait demandé "est ce que tu as déjà fait ça", elle a dit "oui j'en ai déjà fait", elle aurait pu la réussir la ponction lombaire, c'est juste un point de vue anatomique, elle n'y arrivait pas. Ce qui arrive, il y a des chefs qui n'arrivent pas à les faire, même lui, je crois qu'il a piqué 3 fois avant de réussir » (FM2).

Le personnel paramédical permet un environnement favorable à l'apprentissage en veillant au confort des malades et aux limites de l'activisme et du caractère sacerdotal de l'éthos hospitalo-universitaire : « moi je trouve que ce qu'on leur fait subir, on pousse les limites à chaque fois. *J'ai l'impression qu'ils ne réfléchissent pas*, parce qu'ils veulent aller au bout d'eux-mêmes, ils veulent aller au bout de leur tâche. [...] Elle aurait pu la réussir la ponction lombaire, c'est juste du point de vue anatomique... » (FM2). Dans la coopération au travail, les infirmières ont ce rôle de « para-compagnon ». Elles n'occultent pas les vulnérabilités des internes. Dans la coopération avec les internes, elles préviennent les effets de la déshumanisation mais les pulsions agressives qui se décontextualisent du soin pour nourrir la réussite dans l'apprentissage. L'échec de l'apprentissage en situation de soin, c'est lorsque le sadisme dépasse la réussite du soin. Ici, la ponction lombaire passe par des douleurs infligées à la patiente, la maîtrise du geste permet de limiter ces douleurs, mais celles-ci sont nécessaires à la réussite de l'acte. L'acquisition de la responsabilité médicale c'est l'apprentissage par incorporation de cette juste limite des dommages que cause la ponction. FM2 aide l'interne en lui signifiant le moment où elle est en train de dépasser cette limite et qu'elle inflige des douleurs inutiles. Pour cette ponction lombaire, l'anatomie de la patiente ne permettait pas de

le réussir du premier coup, et c'est cet imprévu que l'interne doit intégrer comme facteur extérieur compliquant la réussite du geste, non moins son incapacité. La coopération au travail dans cette situation permet cette décentration, elle permet à l'interne de « lever la tête du guidon » et cela fait partie de la responsabilité médicale que d'accepter les difficultés de la situation de travail. Ne pas s'évertuer, et abandonner un certain temps la réussite technique de l'acte pour sa réussite en vertu du confort de la patiente en situation fait partie de la prudence et du *kairos*. La phronésis médical ne s'acquière pas qu'en présence des aînés médecins mais aussi des infirmières.

Un triptyque contextuel à l'hôpital existe entre l'interne, les infirmières et les médecins. Par exemple :

« Les infirmières redoutent, par-dessus tout, les erreurs que pourraient commettre les chirurgiens, à propos desquels elles expriment soudain des trésors de sollicitude et de compréhension. Ils sont irritables, désagréables, mais c'est qu'ils ont peur de faire une erreur, pardi ! Il apparaît alors que l'activité des panseuses consiste fréquemment à anticiper aussi sur le geste opératoire, c'est-à-dire à donner l'instrument avant qu'il ne soit demandé, ce qui, en ce qui concerne les chirurgiens peu expérimentés, est une façon discrète de leur transmettre des savoir-faire observés lors d'interventions réalisées par d'autres chirurgiens. Sans que les novices aient besoin d'exprimer leurs doutes et leurs incertitudes » (Molinier, 2002, p.9)

Dans les autres services, elles prennent soin des malades et préparent aussi le terrain pour les médecins. Dans le corps à corps de la clinique et la division morale du travail de soin, les infirmières par des techniques de compassion, se chargent, entre autres, de prodiguer du réconfort aux malades ainsi, les médecins n'ont pas à s'occuper de cela. Elles soutiennent la partie opératoire de l'activité clinique. En respectant les non-dits de la virilité, « *les savoir-faire discrets des infirmières* » limitent leurs effets délétères lorsqu'il s'agit des internes. Pour certaines d'entre elles, elles font barrière à l'agressivité ou à l'inconscience de certains actes dans le soin. Par-là, elles aident discrètement les internes à acquérir la responsabilité médicale. Cette coopération fait partie du compagnonnage médical et elle se teinte dans certaines situations d'une valence intellectuelle.

Les challenger

MR1 : « Avec l'expérience on le sait, on discute aussi avec les infirmiers puis on apprend et eux aussi ils apprennent. Je pense que c'est une part importante, un interne ça interagit avec ses chefs, avec les infirmiers et les externes et de temps en temps avec les éléments extérieurs aux services : les autres médecins principalement. Même s'il est beaucoup explicite que l'enseignement nous incombe, je pense que le fait d'enseigner eux-mêmes aux externes leur permet de remettre en perspective ce qu'ils ont pu apprendre, de réarranger, de ranger, de façon correcte ce qu'ils ont appris pour pouvoir le régurgiter aux externes pour augmenter en clarté. Moi c'est une expérience que j'ai vécue c'est que quand je donne des cours, je suis obligée d'apprendre le sujet, je le connais très bien, j'apprends en donnant des cours. Il y a aussi l'interaction externe interne et l'interaction interne infirmier pour le challenge et les questions. Je pense que c'est la combinaison de ces interactions qui permet à l'interne d'acquérir des connaissances théoriques mais aussi de l'expérience ».

Le compagnonnage ne s'inscrit pas que dans les relations entre les médecins, les externes et les internes soit les gens du métier mais aussi avec celles et ceux qui interagissent avec le ou la patiente. C'est la particularité du compagnonnage médical, il ne suffit pas de passer du temps avec les aînés.

Les challenger c'est : « pourquoi on fait ça, est ce que je dois le faire maintenant, est ce que ça peut attendre, je propose ça, est ce que tu es d'accord. L'infirmier est un inducteur de discussion, de débat qui force l'interne à justifier ses consignes et qui peut l'amener de temps en temps à revenir sur sa décision et à apprendre à quel moment telle ou telle consigne ou tel ou tel geste, ou telle ou telle intervention est pertinente ou pas » (MR1). L'expérience en réanimation révèle l'engagement des infirmiers et des infirmières dans l'apprentissage des internes en médecine. Les médecins sont formel·les sur l'accompagnement des infirmier·ères qui les confrontent à leur décision : « *quand un interne donne une consigne, il me semble qu'un infirmier a beaucoup plus tendance à les challenger. Je pense que ça peut être une forme d'apprentissage [...]* ». Ils et elles sont aussi les garantes d'un environnement favorable au compagnonnage.

4.4.3 – La jauge et la juste mesure : des ressorts de la confiance et de l'intégration

Pas tous et toutes les médecins ne sont sadiques envers leurs apprenti·es. Dans le CHU investigué, presque la totalité des médecins interrogé·es témoignaient d'une réflexivité sur leur propre internat, de même que les difficultés par lesquels ils et elles sont passées. Au moment d'aborder le compagnonnage, les médecins jeunes et plus ancien·es reliaient automatiquement leur explication à l'expérience d'apprentissage qu'ils et elles avaient vécue. La relation d'apprentissage avec les internes se tisse à partir de la façon dont les médecins vivent et élaborent leur expérience de travail fondamentalement intriquée à celle de leur propre apprentissage de la médecine.

La jauge

Les médecins n'apprennent pas à apprendre, alors même que l'une des missions hospitalo-universitaire est l'enseignement. La relation de compagnonnage est l'occasion pour eux de « jauger » les internes sur leur capacité en situation.

MC4 : me dit que concernant le compagnonnage les séniors jugent aussi les internes, ils les jugent pour savoir s'ils sont capables de faire comme eux, il me dit qu'il y a des écoles et qu'ils confient aux internes les opérations lorsque ceux-ci sont capables de faire comme eux, ils les regardent faire, ils les jaugent.

Puis un second médecin intervient :

MC1 : « on confie des choses à quelqu'un qui a déjà fait, que tu as déjà vu faire, et qui fait comme toi surtout, parce qu'il y a des écoles, on est tout le temps en train de jauger les gens »

En entendant la nuance d'expression, le premier médecin revient sur son propos : « oui c'est vrai que c'est le terme « jauger » qui est plus approprié » et non juger. Au sein de cette discussion informelle, ces médecins délibèrent sur la façon dont ils appréhendent le travail avec les internes et à quelles conditions ils leur font confiance.

Lorsque les médecins utilisent cette expression de jauge, pour expliquer ce qui se passe dans le compagnonnage cela renvoie au « ça dépend » que rencontre Demaegdt & Rolo dans une enquête investiguant ce à quoi les psychiatres tiennent dans leur travail : « on pourrait comprendre ces réponses comme autant de tentatives pour éviter d'entrer dans la matérialité du travail ce qui nous mettrait sur le chemin de ce que les soignants cherchent à occulter du travail

réel » (Demaegdt & Rolo, 2013, p.308). Mais en réalité « jauger » permet de comprendre pourquoi on ne peut pas apprendre à apprendre.

« Ainsi, il ne s'agit ni d'une formulation langagière au service exclusif des défenses, ni d'un simple déficit sémantique qui témoignerait d'une peine à rendre intelligible ce que font réellement les soignants. Ce serait bien plutôt une manière d'évoquer de façon allusive et pourtant opérante une règle de métier portant sur la valorisation de la singularité. Dire « ça dépend », c'est alors une façon de souligner une conception du soin éminemment non reproductible, singulière, qui prend à contre-pied la logique de standardisation véhiculée par les instances évaluatrices. Cependant, et ce point est fondamental, chacun doit être à même de pouvoir décrire comment il fait, mais aussi pourquoi il procède comme il le fait, et, *in fine*, ce que cela lui fait » (*ibid*).

L'interaction dans le compagnonnage dépend de bien des choses et notamment des écoles par lesquelles les médecins sont elles- et eux-mêmes passés. On a confiance à celui et celle qui sait faire ou qui est en mesure de faire pareil ou de comprendre ce qui lui est demandé. L'intégration des internes passe par un accordage qui se traite presque par la méthode du « cas par cas ».

La juste mesure

J'interroge en entretien, un médecin qui atteste de l'importance, à ses yeux, d'apprendre dans l'adversité et pour lui de créer les conditions qui vont permettre aux internes d'être confronté-es à suffisamment (ni trop, ni trop peu) de difficultés sans être laissé-es à eux-mêmes :

« Moi j'essaye de faire un juste milieu, j'essaye d'accompagner et d'être présent pour mes internes et j'essaie aussi de leur suggérer que l'apprentissage de la médecine pour être confortable plus tard, il nécessite aussi d'être confronté un peu à l'adversité et à la difficulté. Donc c'est pour ça que je fais le choix de les laisser un peu dans la difficulté quand il le faut tout en étant quand même très présent quand ils sont vraiment très en difficulté. Mais je pense que c'est quand même un bon exercice de la médecine parce qu'exercer la médecine dans ses pantoufles ça te met toujours dans des situations où un jour ou l'autre ça te mettra en difficulté. Moi mon apprentissage de la neurologie il a été ainsi : avoir beaucoup beaucoup de boulots, faire de gros gros gros horaires de 9h jusqu'à 22h du lundi au vendredi

volontiers, donc bien entendu je ne souhaite pas à ce que mes internes reproduisent cela mais je pense que c'est bien qu'ils puissent être confrontés en étant jeune à l'adversité »

Ce médecin prolonge des considérations très tranchées sur la différence entre les conditions de travail des internes en CHU et de régions :

« Moi déjà j'ai passé mon internat en Province, et c'est relativement différent que l'internat qui est fait à Paris. À Paris les promotions d'internes sont importantes, il y a tellement de terrains de stage et de CHU que les internes sont un peu privilégiés par rapport à ce que j'ai pu constater en Provins. On leur octroie des conditions d'exercice plus confortable que dans d'autres régions de France. Parce que moi, lorsque j'ai fait mon internat, ça a été plutôt d'être confronté à l'adversité pour apprendre vite, c'est à dire gérer les problématiques urgentes, prendre beaucoup de malades en charge, gérer aussi les activités de liaison, de bip, donc moi j'ai eu un internat que je considère assez difficile mais qui pour moi m'a permis très rapidement d'être assez autonome dans mon exercice et d'être à l'abri des situations médicales compliquées à gérer. Donc ça c'est la façon avec laquelle j'ai été formé quand j'étais interne. Il n'empêche qu'à côté de ça j'ai eu des formateurs, j'ai été accompagné, j'avais mes visites dans le service pour gérer les patients... »

Finalement la question qui est posée est de savoir comment créer les conditions du « juste milieu » dont parle ce neurologue. Chacun s'accorde à penser qu'on ne peut pas apprendre la médecine en restant dans la ouate, mais cette adversité doit pourtant être régulée pour que les internes ne tombent pas malades :

« donc la médecine ça s'apprend un peu dans l'adversité parce qu'en fait, il y a beaucoup d'imprévu par rapport à ce que tu vas retrouver le lendemain matin lorsque tu vas revenir. »

La jauge sert la juste mesure pendant le compagnonnage. La qualité de cet accordage dépend de la présence de plusieurs corps dans la clinique : celui de l'apprenti·e, du ou de la médecin et des infirmier·ères mais aussi et surtout des marges de manœuvre dans le travail et des ressources pour prendre le temps d'être avec les internes.

La posture du ou de la référente : mettre en confiance

Pour jauger et trouver la juste mesure, il faut mettre en confiance les internes dans la coopération :

« Non moi on ne m'a pas du tout appris à enseigner aux internes. Ils m'ont fait passer senior en Août l'année dernière. Je fais un peu comme on m'a fait et comme moi je l'ai bien vécu quand on me l'a fait. Mais en fait en théorie, pour chaque interne je devrais aller réexaminer le patient et cetera, je le faisais un peu au début pour le mettre en confiance mais après je lui ai dit "si tu as le moindre souci ou un doute tu me le dis, on va revoir ensemble" mais je ne réexamine pas systématiquement, après moi j'étais toujours avec les internes et je leur disais "tu es interne, moi je ne te demande pas de travailler vite, je te demande de juste voir les patients correctement et à ton rythme et dès que tu as un problème, une question, tu me demandes, si je ne sais pas non plus on appellera le spé mais je ne veux pas que tu restes bloquer avec un doute". En gros moi j'étais à sa place il n'y a pas très longtemps et j'étais très bien encadré là-dessus et ça s'est bien passé, j'avais des super senior à peine plus vieilles que moi mais très bien. Et c'est extrêmement important parce qu'ils sont en première année et de les mettre en confiance à ce moment-là c'est juste important parce que leur internat dure 3 ans et il faut faire vite. Tu les mets en confiance d'emblée pour qu'ils comprennent où sont leurs limites et cetera, pour moi c'est très important. (MT1).

Pour être avec les internes, il faut aussi les inclure dans la situation clinique :

MP1 : « Tu vois toutes ces questions-là je pense qu'inconsciemment ça a un poids énorme, c'est intégré qu'il faut que tu en fasses beaucoup et que tu ne dois pas te plaindre et si tu te plains tout de suite on te marque comme étant fragile et pas en mesure

Dans ce contexte comment envisages-tu le compagnonnage en tant que cheffe de clinique assistante?

[...] en fait moi j'estime que si l'étudiant est en stage au chu avec moi, il assiste à tout ce que je fais, il travaille avec moi et il regarde et il voit et il observe, je lui donne un peu des fois des choses à faire mais je trouve que c'est hyper important

d'avoir une espèce de référent et de savoir que c'est quelqu'un à qui tu peux en l'occurrence te référer, poser tes questions...

Après ils vont forcément en consultation avec d'autres médecins et tout c'est important qu'ils voient d'autres pratiques mais ils savent qui suivre, ils savent... c'est important »

Ce retour d'expérience sur l'internat marque la relation aux internes, aux malades mais influence aussi le management des équipes et des services :

PF1 : « Il [son patron] m'a plus mis des bâtons dans les roues qu'autre chose, quelque part je le remercie parce qu'au contraire ça m'a fait progresser très vite et on a souvent l'habitude de dire qu'on reproduit ce qu'on a vécu c'est comme les enfants et cetera. Moi ça a été tout l'inverse, c'est-à-dire que j'ai à cœur de ne pas reproduire ce qui s'est passé. Et je ne sais pas si tu as remarqué mais le management chez moi il est très, les gens ne sont pas sous la pression, tu as vu ils sont souriants, il y a une bonne ambiance. Moi je trouve qu'il y a une espèce d'harmonie et d'ailleurs ça se ressent jusqu'à la prise en charge des malades »

Les observations ethnographiques montrent que même si ce professeur dénonce la tendance actuelle des internes à compter leur nombre d'heure et s'interroge sur l'avenir de la chirurgie lourde et de sa transmission, c'est aussi dans son service qu'un éthos alternatif détrônant l'éthos viril a pu être observé.

4.4.4 – Éthos alternatif : le sacerdoce ça suffit

Le compagnonnage se soudait en salle de garde et tout ce qu'il y avait autour d'un folklore médicale etc... ?

PF1 : Moi c'est pas là que j'étais le meilleur, j'ai connu tout ça, je n'ai jamais été économe. [...]. Avant tout les gens ne comptaient pas leurs heures et il y avait aussi des abus, il y a des gens qui ont été balayés parce qu'ils ne rentraient pas dans le moule. C'était pas logique de demander à un interne de rentrer le vendredi matin et de sortir le lundi soir, je suis d'accord.

Comment trouver le juste milieu ?

PF1 : Ben justement un juste milieu où aujourd'hui la personne qui vient travailler dit « je suis, je commence à 7h36 » même parfois c'est des minutes et « je finis à

13h42 » on est passé d'un extrême à l'autre et c'est vrai que la société a un peu basculé d'une société de travail à une société de loisirs. Après les anglo-saxons si vous êtes encore à l'hôpital après 17h vous êtes un loser : c'est quelqu'un qui n'a pas su s'organiser. C'est très compliqué et c'est vrai que toutes ces histoires de temps de travail nous viennent plutôt des pays anglo-saxons. Il y a des avantages et des inconvénients.

L'expression « éthos alternatif » est empruntée à Régine Bercot, qui l'utilise pour soutenir la thèse selon laquelle : « il existe un autre éthos de spécialité chirurgicale, qui n'a jamais été décrit, ni fait l'objet d'études. Cet éthos jette les bases d'un modèle alternatif de socialisation et d'exercice du métier » (Bercot, 2015, p.40). La féminisation des professions médicales et le regroupement des femmes dans certaines spécialités ont induit l'émergence d'autres univers que celui appartenant socio-historiquement aux métiers originellement masculins et développés à partir des processus de socialisation issus de l'idéologie virile. Dans l'organisation de la permanence des soins comme celle de la chirurgie, « la durée du travail y a été organisée [...] en lien avec un éthos essentiellement masculin » (*ibid*, p.50) soutenue notamment par une stratégie excluant d'emblée les femmes.

« Les temps de présence et l'organisation des journées sont ainsi réaménagés et ajustés en conséquence et pour tous les membres des équipes. Même si les temps de travail restent conséquents (les femmes peuvent y assurer douze heures de travail et assumer l'ensemble des gardes de leur spécialité), la durée du travail n'apparaît pas, dans ces services, comme une norme intangible ; elle n'y est pas requise, ni revendiquée comme un trait distinctif voire honorifique du métier. Cette approche différente et plus tolérante du temps de travail ne remet nullement en cause la professionnalité de ceux qui en bénéficient et permet de répondre aux aspirations des femmes mais aussi des hommes de la génération actuelle qui souhaitent mener une vie en dehors du travail. Ce rapport nouveau à l'organisation du travail et au temps représente en soi une dimension d'un modèle alternatif de l'éthos au travail en chirurgie viscérale ou orthopédique » (*ibid*, p.46).

Dans le service de chirurgie investigué, majoritairement constituée de femmes, l'équipe alterne les week-end de garde et d'astreinte. Le chirurgien (MC1) attend parfois plusieurs semaines avant de pouvoir accueillir ses enfants en garde, inviter ses ami·es chez lui ou même confirmer des sorties loin du domicile. Pour MC2 : « *mes deux enfants sont d'une ressource précieuse. Je ne passe pas beaucoup de temps avec eux mais je leur explique que c'est grâce à*

eux que j'arrive à soigner les patients ». Rares sont les fois où les chirurgiennes et les chirurgiens peuvent amener leurs enfants à l'école et lorsque l'une le fait « c'est la fête pour eux ». MC3 insiste, elle veut partir à 17h15 : « moi, tous les lundis j'essaye de récupérer ma fille le soir ».

C'est face à ces constats que l'équipe décide de s'entraider pour quitter plus souvent le service à des horaires convenables. Depuis peu de temps, les histoires subjectives se rejoignent autour d'une règle de travail établie collectivement : une coopération pour éviter de rester trop tard dans le service : « qu'est-ce que tu fais encore là ? Il faut rentrer ». À cela, s'ajoute une entraide entre MC1 et une autre chirurgienne de l'équipe pour arrêter de fumer et retrouver une hygiène de vie plus saine. Les internes tendent à en faire de même, ou du moins à profiter des processus de socialisation qu'occasionne la coopération avec cette équipe de chirurgie pour s'autoriser parfois à respecter les horaires de sortie de garde.

« C'est ainsi que des modalités différentes de rapport au temps, incarnant un *éthos* alternatif à celui habituellement mis en avant, concernent en réalité des services entiers . Ainsi, en chirurgie infantile, nous avons observé qu'un autre modèle de gestion du temps pouvait être mis en oeuvre. Le travail, tout en faisant l'objet d'une forte mobilisation, n'y est pas sous-tendu par des normes rigides. Les chirurgiennes effectuent de longues journées de travail, tout comme leurs collègues masculins, mais on y constate dans le même temps un droit assumé à l'organisation conjointe des horaires afin de préserver la vie hors travail, tant pour les hommes que pour les femmes » (Bercot, 2015, p.46).

ICH1 est FFI (Faisant fonction d'interne) pour un salaire inégal aux internes français-es, ICH1 m'exprime de façon informelle qu'elle est rémunérée 1300 euros par mois et par garde une centaine d'euros, alors qu'un ou une interne française gagne 1600 euros et au fur et à mesure des années, il ou elle finit à 2000 euros : « *Moi, je fais la même chose qu'un interne et mon salaire ne change pas* ». L'interne est au bloc, gère la médecine dans le service, enchaîne ensuite à 18h30 sur une garde en chirurgie générale où elle fait nuit blanche, opère toute la nuit jusqu'à 4h du matin. À l'issue des deux interventions elle doit aller voir les patients et les patientes en attente d'un avis aux urgences. Puis le matin, elle part pour une courte intervention de 8h à 10h et reste la matinée pour aider l'équipe de jour. Elle quitte le service à 14h, n'a pas pu manger. Le lendemain elle refait une garde de 24 heures, elle arrive le matin à 8h et cette fois-ci repartira du service à 10h (j+1). Ce rythme s'enchaîne sur 15 jours. Mais elle n'a pas encore réalisé une intervention majeure. MC4 lui demande de ne pas oublier de lui envoyer les

photos de l'intervention réalisée la nuit, ICH1 rétorque en partant : « et toi n'oublie pas que je n'ai pas dormi de la nuit et que je souhaite rentrer chez moi », MC4 me regarde sourit et hausse les épaules en répliquant : « c'est vrai ». Cette réponse peut se faire en vertu des normes collectives qui se partagent dans l'équipe, celle de s'entraider à trouver un meilleur équilibre de vie travail-hors travail. Les internes évoluent au contact de mentalités différentes, et coopèrent autrement que sur un mode défensif uniquement viril. Au changement de stage, quel est le destin de ce qui s'incorpore au contact de l'éthos alternatif ?

Il est frappant de constater que cet éthos alternatif naît d'une coopération entre une majorité de chirurgiennes et de médecins issues d'une culture d'apprentissage différente, soit les mêmes facteurs ayant contribué au ralentissement de l'ambiance virile en salle de garde et à l'émergence des interrogations concernant le relai de ses fonctions collectives.

Conclusion

En permettant de ne pas penser à ce qui fait souffrir, les stratégies défensives au travail permettent aussi de ne pas en parler et de transformer l'organisation du travail dans ses dimensions pathogènes. C'est en cela qu'elles sont ambiguës, à la fois parce qu'elles bénéficient à la santé tout en risquant d'aggraver les conditions qui génèrent la souffrance au travail. Dès l'apprentissage du métier, l'éthos défensif stabilise les modalités permettant de ne pas flancher pendant les études. L'activisme implique des non-dits collectifs qui empêchent l'expression des souffrances et colmatent la persévérance et l'endurance sur le mode du masochisme secondaire. Des impensés sont déjà identifiables au moment même de l'apprentissage des métiers en médecine. Et le destin de ce masochisme passe entre autre par celui du compagnonnage. Les enjeux de coopération pendant le compagnonnage éclairent comment les internes doivent faire-corps au travail hospitalo-universitaire, mais aussi les destins des « douleurs » de l'apprentissage. Les médecins sont aussi d'anciens et anciennes internes qui ont vécu la souffrance de l'internat, une part de ces destins s'éclaire par l'explicitation de leur rapport à l'apprentissage et aux apprenti·es. Le réel du travail médical suggère, comme l'activité chirurgicale, un masochisme et un sadisme secondaire doté d'une désaffectation pour bien faire de la clinique hospitalo-universitaire ; en d'autres termes, pour se pencher au-dessus du corps du ou de la malade afin d'observer les symptômes et écouter l'expression des souffrances sans apporter d'emblée un réconfort et en masquant les douleurs qui émanent du rythme du travail. Parce qu'en plus, l'ensemble de ces activités est régi par une organisation et une surcharge du travail de plus en plus délétère pour la santé mentale et physique des soignants et des soignantes mais aussi pour la bientraitance des malades.

L'utilisation des termes « para-compagnon » est une expression créée pour ce travail de recherche et pour marquer le rôle important que les infirmiers et les infirmières ont dans l'apprentissage de la médecine. Les enjeux de coopération pendant le compagnonnage ne se limitent pas et ne sont pas réduits à la relation hiérarchique avec les médecins.

Un éthos alternatif à celui du sacerdoce médical existe et renouvelle le genre professionnel hospitalo-universitaire. L'éthos médical n'est pas figé, il évolue en fonction de celles et ceux qui, par le biais de la coopération au travail trouvent les ressources collectives pour le renouveler. Les médecins ayant participé à la recherche ont été volontaires pour réfléchir à leur compagnonnage. Il n'est pas impossible qu'ils et elles le soient aussi pour d'autres enquêtes visant à modifier leur relation à l'organisation du travail. L'éthos alternatif ne se réduit pas qu'au service de chirurgie investigué, les observations sont sûrement plus équivoques le concernant, mais des petits bouts d'explicitation de cet éthos existe dans toutes les rencontres, ne serait-ce que par l'accueil et l'engagement des équipes dans cette démarche de recherche doctorale.

Chapitre 5 : Le réel du travail des internes

Les 3 premiers services décrits et analysés dans ce chapitre sont : la neurologie, les urgences générales et les urgences psychiatriques. Au travers des descriptions des situations de travail des internes en médecine, il est question de mieux comprendre les situations du travail qui composent le réel du travail des internes en médecine et plus largement celui des équipes soignantes.

5.1 – La neurologie

5.1.1 – L'organisation du travail

Il s'agit de l'unique service de neurologie à vocation universitaire du département. La salle d'hospitalisation de ce service est constituée de 21 lits. L'espace est divisé entre 2 médecins responsables et deux internes. L'équipe soignante prend en charge des maladies apparentées aux pathologies du mouvement dont : Parkinson, « des myoclonies, dystonies qui sont des mouvements anormaux d'origines neurologiques, des dystonies : des contractures musculaires involontaires, ce sont des symptômes qui peuvent s'intriquer dans des spectres neurologiques qui sont relativement variés » (MN1). Mais aussi des maladies inflammatoires du système nerveux type sclérose en plaque, des épilepsies et des complications neurologiques sous-jacents à l'alcoolisme et aux toxicomanies. Le service ne prend pas en charge la pathologie vasculaire cérébrale car ce n'est pas leur domaine de compétence, d'autres hôpitaux d'autres départements s'en chargent. Ce service de neurologie « est souvent amené à prendre en charge des pathologies chroniques, des traitements pour essayer de contrôler l'évolution de la maladie ou des traitements pour essayer de contrôler le symptôme quand on ne peut pas contrôler l'évolution de la maladie. Le but c'est d'essayer de contrôler les maladies avec les moyens thérapeutiques qui existent » (MN1). Deux internes se partagent les lits du service en binôme avec deux médecins responsables. Le matin est réservé au staff, à la visite générale puis au suivi des patient·es.

Une fois par semaine ou en cas de nécessité, l'assistante sociale se joint au staff du midi qui devient « staff social » pour l'occasion. Le staff social envisage la continuité des soins pour les patients et les patientes (où les placer ? qui appeler ?). L'organisation du service de neurologie se prolonge au service de Soins de suite et de réadaptation (SSR) situé dans un autre bâtiment. Un poste d'interne et un poste de titulaire y sont dédiés pour une dizaine de chambres.

Plusieurs professionnel·les interviennent pour le service : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricien·nes, psychologues etc...

5.1.2 – Du savoir à la pratique : observation et confiance

Observer les mouvements : en neurologie, une bonne part de l'examen clinique consiste à observer le malade dans son mouvement afin de déterminer de façon minutieuse les signes de la maladie neurologique. En situation d'apprentissage, la médecin responsable le réalise avec les étudiants et les étudiantes présentes. Pendant la visite générale, MN2 demande au patient de marcher le long du couloir, ils et elles l'observent la marche, puis MN2 questionne sur leur diagnostic et la manière dont ils pourraient décrire sa marche.

« tonique... » est le terme exacte définissant son mouvement.

Cette observation ne se dirige pas uniquement vers le patient, les externes et l'interne orientent leur regard vers la façon dont la médecin interagit avec lui et accompagne le mouvement de la jambe lorsqu'il est encore sur le lit. La transformation du savoir en pratique passe par l'observation du geste technique, de la manipulation des membres et celui du mouvement.

Se faire observer :

Un peu plus tard dans la journée, un des patients en neuro, doit recevoir une injection de botox dans la jambe afin de décontracter les muscles de sa cuisse, et d'avoir une meilleure marge de souplesse pour lui mais aussi pour les gestes médicaux. IN2 demande au professeur ses disponibilités pour cet acte. Celui-ci lui fait comprendre qu'il peut le faire seul s'il le veut. L'interne insiste pour connaître ses disponibilités jusqu'à aller lui en parler de vive voix. L'échange rapide confirme que l'injection se fera à midi.

L'insistance de l'interne est un signe pour le professeur qu'il faut qu'il soit présent. L'interne ne dira pas qu'il ne peut pas réaliser cet acte seul. Le doute n'est pas énonçable. Cela est aussi valable entre internes :

En immersion en réanimation, en discutant dans le couloir, IH1 voit sa co-interne passée à côté, il la regarde. Leur regard se croise, elle lui dit « je vais poser un cathé à la chambre 12 », elle continue de marcher, en le regardant. Il la suit et me dit : « je vais l'assister sur le cathé ».

Pour l'injection de botox d'IN2, le professeur se libère pour être présent.

Le professeur descend au SSR et vient chercher IN2 dans le bureau des internes. Il tient des flacons d'acide botuliques et se dirige vers le poste de soin. Le professeur prépare la seringue. IN2 m'utilise pour montrer au professeur ses connaissances. Il m'explique dans un jargon médical incompréhensible, à quoi sert l'acide botulique et cette injection. Je suis surprise de ce changement de discours et du temps qu'il prend pour m'expliquer quelque chose qui intéresserait plutôt l'externe et les étudiants hospitaliers. Il parle bien haut et bien fort sûrement pour que le professeur l'entende en guettant quelques fois ses réactions. Il m'explique dans les détails le rôle de l'acide botulique et la manière dont ils vont l'injecter. Nous entrons dans la chambre du patient, ils aident le patient à se relever pour avoir accès à ses cuisses. Le patient est en short. Le professeur palpe l'endroit où les injections seront faites. Le professeur est à la droite du patient et l'interne à sa gauche. L'interne attrape fièrement la seringue, il s'agit de réaliser 4 piqûres de 5ml. Ils ne portent pas de gants. Le professeur place son index et son majeur en V en appuyant sur la cuisse pour délimiter l'endroit des premières piqûres. Les piqûres dans l'intérieure de la cuisse droite se passent bien. Puis, pour la cuisse gauche, ils ne se déplacent pas. Le professeur tente de trouver l'inclinaison pour situer l'endroit des piqûres, IN2 plante la seringue dans l'intérieur de la cuisse gauche et le patient a un spasme musculaire. Cela interpelle le professeur qui demande au patient si « ca va ».

La réalisation du geste technique est précédée d'un laïus jargoné pour bien montrer au professeur qu'il possède les connaissances scientifiques solides sur le botox et son injection. Mais il nécessite la présence et le regard du professeur. Pour avoir confiance, IN2 a besoin de ne pas le faire seul. Le médecin supervise l'acte en observant son geste.

En neurologie, se voir proposer la réalisation d'un geste technique au début de l'internat est une aubaine qui semble ne pas devoir se refuser. Accepter de le réaliser malgré la peur de l'erreur ou de ne pas savoir faire, est possible que si cela ne paralyse pas.

IN2 : « j'ai pas peur » », pour lui : « il n'y a rien de pire qu'un médecin paralysé par la peur », c'est « un médecin qui ne te donne pas l'assurance ». Pour lui, « c'est la mentalité de chacun et ça dépend de l'investissement aussi de chacun ». Il s'investit, va à la recherche des infos, et d'ailleurs le professeur le félicite pour cela.

Cette mentalité se construit sûrement à partir du caractère invincible de l'idéologie virile. Elle permet en situation de neutraliser la perception de la peur et de ses effets. Elle le permet de réaliser un acte assez engageant pour son semestre d'internat. Cependant, elle crée aussi une catégorisation de la réalité entre « ceux qui n'ont pas peur » et « celles qui ont peur » :

IN2 prend l'exemple de sa co-interne et me dit qu'elle est à son quatrième semestre d'internat et qu'il trouve que parfois elle est hésitante et que ce n'est pas bien. Il se compare à elle.

Et il n'hésite pas à me rendre cette fois-ci témoin d'une scène discriminante envers la praticienne hospitalière censée être sa responsable :

Au réfectoire le midi, il se vante d'avoir réalisé l'injection de botox, la laissant stupéfaite et interloquée, elle qui n'a pas été conviée à la formation par le professeur. Pour lui : « de toute façon, elle traîne un peu des pieds ».

Malgré tout, la croyance de l'interne en son invincibilité ne fait pas de lui un personnage confiant, elle le permet de ne pas être paralysé par la peur. La confiance émerge surtout grâce à la coopération avec le médecin pendant l'injection. En le supervisant par l'observation, il lui valide informellement la pratique de la technique et cela nécessite de dégager du temps pour cette supervision clinique.

5.1.3 – Réification et activisme

Extrait d'immersion 1

Journée d'immersion avec IN2, l'interne de second semestre, au SSR : service de soin et de réadaptation. C'est un service de rééducation faisant partie du service de neurologie mais se situant dans un autre bâtiment. J'arrive dans le service, l'interne est déjà présent il est sur le logiciel de l'hôpital et tape. Il me dit que c'est bientôt le moment du staff. Il m'explique que ce n'est pas des comptes rendus qu'il tape mais plutôt des synthèses de suivi, parce qu'il part en vacances et que début novembre de nouveaux internes arrivent. Les synthèses de suivi permettront à l'interne de mieux situer le parcours des patients qui eux, restent dans le service. Je lui demande si tout le monde le fait : il me dit, il ne sait pas mais pour lui c'est important pour le prochain semestre et les nouveaux internes. Il est méticuleux, il souligne, met en gras, et m'explique que ce qui est en rouge c'est ce qui est à suivre, à récupérer... comme les analyses. Il rajoute que depuis qu'il a pris sa

fonction d'interne, il a appris à taper sur l'ordinateur sans regarder le clavier. Il dit avoir acquis une nouvelle compétence.

Extrait d'immersion 2

IN1 s'installe devant un des ordinateurs du bureau, à côté de sa co-interne déjà assise face à un ordinateur. Il se tourne et vérifie le tableau sur lequel sont inscrits tous les patients par chambre et toutes les tâches à réaliser. Lui il s'occupe des 10 patients de la colonne de droite. Il passe en revue les petites cases à côté desquels sont notées : IRM, ECG, OPH... et quelques acronymes que je ne comprends pas. Ils parlent entre eux, et utilisent beaucoup d'acronymes. Les échanges sont rapides, presque automatiques, il n'y a pas de latence.

De façon fidèle à la représentation que nous avons de cette population, les internes sont très opératoires, l'activité des services demandent d'être efficaces sur les comptes rendus et les demande d'avis, les visites et cetera. L'informatisation est essentielle et bénéfique pour la centralisation des données et la communication inter et intra services mais c'est cela implique que les internes passent moins de temps auprès des patients.

Ce matin-là, avant la visite générale, IN1 lève la tête pour regarder l'horloge accroché au-dessus du bureau, puis interrompt l'écriture de ses compte rendus et l'interprétation des retours d'imagerie et part d'un pas haletant vers la chambre d'une des patientes dite « entrante » - puisqu'arrivée dans la nuit - pour l'ausculter :

Extrait d'immersion

IN1 est avec une externe et 2 étudiants hospitaliers. Il lui refait les tests de la vue, de Glasgow.... C'est une dame de 90 ans, qui n'a pas l'air de tout comprendre de ce qui se passe mais qui semble être en mesure de répondre aux questions. IN1 la salue en entrant puis il ne s'adressera plus à elle. Il lui touche la jambe gauche, pour vérifier quelque chose, puis il propose à l'externe d'en faire de même. Elle palpe la jambe de la patiente et tout de suite derrière les étudiants hospitaliers se sentent aussi autoriser d'en faire de même. IN1 s'en va en laissant une énigme à l'externe et aux deux autres : ils doivent trouver le souffle ou l'arythmie au cœur avec leur stéthoscope. Il part noter quelques informations supplémentaires sur l'ordinateur. Puis la visite générale commence. À l'entrée de la chambre, IN1 présente la patiente en donnant tous les détails de l'examen clinique ainsi que les circonstances de son arrivée dans le service hier soir ainsi que les évolutions

entre : l'examen réalisé ce matin et les éléments inscrits sur son dossier au moment du transfert.

Il s'agit pour IN1 de réaliser un examen rapide afin que les médecins aient les informations nécessaires pour l'auscultation de la patiente devant l'équipe un peu plus tard. Lors de la visite générale, la richesse des informations recueillies et transmises est un gain de temps pour le médecin responsable qui, une fois briefé, peut démarrer l'entrée en chambre avec une sollicitude, elle, inexistante au premier passage des étudiants et des étudiantes.

Les coopérations avec le·la médecin et l'infirmier·ère sont garantes d'un environnement favorable aux malades et à l'apprentissage pendant le soin. Pendant cette rapide visite et en l'absence du médecin-compagnon et d'infirmier·ères, censé·es guider et encadrer la relation avec la patiente, de même que son confort ; le corps de la patiente est totalement rendu objet de l'enquête clinique. La réification de la patiente signale une posture défensive. Elle sert de défense aux représentations de la patiente (Lhuilier, 2007, Schalk, 2017) entre autres, le sentiment d'impuissance vis-à-vis de son état de dégradation physique. Un autre facteur accentue la déshumanisation, l'interne n'a pas le temps de discuter avec la patiente et les étudiant·es, il doit référencer son examen clinique sur un temps court. La réification permet de mettre de côté la relation à la patiente afin d'être efficace lors de la présentation de la patiente à l'équipe lors de la visite générale.

5.1.4 – Opératoire et désaffectation

L'interaction avec les autres est dirigée par l'opératoire et désaffecte les relations intersubjectives. L'activisme qui guide l'opératoire, appauvrit les ressources créatrices et psychiques. Et la sortie de l'activisme vers une situation intersubjective et potentiellement conflictuelle est évitée.

Extrait d'immersion

Je n'arrive pas à suivre ce que IN1 fait sur le logiciel. Il clique et tape vite, assez machinalement. Je ne sais pas si c'est pas habitude, pour ne pas perdre de temps ou pour ne pas oublier la tâche qu'il a à faire ensuite. Il ne s'est pas arrêté depuis sa prise de service. Enfin je le vois qui tape une demande d'avis psy. Je connais ces demandes car je les ai beaucoup vu pendant les immersions en psychiatrie. Je le questionne sur cet avis psychiatrie.

Il me dit que la dame a des délires, et qu'hier quand ils l'ont vu, elle a eu une crise de panique et qu'il a fallu du temps pour la calmer. La patiente semble avoir des délires et des hallucinations depuis très jeune. Ils ne comprennent pas sa langue et son mari semble dire que cela se passe lorsqu'elle prie. IN1 m'explique qu'il y a parfois un lien complexe avec les psychiatres qui considèrent que certaines pathologies sont uniquement du ressort des neurologues. Il est vrai que j'ai retrouvé ce questionnement avec les psychiatres, qui étaient agacés que les neurologues les appellent pour des symptômes liés à des lésions neurologiques.

Or pour IN1, il semble important de pouvoir travailler avec les psychiatres pour prendre les pathologies, que ce soit symptômes et physio en équipe.

L'AS arrive pour le staff social. Elle presse IN1 et lui demande ce qu'il fait, il explique qu'il attend les seniors. Il y a un moment de doute sur qui commencera le staff : IN1 ou sa co-interne. L'AS est agacée parce que le temps passe et qu'elle prend sur sa pause pour cette réunion. C'est sa co-interne qui commence. IN1 reste à l'ordinateur et peste parce qu'il en a marre de l'assistante sociale qui le prend me dit-il « pour sa secrétaire ». La psychiatre arrive. On se reconnaît, on se dit bonjour. IN1 lui explique le dossier de la patiente. Il lui transmet les infos rapidement et lui explique ce qui lui amène à demander un avis psy. Du couloir l'AS crie « Alors IN1 ! tu viens ?! ». IN1 s'arrête de parler avec la psychiatre de liaison, il se lève et va s'asseoir dans la salle d'à côté pour le staff social. La psychiatre est mécontente, elle réouvre la porte et lui explique que ça ne se fait pas, qu'il doit continuer leur échange et qu'elle a besoin des informations pour aller voir la patiente.

La scène est surprenante, l'automatisme avec lequel IN1 se déplace est impressionnant, il coupe une tâche, se remet à faire une autre, puis reprend la précédente.

En voyant la psychiatre, il lève la tête, dit oui vivement et s'exécute. Il ressort de la salle, se rassoit à son bureau, fait un geste avec ses mains en fermant les yeux pour signifier qu'il se remet dans les transmissions. La psychiatre est outrée de sa réaction subite. IN1 se remet à lui expliquer calmement la situation de la patiente tout en précisant que les informations qu'il lui donne sont écrites dans le dossier auquel elle a accès. Il continue l'échange. Puis le conclue. Et repart plus calmement dans la salle d'à côté.

Il rattrape les discussions de la réunion comme s'il y était depuis le début et raccroche au sujet avec une aisance tout aussi impressionnante que son activisme.

Le staff social se termine, l'AS sort. IN1 explique son départ soudain aux seniors et ceux-ci lui disent « mais tu sais on pouvait le faire sans toi »

Pour l'internat, la demande d'avis qu'il a tapé ce matin doit l'épargner de cet échange avec la psychiatre. La pensée et la conduite opératoire en tant que stratégie individuelle de défense amène à lisser les situations et à les traiter de façon opératoire : en les enchaînant sans différence les unes aux autres. L'activisme permet de ne pas avoir à traiter :

- le conflit avec la psychiatre de liaison
- les interruptions incessantes de l'assistante sociale
- l'effet de ma présence en tant qu'observatrice et témoin de la scène (un point abordé plus loin)

La sortie de cet activisme est certes un péril pour l'équilibre psychique, c'est-à-dire tout ce qui, de ce qui n'est pas traité et donc mis en reste, de côté.

Par ailleurs, l'organisation du travail des internes brassant l'accueil des professionnel·les externes en même temps que l'activité interne aux services ne laisse que très peu de marge de manœuvres et les maintient dans cet activisme. La pensée est efficiente et le corps doit s'auto-discipliner, autant de conduite visant à répondre du rythme de travail sans se laisser parasiter notamment par les effets du corps-à-corps avec la patiente, du tête-à-tête avec la psychiatre de liaison, mais aussi les effets de son corps propre : « on ne boit pas, sinon il faut aller faire pipi » (IN2).

La masochisme secondaire est imposée par la surcharge de travail dans les services à l'hôpital. Il est aussi renforcé parce qu'aucune pause ne semble possible. Le trajet pour aller chercher le déjeuner occasionne un moment d'évasion et d'échanges légers, lorsqu'il n'est pas délégué aux co-internes de récupérer un second sandwich. Par ailleurs, le déjeuner se déroule pendant un séminaire du service ou une réunion d'équipe. Et concernant cette journée d'immersion avec IN1 qui a démarré à 7h30, les internes finiront à 21 heures car la journée de travail se poursuivra par un cours dispensé par le professeur du service.

Même si la journée de travail au sein duquel les activités se sont enchaînées les unes après les autres sans réellement de temps de pause, le cours avec le professeur est une sorte de huis clos au sein duquel, comme les ingénieur·es : « l'affiliation au groupe apporte un réconfort, même si le groupe n'est d'aucun secours d'un point de vue opératoire [pendant le cours] les membres du groupe vivent ensemble et simultanément un même processus d'accès à l'identité, dans un contexte de travail » (Lhuillier, 2007, p.171) qui tend à les réassigner au statut d'apprenti. Les cours en groupe sont une nécessité sur le plan psychologique, c'est sûrement et aussi pour cela que les internes n'hésitent pas à rallonger leur journée de travail, déjà longue, de quelques heures supplémentaires sources de réconfort.

5.2 - Aux urgences générales

Les internes sont souvent en autonomie aux urgences, et doivent apprendre à s'organiser au mieux dans un contexte hospitalier difficile et une organisation du service parfaitement fidèle à l'idée que l'on peut se faire des urgences débordées. L'attente y est longue, pourtant les équipes soignantes à l'arrière s'active constamment à pallier aux contraintes majeures de leur organisation du travail.

5.2.1 - Organisation du travail et spatiale

L'espace de travail des urgences de cet hôpital est nommé « le bocal » en hommage à sa configuration spatiale. Le bocal est composé d'un espace d'accueil fermé pour l'entretien avec l'IAO (l'Infirmière d'accueil et d'urgence), d'une salle d'attente, d'une salle de déchoquage. Deux couloirs exigus se rejoignant en T servent de bureaux pour les médecins, les internes et le personnel infirmier. Le bureau des médecins constitué de 3 ordinateurs alignés les uns à côté des autres, semble improvisé dans le premier couloir servant aussi de lieu de passage entre la salle de déchoquage et les paillasses de travail des internes, des infirmiers et des infirmières. Ce second couloir fait cohabiter la pharmacie avec les dossiers et l'armoire cadenassée stockant les effets personnels des malades nécessitant un déshabillage. Un troisième couloir contourne le bocal et sa traversée donne accès aux salles d'exams médicaux nommés « box », à la salle d'isolement, puis à la salle de radiologie, aux chambres de garde ainsi qu'aux autres bureaux dont celui des psychiatres. Le couloir mène à l'HDJ (l'Hôpital de jour). Le service est aussi nommé « cour des miracles » par les équipes soignantes, en raison de la violence des conflits au sein de la population urbaine. La partie du bocal est collectivement vécu comme l'espace clos qui protège. Néanmoins, les travaux de réparation de la porte automatique tardent et insécurisent l'espace d'accueil interne. D'étroits liens de coopération se

tissent avec les hommes de la sécurité pour pallier aux risques inhérents à ces conditions de travail très délétères.

Les patient·es en salle de déchoquage sont les plus urgent·es. Les internes auscultent et procèdent aux demandes d'analyse en réservant d'abord un box pour préserver l'intimité et la confidentialité des consultations si l'urgence n'est pas prise en charge au déchoquage. Ensuite, il faut réaliser les demandes d'analyses et émettre les demandes d'avis aux autres professionnel·les, puis attendre leur passage et leur compte rendu pour envisager les suites. Lorsque les résultats d'analyse arrivent sur le logiciel, les internes doivent les lire, les interpréter et procéder à l'écriture du compte rendu d'analyse. En fonction des avis ou des examens cliniques, les demandes d'imagerie doivent être émis. Les prescriptions immédiates ou au moyen terme sont marquées. Puis au fur et à mesure de la prise en charge, il faut envisager le diagnostic, le traitement et les suites (transfert interne, externe ou sortie). Les transferts sont conditionnés par la disponibilité des lits dans les services et les capacités d'accueil des autres centres hospitaliers.

Même si ces descriptions suivent un ordre chronologique, en réalité, ces activités s'entrecroisent pour une quinzaine de patient·es en salle, tout autant en attente, et en HDJ :

« le rythme des urgences il est speed t'as t'as pas mal de pression quand même mine de rien parce qu'il y'a beaucoup de patients tu dois gérer plusieurs cas qui sont différents en même temps, en même temps sur la seniorisation des chefs qui sont présents c'est pas le même management, t'en as certains qui augmentent la pression qui te l'alourdisse t'en as d'autres avec qui c'est beaucoup plus cool et plus agréable de travailler » (IM1)

Les médecins titulaires interviennent surtout en déchoquage et sur certain·es prescriptions et avis. Mais les internes ont en charge les patient·es qu'ils ou elles examinent jusqu'à leur sortie du service. 4 internes sont présent·es en journée.

5.2.2 – Des cases à ne pas cocher

Galam et Multon, s'intéressent aux « désaccords entre internes de médecine générale et seniors et les soins aux patients » (Galam & Multon, 2016). Selon ces médecins, les situations de désaccords et de conflits entre internes et seniors ainsi que leur gestion et les stratégies des acteur·rices éclairent ce qui est silencieux dans la transmission de la médecine. La revue de littérature exclusivement anglo-saxonne fait appel aux travaux qui traitent de la corrélation entre

la prévalence des erreurs médicales, le sentiment de d'insatisfaction et la diminution des performances avec l'existence des conflits dans l'équipes. À son tour, entre 2011 et 2013, il réalise une étude qualitative par entretiens semi-directifs avec des *focus group*. Les analyses font émerger l'existence de désaccords liés au conflit d'identité où l'interne se sent sous-estimé-e par le ou la senior et attaqué-e dans son « identité de soignant en formation ». Les désaccords s'agrègent aussi autour des décisions concernant les patient·es en fin de vie.

En immersion aux urgences générales, j'observe un médecin sénior parler très vivement à l'interne en pointant l'écran de l'ordinateur du doigt. Elle le sermonne sur les cases qu'il a cochées pour les demandes concernant un patient présent. En entretien, cet interne m'explique la situation de travail :

A quelles difficultés te confrontes-tu ?

IM1 : Là aux urgences c'est vrai que j'ai plus de difficultés que j'en avais au cabinet. Aux UR on a plusieurs chefs différents et chaque chef à sa façon de travailler tant sur son fonctionnement pas émotionnel mais sur son comportement, sa personnalité, que sur sa façon de travailler médicalement parlant. Tu as des séniors, des chefs qui vont avoir une facilité à prescrire certains examens même si ce n'est pas recommandé et qui pour éliminer tous risques vont faire des choses assez larges et d'autres chefs qui vont se limiter au nécessaire et le fait que tu travailles avec un chef qui va avoir une vision plus large si jamais tu adaptes cette façon de travailler avec un autre chef tu auras un retour qui sera plus ou moins négatif. Dans le sens où il va te dire "nan mais pourquoi tu as fait ça, c'était pas la peine de faire tout ça" [...]. Par exemple. Tu as des chefs qui vont te dire de sélectionner certains examens quand même, parce qu'on ne sait jamais s'il va passer au bloc et tu as des chefs comme elle qui vont te dire "pourquoi t'as fait ça, à quoi ça sert?"

Comment as-tu réagi à cela ?

IM1 : Chacun a sa façon de travailler "sa philosophie de travail".

Et qu'est-ce que tu mets en place pour faire face à cette différence de pratiques ?

IM1 : La seule chose que tu peux vraiment mettre en place c'est de savoir comment chacun travaille. Par exemple quand quelqu'un fait une crise cardiaque, un infarctus du myocarde, tu dois faire un électrocardiogramme, un tracé électrique qui va t'indiquer le fonctionnement du coeur mais tu as aussi les éléments à la prise de

sang que tu peux objectiver, qui va objectiver une vraie souffrance du coeur. Mais certains chefs vont te dire : "tu as une douleur dans la poitrine avec un ECG normal, tu ne vas pas faire la prise de sang parce que c'est pas nécessaire parce que le tracé électrique parle" et d'autres chefs qui vont t'allumer parce que tu n'auras pas prescrit cette troponine, cet élément de la prise de sang en te disant "il a une douleur thoracique, l'ECG tu peux ne pas voir des choses donc tu fais quand même une tropo" alors que si jamais tu as un tracé électrique qui est strictement muet, c'est vraiment dans une très grande minorité de cas que tu vas avoir un vraie infarctus du myocarde avec un électrocardiogramme complètement normal, d'aspect normal. Tu peux avoir cette divergence-là. Et sur ça par exemple y'a un chef avec lequel je ne ferai pas de troponine si jamais j'ai un tracé strictement normal et une autre chef avec qui je vais le faire.

Ces différences de pratiques sont considérées comme un avantage et sont sources d'apprentissage lorsqu'elles concernent le passage d'un service à un autre, d'une équipe médicale à une autre. C'est d'ailleurs, un fondement de l'itinérance des métiers du compagnonnage que d'apprendre au contact des différences de pratiques. Or dans cette situation précise, les médecins semblent en divergence sur les protocoles. Ces écarts de façon de faire la médecine au sein d'une même organisation du travail, ont des conséquences non négligeables sur le quotidien de travail des internes. De son côté, IM1 apprend à se rendre discret vis-à-vis des contradictions dans les pratiques. Considéré comme une erreur, son acte devient répréhensible, l'interne est contrarié dans le choix de sa pratique et subit un sermon public. Les premiers motifs de conflits entre internes et seniors se forment autour de la prise en charge thérapeutique des patient·e·s et la demande d'examens complémentaires. Comme *stratégies pour éviter le conflit*, (Galam & Multon, 2016) les internes se taisent en raison du respect et de l'ancienneté du ou de la médecin et de la courte temporalité de leur passage dans les services. Mais aussi pour préserver une évaluation de passage positive dans le service. Selon les internes, en situation de désaccords, les seniors font appel à leurs expériences cliniques, aux habitudes du service, à des arguments économiques et à des stratégies d'humiliation. Les résultats montrent que les internes en fin d'internat évitent les situations de désaccords en prenant en charge les patient·es sans automatiquement se référer aux seniors.

Les choix qu'IM1 opèrent en situation sont en partie conditionnés par la coopération hiérarchique avec la médecin. Il finit par pratiquer en fonction du ou de la médecin avec laquelle il travaille et parfois par se tromper-

5.2.3 – Affects et activisme

Extrait d'immersion

Nous allons voir une patiente pour une consultation. Elle est tombée et se présente aux urgences pour des examens. IM4 réalise les tests réflexes de façon automatique cela dure 3 minutes. Puis il quitte le box d'un pas rapide et explique à la dame qu'il reviendra vers elle. Lorsqu'il écrit son compte rendu je lui demande ce qu'est une chute mécanique. D'abord il m'explique la chute vagale puis la chute épileptique... pour arriver à la chute mécanique : « ses chaussons se prennent dans le tapis et elle tombe ». Puis il se lève de la paillasse et part. Je le suis sans comprendre les raisons de son déplacement. Plusieurs fois il s'arrête au milieu du trajet et réfléchit. Le médecin sénior le croise et lui dit : « n'oublie pas que tu as la patiente en salle de déchoquage, un cas hautement plus important que ce que tu es en train de faire ». Il ne répond pas, semble concentré dans ses pensées. En fait, il se rappelle qu'un patient l'attend à l'entrée. Il fait demi-tour et se dirige vers la salle d'attente. Il a rencontré ce patient il y a dix jours aux urgences : il a eu un accident le jour de son mariage, il n'avait pas pris d'arrêt maladie car son patron lui en avait donné pour le mariage. Comme il ne s'est pas marié, il n'a plus droit au congés. Il revient aux urgences pour un arrêt de travail rétro-actif. L'interne repart voir les séniors, ils sont catégoriques : « c'est non » et lui explique que dans l'état actuel des choses c'est du plein grès du malade, c'est lui qui n'est pas allé au travail. Il a la confirmation que ce n'est pas possible et prescrit un arrêt de travail avec les bonnes dates. Le médecin qu'on a croisé plus haut se moque du patient et rappelle à l'interne d'un air dédaigneux que ce qu'il fait n'est pas important. IM4 continue de remplir l'arrêt. Il repart voir le monsieur en salle d'attente, lui tend l'arrêt de travail et lui réexplique que c'est impossible d'antidater l'arrêt. Il lui demande pourquoi il n'a pas appelé son médecin traitant puis il reste quelques secondes à ses côtés. Enfin il s'excuse et se dirige d'un pas rapide vers la salle de déchoquage pour examiner la patiente en attente. Il touche la patiente pour vérifier qu'elle ne soit pas raide ou n'ait pas d'œdème. Il m'explique ce qu'il recherche : « il y a un tirage musculaire en cas de difficulté respiratoire », parfois il dit à haute voix ce qu'il est en train de faire, il dit

ensuite ce qu'il vient de faire et ce qu'il a à faire. Le médecin responsable est à côté et l'observe attentivement.

En vertu des règles encadrant la prescription d'un arrêt de travail et compte tenu du retard de demande du patient, les médecins avaient sûrement déjà émis à l'agent d'accueil de l'IAO un refus d'accéder à la demande du patient lui dirigeant vers son médecin traitant. IM4 l'a reconnu, en passant de l'HDJ à l'accueil, il s'est resitué son parcours aux urgences et s'est rappelé qu'il l'avait lui-même pris en charge. IM4 décide de vérifier avec les médecins les possibilités d'accéder à la demande du patient, à la confirmation du refus catégorique, il décide quand même de prendre la liberté de lui prescrire un arrêt de travail daté du jour-même.

Si IM4 ne s'était pas occupé de cet ancien patient, il aurait dû reprendre rendez-vous chez son médecin traitant et il semblerait que la barrière de la langue n'ait pas permis à ce patient de comprendre l'entière des nuances entre les congés et le l'arrêt maladie lorsqu'une prescription lui a été proposé le jour de son accident. Dans la division du travail aux urgences, les internes s'occupent de la salle, de l'entrée et de l'examen des malades, dans certaines situations, il semblerait qu'ils et elles soient moins défensif·ves que leurs aînés en situation de travail.

En psychodynamique du travail, toute conduite a toujours une raison d'être (Dejours 2016). D'un point de vue de la coopération hiérarchique, l'interne ne respecte pas ce que les titulaires attendent de lui. Son rapport subjectif à la situation le pousse à s'occuper d'abord de ce patient en attente puis ensuite de la dame au déchoquage déjà sous la surveillance du médecin responsable. Or, à l'endroit même où les médecins opposent un refus d'accès à la demande de l'ancien patient, l'interne fait sûrement preuve de souplesse et de compréhension. Cette façon un peu zélée de transgresser les règles de travail, notamment l'ordre de prise en charge des malades, témoigne que les conduites opératoires de l'activisme des internes peuvent laisser émerger certains affects liés à la résolution de la situation. IM4 a de l'empathie pour ce malade.

5.2.4 – Kairos et débrouille : deux exemples de l'ingéniosité en situation d'urgence

La patiente agitée

L'une des caractéristiques de l'intelligence pratique, c'est son ingéniosité. Elle s'oriente vers l'économie d'effort : « obtenir le plus et le mieux pour la moindre dépense d'énergie » (Dessors, 2009 p.64). Une épargne à comprendre du côté du corps et de la souffrance mais aussi de la maîtrise des imprévus émanant des conditions de travail. La situation de travail suivante est l'une des seule qui réunit une bonne partie de l'équipe autour du ou de la patiente.

Monopolisant souvent tout l'espace de l'IAO et ralentissant fortement l'activité de tout le service. Le protocole commence obligatoirement par l'étape suivante : déshabiller le ou la patiente en évitant le plus possible les sangles de contention.

Le DECT sonne et l'interne est appelé à l'IAO en renfort pour une patiente agitée amenée par les pompiers. Elle ne veut pas se déshabiller et refuse l'auscultation comme le protocole le préconise. L'équipe présente à l'IAO souhaite la « contenir » et ont besoin de la psychiatrie. En arrivant la dame est habillée, assise sur une chaise, elle tient fort son sac entre ses jambes et ses mains. Les voix s'élèvent, les aides-soignantes et les infirmières essayent de lui faire comprendre qu'il faut qu'elle se déshabille, elle les insulte et refuse catégoriquement de le faire car elle est formelle : elle n'a pas besoin d'aide et de soins. L'interne de psychiatrie lui dit bonjour et se présente en lui tendant la main. Il a un autre timbre de voix. Elle lui dit qu'il a bien une tête de psychiatre. L'équipe présente rigole et lui dit avec complicité que ce n'est pas un compliment. Il réplique qu'il est bien content s'il a une tête de psychiatre, que c'est rassurant. Il lit l'ordonnance du docteur. Elle lui explique que ce sont ses enfants qui ont appelé les pompiers et qui l'ont obligé à venir, ses explications sont ponctuées d'insultes et de propos haineux envers les pompiers qui ont défoncé sa porte. Ses enfants ne la respecteraient pas et ne prendraient pas soin d'elle. Pour elle, l'équipe présente n'a pas à l'obliger à être là et à se déshabiller. Deux hommes de la sécurité entrent au même moment. Ils sont vêtus de noir et identifiables par le brassard orange fluo. La patiente menace de porter plainte contre tout le monde. Les ceintures de contentions sont sorties, le lit est préparé et une aide-soignante le rapproche d'elle. Les hommes de la sécurité mettent des gants. J'observe la scène et je ne sais pas où me mettre, j'imagine un acte brusque, cette dame est agitée en partie par les circonstances un peu violentes de la prise en charge. Mon regard va vers les deux hommes de la sécurité, qui sont prêts et semblent savoir à l'avance ce qu'ils auront à faire. La dame continue de s'expliquer, l'interne lui explique, à son tour, qu'il est de leur devoir de l'examiner et qu'il est important pour elle de se déshabiller. Il rajoute que ce processus peut se passer calmement avec son consentement mais qu'ils sont aussi autorisés à utiliser la force pour la déshabiller. La discussion entre l'interne et la patiente est coupée par l'équipe qui a tour de rôle hausse le ton pour argumenter les mesures du protocole et en finir. Le ton utilisé ne semble pas

calmer la patiente, il entre en contradiction avec celui de l'interne et sape tout le travail pour la calmer. L'interne reprend ce qui a déjà été dit, les reformule et tente d'apaiser le ton pour calmer la patiente.

Les échanges sont brouillés par une aide-soignante qui m'explique que cette dame dit peut-être la vérité et que c'est possible que ses enfants aient voulu l'interner « pour l'argent, pour se débarrasser de leur mère ». Elle rajoute qu'elle a déjà vu des cas comme cela et qu'il est possible que cette dame dise vrai. Elle me parle tout en préparant le sac pour y placer les affaires de la patiente à l'intérieur. Un sac de poubelle marron est utilisé pour réunir les effets et les vêtements des « patients psy ». Son geste est automatique. Pendant qu'elle m'explique cela la patiente se lève et décide de se diriger vers la porte de sortie. L'interne l'empêche et c'est à ce moment que toute l'équipe se mobilise pour la coucher sur le lit et l'obliger à enlever ses vêtements. La dame se débat, explique que cette situation est humiliante et qu'elle ne veut pas se déshabiller. Elle est contrainte. L'équipe essaye de la déshabiller. Elle dit être capable de se déshabiller seule. Elle se débat et cède. Elle se dirige en colère vers le paravent prévu à cet effet. Puis, elle se place sur le lit, les deux médecins discutent ensemble. L'un lui explique que si elle reste tranquille il ne voit pas l'intérêt de la « contentionner ». Ils lui expliquent que tous les deux travaillent ensemble pour la soigner et qu'ils prendront « des décisions, si décisions il y a à prendre ensemble ».

Chacun a un rôle à jouer et le fait « à partir de ce qu'il ressent [...] l'intelligence pratique fonctionne donc à l'inverse de la manière dont sont conçus la formation : ici, c'est d'abord la réalité ressentie et après seulement la théorie » (Dessors, p.64). Dans l'accueil de la patiente agitée l'aide-soignante agit à partir de son intuition, en parlant de la situation elle tourne le dos à la patiente en me parlant mais elle sait à quel moment elle devra intervenir. L'intelligence pratique porte en elle la connaissance du moment opportun : *le kairos*.

Le *Kairos* – le concept ébauché d'Aristote

Si la *phronèsis* est développée dans la sixième partie de l'*Ethique à Nicomaque* (Aristote & Bodeüs) : « les vertus intellectuelles » et définie comme capacité à délibérer. Le *kairos* est utilisée de façon moins développée pour catégoriser « le temps opportun ». : « *pour juger l'opportunité, il y a dans la guerre, la connaissance stratégique et, en matière de maladie, la médecine ; et pour juger de la mesure, il y a en nutrition, la médecine et en matière d'efforts, l'éducation physique* » (*ibid*, p.61).

Moutsopoulos (1985) montre que pour Aristote, la temporalité est restructurable par le *kairos* comme « domaine précis de rencontre de la temporalité même et de la pensée qui s'y réfère » (p.226) :

« La conscience intentionnelle est en mesure de fixer d'avance son objectif, et de le mettre en valeur une fois « le bon moment arrivé », afin que l'action puisse s'achever en coïncidant avec celui-ci, c'est-à-dire de manière heureuse et selon les prévisions optimales, pour engendrer le meilleur effet possible. Du coup, effet et durée de toute éventualité négative se trouvent être minimalisés. Ainsi le *kairos* devient, selon Aristote, sinon une mesure en soi, du moins l'affirmation d'un applicabilité fonctionnelle, mesurable et mesurée, de l'intentionnel à l'objectif, dans les limites du champ d'activité de la conscience » (*ibid*)

Pour Jousset (2014), la *kairologie* est un héritage non réellement conscient d'Aristote. C'est un « savoir décider selon le temps opportun qui peut être celui de l'agir comme du non agir, du combat comme de l'abandon ou laisser être » (p.133). Le *kairos* fait partie de l'intelligence pratique, celle déployée par les travailleurs et les travailleuses en situation, et appartient à tous les genres professionnels.

Nous verrons un peu plus tard que la coopération déployée entre les psychiatres et médecin des urgences fait l'objet de modalités défensives pour traiter de la souffrance issue des contraintes de l'organisation du travail. Ces conduites défensives produisent à leur tour de l'isolement et de la souffrance en même temps qu'elles témoignent de la coopération entre les deux services.

La panne numérique

Extrait d'immersion

Le logiciel informatique plante, j'assiste à la mise en place d'un géant mur de post-it. 3 espaces sont recréés : les boxes, la salle de déchoquage et les patient et les patientes en radio. La répartition du travail est redistribuée : les aides-soignants et les infirmiers s'occupent de créer des post-it pour chaque patient, les médecins s'occupent de redessiner le tableau au marqueur (entrée, sortie, box, imagerie...) pour suivre le parcours de soin de chaque patient (traçabilité), les internes continuent les consultations et les infirmiers et AS font le lien avec eux pour la mise à jour des prescriptions et les éventuelles demande d'avis.

Malgré la rudesse des conditions de travail dans ce service d'urgences générales, l'équipe médicale trouve au sein des coopérations une ressource collective, pour faire face à cet imprévu. Ils et elles se débrouillent. Lors de cette activité, les coopérations verticales changent de pôle, ce sont les infirmières et les aides-soignantes qui donnent les consignes aux médecins. La construction d'un logiciel matérialisé bouleverse l'ordre hiérarchique. Cette panne brusque rajoutant de l'adversité aux conditions de travail, témoigne de l'ingéniosité des travailleurs et des travailleuses pour continuellement faire face à l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Or il faut continuer le travail en évitant que cette panne se répercute sur la prise en charge des patient-es. Pendant ce temps-là, une bonne partie des activités médicales de la prise en charge est réalisée par les internes.

« La première caractéristique de cette intelligence pratique est, du point de vue psychique, d'être fondamentalement enracinée dans le corps. Nombre des trouvailles extraordinaires et des ajustements ordinaires dans l'organisation du travail et dans la prévention des incidents passent par la sollicitation des sens alertés par une situation ou un événement rompant l'habitude ou occasionnant de l'inconfort (ou du déplaisir) » (Dejour, 2016, p.177) :

L'ingéniosité au travail se dote d'une connaissances pratiques des situations, les internes ici sont les principaux représentant-es de l'interface avec les patients et les patientes. C'est vers elles et eux que les médecins et les infirmier-ères se tournent pour compléter l'état de chaque dossier. Lors du déploiement de cette scène chorégraphiant l'ingéniosité de l'équipe, un moment de travail ludique s'observe. Paradoxalement, les ordinateurs sont obsolètes et cette

nouvelle activité éclaire le fonctionnement collectif. Il a été possible d'observer la coopération alors qu'avant cela, face aux ordinateurs, les médecins et les internes tournaient le dos aux couloirs. La matérialité de l'interface a rendu plus matérielle et visible la coopération au travail.

Le caractère urgent d'une situation alerte sur la nécessité d'agir vite, sans délai¹⁰⁰.
Considérant la dernière urgence adressée à l'équipe en situation :

-celle de rétablir une interface matérielle à la panne numérique, et compte tenu des énergies vitales et de l'ingéniosité que les équipes déploient jour et nuit pour combler l'écart entre le prescrit et le réel de plus en plus démunies de conditions de travail sereines ; on peut y ajouter une seconde urgence cette fois-ci adressée aux dirigeant·es de cet établissement :

-celle de rétablir des conditions de travail convenables et protectrices pour les équipes des urgences de ce centre hospitalo-universitaire. D'une part parce qu'il en va de la santé mentale au travail des soignant·es mais aussi de leur sécurité physique et de celle des malades.

5.3 – Concernant les urgences psychiatriques

5.3.1 – Le travail prescrit

Selon le circulaire n°39-92 PE/DSG 3 C du 30 juillet 1992, l'organisation des services des urgences psychiatriques doit « mettre en œuvre une réponse psychiatrique efficace dans les pôles d'accueil des urgences [...] ». La prise en charge doit être rapide et appropriée car « de la qualité de la réponse » dépend l'évolution de la situation et les conséquences sur « l'environnement familial, professionnel et social ». Enfin, les rôles de l'équipe psychiatrique sont les suivants :

- auprès des patients et de leur famille, pour évaluer, s'il y a lieu de traiter immédiatement, orienter et informer ;
- auprès des autres personnels des urgences par un travail de formation en fonction des problèmes rencontrés ;
- et enfin pour faciliter l'articulation étroite entre cette prise en charge organisée au niveau des services des urgences et le dispositif habituel (secteur psychiatrique, psychiatres libéraux, médecins généralistes, services hospitaliers...) afin d'organiser la continuité des soins ou de s'y inscrire (p.5).

¹⁰⁰ <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/urgence>

Le circulaire divise en 3 catégories¹⁰¹ les états pathologiques aux urgences psychiatriques : l'urgence psychiatrique par décompensation, « les urgences mixtes » recoupant des manifestations organiques et psychiatriques (tentative de suicide, délirium tremens) et « les états aigus transitoires ». L'orientation vers les urgences psychiatriques peut-être volontaire, ou à la demande d'un tiers (famille, médecin, instances judiciaires etc...). Dans le deuxième cas, l'hospitalisation se fait sous contrainte. Le travail des équipes des urgences psychiatriques consiste donc à réaliser un examen optimal permettant l'évaluation de l'état des malades se présentant dans le service afin d'émettre un avis de sortie ou non et d'envisager la continuité des soins. Cela nécessite un protocole d'accueil des patient·es prenant en compte les voies possibles pour réduire les états d'agitation en situation. Ensuite, chaque entretien avec chaque malade se présentant aux urgences psychiatriques doit permettre d'évaluer si celui-ci ou celle-ci est un danger pour lui·elle-même ou pour autrui. Et enfin si, il ou elle est en mesure de sortir de l'hôpital et de se présenter de façon autonome aux soins en institution si un accompagnement et un suivi sont préconisés ou complètent les soins actuels.

5.3.2 - Le travail tel qu'il se réalise

Les vacations aux urgences psychiatriques sont réalisées par les internes et les médecins psychiatres du service de liaison, d'addictologie ou de psychiatrie enfant et adolescent. Les internes et les médecins se partagent des plannings de demi-journée voire de journée en fonction des autres activités en poste dans l'hôpital dédiées plutôt à la consultation et au suivi de patient·es. La garde commence à 18h30 et termine à 8h30. Les gardes les week-end sont majoritairement réparties entre les médecins. La passation du DECT et les transmissions dans le bureau des psychiatres aux urgences marquent le relai dans le travail. En général, les transmissions se réalisent dans le bureau de psychiatrie aux urgences. Le lundi matin est dédié au « staff », il se déroule dans une salle de réunion annexant les urgences. Le « staff » réunit les internes, les psychiatres, l'infirmière de liaison ainsi que la psychologue du personnel. Le médecin responsable des urgences psychiatriques régule la séance. En fonction des besoins, et en début de séance, le psychiatre quittant la garde aborde les cas entrants nécessitant une discussion générale. Ensuite, l'équipe discute des sujets qui nécessitent un temps de délibération en commun : les patient·es qui n'ont pas encore été transféré·es, la collaboration avec l'équipe médicale et paramédicale des urgences générales notamment la charge de travail en l'absence de poste d'infirmier·ère psychiatrique et de psychologue ainsi que les répercussions sur la

¹⁰¹ Catégories provenant du rapport du professeur Steg (1989) pour le conseil économique et social.

surveillance et le traitement des patient·es agité·es. La contention et le déshabillage des patient·es occasionnent de long questionnement éthique non résolue et fréquent confrontant la nécessité d'un protocole d'accueil et de suivi permettant de « ne pas perdre les patient·es », aux considérations sur le respect de la dignité humaine lors des prises en charge. Il n'existe pas de poste de psychologue et d'infirmier·ère psychiatrique aux urgences. En pratique, la surveillance des patient·es revient aux infirmier·ères des urgences générales non formé·es à la prise en charge psychiatrique.

L'interne est souvent dans le bureau des psychiatres ; on y trouve principalement un ordinateur, une imprimante et une armoire. Lorsque l'interne commence la vacation, les transmissions sont plutôt rapides, elles récapitulent les points de vigilance et surtout les attentes de réponse des établissements psychiatriques de secteur censés accueillir les patient·es des urgences en hospitalisation. L'interne qui débute la vacation lit les dossiers des patient·es déjà présent·es dans le service. Il ou elle prend connaissance de la demande d'avis écrit par l'interne des urgences générales puis du dossier du ou de la patient·e et de son parcours de soin. Il s'agit aussi d'appréhender la qualité de présence de son environnement familial, en appelant avant ou après l'entretien, la famille et/ou en la recevant. Par le biais du DECT, l'interne des urgences générales prévient l'interne des urgences psychiatriques lorsqu'une entrée est en cours de préparation. Un examen médical précède toujours l'avis psychiatrique mais en cas d'agitation les psychiatres travaillent avec les urgentistes « à l'IAO » pour calmer et/ou sangler le ou la patiente. Les patient·es en garde à vue et en isolement doivent obligatoirement être reçu·es par un psychiatre senior. L'interne garde le DECT pendant toute la durée de la vacation et joint les médecins responsables en cas de besoin.

Les consultations durent entre 15 minutes et 1 heure. La consultation ne se réalise pas immédiatement, un temps de préparation et de compréhension de la situation semble commun à chaque démarche. Avant la demande d'avis informatisée, l'interne des urgences générales prévient généralement l'interne psychiatrique de l'arrivée d'un malade nécessitant une consultation psychiatrique. En dehors des consultations, l'interne appelle les familles, les établissements de secteur et les professionnel·les participant du parcours de soin des patient·es. Les entretiens avec les familles, permettent de reconstituer les éléments manquant du parcours de soin, de mieux appréhender l'environnement socio-professionnel et familial et de corroborer les propos recueillis en consultation lorsque ceux-ci sont incohérents.

L'interne doit aussi inscrire le compte rendu des consultations et donner un avis, lorsqu'il y a sortie il remplit le bon de sortie et un bon de transport si nécessaire. S'il y a hospitalisation, il faut joindre les hôpitaux de secteurs à la recherche de lit. C'est l'activité qui engage le plus d'attente et d'incertitude et qui retarde le transfert des patient·es. Les activités autour des transferts font émerger des tensions politiques et organisationnelles et les internes doivent fréquemment rappeler les établissements et attendre l'acceptation et la confirmation du transfert. Le médecin responsable, lui, connaît les médecins responsables du secteur, la prise de contact se fait d'égal à égal. Il vient en aide aux internes lorsque les refus de transfert s'accumulent. Les psychiatres viennent aussi en aide aux internes de premier semestre d'internat. Les premières journées aux urgences se réalisent par compagnonnage. L'interne suit le psychiatre responsable et réalise les premiers entretiens avec lui. Il lui donne la parole en situation et débrieфе ensuite de ce qui est à prendre en compte pour évaluer la gravité de la situation, décider de l'hospitalisation du ou de la patiente ou de la continuité des soins après le passage aux urgences.

Enfin, le codage des activités s'écrit dans un cahier et doit impérativement être réalisé par l'interne ou le·la psychiatre en vacation. Le cahier est composé d'un tableau qui se remplit par ligne de consultation. L'interne doit penser à récupérer l'étiquette de chaque patient·e reçu·e en consultation pour le coller en tête de ligne du cahier. Les oublis sont fréquents et obligent l'interne à repasser par « le bocal » à la recherche du classeur à étiquettes. Les possibilités de codage semblent assez réduites : « F09 » pour les troubles mentaux organiques « F60 » pour les troubles de la personnalité, « F69 » pour les troubles de la personnalité et du comportement. Pour remplir le cahier, l'interne regarde sur internet, s'inspire des codages déjà inscrits dans le cahier. La secrétaire médicale de la psychiatrie de liaison, récupère le cahier de façon régulière pour informatiser le codage des actes. Je n'ai jamais vu l'activité de codage faire l'objet de transmission. Un jour, en présence de l'externe et de l'interne, le médecin responsable utilise l'exagération pour montrer qu'il est possible de décrypter la situation avec plusieurs codes mais que la leçon à retenir est que le service ne sera pas pour autant mieux doté. C'est aussi la transmission à l'interne et à l'externe de la résistance collective à perpétuer le système de T2A dans le service.

5.3.3 – Encadrement des internes

Les internes présent·es aux urgences psychiatriques font un tout autre travail en dehors des vacations. L'activité aux urgences les confrontent à des situations de travail qui engage une responsabilité par moment plus engageante que l'activité clinique pour laquelle les collègues sont souvent présent·es dans les bureaux du service. Aux urgences, ils et elles peuvent se sentir plutôt seul·es en situation bien que le service propose un nombre plutôt important d'espace de discussion sur le travail et la recherche. Ces espaces ne protègent pas réellement du doute et de l'égarement inhérents à la responsabilité qu'engagent les vacations aux urgences mais aussi à l'écart que cela implique avec la pratique au service général de psychiatrie. L'immersion aux urgences psychiatriques donne l'impression qu'il s'agisse d'une spécialité à part entière.

Face à l'erreur : « Je ne sais pas ce que j'aurais dû faire »

Comme précédemment explicité, les urgences psychiatriques sont dans les urgences générales, mais procèdent d'une organisation du travail différente et de règles éthiques divergentes pour lesquels des démarches et des protocoles sont mises en place. Ces derniers qui semblent collectivement être une évidence pour les équipes, sont entre autres des épreuves pour les internes, souvent sanctionnés d'un échange vif avec le ou la responsable lorsque ce n'est pas respecté.

Extrait d'immersion

Il est 14h, nous déjeunons ensemble avec IP3. Il me parle de la décision qu'il a dû prendre rapidement dans le cadre de l'avis pour la réquisition. Dans ce genre de cas, les policiers se mettent en route ou le sont déjà. Au téléphone, il s'est senti devoir prendre une décision rapidement. Sans avoir questionné le médecin sénior il a dit « ok » pour que les policiers amènent le détenu aux urgences. Comme le médecin responsable n'était pas là, les policiers et le détenu ont dû attendre longtemps. Dans le service, on ne fait pas attendre pour une consultation pour un détenu. IP3 est inquiet, et me dit « je ne sais pas ce que j'aurais dû faire ».

Lors de ce genre d'appel, l'interne doit prendre la décision d'accueillir le détenu, mais il doit le faire à condition que le psychiatre responsable puisse réaliser la consultation. D'un point de vue juridique, l'interne ne peut pas se charger de cette consultation, elle doit être menée par un psychiatre sous licence. À cela, s'ajoute les habitudes du service : l'interne doit joindre son responsable pour s'assurer de sa disponibilité avant de proposer à l'équipe policière de se

présenter aux urgences. Dans le meilleur des cas, l'équipe et le psychiatre se mettent d'accord sur un horaire de consultation pour éviter une trop longue attente.

Ici, IP3 se sent dans l'erreur d'une part, parce que le psychiatre responsable lui fait une remarque sur le fait qu'il aurait dû le joindre avant de prendre une décision et d'autre part, parce que l'équipe des urgences générales ne s'est pas privé de lui faire remarquer à plusieurs reprises que les « flics » attendaient. La présence des policiers est gênante dans le service. Elle est incongrue et anxiogène pour les équipes mais aussi les malades qui transitent dans l'espace d'attente commun. D'ailleurs, les policiers attendent souvent dans un couloir isolé entre deux box du « bocal » non accessible au public. Une règle de travail collective entre les psychiatres et les urgentistes consiste à réduire le temps de présence des forces de l'ordre dans le service.

L'erreur d'IP3, n'est pas réellement une erreur du point de vue médicale. Elle génère d'autant plus de solitude qu'il est attendu d'IP3 qu'il comprenne cela de lui-même. Il porte seul la responsabilité de faire attendre les policiers et le détenu et doit faire face aux reproches.

Avoir confiance : « Je me sens un peu seul comme une merde »

IP1 est interne en cinquième année de psychiatrie, c'est sa dernière année. Il est considéré comme un « viel » interne.

Nous sommes ensemble dans le bureau des psychiatres aux urgences. Nous discutons. Le téléphone (DECT) sonne, une patiente de 30 ans qui a accouché il y a trois semaines nécessite un « avis psy ». La patiente semble fatiguée et « a peur de faire tomber son bébé ». En raccrochant il me dit qu'il n'aime pas beaucoup ce genre de situation, celle où un bébé est impliqué. Il anticipe déjà la décision qu'il va devoir prendre de la faire sortir ou pas. Il sait aussi que le chef n'est pas là et qu'il va sûrement se retrouver seule face à la situation. Nous nous dirigeons vers les urgences, il discute avec l'interne des urgences générales. IP1 formule ses craintes et questionne l'interne qui a déjà vu la patiente sur ses ressentis, sur ce qu'elle pense de la situation. L'investigation de l'interne commence lors de cet échange avec l'interne des urgences générales qui, elle, a déjà rencontré la patiente. Avant d'aller voir la patiente, il porte une attention particulière à sa façon de s'habiller, vêtu d'un pull à capuche rouge, il me dit ne pas être habillé correctement aujourd'hui. Il constate que la blouse qu'il porte est froissée et tachée. Nous nous redirigeons vers le bureau pour qu'il change de blouse. Il choisit la blouse la plus blanche. Pendant la consultation, la patiente n'est pas avec son

bébé, il la questionne sur l'évènement qui l'a amené aux urgences, il vérifie avec elle ses antécédents, il reformule avec elle ses émotions et lui explique les bouleversements qui peuvent être courant après l'accouchement. La consultation dure 40 minutes. IP1 conclue l'entretien en expliquant à la patiente qu'il reviendra vers elle pour lui préciser les suites, mais qu'il n'envisage pas une hospitalisation. À la suite de la consultation, il me demande ce que je pense de la situation. Je ne sais pas trop quoi lui répondre, alors je lui pose la question en retour. Nous réfléchissons ensemble.

IP1 me dit qu'il a besoin d'un senior pour valider ses conclusions. Il m'explique que dans cette situation il aimerait avoir une supervision avec son responsable. Personne ne répond à ses appels. Il est plutôt déçu et se retrouve à faire patienter la patiente aux urgences sans valider sa sortie. Il sait que ses conclusions « sont plausibles » mais il se dit qu'« avec le regard du senior » il pourra savoir s'il est passé à côté de quelque chose. Même s'il est en fin d'internat il a encore besoin de l'avis et de la validation du senior. Il remarque que ce besoin de débriefer est pour cette situation « compulsif », et qu'en l'absence du sénior c'est à moi qu'il adresse cela. En l'absence du responsable il se sent « un peu seul comme une merde ». Même si sa blouse est plus blanche que la précédente et le rassure pour mener cette consultation, à la suite de celle-ci, il n'est pas totalement confiant, il a peur d'oublier quelque chose car l'enjeu est risqué, celui de prendre la responsabilité de faire sortir une patiente qui a eu des idées suicidaires.

5.3.4 – Conflits organisationnels aux urgences

Lorsque les urgences demandent un avis psychiatrique, les internes et les psychiatres ne peuvent pas répondre de façon immédiate à la demande d'avis, en raison des étapes par lesquelles ils et elles passent en amont pour anticiper et appréhender au mieux le parcours de soin du ou de la patiente avant la consultation. De plus, les consultations durent plus longtemps, la capacité d'acte est plus réduite dans la journée et leurs patient·es peuvent rester longtemps dans le service en raison des difficultés d'accueil des établissements de secteur. « Les patients psy » ne doivent pas quitter le service, cela requiert une veille constante. L'absence de psychologue et de poste d'infirmier·ère oblige l'équipe des urgences générales à récupérer une charge de travail dédiée à la surveillance de patient·es à risques. En contrepartie, une coopération plus rapide des psychiatres est attendue lors des demandes d'avis. Or, les délais d'intervention des psychiatres lors des demandes d'avis agacent les urgentistes, pour eux·elles :

« ils prennent leur temps ». Cela prend la forme de remarques récurrentes vis-à-vis des psychiatres et de leurs internes. Les remarques peuvent être vécues comme des attaques lorsque les internes ne coopèrent pas à la joute verbale comme ce qui s'instaure d'emblée en présence du psychiatre responsable. Cette façon collective des urgentistes de rentrer en lien avec les psychiatres traite l'écart et les contradictions dans les règles collectives de métier des urgentistes et des psychiatres. Les urgentistes et les psychiatres ne travaillent pas avec les mêmes règles de métier cela impacte leurs interactions et le travail des internes.

IP2 : « C'est pas le patient qui est angoissant, ce qui est angoissant aux urgences ici c'est parce que, c'est les équipes infirmières et les autres médecins c'est comme-ci c'est le patient c'est à toi c'est de ta faute s'il est agité. Ils ne te laissent pas le temps de gérer tout ça, "il y a d'autres urgences, qui viennent donc faites vite, allez y !" toi tu n'as même pas encore décidé de la contention et eux ils ont déjà décidé de la contention donc c'est stressant de gérer les autres équipes. »

L'austérité des médecins urgentistes envers les psychiatres est vécue difficilement par certains psychiatres et elle finit par se répercuter sur leur quotidien et leur engagement au travail. Toutes les interactions avec l'ensemble des équipes aux urgences sont marquées de joutes verbales, de propos sarcastiques et ironiques. Ces modalités relationnelles sont instaurées et soutenues par le responsable du service de psychiatrie.

Extrait d'immersion aux urgences

Le psychiatre responsable des urgences psychiatriques fait son tour aux urgences, il me demande de le suivre et d'observer. Il est souriant et confiant, il dit bonjour à tout le monde. Il fait des blagues de circonstances. Lorsqu'il passe pour dire bonjour, il montre qu'il est présent, il montre qu'il fait attention à chacun. Ses marques d'attention peuvent être une tape dans le dos, sur l'épaule, une bise et parfois des temps d'interaction long. Lorsqu'il s'arrête réellement pour parler, les échanges sont principalement constitués de joutes verbales et de blagues à connotations sexuelles. C'est long et dérangeant. Par exemple, le médecin des urgences lui lance une remarque sur sa présence rare aux urgences et le temps que les psychiatres prennent pour venir lorsqu'il les appelle. Le psychiatre pose sa main sur son épaule et répond d'un ton analytique que son besoin de le voir témoigne sûrement d'une tendance homosexuelle.

L'ambiance s'apaise et ils rigolent. Elle ne se dirige pas uniquement vers les novices, et elle montre la façon dont se traite collectivement une organisation du travail de plus en plus délétère pour le soin aux urgences.

MP1, est psychiatre – cheffe de clinique assistante. L'une des immersions réalisées en garde aux urgences psychiatriques avec elle, nous confronte toutes les deux à un échange vif avec le médecin urgentiste de garde, qui, d'un air cynique, lui signale son étonnement quant à sa présence en garde. Un humour cynique et viril habituellement renforcé par le responsable des psychiatres. Des attaques du métier auxquelles les psychiatres doivent souvent faire les frais. Elle s'en va pour ne pas avoir à subir son cynisme et je la rejoins au bureau des psychiatres. Elle me raconte avec une certaine fatigue et tristesse à quel point il peut être réellement difficile de travailler avec les médecins des urgences et que l'équipe en entière a tendance à les mettre de côté : « Noël dernier je l'ai passé dans le bureau car en entrant dans la salle de repos, ils se sont arrêtés de parler et ne m'ont pas proposé de dîner avec eux ». Lors de l'entretien elle m'explique :

« franchement je peux employer le mot souffrance pour [...] les gardes. Le fait de devoir travailler la nuit, d'enchaîner un nombre d'heure important de se retrouver tout seul pendant la garde ça c'est plus que de la tension vraiment, je peux être dans des évitements de ces moments-là sachant que de toute façon il faudra que j'y sois mais du coup j'ai beaucoup de mal à dormir la veille d'une garde parce que d'une certaine manière c'est un délitement du temps qui va arriver, de ce moment qui arrivera et ça c'est des moments les plus difficiles [...] Ben le problème c'est ça, c'est que le psychiatre - en tout cas ici il est tout seul donc tu peux faire un effort avec l'équipe des urgences, y'en a avec qui c'est plus facile que d'autres mais c'est ce travail ça demande encore un travail, un effort et un truc où tu as déjà tellement à faire, un effort de travail avec l'équipe justement. ». (MP1)

Cette ambiance défensive est exclusive et crée de l'isolement pour les internes et les médecins qui n'y participent.

Conclusion

L'activisme des premières années d'études se poursuit pendant l'internat en médecine. Le corps continue d'être discipliné. Néanmoins, l'opérateur rencontre la relation intersubjective et certaines situations manifeste la difficulté pour les internes de sortir de l'activisme. Les 3 services explorés, ne dressent pas réellement un tableau d'une clinique

réunissant plusieurs corps autour de celui du malade. À part au moment des transmissions et des visites générales il a été rare d'observer des temps de compagnonnage clinique :

« L'interne c'est la main d'œuvre de l'hôpital donc on est toujours là, disponible. On est toujours harcelé de question et les médecins seniors - en réanimation ce n'est pas le cas car il n'y a pas de consultations - mais dans les autres services de salles, je suis cardiologue de base j'ai cette expérience-là : ils ont leur consultation, ils ont leur activité qui leur ait propre et d'aller former quelqu'un de plus jeune, qui s'occupe du côté chiant de la prise en charge à savoir toutes les hospitalisations, la paperasse... ce n'est pas très intéressant. C'est délégué. Sauf que c'est pas une entreprise et que l'interne a cette double casquette d'être à la fois médecin et étudiant. Et on ne sait pas tout et on fait plein d'erreur » (ICR).

La clinique est souvent remplacée par « le cas clinique » les cours. Et ces activités comptent pour les internes en médecine, car elles leur permettent de retrouver les bénéfices de l'hybridité du statut d'apprenti travailleur (cf. l'observation du cours en neurologie).

L'investigation de ces trois derniers services permet de mieux cerner les enjeux de la coopération. Aux urgences, les médecins endossent majoritairement des rôles de responsables hiérarchiques. La coopération hiérarchique avec les internes est très importante. Autrement dit, la coopération manifeste une division du travail très fixe. L'accomplissement des activités pour désengorger l'afflux des patient·es est primordiale, la relation d'apprentissage s'en trouve phagocytée et engage les internes à s'organiser bien souvent de façon individuelle face aux contraintes du réel du travail caractérisé par :

- une très forte cadence,
- des conditions matérielles plutôt précaires bien que considéré comme jamais réellement déficitaire par l'administration,
- une population environnante de classe moyenne et pauvre et des situations d'urgences graves voire très souvent violentes.

Au commencement de mes immersions en 2018, l'ouverture d'un poste d'infirmier·ère psychiatrique était l'un des besoins le plus important et le plus urgent pour les savoirs techniques et pratiques que requièrent la surveillance des décompensations graves et des profils psychiatriques à caractères violents et dangereux accueillis dans le service. Aucun poste n'a été ouvert à la fin de l'immersion en 2021 et pour pallier à cela les psychiatres proposaient des

formations aux infirmières. La persistance de ces conditions de travail sont d'autant plus délétères que les stages d'internes aux urgences sont souvent des passages obligatoires et importants dans le parcours d'apprentissage des futures urgentistes, médecins généralistes ou encore de psychiatres. Les divergences dans l'organisation du travail mais aussi les pratiques de contention montrent aussi à quel point les urgences générales et les urgences psychiatriques procèdent de deux spécialités très opposées, le caractère « urgent » ne fait pas de ces deux spécialités un même engagement au travail. Durant l'immersion, l'utilisation des contentions et un oubli dans la chambre d'isolement généraient des difficultés éthiques qui tendaient à monopoliser l'espace des délibérations collectives en psychiatrie. Le poste d'infirmier·ère psychiatrique est un poste charnière. Les tâches dédiées pour ce poste sont réparties entre les membres des équipes. Le travail est comblé par les équipes, au prix par ailleurs, d'une ambiance de travail très défensive entre les urgentistes et les psychiatres. Et parfois au prix d'un délitement du travail et d'une ambiance délétère. Les différences de pratiques et d'organisation interrogent sur la spécialisation « urgences psychiatriques ». Ne faudrait-il pas spécialiser les urgences psychiatriques ?

Chapitre 6 : Coopérations et situations de travail

La conjugaison entre l'apprentissage et le soin s'insère dans l'organisation du travail hospitalo-universitaire. Elle s'éprouve. Même si elle figure comme une mission des institutions hospitalo-universitaires, en réalité, elle existe grâce aux coopérations au travail des soignant·es et des apprenti·es pour combler l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Et c'est dans les marges de manœuvre de l'organisation du travail, c'est-à-dire dans les situations du travail au quotidien qu'il est possible d'avoir accès à cela mais aussi à ce qui maintient l'engagement des internes, des médecins et des infirmier·ères au travail hospitalo-universitaires. Ce chapitre investit à son tour le compagnonnage dans le service de chirurgie, du SAMU et de réanimation.

6.1 - Au service de la chirurgie

6.1.1 - Organisation et réel du travail

Le service ethnographié est majoritairement constitué de femmes. L'équipe médicale se compose de 4 femmes et 2 hommes titulaires, et d'un assistant chef de clinique. Le service n'accueille que 2 postes d'internat. L'immersion me permet de rencontrer 3 internes dont une faisant fonction d'interne (FFI) sur 2 semestres créant un binôme avec un interne les six premiers mois et un second binôme avec une interne le semestre suivant. La journée s'organise ainsi : avant 9h les internes et les chirurgien·nes relisent les dossiers et émettent les feux verts et/ou ciblent les points alertant avant les opérations de la journée (les résultats de potassium sont les plus surveillés). Puis c'est le tour des chambres, chaque titulaire part rencontrer ses patient·es post-opératoire et pré-opératoire. L'interne participe à la visite lorsque c'est possible, reste sur l'ordinateur pour les imageries et les résultats. Ensuite l'équipe de titulaire prend le café au relai h'. Les opérations commencent vers 10h et s'enchaînent tout au long de la journée.

Le service occupe 2 blocs pour lequel les plages horaires sont bloqués à l'avance pour les opérations. Chaque interne participe à l'activité d'un bloc toute la semaine. Les opérés·es sortent de la chambre de réveil annexe aux blocs et remontent en soin continu. Post-opératoire, il faut :

- enlever ou changer les canules,
- vérifier les drains et l'état des patient·es (œdème, ecchymose, suture, cicatrice etc...).
- refaire les pansements qui peuvent nécessiter un kit de suture muni d'un champ opératoire en chambre,

- rassurer les patients et les patientes sur les œdèmes et ecchymoses présents,
- donner à l'équipe soignante les marches à suivre pour chaque patient·e,

Dans le service de chirurgie, l'équipe se déplace sur plusieurs étages du même bâtiment : le bloc est au rez-de-chaussée ; les chambres du service, les bureaux individuels, les salles de réunion et l'unité de soin continu sont répartis dans les 3 étages supérieurs. Il faut aussi se déplacer lorsque l'interne des urgences appelle pour un avis. Ces différentes tâches se partagent entre les internes et les chirurgien·nes et s'intercalent avant et après les opérations au bloc. Chaque titulaire organise son planning en fonction de trois grandes activités hospitalières communes : le recrutement des patient·es en consultation le vendredi après-midi, les consultations pré-opératoires, et les opérations au bloc le reste de la semaine. En fonction des contrats et des fonctions, s'ajoutent à cela des activités universitaires (cours magistraux, travaux dirigés), de recherches (écriture d'articles, séminaires etc...) et administratives. Lorsque les titulaires sont au bloc et que l'activité s'accumule en dehors du bloc, c'est aux internes de s'organiser pour le faire tout en veillant à être présent·es le plus possible au bloc. Les plannings de bloc sont actualisés et partagés sur les téléphones. Le téléphone personnel est très souvent mobilisé dans cette équipe. Une conduite collective consiste à prendre des photos des interventions et des cas rencontrés, comme support de transmission pour les cours, mais aussi comme support pour la reconnaissance entre pairs.

Extrait d'immersion

Dans l'ascenseur, MC1 m'explique les opérations d'aujourd'hui et me dit que les interventions d'hier étaient plus « intéressantes ». En même temps, son collègue me montre des vidéos et des photos d'un pneumothorax, ça flotte, mais je comprends que les autres sont très impressionnés. Je demande ce qu'est une intervention intéressante, il me dit que c'est celle où ils ont du plaisir. Je continue de le questionner là-dessus, il me dit que ce sont ces opérations rares qui ont un certain degré de difficultés. Il me dit que ce sont les interventions qui flattent, celles qui nourrissent l'égo. Il me dit aussi que ce sont celles qui comportent du challenge.

Les interventions qui font plaisir sont surtout celles qui permettent de recueillir les retours des collègues et le regard de l'autre sur l'accomplissement du challenge. Les photographies pendant les interventions permettent aux pairs d'émettre un jugement de beauté (Dejours, 2005), une rétribution symbolique sublimant la souffrance en plaisir. L'activité informelle de partage des photos est source de plaisir. Convoquées au moment des réunions

d'équipe, elles sont aussi le support sur lequel l'activité déontique s'étaye. « C'est de la débrouille, la médecine c'est de la débrouille, il faut se débrouiller, on navigue ». Par-là, s'opère un passage entre les trauvailles individuelles de quotidien de chacun·es confrontés aux imprévus, au réel du travail en règle de travail. Les trauvailles mobilisent l'intelligence individuelle face au réel qui résiste, de l'écart entre ce qui se prescrit et ce qui se réalise. L'activité déontique pourvoie une reconnaissance des efforts accomplis en même temps qu'elle stabilise les règles de métier. Les supports photos sont les médiateurs de l'activité déontique, vecteur de transformation de la souffrance au travail en plaisir. Pendant les réunions d'équipe, lorsque les chirurgiens et les chirurgiennes valident collectivement la débrouille pendant l'opération, celle-ci intervient directement comme un apprentissage pour les internes. Un apprentissage en direct de ce qu'il est possible de faire et collectivement validé.

6.1.2 - Les enjeux de la spécialité

Les recrutements

L'activité comporte un recrutement des patient·es. Deux filières de recrutement :

- les cas rencontrés en urgence
- les cas programmées.

La problématique de l'urgence est la charge de responsabilité : « on doit gérer ça seul le week-end, la nuit, à effectif réduit [...] c'est des situations souvent qui ne sont pas codifiées, des patients qui sont mal bilantés » (MC1).

Pour la chirurgie programmée les patient·es consultent. Lors de chirurgies très spécialisées il faut que ce soit des médecins spécialistes qui adressent les patient·es. : « *y'a tout une dimension de recrutement qui ressemble un peu à quelque chose de commercial et s'apparente à des clients, il faut qu'il y ait des gens qui, il faut qu'on ait des circuits pour avoir des patients, c'est assez lourd* » (MC1). Les consultations servent à donner toutes les explications suite à la proposition d'opération. Les chirurgien·nes communiquent beaucoup sur les bénéfices et les risques de la chirurgie. Ce service prend en charge des actes qui peuvent entraîner des complications graves ou mortelles. Les chirurgies ont un risque de 3 à 10% mortalité. Ce sont les chirurgien·nes titulaires qui s'occupent entièrement de cette activité de recrutement. L'intervention donne ensuite lieu à un post-opératoire : « *il faut suivre le patient, il faut le voir le soir, il faut informer la famille qu'il va bien, il faut le suivre après régulièrement matin et soir pendant les jours qui suivent. Cliniquement les voir et puis sur des examens*

complémentaires et puis toutes les prescriptions » (MC2). En général, chaque médecin réalise les interventions qu'il ou elle ont recrutées. Chaque médecin engage leur responsabilité sur l'avis d'opération. Les internes ne participent pas au recrutement. Une activité comparée à un enjeu commercial mais signant pour les titulaires un premier engagement de leur responsabilité.

L'enjeu du suivi

La responsabilité du recrutement et l'acte d'opérer implique un suivi qui va bien souvent au-delà de 24 heures :

« Il y a un fonctionnement qui devient très problématique à l'hôpital c'est toutes ses personnes qui viennent pour 24 heures, ils ne savent absolument pas ce qui s'est passé avant, ils ne savent pas ce qui se passent après et ils repartent pendant 3 jours, ils reviennent pour 24heures et cetera. Le fonctionnement hospitalier et la société nous pousse aujourd'hui à ce type de fonctionnement, par contre c'est complètement incompatible avec la chirurgie. C'est-à-dire que la chirurgie c'est une continuité, vous avez encore des référents d'un malade. Ce n'est pas que les chirurgiens c'est aussi des médecines, dans certaines spécialités et c'est deux façons de faire se heurtent. Sauf qu'il est plus facile de s'organiser aujourd'hui quand on vient faire 24heures et qu'après on n'est pas là pendant 3 jours que quand on assure un suivi » (PF1).

Les internes sont alors observé·es sur leur implication dans le suivi : « leur implication dans le travail est un gage de leur responsabilité, on aura plus de facilité à faire confiance avec les patients et pendant les opérations à l'interne qui se responsabilise et travaille bien. Il s'agit d'opérations, la vie des patients est entre nos mains. Parfois on est dur, on les engueule mais c'est bien parce qu'il s'agit de la vie des patients » (MC3).

6.1.3 – Les enjeux du compagnonnage



Concernant les urgences et les interventions programmées majeures, l'interne située sur la photo un peu plus en hauteur, observe, anticipe les gestes et aide l'IBODE à passer les instruments. En début d'intervention, l'interne peut se voir réaliser l'incision. Le ou la titulaire trace au feutre bleu à l'endroit où l'interne devra inciser en lui expliquant les repères nécessaires à la longueur et la localisation. La localisation de l'incision est importante car l'ouverture doit permettre d'avoir accès aux profondeurs du haut du corps. Pour cela, le ou la patiente peut être placé sur le dos ou sur le côté. Il faut ensuite placer des écarteurs de sorte à permettre une ouverture optimale au passage des mains et des instruments. Sur la photo ci-dessus, il y a deux niveaux d'apprentissage, l'interne mais aussi la chirurgienne face à elle qui se voit transmettre les savoir-faire pratiques du chef. Le chef rythme l'intervention en leur proposant d'observer les caractéristiques de l'anatomie et les particularités visibles lors de l'intervention. Il situe les endroits importants en les pointant avec les instruments ou en orientant la caméra. Vers la fin de l'intervention, un décompte des compresses mobilise l'attention de toute l'équipe. En fonction des sutures à réaliser, de la grandeur de l'ouverture et de son accessibilité, l'interne referme en autonomie ou avec l'aide du ou de la chirurgienne présente. Après chaque intervention, le ou la titulaire s'enregistre raconter toute les étapes par lesquelles il ou elle est passée pour la réussir. L'enregistrement sert de preuves de traçabilité, il est retranscrit par les deux secrétaires médicales du service et permet de coter les actes du service.

La diversité des interventions du service, permet à l'interne d'assister à des interventions courantes notamment sous anesthésie locale. Les marges de manœuvre pendant l'opération sont plus importantes. Pour ces dernières, la relation de compagnonnage s'engage différemment.

L'apprentissage par compagnonnage conjoint l'observation des gestes et des interactions du médecin-compagnon en situation. Puis lors d'une situation de travail plus engageante, l'observation se complète par les placements et les déplacements du corps au contact des instruments, de l'écho, du corps de la patiente, mais aussi des effets des instruments dans le corps et des ajustements à opérer pour atteindre la réussite de l'acte. Pour le médecin en posture de compagnon la coopération verticale mute vers une coopération horizontale.



Résumé des scènes photographiées : Il s'agit « d'une varice », cela consiste à retirer une veine malade d'une jambe anesthésiée pour l'occasion. Pour cela, il faut d'abord repérer la veine en manipulant l'échographie et injecter du bicarbonate de sodium tout le long de la veine en ne perdant pas de vue la veine sur l'imagerie. Il faut aussi mesurer et prendre des photos. Pour cela, la chirurgienne demande de l'aide à l'IBODE¹⁰². Ensuite, il faut retirer la veine par l'incision prévue à cet effet. Ces opérations s'enchaînent dans la journée et dans le même bloc, elles se réalisent sous anesthésie locale.

Extrait du journal de bord rattachée aux photographies précédentes :

J'entre avec l'interne de chirurgie dans le bloc. MC2 a déjà commencé à « badigeonner » la jambe de la patiente de Bétadine. Elles installent ensemble le champ opératoire. MC2 demande à l'anesthésiste de baisser les pieds de la patiente. La chirurgienne montre à l'interne comment appréhender le déplacement de la poignée de l'écho, quelle position opter, où regarder. Il y a une bonne ambiance. La chirurgienne réalise une partie des injections avec instructions puis elle tend l'écho et la seringue à l'interne pour qu'elle le fasse. Elle la laisse trouver sa position avec l'écho, l'interne donne des coups de bras plusieurs fois pour se dégager du fil de l'écho. Ce qui semble naturel et fluide pour la chirurgienne ne l'est pas pour l'interne. MC2 semble lui conseiller d'être plus attentive au mouvement sur l'échographie plutôt que de regarder la jambe de la patiente. La patiente bouge beaucoup, MC2 demande à plusieurs reprises à la patiente si ça va. Enfin, elle se rapproche de l'interne et réalise le geste de l'écho avec elle, en lui prenant la main, pour que l'elles puissent jauger, ensemble, le positionnement et l'inclinaison qui permettent une meilleure visibilité de la veine pour l'injection. Elles s'y reprennent à plusieurs reprises pour trouver le placement le plus adapté. Je n'entends pas ce qu'il se dit et perçois des murmures lorsque MC2 demande à l'IBODE de mettre de la musique calme. À la fin de l'opération je lui demande si elle a l'habitude d'opérer en musique, elle m'explique que c'était pour tranquilliser la patiente.

Dans un rythme de travail au sein duquel les mêmes opérations s'enchaînent tout au long de la journée. Cette répétitivité de l'activité engage sûrement une maîtrise de l'acte dans sa technicité et sa temporalité, cela profite au compagnonnage et permet à la chirurgienne de rythmer l'opération pour expliquer à l'interne la manipulation de la poignée de l'écho. La

¹⁰² Infirmière du bloc opératoire diplômée d'état

situation de travail devient situation d'apprentissage et cela a des effets sur la rythmicité de l'opération. La chirurgienne engage toujours sa responsabilité, notamment si la patiente ressent un inconfort. À ce moment précis du placement de la poignée de l'écho, l'interne est concentré sur le contact des mains et les conseils qui lui sont donnés. En intervention majeure, l'attention est dirigée vers l'anticipation du geste et des instruments.

« La recherche du bon trajet nécessite la plupart du temps, et ce même pour le chirurgien expert, plusieurs tentatives, et cela n'est pas considéré comme une erreur » (Vadcard, 2013, p.139). Le bon trajet chez Vadcard experte en didactique comparatiste est utilisé dans la description de l'activités des chirurgiens orthopédiques au bloc. Le bon trajet ici, a trait à l'identification et au suivi de la varice sur l'écho. L'erreur liée au réajustement du corps et de l'instrument ne doit pas être confondue avec les tâtonnements nécessaires à l'accomplissement du geste. La coopération permet à l'interne de faire l'expérience de ces erreurs inextricables du réel du travail, de la réalité du corps, de la varice. Dans cette situation, le compagnonnage en situation sert de filet de sécurité à l'expérience des erreurs en tant que passage nécessaire vers la maîtrise du geste.

6.1.4 – Apprendre et soigner, des situations

Extrait d'immersion avec l'interne au poste de faisant fonction d'interne ICH1

ICH1 commence à se préparer pour son opération, l'interne des urgences l'appelle pour un avis d'amputation pour un patient. Elle est en train de s'habiller et prévient l'interne que c'est au chirurgien orthopédique de le faire. L'interne au téléphone insiste en lui expliquant que l'ortho a répondu que c'était vasculaire donc que c'était à eux. ICH1 est embêtée elle commence à s'énervé car ses mains sont levées, elle les a lavées, elle attend qu'on lui tende la sur-blouse et les gants. L'IBODE tient le téléphone et elle a la tête penchée en essayant de faire en sorte que la porte du bloc ne se ferme pas et qu'elle ne touche rien. Elle raccroche en donnant deux possibilités à l'interne des urgences, appeler sa cheffe ou bien vérifier que ce ne soit pas à l'ortho de le faire. À la fin de l'opération elle demande à la cheffe ce qu'il faut faire. Elle lui confirme que si c'est diabétique et vasculaire, même si c'est le membre supérieur c'est à l'équipe de le faire. Nous descendons aux urgences pour rencontrer le patient. ICH1 s'excuse auprès de l'interne pour son attitude au téléphone, elle lit le dossier patient. Nous rencontrons le patient, il lui manque 2 phalanges sur 2 doigts, il n'a plus de pouce, son petit doigt est tout noir et tout dur et le dos de la main près du petit doigt, est ouvert, jaune et goutte

un peu. ICH1 s'assoit à ses côtés, elle touche la main du patient, elle tâte, elle vérifie que c'est vascularisé et qu'il peut bouger la main. Elle vérifie jusqu'où va sa mobilité, et si sa main est chaude. Elle lui redemande qui l'a envoyé afin de démêler les raisons de sa présence aux urgences et connaître les professionnels qui l'ont orienté. Cela a pris beaucoup de temps, ICH1 est désolé pour le patient parce qu'il n'a pas pu se rendre à sa dialyse pour attendre aux urgences alors que cette orientation aurait pu être différée et sûrement différente. Elle prend des photos de sa main pour demander conseil aux chefs et elle prend des photos du dossier patient.

Dans la situation de travail ci-dessus, l'appel de l'interne des urgences intervient au moment où ICH1 entre au bloc et interrompt son engagement vers le bloc. L'activité au bloc donne accès à des situations de travail nécessitant une coopération au travail avec les compagnons chirurgien·nes. N'étant pas sûre que l'avis aux urgences lui incombe, l'interne choisit de poursuivre au bloc. Aller au bloc supplante l'avis d'urgence. Les internes manifestent un engagement plus important dans les activités propices à l'apprentissage, c'est-à-dire celles qui se réalisent avec les médecins-compagnons. Face aux interruptions dans l'activité, des choix s'opèrent et témoignent que les internes ne sont pas toujours passif·ves face aux contraintes des situations de travail, notamment les fréquentes interruptions. L'activité hautement plus engageante, soit la situation de compagnonnage au travail, est aussi source de plaisir, et vectrice d'un rééquilibrage entre l'apprentissage et le travail médical. D'un point de vue de la dynamique souffrance/plaisir, en tant qu'apprenti·es toutes les situations de travail ne se valent pas, un choix préférentiel s'opère pour celles propices à un compagnonnage, un accompagnement du titulaire, et cela même si - et nous le verrons un peu plus loin - il faut allonger le temps de travail réglementaire et que l'activité est réduite à l'observation et à l'écoute.

6.2- Le SAMU

6.2.1 – Organisation

Affilié au centre hospitalo-universitaire investiguée, le SAMU possède 3 ambulances nommées : B01, B02 et B03. Les bâtiments sont dotés d'enceintes sonores reliées au centre des appels dit « régulation » et à l'origine des signalements de départ. Le bâtiment des SAMU se nomme « la base ». Une ambulance contient 5 places dont 3 places à l'avant pour l'ambulancier, l'IADE¹⁰³, le ou la médecin et 2 places à l'arrière pour l'interne et un stagiaire ou une stagiaire. Au moment de la prise de poste et après habillage, l'équipe vérifie son camion : celui-ci doit être prêt à partir à tout moment avec, entre autres, son stock de médicament et son sac de défibrillateur complets et le pousse seringue en état de fonctionner. Les transmissions entre les équipes de garde et de jour se réalisent entre 8h et 8h30. Lorsqu' aucun des camions n'est rentré, autrement dit que les équipes sont encore en intervention, il n'y a pas de transmissions. Dans le cas contraire, les internes, les externes et les médecins se réunissent autour de la grande table du réfectoire au quatrième étage d'un des bâtiments constituant le SAMU. Les arrivées peuvent se faire au compte-goutte en fonction du retour des ambulances. À la sortie de chaque intervention, c'est l'interne qui dépose le dossier à la régulation. Juste avant les transmissions, l'interne ou l'externe de garde récupère tous les dossiers de chaque intervention réalisée la veille. Lorsque les infirmier-ères et les ambulancier-ères ne sont pas autour de la table, ils et elles vérifient le camion, se réunissent dans une autre salle de pause au rez-de chaussée d'un autre bâtiment reliée par le garage et/ou s'affairent à leurs activités administratives. La configuration de l'espace fait l'objet de sarcasme, la division hiérarchique du travail est marquée par l'occupation des espaces : « les médecins sont au quatrième, nous on est en bas ».

6.2.2 - Scénographie d'une intervention

Les enceintes sonores résonnent dans tout le bâtiment : « *B03, pour un départ immédiat, 03 départ immédiat* »

L'équipe quitte ses activités pour rejoindre le plus rapidement le garage. Avant le garage se trouve un bureau ouvert avec un ordinateur et une imprimante, la feuille d'intervention sort de l'imprimante, l'un·e d'entre eux·elles, passe récupérer la feuille d'intervention. Celle-ci récapitule le type d'intervention, l'adresse et le compte rendu médical de la régulation. Nous partons pour une défenestration du quatrième étage d'un immeuble. « En général ce n'est pas

¹⁰³ Infirmier ou Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat.

beau à voir » me dit l'interne. À l'arrière du camion, elle s'affaire à pré-remplir le dossier qui retracera la prise en charge du ou de la patiente, vérifie ses dosages et ses notes en anticipant l'intervention. Elle partage l'intitulée de l'intervention sur le groupe de messagerie instantanée des co-internes du service, de la spécialité voire de la promotion. Il lui est possible ainsi de recueillir directement les impressions, les conseils ou les retours sur l'inédit de l'intervention.



L'objectif de l'intervention primaire ou immédiate est de stabiliser le ou la patiente pour pouvoir le·la transporter dans l'ambulance, dans le cas où son transfert hospitalier doit être médicalisé. En intervention primaire le transport peut être relayé aux pompiers.

Nous arrivons sur les lieux, je sors, l'ambulancière me tend un sac rouge et nous courrons. Les habitants nous indiquent que c'est au premier étage et nous ne comprenons pas pourquoi aller au premier étage pour une défenestration. L'endroit est exigu il y a plusieurs pompiers autour de la victime tombée du quatrième au premier sur un toit en aluminium. Les pompiers sont embêtés pour le sortir du toit du local situé à côté des poubelles et qui est à hauteur du balcon du premier étage. Le patient est alcoolisé, conscient et ne semble pas avoir de

blesse grave. Il n'a pas l'air en détresse respiratoire. Les pompiers le sortent du toit et l'emmènent directement dans l'ambulance. Il n'y a pas assez de place à l'arrière, je me mets à l'avant et observe la scène par la fenêtre en verre. Elles le déshabillent et commencent à vérifier ses réflexes, la médecin et l'interne plient une jambe et le genou se relève un peu trop tôt, ce n'est pas le genou, c'est son fémur. Le patient a une fracture ouverte au fémur. Il ne bronche pas, l'alcool fait sûrement encore effet, elles ré-axent sa jambe pour la maintenir dans un matelas pneumatique, il ne bronche toujours pas. L'infirmier le perfuse

L'infirmière est aussi infirmière anesthésiste, c'est-à-dire habilitée à réaliser la sédation d'urgence ou de l'anesthésie d'urgence : *« c'est un travail de nous avec le médecin urgentiste, normalement il connaît notre expertise en anesthésie donc on arrive à trouver un accord quand on doit faire de l'anesthésie générale ou quand on doit faire de la sédation sur de la traumatique, sur du traumatisme, on va endormir brièvement la patiente 5 ou 10 minutes pour redresser une articulation ou pour fermer une fracture ouverte, le temps de l'opération. Donc ça on arrive à gérer un peu seul, en tout cas on propose et après ils disposent on va dire. Et puis la prise en charge elle est globale, on prend en charge soit à domicile, soit sur la voie publique, soit dans des hôpitaux des patients qui nécessitent des soins de réanimation et on les amène d'un point A à un point B dans les meilleures conditions »* (FM1).

L'équipe du SAMU coopère d'abord avec les sapeurs-pompiers, les premiers sur les lieux, puis l'équipe policière si celle-ci est appelée dépendamment, et enfin avec les autres équipes médicales des autres services.

Les pompiers sont autour du camion pour avoir l'heure d'arrivée du SAMU et le nom de la victime. Les policiers sont aussi présents : « Ah vous êtes que des femmes », « oui nous n'avons pas besoin d'hommes », « à vrai dire nous on est que des hommes » « oui on ne mélange pas les torchons et les serviettes ». Le policier présent entre dans le camion et demande s'il peut interroger le patient, la médecin lui donne son accord. Il entre : « Monsieur c'est la police est-ce que vous pouvez parler ? ; est-ce qu'on vous a poussé ou est-ce que vous êtes tombé de vous-même ? ». Il se dépatouille avec le patient pour avoir une réponse. Le patient s'endort ou perd connaissance entre chaque réponse, il prend son stylo et le tape sur le bout de son nez. Le policier est dégouté et très peu avenant. « Monsieur quel est votre numéro de téléphone » « 06 ? 07 ? » le patient répond oui ou non mais n'est pas capable de s'exprimer. Il ne parle pas français. Il se résigne après quelque

coup de stylos sur le nez et sort en disant « il fait chier ». J'entends l'infirmière toute calme rétorquer ironiquement : « orf ça arrive c'est pas grave ». L'interne est au téléphone avec la régulation pour les transmissions et pour savoir où transporter le patient.



Du point de vue extérieur, il n'est pas rare de s'interroger sur l'immobilisme d'un camion du SAMU à l'endroit de son intervention. L'urgence est souvent maîtrisée, c'est le transfert du malade qui est en pause. Le temps d'attente pour savoir où transporter le ou la patiente dépend de la régulation, elle-même en attente d'une validation du service hospitalier le plus proche et le plus adapté. Cette attente est une contrainte partagée par les urgences psychiatriques et générales. La saturation des services hospitaliers produit un temps d'attente long avant le transfert d'un patient. Elle a pour conséquence l'engorgement des services d'hospitalisation de jour et des services d'urgence (en salle puis à l'accueil).

Le téléphone sonne 25 minutes plus tard, il faut l'emmener « au réveil » dans un hôpital pas très loin. Nous arrivons à l'hôpital, l'équipe amène le patient « au réveil », ils font les transmissions avec l'anesthésiste-réanimateur puis nous repartons.

Pendant l'intervention, l'interne est chargé·e de remplir le dossier du ou de la patiente et de l'ausculter. En situation de compagnonnage, deux activités communes aux interventions s'échangent entre l'interne et le médecin : remplir la fiche pendant l'intervention et appeler la

« base » pour le transfert du ou de la malade. Le temps à domicile est souvent plus court que le temps passé dans le camion. Si l'état du malade le permet, c'est dans le camion que les gestes les plus invasifs sont réalisés (sédation ou médicament complémentaire par perfusion, immobilisation, pansement, etc...). S'il n'y a pas de transfert (refus du de la patiente ou évolution positive de son état), l'équipe s'assure de la qualité de présence de la famille, le ou la médecin réalise des prescriptions et renouvelle les examens.

Il s'agit ici d'une scène relatant un départ immédiat mais les SAMU réalisent aussi des départs primaires d'une urgence vitale moins importante que les premiers et des départs secondaires. Les départs secondaires font souvent l'objet de tension entre « la base » et l'équipe voire au sein même de l'équipe. Lorsque l'intervention est secondaire, l'équipe est chargée de transporter un ou une patiente d'un point A à un point B. Le transfert est médicalisé par précaution mais dans certains cas, l'équipe réalise le même travail qu'une ambulance privée. Le la médecin qui accepte le départ doit accueillir les tensions et l'agacement du reste de l'équipe : « ce n'était pas nécessaire qu'on le fasse, j'aurais pu laisser un refus, mais c'est le professeur qui l'a orientée ».

6.2.3 - Les enjeux des transmissions

L'activité de transmission est commune à toutes les organisations du travail rencontrées sur le terrain. Néanmoins, au SAMU, l'échange de garde peut avoir lieu, sans transmission. Le réel du travail implique que certaines sessions soient annulées. La passation d'informations revête un caractère moins nécessaire au fonctionnement du service et au roulement des équipes sûrement parce que les interventions extérieures sont indépendantes les unes des autres. Lorsqu'elles sont possibles, il s'agit d'un temps de retour sur les interventions. L'interne et l'externe se partagent les dossiers des interventions. À tour de rôle et sous l'écoute attentionnée des médecins et des apprenti·es, l'un·e puis l'autre précise, le type d'intervention : intervention primaire, secondaire ou départ immédiat, puis synthétise les informations à communiquer pour comprendre les caractéristiques déterminant l'urgence de l'intervention, ses enjeux, ce qui a été réalisée (massage, perfusion, dosage, gestes etc...) ainsi que son issue. Les médecins interviennent pour aiguiller sur la pertinence des informations à transmettre et questionnent la continuité des soins pour le ou la patiente.

C'est pendant les transmissions que les médecins questionnent les internes et les externes sur les connaissances pratiques à avoir en situation (le fonctionnement du défibrillateur, du kit d'assistance respiratoire, l'électrocardiogramme, l'utilisation du stock de

médicaments, leur dosage pour les perfusions etc.). Les tracés imprimés des électrocardiogrammes sont relus et les externes prennent le temps de comprendre l'endroit où le tracé indique une déficience de la fréquence cardiaque. Les tracés s'impriment sur des feuilles millimétrées rectangulaire représentant la fréquence cardiaque sur une période de quelques secondes. Pendant l'impression des tracés dans le camion, les équipes calment les activités pour ne pas perturber l'impression, elle se réalise souvent en silence et dans l'attente. Ils sont ensuite rangés dans les dossiers de chaque intervention. Ainsi, pendant les transmissions la réouverture de chaque dossier devient support pour une transmission par cas des connaissances théoriques et techniques essentielles ainsi que ce qu'il faut comprendre en pratique. Il est attendu des internes et des externes qu'ils et elles rappellent les services au sein desquels les malades ont été transféré-es. Inciter les étudiant-es à rappeler les hôpitaux après les transferts, fait partie d'une transmission d'une règle éthique, de ce qui compte dans la pratique de soin au sein du service. Pour ces médecins urgentistes, leur travail ne doit pas s'arrêter aux activités d'intervention, il leur est important de transmettre aux internes et aux externes une sollicitude à l'égard du reste du parcours du ou de la patiente transférée :

- elle incite les internes et les externes à mieux connaître les autres équipes médicales des autres hôpitaux ainsi que les caractéristiques des organisations de travail des autres centres, entre autres les temporalités de prise en charge,

- cela rassure les équipes de savoir ce que sont devenu-es les patient-es, si leur intervention a bien contribué à sauver les risques et les causes de l'urgence,

- la démarche post-intervention n'est pas inscrite ni obligatoire mais elle permet de resituer l'urgence des interventions dans une temporalité autre. Et ainsi réajuster ou stabiliser les futures interventions à la lumière de ce qu'ils et elles peuvent continuer à apprendre des effets des actes engagés.

6.2.4 – L'arrogance : ses effets, ses limites et ses fonctions

Vulnérabilités en question

Extrait d'immersion au SAMU avec IM5

C'est l'heure des transmissions, IM5 est présent, je présente ma recherche et lui explique que je serai avec lui toute la journée. Son attitude manifeste un agacement. Nous discutons avec les deux externes présents des conditions d'apprentissage en sixième année et de la préparation à l'ECN. L'un nous dit : « c'est galère, c'est dur », la seconde m'explique qu'elle est tout le temps en train de réviser et qu'on

leur fait durement travailler la spécialité cardiologie alors que ce n'est même pas leur envie plus tard. Le premier surenchérit en précisant que leur paye est très basse. IM5 intervient : « vous êtes quand même bien payés pour le travail que vous faites ». L'externe réplique que pour tout ce qu'il fait il n'est payé que 200 euros par mois. L'interne n'écoute plus et tient une posture hautaine vis-à-vis des plaintes des externes. Lorsque l'externe m'explique qu'il apprend un travail qui n'est pas rentable, que la difficulté s'intensifie, qu'il faut réviser toute l'année et qu'il est passé en rattrapage pour 12 matières ; IM5 lui lance que les médecins sont très bien payés et que le concernant, à part pour l'année de l'ECN, il révisait seulement un mois avant les partiels. Il rajoute que même pendant l'internat la charge de travail est importante mais qu'il prend du recul encore plus facilement.

J'ai très souvent observé les internes soutenir les externes, cependant IM5 est dédaigneux face à leur plainte. Cette situation est anodine mais interpelle. Dans la journée, après m'avoir expliqué qu'il a un entretien avec le professeur sur sa thèse et qu'il ne sait pas à quoi s'attendre il refuse que je le suive. Il a la même posture incisive et hautaine lorsqu'il s'adresse aux externes mais aussi lorsqu'il se compare aux internes qui souffrent. Lui, n'a eu aucun souci dans son parcours. Cette posture défensive s'observe jusque dans la relation avec les patient·es et dans la complicité avec la médecin responsable présence ce jour-là.

A 14H, le B02 est appelé sur une intervention primaire. On arrive chez une dame âgée pour une forte tension et des antécédents cardiaques. Comme d'habitude, les pompiers sont déjà présents et ont réalisé les premiers soins. À l'arrivée de l'équipe, la tension de la dame a baissé, les pompiers plaisantent et nous disent : « c'est l'effet pompiers ». IM5 demande l'heure d'arrivée des pompiers, les constantes de la patiente et les note sur le dossier A3 plié en deux. L'IADE et l'ambulancier branchent la patiente pour sa tension et « le tracé du cœur ». IM5 interroge le petit-fils présent sur les antécédents de la patiente, il les note et lui demande l'accès à son dossier médical. La médecin est avec l'IADE et attend les tracés et la tension. Puis IM5 ausculte la patiente avec son stéthoscope. Il la découvre complètement alors que l'IADE et l'ambulancier l'ont délicatement recouverte après la pose des patches. Il passe l'écho au niveau du cœur et de l'abdomen et vérifie avec la médecin ce qu'il distingue à l'écran. Puis énonce dans un silence : « y'a 40 pourcent d'endommagement ». La médecin vérifie les antécédents et dit : « on est à 42 pourcent d'endommagement ». L'interne regarde la médecin, il se lève, marche

entre les sacs du SAMU, laisse la patiente découverte et dit assez fort : « 42 ?! j'ai dit 40, je suis trop fort ! ». Nous échangeons des regards d'étonnement avec l'IADE. Le médecin ne semble pas réagir à sa réaction. Les pompiers et le reste de l'équipe recouvrent attentivement la patiente pour la transporter dans l'ambulance. Au camion, le principal médicament administré en perfusion est le perfalgan. L'interne relit le tracé du cœur et le médecin appelle « la base » pour savoir si un hôpital veut bien de la patiente. Je me place à l'avant du camion, nous attendons 25 minutes que « la base » nous rappelle pour nous indiquer l'autorisation de transfert au service de cardio de l'hôpital le plus proche. À chaque départ et arrivée, l'ambulancier signale son heure à la base : « La base pour 02, départ 15h38 pour la cardio de... ». Nous arrivons à l'hôpital, la patiente est transportée en cardio USIC (Unité de soin intensif et continu). L'interne dit à haute voix : « elle a une belle moustache la patiente », le médecin rigole et rétorque « haha t'es jaloux hein ? ». L'ambulancier et l'infirmière attendent plus loin. L'aide-soignante du service s'arrête à notre hauteur rapidement pour nous dire « le médecin arrive ». L'interne et le médecin rigolent ensemble de son attitude. Je comprends que cela les dérange que l'aide-soignante ne leur montre pas plus d'attention voire de respect vis-à-vis de leur statut. L'interne du service arrive pour les « transfo ». Les deux internes discutent de la façon dont s'est déroulé l'intervention, des actes réalisés chez la patiente et dans le camion, de ses antécédents et des personnes à joindre. IM5 transmet qu'il faut joindre le fils de la patiente à tel numéro. Il ne semble pas se souvenir que la personne à qui il parlait était le petit-fils. Lorsque nous repartons vers le camion, il explique à le médecin que l'interne a pris le tracé du cœur à l'envers et qu'il a dû le lui faire remarquer. Le médecin rigole et se moque de la situation avec lui.

L'arrogance et le détachement répétés de l'interne suggèrent une attitude défensive à l'égard des situations de vulnérabilité (Dejours 1993, 1998). Confronté à celle des autres et à la sienne, cet interne y oppose un silence, une euphémisation ou s'en détourne en se concentrant sur les données abstraites, les 40%. La patiente est laissée découverte, elle ne compte pas pour lui en tant que personne. En effet, les attitudes d'IM5, face aux externes et en intervention, témoignent que la fierté et l'arrogance sont des barrières défensives qui empêchent d'être empathique. Cette conduite se prolonge jusqu'à la coopération avec le médecin-responsable. Les jeux de langage entre eux deux la distraient, l'empêchant de voir ce qui ne va

pas dans l'interaction d'IM5 avec la patiente. Pour la suite, il n'est pas question d'évaluer la situation de compagnonnage mais d'élucider certaines conduites qui suggèrent l'expérience d'un réel, source de souffrance se manifestant par la réification de la patiente. Et qui, en raison des impensés des stratégies défensives, ne peuvent s'exprimer.

L'immersion au SAMU montre à quel point, les phases de la réforme du troisième cycle peuvent être un moment de passage délicat et éventuellement précipité pour les internes. Un point non négligeable du semestre d'IM5, repose sur l'entrée dans la dernière phase, soit l'étape de mise en responsabilité. Ses premières interventions sont fixées au mois prochain et il exercera bientôt ses premières interventions en tant que jeune docteur. Bien qu'il n'ait pas encore soutenu sa thèse et vécu l'assermentation, il s'assoira à l'avant du camion et sera responsable de ses interventions. Il en est de même pour sa co-interne que je rencontre quelques jours plus tard. Lorsque nous discutons ensemble de ses premières interventions « solo » en janvier, il refuse explicitement ma présence dans le camion. Sa co-interne ne répondra pas à mes sollicitations par message. Cette nécessité déontologique d'obtenir le consentement des internes pour les entretiens plus approfondis prive l'immersion de beaucoup d'observation en même temps qu'il révèle les manifestations défensives à l'approche des situations sources de vulnérabilité.

Les internes empruntent les formations réactionnelles similaires à leurs aînés telle que la réification mais pour une réalité qui est assez différente. À son corps défendant, IM5 sera propulsé de façon assez prématuré dans un autre grand bain, celui du statut de « jeune docteur » sans avoir pu accéder à l'assermentation issue de la soutenance de thèse devant les pairs. Il n'est pas le seul dans ce cas, le huis clos du camion et l'échange de place prématuré avec le senior est un indicateur fort des risques de la réforme du troisième cycle de 2016.

6.3 - Le service de médecine intensive-réanimation

6.3.1 - Brève présentation chiffrée

Le service est constitué de 26 lits dont 16 de réanimation et 8 de surveillance continue. Il prend en charge « des patients qui ont des détresses vitales ou des défaillances d'organes nécessitant un traitement de suppléance. Ce sont des malades plutôt graves dont le pronostic vital est engagé et dont la mortalité dans le service est assez élevée puisqu'elle avoisine 28% des patients admis en réanimation en temps normal, hors crise du Covid »¹⁰⁴. La journée 4 médecins et 6 internes se répartissent le service. La nuit, l'équipe médicale est constituée d'un·e interne et d'un·e médecin. Les internes dans le service ne se dédient pas tous à la réanimation médicale plus tard. Le passage dans un service agréé de réanimation médicale fait partie de plusieurs maquettes de DES dont la cardiologie et l'hépatologie.

Ce service de réanimation est un service relativement bien doté : *« le gros avantage des services techniques c'est que nous on a des gestes comme la pose de cathé ou le remplissage qui sont des actes de marqueurs forts et qui permettent de récupérer pas mal d'argent. Les services de médecine interne coûtent de l'argent, nous on en rapporte. C'est ça la différence. C'est pour ça que nous on n'a pas trop de difficultés en terme de personnel alors que la pneumologie, la médecine interne ont qu'un seul infirmier »* (MR1). L'activité de cotation est réalisée par les médecins les après-midi.

6.3.2 - Répartition du travail

Les internes suivent 4 patient·es. Les suivis durent toute la matinée. À l'entrée de chaque chambre se trouve une petite table où est posée la « fiche patient », il s'agit, d'une grande feuille cartonnée sur laquelle les internes et les médecins inscrivent chaque nouvelle prescription et les constantes à surveiller (à l'avant les prescriptions, les doses et à l'arrière les heures de vérifications et les bilans ; l'interne écrit, le sénior vérifie, l'infirmière marque les doses réalisées). Les infirmiers et les infirmières notent le suivi des prescriptions. Les équipes reçoivent les familles dans la salle de réunion pour les annonces d'arrêt thérapeutique. Les DECT sont le plus souvent avec les médecins. Les internes réalisent les échographies, notent les comptes rendus et les avis sur le logiciel hospitalier, aident au retournement des malades, reçoivent les intervenant·es extérieur·es au service pour les prélèvements, les avis ou

¹⁰⁴ Il s'agit de l'explication d'un des médecins réanimateurs témoignant pour le blog Ateliers Travail et Démocratie. <https://blogs.mediapart.fr/ateliers-travail-et-democratie/blog/130520/recueillir-des-paroles-de-soignantes-par-severine-ringanadepouille>

l'accomplissement de gestes techniques. Les internes travaillent continuellement avec la même équipe paramédicale toute la semaine.

Les 4 médecins se partagent les 24 chambres et manifestent leur présence lors des suivis la matinée. L'heure du déjeuner est confondue avec l'heure du staff. Les médecins, les internes, les externes et les psychologues sont présent·es. Les dossiers sont projetés sur le mur. Pendant 2 heures, les internes présentent leurs dossiers. Lorsqu'il s'agit de discuter de l'arrêt des massages et l'arrêt thérapeutique, l'équipe paramédicale s'occupant du malade est conviée. Un temps conséquent est réservée aux évaluations des arrêts thérapeutiques. L'interne retrace le parcours du patient, c'est un exercice qu'il ou elle sera amenée à refaire lors de l'annonce aux familles. Les médecins passent en revue les différents actes de prises en charge et font le point sur les options restantes et les conséquences éventuelles pour le retour du ou de la patiente vers « une autonomie physiologique et sanitaire ». Les infirmier·ères du ou de la patiente présent·es peuvent donner leur avis.

6.3.3 - L'activité de transmission entre équipe de jour et équipe de nuit

Les nuances entre la journée et nuit

Les transmissions dans ce service commencent à 8h45. Lors de la visite générale plus de 20 soignant·es peuvent être présent·es. Les portes des chambres restent fermées. Deux fenêtres permettent de regarder dans les chambres. Le·la médecin de garde et l'interne de garde font à tour de rôle un topo de l'état du·de la patient·e, de ce qui s'est passé la nuit, des gestes et des prescriptions réalisées, des nouvelles prescriptions à mettre en place et de l'évolution globale. L'interne et le ou la médecin qui réalisent les transmissions sont dans le service depuis 24 heures. L'interne a souvent une feuille de note sur laquelle il ou elle s'appuie et le·la médecin a un discours automatisé, technique et plutôt rapide : « on n'a pas voulu lui faire ça car sa « num » était trop faible, on était à « tant pour la créatinine », « tant pour le potassium », avec une légère baisse de ça, d'ailleurs on ne comprend pas cela ou cela ». L'équipe de nuit mentionne les points d'appels, et les recommandations : « faut pas l'assister ». Elle aborde aussi les antécédents et les cas de maladie qui ne guériront jamais. Ensuite, elle précise aussi lorsque les familles ont déjà été mises au courant de la gravité des situations. L'équipe qui reprend le relai veille à avoir toutes les informations et à demander des informations supplémentaires concernant les actes réalisés et les diagnostics différentiels : « pourquoi n'as-tu pas fait cela ? », « peut-on envisager cela ? ». Lorsque les maladies sont rares « tropicales, les médecins

recommandent vivement aux externes « de passer dans la chambre » pour ausculter le ou la malade.

Les transmissions se préparent aussi pendant la garde :

Extrait en réanimation, de garde

MR2 et IR1 sont de garde. C'est l'heure des visites, il lui pose des questions, la guide dans les gestes à avoir et les vérifications importantes. Il interprète les résultats avec elle. Avant d'entrer dans la chambre il l'entraîne à faire un topo comme celui qu'elle aura à faire pendant les transmissions le matin. Ensuite, pendant la visite de garde, s'ils ne sont pas mobilisés pour une autre urgence dans un autre service, ils doivent voir tous les patients, « checker » les prescriptions, ausculter, vérifier les poches... ils font les visites avec les infirmiers, ils refont des gaz du sang. Certains malades de réa demandent d'être surveiller toutes les heures. Le premier patient est un patient qui est là pour un huitième choc septique. Sur liste pour un don de foie, il réalise son premier choc septique 1 semaine avant la greffe, depuis 2 mois, il a du mal à se stabiliser, descend très bas et remonte aussi très bien. La sœur de ce patient est à ses côtés, le médecin est soucieux pour elle et lui signale qu'il faut qu'elle aille aussi se reposer pour ses enfants. Elle insiste pour rester et partir un peu plus tard. Il lui demande alors de sortir un moment pour ausculter le patient qui a été plongé dans un coma artificiel pour que son corps se remette.

IR1 est à son premier semestre d'internat, les médecins sont attentif·ves à son encadrement. MR2, est attentif à donner les informations nécessaires avant de rentrer en chambre. IR1 assiste à la fois à un temps d'accompagnement sur l'apprentissage du topo pour les transmissions et un temps d'observation de la coopération transverse avec la famille. Même si certaines nuits peuvent être intenses, la garde est un moment privilégié, il n'y a pas d'accueil d'intervenant·es extérieur·es au service et « de nuit tu n'as pas les administratifs, tu n'as pas les contraintes administratives » (FM2, une infirmière de nuit). Ce temps suspendu et à la fois incertain est allégé de l'accueil des autres professionnel·les. Ce sont généralement les internes et les infirmiers et infirmières qui doivent gérer les demandes :

« les gens qui vont venir faire des fibroscopies qui ne sont pas urgentes, les dermato qui viennent prélever c'est pas du tout urgent, ils viennent dans la journée une fois qu'ils se sont occupés de leur patient, ils viennent aux alentours de 12h- 13h en

réanimation pour prélever certaines choses chez nos patients parce qu'on leur demande des consultations, un avis dermato. De jour, souvent ils demandent à ce qu'on ouvre les pansements. Ils nous demandent de nous dépêcher dans nos soins pour pouvoir faire le leur, ils nous demandent de participer au soin quand certains pansements sont compliqués à ouvrir et qu'ils ne veulent pas les ouvrir ce qui est tout à fait légitime, ils nous demandent d'être présents à ce moment-là, donc c'est hyperchronophage » (FM2)

C'est la nuit que les médecins et les infirmier·ères apprennent à mieux connaître les internes. Il semble y avoir deux façons différentes d'encadrer les internes : en garde et en journée :

La journée, les internes sont autonomes pendant une heure voire une heure et demi. Ils et elles font les prescriptions et réfléchissent sur leurs patients. Les médecins contrôlent pour deux raisons : *« pour la pédagogie et aussi pour éviter qu'il y ait des conneries qui se glissent dans les prescriptions »*, ensuite les médecins répondent aux questions *« on fait "au lit du malade", on fait de la sémiologie, de la physiopathologie au lit du malade. Plutôt classique on va dire, on justifie chacune de nos modifications, disons qu'on est dans la discussion. À chaque fois qu'on est pas d'accord avec l'interne, on le justifie. Et on le justifie jusqu'à ce qu'il comprenne ou qu'il soit d'accord. Auquel cas s'il n'est pas d'accord et que sa justification est suffisamment bien faite, il m'arrive de laisser une prescription laquelle je n'aurais pas faite spontanément »*. Le lien de compagnonnage privilégie la discussion.

En garde un médecin m'explique son compagnonnage :

« moi je privilégie le côté un peu plus pragmatique. C'est qu'en garde on est seul, on n'a pas d'autres médecins autour de nous les objectifs d'une garde ne sont pas les objectifs de journée qui sont d'avancer sur le patient pour le défaire de différents dispositifs pour pallier aux défaillances d'organes ou d'avancer sur le diagnostic. La garde c'est éviter la survenue de complications et faire la prise en charge initiale : dès qu'il arrive prendre en charge les défaillances qui mettent en jeu le pronostic vital immédiat comme une hypotension très sévères avec du remplissage ou des produits comme la noradrénaline, un coma qui nécessite d'être intubé ou une défaillance respiratoire qui nécessite de la ventilation mécanique... Et à ce moment-là, j'insiste auprès des internes pour aller le plus rapidement possible et d'être le plus sous-corticale possible, c'est à dire d'avoir des réflexes : de ne même pas réfléchir,

il y a des choses qui sont tellement évidentes qu'il ne faut même pas réfléchir, si tu réfléchis c'est du temps de perdu dans ta garde, parce qu'on est tout seul et que si ça se trouve y'en a 5 qui attendent derrière »

MR1 leur apprend à être plutôt mécanique c'est à dire :

- analyser une situation,
- faire une prescription pour que l'infirmier ou l'infirmière ait quelque chose à faire,
- déterminer quelles sont les urgences à réaliser immédiatement en terme de pose de cathéter ou d'imagerie à réaliser ou d'examen à réaliser,
- mettre un traitement probabiliste et passer à autre chose, et estimer quel est le temps de réévaluation pour ce patient : 1h, 2h, 3h et passer à autre chose,
- faire quelque chose d'autre pendant ce temps-là.

Puis lorsque l'activité est calme, *« on discute physiopathologie et même quand on mange en tête à tête avec les internes on peut débriefer sur certaines choses qui peuvent se passer dans la réanimation ou des conflits qu'ils peuvent avoir, on discute de ce qui va, ce qui ne va pas... Je pense qu'ils n'osent pas trop nous le dire, les internes ils ont leur monde à eux c'est normal »* (MR1).



Extrait d'immersion

IHR1 interne d'hépatologie en stage en réanimation et l'externe réalisent une échographie sur le patient cirrhoté qui a reçu une grosse transfusion sanguine à la suite d'une hémorragie dans le cou. Ses poumons ont été impactés et il ne se réveillera sûrement pas. J'entre avec eux, IHR1 fait l'écho et explique à l'externe ce qu'il voit. Elle lui pose des questions et il répond, il la questionne aussi pour vérifier ses connaissances et prend le temps de lui expliquer que le contour blanc est lié à l'acide. L'interne cherche le deuxième rein et l'externe lui reprecise qu'il n'a qu'un rein et qu'il est en dialyse. Il regarde sa vessie et font toutes les parties sur le côté et le thorax. Comme IHR1 est spécialisé en hépato il lui donne quelques précisions sur la prise en charge de ce genre de patient.

Postée en retrait, je profite pour prendre une photo. Des situations d'apprentissage existe entre les externes et les internes. Lorsque l'organisation du travail permet une certaine marge de manœuvre et d'autonomie dans l'accomplissement des tâches.

L'apprentissage s'infiltré alors dans les situations de travail. Lorsque la charge de travail est trop importante l'apprentissage peut s'avérer devenir une contrainte. La présence des apprenti-es en continu dans le travail hospitalo-universitaire, permet l'expérience de coopérations au sein desquels l'apprentissage est centré vers celles et ceux qui continuent d'apprendre mais aussi celles et ceux avec qui les apprenti-es interagissent dans l'accomplissement du travail. Et les infirmières ont un rôle non négligeable dans l'apprentissage des étudiants et des étudiantes en médecine.

En guise de conclusion : l'arrêt thérapeutique

Deux annonces à des degrés d'implication différents

Deux annonces réalisées avec le même interne, montrent que l'accordage n'est pas du tout le même, pour le premier l'interne est observateur de la situation et le second il contribue à annoncer l'arrêt :

Observateur non participant

Je croise le médecin sénior dans le couloir, il sort d'un rendez-vous avec une pneumologue et est agité et cela se ressent dans sa posture. Il passe à côté de moi, se retourne brusquement et me dit que si je veux, je peux assister à une annonce d'arrêt thérapeutique qui se déroulera avec l'interne. Je le suis. La réunion se déroule donc avec la psychologue, l'interne, l'aide-soignant, l'infirmier et une infirmière étant aussi la cousine de la fille de la patiente. La fille de la patiente me donne son accord pour ma présence. Le médecin prend la parole, réexplique le parcours de la patiente (sa mère), et les différentes décisions qui ont été prises tout au long de sa prise en charge, puis il explique qu'actuellement, ce que l'équipe décide c'est l'arrêt thérapeutique pour sa mère car l'équipe est contre l'acharnement thérapeutique. L'infirmière et l'aide-soignante pleurent. La fille leur demande d'arrêter de pleurer pour qu'elle puisse retrouver ses idées et s'exprimer. Elle dit qu'elle savait que l'arrêt thérapeutique serait envisagé car c'était le vœu de sa mère, de ne pas rester brancher et dépendante. Elle explique qu'elle voudrait que son fils puisse la voir une dernière fois. Le médecin explique à son tour qu'il ne pourra pas attendre ce week-end pour débrancher car cela ne rimerait à rien et qu'il est préférable de la débrancher après le passage du fils. Ils discutent, la psychologue intervient pour expliquer qu'elle pourra être là-demain. En parlant de la patiente je comprends que c'était une patiente vive, sa fille la

décrit comme « chiante » avec tout le monde, la psychologue la décrit comme sachant ce qu'elle veut et étant intégrée intéressée par sa prise en charge. La psychologue précise que sa stagiaire pourra être là-demain pour les recevoir si besoin. Lorsque les échanges arrivent à leur fin, la fille droite et assez dur nous lance : « c'est bon vous pouvez disposer ». Nous partons et la psychologue lui fait comprendre que sa mère était pareil.

L'interne est assis à côté du médecin mais ne parle pas. Il n'est pas convié aux discussions et le médecin ne l'y intègre pas non plus. Sa posture envers l'interne est assez hiérarchique, il le considère principalement comme un subalterne et lui laisse dans une posture d'observateur. L'observation peut aussi être un confort dans la situation, elle peut protéger l'interne dans cette activité assez engageante.

Coopération autour d'une autre annonce

Avant d'entrée dans la grande salle, la médecin demande à l'interne s'il veut bien faire l'annonce, l'interne est d'accord. Nous entrons dans la salle de staff, sont présents, l'interne, la médecin, la fille, le fils et la femme du patient. C'est le patient avec un seul rein. L'interne se présente, la médecin aussi et me donne la parole pour me présenter, la famille accepte ma présence. Ce moment d'annonce se passe différemment que celui de ce matin. L'interne parle. Il retrace la trajectoire du patient, sa prise en charge depuis son arrivée dans le service, il explique tout ce qu'ils ont mis en place pour le rétablissement de leur patient, il peine un peu à annoncer la suite. La famille n'est pas pressante, elle l'écoute attentivement. Puis il hésite à aller plus loin dans son explication et fini par dire qu'« à leur échelle et dans la prise en charge du patient ils n'ont plus de ressources pour rétablir le patient ». Il passe du temps à justifier qu'ils ont tout fait pour envisager toutes les possibilités, et prend vraiment du temps pour expliquer ce qui a été déjà fait. Puis le fils prend la parole et dit qu'il sait qu'ils ont tout fait.

Ici, la médecin est aussi patiente dans sa posture. Elle est à l'écoute de son discours et garde un regard sur la famille.

La femme les questionne et leur demande donc ce qu'il en est des prochains jours, de ce qu'ils envisagent réellement. La médecin prend la parole et explique qu'en l'état, leur père et mari ne se rétablit pas, que la transfusion sanguine qu'il a reçu l'a aidée mais l'a aussi détériorée les poumons c'est une des conséquences d'une

transfusion sanguine massive. Elle explique que ces dernières semaines ils l'ont retourné sur le ventre pour lui donner les chances d'utiliser certaines parties des poumons moins souvent solliciter dans la respiration normale, dont les parties dorsales. Elle explique qu'ils vont le retourner une seconde fois, mais que dans les 3 prochains jours, s'il ne s'améliore pas, l'équipe étant contre l'acharnement thérapeutique, ils n'ont pas d'espoir concernant son rétablissement. Elle précise que s'il fait un arrêt cardiaque, ils ne le masseront pas. Et qu'en l'état ils le débrancheront. La famille acquiesce, comprend et dit qu'elle s'attendait à cette issue. Puis la médecin renchérit et leur demande de réfléchir à la possibilité de faire des prélèvements pour une recherche « fongique », bactériologie, champignon, sur leur proche. Elle précise que ce prélèvement n'a pas pour but d'améliorer l'état de leur proche mais de réaliser des recherches en culture pour les patients futurs. La fille prend la feuille et dit qu'elle va y réfléchir.

Nous sortons de la salle de réunion, la médecin débriefe avec l'interne en lui disant que ça s'est bien passé et qu'il s'en est bien sorti. Il lui explique qu'il essayait de se dépatouiller car il ne savait pas ce qu'il pouvait dire/engager des suites pour le patient, s'il pouvait énoncer les différents idées envisagées par la suite, autrement dit, l'arrêt, le débranchement, ce qui caractériserait quelque chose de la mise en fin de vie, de la mort du patient. Elle lui explique qu'elle comprend, mais qu'elle trouve qu'ils ont été complémentaires, qu'il a bien déblayé le passage pour qu'elle puisse expliquer les suites. Ce qui ne semblait pas simple pour la médecin l'a été pour l'interne et vice et versa. Annoncer l'arrêt thérapeutique à la famille, relève de l'autorité médicale. Même si la médecin lui propose de prendre cette place, l'interne n'arrive pas à énoncer la décision d'arrêter la prise en charge thérapeutique. Il en va sûrement de ce qu'il ne peut pas encore faire en tant qu'interne, d'autant plus qu'il n'est pas interne en réanimation mais en « hépato », c'est sûrement les premières fois qu'il se confronte au travail de l'annonce de l'arrêt à la famille et peut-être les dernières fois. Néanmoins, lorsqu'il n'est pas considéré que comme subalterne, ce stage dans une discipline complémentaire à sa spécialité, lui permet d'expérimenter le travail avec les médecins réanimateurs, de comprendre les prises en charge en réanimation et le suivi des malades en insuffisance grave dont le pronostic vital est engagé. L'engagement des médecins dans le compagnonnage peut parfois dépendre de la spécialité des internes. Les services reçoivent des internes qui ne sont pas de leur spécialité ce qui oblige parfois à renforcer la technique du « cas par cas » pour jauger le niveau d'autonomie de

l'interne. En situation de stress, comme le montre l'attitude du premier médecin, il semble moins évident d'appliquer cette technique et d'inclure l'interne dans l'activité d'annonce.

Négociateur avec la mort

Il est 16h, l'interne IHR1 m'explique qu'ils vont débrancher une patiente ce soir. Cette patiente respire grâce à la machine et il n'y a plus de possibilités thérapeutiques pour elle. Le médecin senior (MR5) a eu l'accord de la patiente dans un moment de lucidité pour que cette situation s'arrête. Le petit fils de la patiente n'est pas d'accord car lui n'a pas entendu sa grand-mère exprimer son souhait d'arrêter les traitements. Le médecin m'explique que cette patiente est enfermée dans son corps, que ce n'est pas une condition acceptable et qu'elle souffre sûrement beaucoup sans que la médecine puisse faire quelque chose pour elle, elle lui a bien fait comprendre qu'elle voulait en arrêter. MR5 me dit : « tu viendras avec nous ». Ils vont d'abord lui administrer une dose de morphine et de sédatif pour l'endormir, pour qu'elle soit plus tranquille et que la famille puisse lui dire au revoir tranquillement. Ensuite ils feront sortir la famille et c'est à ce moment-là qu'ils vont débrancher la machine. Elle est reliée au thorax par un tube respiratoire relié lui à une machine, c'est principalement grâce à cette machine qu'elle respire.

Les circonstances de l'arrêt thérapeutique interviennent au moment où un accord est brièvement formulé de la patiente à MR4. Mais cette situation est assez bousculant, dans le sens où, il m'a fallu accepter en tant qu'observatrice extérieure, que la mort n'intervient pas tout le temps dans un moment de mort cérébral, de coma, de paralysie ou d'inconscience. Elle peut être aussi un choix négocié entre l'équipe médicale qui ne peut plus rien faire de son côté, et la patiente consciente qu'elle est à jamais privée de son autonomie et d'une rémission.

La famille entre dans la chambre, des larmes, des pleurs, j'observe très furtivement à travers la fenêtre les au revoir. Puis l'interne, le médecin et l'infirmier entre dans la chambre, je reste dans le pas de la porte, il y a beaucoup de monde dans cette chambre. L'infirmier et le médecin envoient les doses de morphine et de sédatif. Et nous ressortons. Quelques minutes plus tard, la famille s'adresse au médecin, il entre dans la chambre, bidouille quelque chose près de la machine à injection. Puis il ressort et s'agite en cherchant l'infirmier. IHR1 m'explique que la patiente a eu un soubresaut et que la famille s'est un peu affolée en se demandant ce qui

s'était passé. Le médecin en a conclu que la dose de morphine n'était peut-être pas assez forte. Il est exaspéré car l'infirmier n'est toujours pas là et c'est aussi sa patiente. L'infirmier revient, la machine semble défectueuse, ils essayent (avec le médecin) de voir ce qui ne va pas. Le problème s'arrange, il fallait la présence de l'infirmier fin connaisseur des rouages de ces machines pour aider le médecin dans ses manipulations. Nous relaissons la famille avec la patiente. Puis le médecin fait sortir la famille.

Le médecin vérifie que les premières doses de morphine ont été efficaces et il fait sortir la famille. Nous entrons dans la chambre avec l'infirmier, le médecin et l'interne. Le médecin demande à l'interne s'il veut le faire. L'interne dit qu'il va le faire. Ils éteignent les alarmes du monitoring. L'interne prend un tube aspirant et s'adresse à la patiente en disant : « madame je vais aspirer votre trachée », puis il ne parlera plus à la patiente par la suite. Il passe le tube aspirant, le visage de la patiente se crispe, le médecin explique à l'interne que ce sont des réflexes normaux, il se retourne vers moi et me le dit aussi. Puis il s'adresse seulement à l'interne en lui disant que ce n'est pas la peine d'aller aussi profondément, qu'« elle a assez souffert ». L'interne pose délicatement le tube aspirant. Puis il retire scrupuleusement le tube respiratoire de la trachée de la patiente. Et à ce moment-là, les regards se rivent vers le monitoring. La tension chute, la saturation chute...75, 74,73. L'infirmier est assis et nous attendons que la patiente meurt. À l'extérieur, les autres internes regardent et attendent aussi. L'activité du service est comme mise en pause.

L'équipe est soulagée car elle n'arrive pas à respirer seule, ce qui confirme qu'elle ne peut réellement plus respirer sans la machine. Par contre la saturation prend du temps à descendre et stagne parfois.

Puis son thorax tressaute et le médecin un peu inquiet réinjecte une dose de morphine pour qu'elle s'apaise. L'interne la regarde fixement, il a un peu le corps penché vers elle et il est silencieux. Nous sommes tous silencieux, sûrement respectueux de ce moment si particulier. Puis la saturation passe à 25 et descend à 15, de 12 à 14 elle stagnera en augmentant et en diminuant.

Le médecin est étonné, il me dit que même chez certains patients il n'arrive pas à avoir une aussi belle courbe de saturation. Je lui demande ce que c'est que la saturation, il m'explique que c'est l'oxygène dans le sang au bout des doigts. Une

infirmière responsable rentre discute de façon brutale et discute avec l'infirmier en rigolant. Elle nous rappelle à une réalité extérieure. Elle regarde le monitoring et elle aussi est étonnée, elle n'a jamais vu une courbe de saturation aussi belle, presque parfaite. Je commence un peu à m'inquiéter quand même : « ca veut dire quoi ? » Le médecin m'explique qu'il ne peut pas l'expliquer, que « c'est comme ça », qu'il y a des patients qui n'auront jamais de bonne saturation toute leur vie et d'autres comme cette patiente en fin de vie qui auront une belle saturation. Il me dit que le corps humain ne cessera jamais de l'étonner.

Je regarde la patiente et le visage grisonnant me marque, je n'imaginais pas autant de changement en si peu de temps. Les yeux sont ouverts et l'aide-soignant prépare le scotch pour l'infirmier. Il s'approche de la patiente et le médecin lui dit de ne pas le faire car la dernière fois qu'il l'a fait pour une patiente, sa famille a été bouleversée et gênée de voir le scotch sur les yeux du corps. L'infirmier insiste et lui explique que c'est important de le faire car les yeux vont encore plus s'ouvrir et ce sera ensuite difficile de les refermer. Le médecin lui demande de veiller à l'enlever dès que la famille entrera. L'interne est toujours dans la même position, près de la patiente. Il semble, l'accompagner toujours silencieusement, pendant que les autres s'agitent pour la suite. Nous attendons encore quelques minutes et les points d'interrogation apparaissent à plusieurs endroits sur le monitoring. La patiente est morte. Ni une ni deux nous sortons de la chambre et laissons l'infirmier et l'aide-soignant faire la toilette du corps. C'est une équipe paramédicale entièrement masculine qui s'en charge. Le médecin part remplir le certificat de décès sur l'ordinateur, l'interne erre juste à côté, il le voit passer et lui demande s'il va bien. L'interne lui explique qu'il se questionne sur le temps long de cet arrêt et sur la saturation. MR5 lui explique que « la mort n'est jamais simple », qu'« il y a de belle mort » qu'on « bricole » tous un peu des « choses » pour accepter les circonstances au sein desquels les patients partent, puis il rajoute qu'il est « persuadé que la patiente était partie depuis un moment ».

Le travail prescrit est clair : débrancher la patiente. Dans une organisation, cela ne devrait pas prendre plus d'une heure parfois beaucoup moins. Le réel du travail lui, est truffé d'imprévu, d'émotion, de ralentissement et de questionnements. Au moment où toute l'équipe retourne dans son activisme, IHR1, lui, arrive difficilement à le faire. Cette activité de débranchement l'empêche de fuir en avant. Les imprévus de ce débranchement le travaillent.

Ce débranchement nécessite de négocier avec les modalités non maîtrisables par lesquelles la mort s'installe. Même si les internes peuvent bénéficier de la coopération pendant le travail pour tenir face à l'adversité de l'apprentissage et du travail médical, ils et elles restent des jeunes confrontés très tôt à des situations à fort impact traumatique. Le partage de la rationalisation défensive, est sûrement ce qu'il va intégrer pour se rassurer les prochaines fois. Mais cette observation, montre à quel point il est difficile de tenir les défenses des médecins dans toutes les situations de travail surtout en tant que novice, surtout lorsqu'elles interviennent dans un métier pour lequel on ne se destine pas. En hépatologie, les équipes dans les services ne font pas d'arrêt thérapeutique, et ne débranchent jamais les malades. Pourtant, dans ce stage, il a dû le faire et - en témoigne son errance et son ralentissement à la suite de l'acte - cela a certainement eu un impact dont il a été difficile de réellement rendre compte. En effet, il aurait été intéressant de revoir cet interne et de lui proposer un échange autour de cette situation. Mais une partie des internes ont fui la partie discursive de la recherche. Et il semble nécessaire d'accorder un temps d'élaboration à l'instruction de cette fuite relative notamment à l'absence de formation psychologique des médecins (chapitre suivant).

Chapitre 7 : Retours méthodologiques à partir du point de fuite

De 2018 à 2021, j'ai observé une absence de réponse des internes, à des périodes très précises de leur internat :

- la sortie des semestres de stage et la reprise de l'itinérance

- l'entrée en premier semestre

- ainsi qu'à l'occasion d'autres situations sources de souffrance dont, la mise en responsabilité (pour exemple, IM5) et l'écriture de la thèse.

Le procédé est répétitif, une promesse de retour est engagée oralement, puis au moment de reprendre contact, les internes ne répondaient pas ou clôturaient le contact par un refus. Tout d'abord agacée par ces conduites qui me donnaient l'impression d'une recherche sans population ; une rencontre m'a tout particulièrement touché et a remis en perspective cette impression en déphasage avec la réalité.

Suite à mon passage dans divers services du centre hospitalo-universitaire, les équipes médicales finissaient par me reconnaître et me présentaient aux stagiaires entrant. Par ce biais, j'ai rencontré un interne de premier semestre en neurologie, celui-ci a pris mon numéro et m'a informé qu'il me recontacterait dès que son stage serait plus calme pour lui, dès qu'il aurait pris ses marques. Je l'ai rencontré quelques semaines plus tard, au relai h' en lui demandant comment il allait et en lui proposant un échange autour d'un café. Gêné, les yeux rouges, il m'a exprimé qu'il ne le souhaitait pas. L'état de cet interne m'a particulièrement interpellé et m'a imposé de revoir cette conduite partagée de la fuite, comme une conduite collective adressée à la recherche.

« L'activisme est une défense pour ne pas penser ce qui fait souffrir dans le travail » (Molinier, 2008, p.191). La sortie de l'activisme est dangereuse justement parce qu'elle implique de repenser à ce qui a été laissé de côté. À cela s'ajoute bien souvent des conduites manifestant une fuite en avant pour ne pas avoir à s'arrêter. Les attentes de retour vaines et les refus sont du même ordre, ils empêchent de faire état de cette fuite vers l'avant, de s'en rendre compte et d'en sortir. En outre, ce que je nomme « point de fuite » s'avère être une métaphore tirée du dessin et des arts visuels. Au point de fuite, la perspective fuit vers un horizon situé par un point. En s'éloignant de l'observateur·rice, le point de fuite devient aussi un repère et oriente le regard. Pour autant, en fixant le regard sur ce repère vers lequel les lignes convergent, il ne

se passe pas réellement grand-chose. Le point de fuite est l'élément déterminant de la perspective, du point de vue de l'ensemble et de la dynamique du support visuel.

Le refus, l'absence de réponse et parfois la mise à l'écart pendant l'immersion, sont des conduites qui forcent à se rappeler que les internes n'ont pas manifesté une volonté collective (une demande) de comprendre les effets défensifs érigés contre la souffrance au travail. Or, la demande est un élément capital dans la méthodologie en psychodynamique du travail, nous le verrons un peu plus loin. On peut faire l'hypothèse que ma présence en tant qu'observatrice n'a pas aidé à assouplir ces défenses, bien au contraire. Mais alors pourquoi certain-es internes ont manifesté un intérêt pour les entretiens et ont tenu leur engagement ? Il s'agit principalement des internes de psychiatrie et des urgences. Le point commun entre ses internes c'est la formation psychologique :

- incluse dans la spécialité pour les premier-ères (les échanges avec IP1 serviront cette idée) et

- mise en place (non sans difficulté) par la psychologue-chercheuse du SAMU pour les second-es.

7.1 – Participation située

IP1, lors de nos échanges, usent des techniques analytiques qui ont fait partie de sa formation pour pouvoir exprimer ce qu'il a vécu pendant ses années d'étude :

IP1 : « Je pense qu'on doit passer le bac plus tard. Pour laisser les jeunes explorer, s'explorer aussi. Savoir de quoi ils ont envie et décider d'une orientation quand on a vingt ans et pas 17, 18, je pense que c'est une bonne période pour se laisser le temps parce que le temps passe moins vite que par la suite. On devrait laisser un peu plus les gens explorer leurs désirs plutôt que les envoyer après. Moi j'en ai beaucoup voulu aux gens qui m'ont demandé ce que je voulais faire à 15, 16 ans. J'ai dû attendre 21 ans pour savoir ce que j'avais à peu près envie de faire. On laisse les jeunes à mi-temps explorer pleins de trucs et ils choisissent. C'est trop sans transition, c'est trop effractant, ça ne marche pas. Et puis ça expose trop à des ruptures d'idéal, à des ruptures dans des liens, faut être un peu plus vigilants.

La médecine ça isole aussi ?

Oui ça isole à fond. C'était ça qui était dur. Ça isole, ça s'imprègne dans notre vie, nos discussions peuvent ne tourner plus qu'autour de cela et il n'y a plus de place pour les autres. Dans une grande société comment veux-tu que les gens intègrent une discussion entre médecins qui sont en train de parler de choses techniques. Les deux dernières années d'externat, j'étais mal. Je me suis vraiment déprimé, j'ai fait une vraie dépression liée à l'environnement de la faculté, à des séparations (non intimes ou sentimentales) des séparations dans le milieu médical. J'en avais marre de la médecine et j'ai commencé à me déprimer, à rester enfermer chez moi à fumer des joints sans arrêts. J'ai réussi à m'en sortir pas très bien je trouve. Je n'ai pas fait les bonnes choses, j'ai continué à fréquenter quelques personnes avec qui je pouvais partager des choses mais de manière assez marginale. À ce moment-là je n'arrivais plus à investir les autres choses qui pouvaient m'apporter à côté, la culture... Je n'avais plus d'envie pour rien. Je m'isolais à fumer des joints. Je suis incapable de te dire réellement ce que j'ai fait à ce moment-là, j'ai survécu. J'ai survécu, dans un état d'angoisse, de mal-être, de tristesse. J'en avais ras-le-bol d'être là. Moi je souffrais beaucoup. J'ai tenu dans des modalités bizarres, j'ai fréquenté des gens que j'avais pas envie de fréquenter, à tenir des trucs avec des bouts de ficelles, à être par défaut, à me corrompre d'une certaine manière. Ce qui m'a fait tenir c'est d'avoir l'idée que j'allais partir. Je me projetais, j'avais encore cette capacité de me dire que j'allais me barrer d'ici, que j'allais plus voir ces gens et cette ville.

Comment as-tu pu t'en sortir ?

Déjà les médecins ils ne font pas médecine pour rien. Moi je t'ai donné des raisons assez claires mais je pense qu'il y a des choses plus profondes, aider les autres, les soigner, j'imagine qu'il y a des choses de l'ordre de la réparation... Je pense qu'il y a des motivations très très profondes. Moi je dis que c'était plutôt l'aspect technique parce que c'est pour me défendre de choses plus profondes par exemple. Sadique et masochiste aussi parce que ce cru, ce qui se passe dans les salles de garde et les soirées d'internat. Ça rejoint cette l'idée, entre les soins qui sont donnés à nos semblables et inconnus et en même temps les rapports qu'on peut entretenir dans le corps avec nos confrères médecins. L'intrusion dans le corps du patient et l'intrusion dans le corporatiste. On est dans le corps du patient et nous on est dans le corporatisme. Et on intervient là-dedans et de manière assez

violente. Dans la capacité des gens dans les soirées, la violence, moi-même ça m'est arrivée de me retrouver dans des états indignes. C'est hyper violent. C'est un truc cathartique et pour moi j'arrivais pas à le justifier. [...] Les orthopédistes aimaient bien arriver avec des masques, casser des murs en soirée, c'était leur truc, les psychiatres ne font pas ça. Les psychiatres ils vont ramener des drogues que les autres n'ont pas. C'est un exemple, ce n'est pas systématique. Après je minimise l'exposition qui peut être traumatique parce que j'ai l'impression qu'au fil des années on s'expose de manières graduelles qui fait que plus rien ne nous choque.

La recherche, est intervenue dans ce moment si particulier et n'a d'autre choix que de se dépatouiller aussi pour réussir à tisser une analyse des mouvements psychodynamiques appartenant à une période d'apprentissage aussi complexe que celui des médecins. Ce que cet interne de psychiatrie exprime c'est qu'en se dépatouillant, lui, le système d'étude vers lequel il s'est orienté lui a révélé sûrement des fragilités qu'il avait déjà en lui en les poussant à leur paroxysme. Mais il lui a aussi permis de trouver les ressources défensives et sublimatoires pour s'en sortir dans ce grand bain. L'évolution hospitalière et l'itinérance donne la possibilité par ailleurs de rencontrer des ressources différentes grâce à la rencontre avec les autres professionnel·les. Telle est la denrée appartenant au travail et au compagnonnage.

L'internat en médecine une période par laquelle il faut passer. Et durant cette période, il y a des internes qui se sont retrouvé·es en grande souffrance. Une part de celles-ci trouve une source de sublimation dans la coopération avec les autres travaillant à l'hôpital. Dans *Boys in White*, Becker & al. écrivait : « *Students come into contact primarily with the version of medical culture held by the professional subgroup represented by their faculty but also meet other versions in their contacts with visiting physicians, staffs or other hospitals affiliated with the school, and other doctors with whom they have contact outside the school* » traduit par : « *Les étudiants sont principalement en contact avec la version de la culture médicale défendue par le sous-groupe professionnel représenté par leur faculté, mais ils rencontrent également d'autres versions dans leurs contacts avec les médecins visiteurs, le personnel ou d'autres hôpitaux affiliés à l'école, et d'autres médecins avec lesquels ils sont en contact en dehors de l'école* » (2003, p.191-192). La richesse de cette acculturation aux autres professionnel·les est constitutive des enjeux de coopération, permettent aux internes de maintenir leur engagement au travail mais aussi de guérir des couches de souffrance

accumulées, occultées, mises à l'écart ou fuies pendant des années. Partant du point de vue des sociologues, les processus de socialisation pendant l'externat permettaient d'apporter des solutions aux problèmes rencontrés pendant l'apprentissage, mais du point de vue de la psychodynamique du travail, il s'agit aussi sublimer la souffrance de l'apprentissage grâce aux ressources de la coopération avec les autres professionnels.

7.2 - « La pathologie du déséquilibre du système universitaire »

Je rencontre la psychologue-chercheuse du SAMU, qui met en place des cours en psychologie aux externes et aux internes du service. Pour elle, et partant d'un point de vue psychopathologique, la « pathologie du déséquilibre du système universitaire » définit pour elle l'incorporation d'une formation qui dit que :

PS2 : « pour être un bon médecin, c'est arrivé à un standard qui est quand même imposé par le système où ils perdent totalement la dimension de la relation avec le patient. Parce que même en tant que médecin quand ils sont intéressés à la partie somatique c'est quand même une interaction avec une autre personne »

L'attentat du Bataclan est un événement déclencheur dans le service du SAMU. Les médecins ont envoyé les externes dépouiller les corps morts sans les avoir prévenu·es de l'activité vers laquelle ils et elles allaient être envoyé·es. Cela a eu un fort impact traumatique chez les externes. Depuis, la psychologue du SAMU (PS2) déploie de l'énergie pour permettre aux médecins de prendre soin de leurs étudiants et étudiantes :

PS2 : « C'était dur. C'est encore dur. J'aimerais bien faire plus mais bon... le cours que je fais aux étudiants les internes, les externes c'est un cours que j'ai pu mettre en place au bout de 7 ans où j'ai fait comprendre, grâce encore à la recherche, j'ai compris qu'avec les urgentistes ou en tout cas dans le service où je suis, il faut la science qui montre. En disant qu'un des facteurs pour développer le PTSD c'est déjà la non connaissance de mécanismes liés au psychotrauma plus les études qu'on a fait après les attentats où on a pu montrer qu'on ne doit pas imposer à un étudiant, à un interne de venir sur les lieux, on doit juste proposer une option et cela doit rester leur choix d'aller au SAMU au bloc... pour les internes et les externes. La proposition doit être faite et c'est à eux de se positionner sur : aller plutôt avec les Samu, ou le bloc ou en réa en cas d'attentat, on parle toujours des attentats ».

Ce travail de formation à la psychologie, à la compréhension et à la réflexivité a nécessité un temps long, au sein duquel PS2 a dû faire cours sur l'évènement à fort retentissement psychologique : *« Ce n'était pas évident parce que pour eux c'est la quantité genre il y a beaucoup de victimes donc ça veut dire que... non un événement ça peut être fort même s'il y a juste une victime, une personne, un patient. C'était ça et puis le caractère inhabituel, ce n'est pas parce que toi médecin senior tu es habitué à soigner, à sauver un arrêt cardiaque que l'étudiant, surtout un externe qui peut être se trouve la première fois face à ça, ça ne peut pas avoir le même impact. Et surtout la notion aussi de autoriser la voix des étudiants parce que les étudiants s'arrêtent devant les séniors, ils n'ont pas le droit de parler »*. PS2 travaille avec les responsables sur un « ciblage des interventions » à risque et le signalement d'internes ou d'externes ayant été au contact de ces situations. Cela a été épuisant pour elle de se confronter à l'éthos défensif des urgentistes, mais son poste et sa proximité avec les équipes et les professeurs du service, lui ont permis d'insuffler quelques modifications dans les mentalités des médecins responsables ; considérées à ce jour comme permanentes car institutionnalisées par le cours qu'elle dispense dans le semestre. Par ailleurs, les cours qu'elle met en place, lui font se confronter aussi aux défenses des internes :

PS2 : « la question commençait : "comment vous avez choisi la médecine et de devenir médecin". Parce que dans mon expérience je me suis rendue compte que les gens qui pouvaient souffrir un peu plus c'était des gens qui ont excessivement idéalisé la fonction soignante. Donc je commence avec une modalité interactive où on donne la parole un peu à tout le monde et l'interne belge elle m'a dit : "parce que c'était une évidence pour moi" donc dans la formulation de la relance elle se braque encore plus et pendant le cours je vois qu'elle avait un non verbale qui était assez claire »

L'accueil du cours et les interactions avec les internes lui font se remettre en question :

PS2 : « Peut-être je devrais changer le contenu, peut-être je dois changer en fait ma manière, mais les cours que je fais, je les fais plutôt dans l'interaction après quand je sens qu'on ne peut pas trop partager l'expérience perso je demande pas plus mais c'est un cours théorique, on peut parler d'expérience... Ca durait 1h30, on doit condenser pour décliner certains messages [...]. Cette interne j'avoue qu'elle était détestable mais vraiment détestable je ne la supportais pas, je suis

honnête avec toi, j'étais à deux doigts de dire "bon si vous n'avez pas envie sortez et je mettrais un mot pour dire votre posture mais je ne l'ai pas fait"

Comment tu as fait ?

Parce que j'ai senti, je me suis dit peut-être que cette interne est en train de vivre peut-être un moment de souffrance ou un moment dur et je me suis posée la question : "est-ce qu'elle sort de garde ?", est-ce qu'elle est au début de sa garde ?" il y a trop de facteurs quand tu te retrouves face à un interne, tu dois rester un peu dans l'observation un peu. Et puis j'ai appris un peu plus quand elle a dit qu'elle était belge c'est là où je lui ai posé la question sur le système belge et c'est là où en fait elle tout de suite elle a dit "j'ai déjà fait ce cours parce qu'en Belgique, ils nous proposent déjà cela donc je sais tout du burn out, je sais tout du traumatisme psychique". et j'ai essayé de positiver les choses en disant "ben tant mieux alors on peut partager un peu plus le système belge et nous expliquait comment ça marche en Belgique" et c'est là qu'elle nous a dit qu'il y avait moins de postures écrasante à l'université et c'est là qu'a émergé la pathologie du déséquilibre parce qu'elle elle disait: "ici vous vous avez le conflit entre - la discrimination entre les gens qui choisissent la médecine générale et les gens qui prennent une spécialité et là les 2 médecins généralistes commencent à parler et à dire à exprimer le fait qu'ils trouvent injustes de se sentir les ratés du système universitaire et que ce discours discriminant et écrasant les accompagne à partir de la 4ème année.

Elle conclue que les internes exprimant le plus leurs réticences dans les interactions ne sont pas forcément celles et ceux qui l'alertent. C'est surtout IM5 qui l'alerte, un interne qui dit n'avoir aucun problème :

PS2 : L'interne du Samu (IM5) était tout le temps sur son téléphone, tout le temps pendant que je parlais, j'ai vu ce côté très immature, très ado genre le téléphone comme ça qui regardait un peu (elle le mime). Il sortait un peu des trois parce qu'il a envoyé le message "pas de problème". Moi j'ai posé la question sur le redoublement, lui a dit non, il a dit qu'il avait eu des soucis par rapport à certains stages mais globalement le parcours parfait de l'étudiant en médecine. Je ne suis pas interne, je n'ai jamais fait un internat en médecine mais pour tout ce que je vois c'est rare de trouver un étudiant qui dit "tout va bien, je n'ai jamais eu de

difficultés" Et c'était plutôt plus réaliste le discours de l'autre interne en médecine général qui a dit "ben non à partir de D4 c'était dur" »

Le cours de formation psychologique lui permet de cibler les internes en situation de vulnérabilité ; en faisant principalement les frais de leurs défenses. Et de leur capacité à parler de ce qu'ils et elles vivent en fonction de leur spécialité et de leur semestre d'internat. Nous avons déjà expliqué plus haut que IM5 va bientôt devenir docteur junior, la neutralisation des effets psychologiques de la situation passe par un déni qui se trouve être le même que les médecins responsables avec lesquels PS2 connaît un contact long. Par ailleurs, PS2 repère dans le discours entre les externes et les internes une différence marquante :

PS2 : « Les externes disent que ça ne va pas mais les internes le mettent de côté, les internes sentent l'impasse, on y est on a eu l'ECN on ne peut plus faire demi-tour. L'externe se questionne encore. Les internes rationalisent beaucoup. [...]. Maintenant c'est différent, je pense que le fait d'avoir été là, d'avoir parlé quelque chose est resté dans leur tête, on ne peut pas dire qu'ils ont totalement intégré la notion de la santé mentale parce qu'on est très loin de ce côté-là mais quelque chose est resté ici (elle pointe sa tête) »

Pour PS2, « en tant que psychologue on devrait commencer à taper à la porte des universités de médecine ». Les écrits de Balint étaient orientés vers les médecins de ville et ont été importantes pour les années 1960, mais en 2023, elles sont toujours actuelles et peuvent s'adresser à l'ensemble des métiers du corps médical.

7.3 – La formation psychologique

7.3.1 - Ce que nous dit Balint

...c'est que : « *D'une manière ou d'une autre, lorsque nous examinons notre patient, nous ne pouvons nous empêcher de faire notre propre examen, et par conséquent de révéler nos propres idées et nos désirs de ce qu'il faudrait faire dans cette situation particulière* » (1988, p.236). La clinique confronte les médecins à leur propre examen et cela doit faire partie de la formation des médecins que de savoir mettre en perspective leur propre fonctionnement. La formation médicale forme à un traitement « objectif » qui évite la prise en charge de ce que cela provoque à l'intérieur des médecins. À l'hôpital, c'est à partir de cette formation qu'il est ensuite possible de se rendre disponible à son rythme, sourd à ses conséquences et muet à l'expression de ce qui ne va pas à l'intérieur.

Il accuse « *notre formation médicale traditionnelle, maintenue par les hôpitaux universitaires et acceptée par les étudiants. Professeurs et étudiants s'accordent tacitement – pour de bonne raison – à éviter des situations qui pourraient les entraîner à examiner leurs problèmes personnels et les solutions qu'ils leur donnent – ne serait-ce que seuls à seuls* » (*ibid*, p.236-237). Nous formons ou déformons objectivement les médecins mais nous ne les formons pas psychologiquement à ce qu'ils et elles vont devoir affronter. L'accord tacite est garant de l'éthos défensif ou l'inverse.

Pourtant depuis 2016 et à la suite des attentats du Bataclan, la formation psychologique des médecins a pris forme sous différents dispositifs. D'un côté, pour (celles et ceux qui le veulent) assouplir l'éthos défensif qui occultent les vulnérabilités : les siennes et celles des autres, et de l'autre pour permettre aux médecins d'identifier les situations à risques pour leurs apprenti·es. Il s'agit de « prendre soin de ceux qui nous soignent » et de « celles et ceux qui apprennent encore à soigner »¹⁰⁵. Mais cet assouplissement ne peut réellement se réaliser seul, il nécessite aussi un collectif, et pour les deux exemples qui suivent, un collectif constitué d'autres professionnel·les de santé.

7.3.2 - De la QVT au DIU

Le 5 décembre 2016, Marisol Touraine présente la stratégie nationale d'amélioration de la QVT qui consiste à « prendre soin de ceux qui nous soignent ». L'expression retourne l'action vers les acteurs et actrices. Eric Galam est médecin et met en place un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) « soigner les soignants »¹⁰⁶. La formation est strictement réservée aux professionnel·les inscrit·es à l'Ordre des professionnel·les de santé¹⁰⁷ et les candidat·es doivent motiver leurs intentions et leur « projet personnel ».

¹⁰⁵ Ce titre fait écho à une communication de la thèse lors d'un colloque internationale organisée par la revue l'Autre le 3 Juin 2022 ; Ringanadépoullé, S. (2022). « Celles et ceux qui apprennent encore à soigner » contribution orale dans le 25^{ème} colloque internationale de l'autre intitulée : « Celles et ceux qui soignent » Ici et dans le monde, hier, aujourd'hui et demain à Clermont-Ferrand.

¹⁰⁶ <http://diu-soignerlessoignants.fr/>

¹⁰⁷ Médecins, pharmacien·nes, infirmier·ères, masseur·euses-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, chirurgien·nes-dentistes, sage-femme·homme

Récapitulatif des modules du DIU

Les modules de formation sont au nombre de 5, chaque module se déroule en 2 à 3 jours. Les soignant·es sont étudié·es comme des patient·es particulier·ères (Module 1), le module 2 a pour objectif d'apprendre à repérer, aborder et accompagner les soignant·es en souffrance psychique, tous·toutes les intervenant·es sont médecins et professeur·es de médecine. L'apprentissage des risques du métier (module 3) implique des jeux de rôles et fait intervenir une psychologue clinicienne pour analyser des situations réelles qui permettent de « continuer à vivre malgré ses erreurs ». Avant le dernier module, les formé·es doivent autoévaluer leurs risques psychosociaux et d'épuisement professionnel à l'aide de questions : « comment je prends soin de moi et je me soigne ? », « comment j'organise mon activité professionnelle ? », « comment je me soigne » etc... Enfin, le module 5 est consacré aux journées de soutenance des mémoires pour l'obtention du DIU et aux échanges avec les promotions précédentes. Les mémoires des promotions sont téléchargeables sur le site du DIU¹⁰⁸.

Dans le DIU, les internes apprennent avec les autres professionnel·les de santé, ou en contact avec leurs apprenants et apprenantes. L'ouverture de la formation à toutes les professions de santé, en d'autres termes l'apprentissage des modules au contact des autres professionnel·les, rappelle le dispositif IPE mise en place par la Mayo Clinic aux Etats-Unis et déployé en Suisse et dans les pays Nordiques : l'Interprofessional Education¹⁰⁹.

7.3.3 - Détour par la Mayo Clinic

L'IPE, ou EIP en français, décliné en formation interprofessionnelle (FIP), « se produit lorsque des étudiants de deux professions ou plus apprennent les uns des autres, [...] et les uns avec les autres, pour permettre une collaboration efficace et améliorer la santé »¹¹⁰. Cette formation remet au centre la coopération dans le soin et *de facto* son apprentissage. La collaboration interprofessionnelle devient « the key to the safe, high quality, accessible, and patient-centered care », traduit par « la clé pour des soins sûrs, de haute qualité, accessibles et centrés sur le patient ». Travailler avec d'autres professionnel·les devient une compétence, ainsi que la connaissance de son rôle, de celui des autres professionnel·les et la communication interprofessionnelle. Pour développer l'IPE, il faut nécessairement passer par des situations au

¹⁰⁸ http://diu-soignerlessoignants.fr/?page_id=54831

¹⁰⁹ <https://college.mayo.edu/academy/resources-for-schools/interprofessional-education/>

¹¹⁰ <https://college.mayo.edu/academy/resources-for-schools/interprofessional-education/getting-started-with-ipe/>

travail, cette innovation dans l'apprentissage montre que la Mayo Clinic s'est intéressée à ce qui se passe sur le terrain pour les médecins, les kinésithérapeutes, les travailleurs et les travailleuses sociales, de mêmes que les dentistes etc. Le soin s'apprend cette fois-ci au travers les coopérations nécessaires à son accomplissement.

IP1 : « La médecine c'est sur du long terme et à un moment donné, ce formatage il faut quand même savoir l'abandonner. Quand tu te confrontes à d'autres personnes, parce qu'il y a des corps de métier que tu fréquentes. Quand tu es chirurgien tu ne fréquentes pas des psychologues, des psychomot', des orthophonistes... c'est important de sortir de ce formatage ».

Suivant l'IPE, ce formatage peut prendre des formes peut-être plus souple dès l'apprentissage, et cela en repensant la formation des médecins. Mais encore faut-il que les médecins soient au faits de ces possibilités pour l'avenir des plus jeunes et qu'ils et elles puissent investir ces changements au risque de revoir ou de mieux apercevoir le soin : le corps à corps avec les malades, les infirmières, et les apprenti-es.

7.4 – De l'intégrité de l'éthos scientifique

7.4.1 - Retours méthodologiques

La méthodologie de la recherche doctorale est un montage d'enquête différent de celle de la psychodynamique du travail. Avoir accès au rapport des internes en médecine et des médecins au compagnonnage dans le but d'analyser les enjeux de coopération qui en émanent est une des richesses de ce travail. Néanmoins, l'absence d'enquête proprement psychodynamique du travail prive la recherche de certaines visées et sa population de certains bénéfices. Pour Christophe Dejours la mise en place de l'« enquête-intervention » dans la démarche psychodynamique du travail est le gage de son progrès (2019b). Du déploiement de sa pratique dépend la production des connaissances cliniques. Les chercheurs et les chercheuses en psychodynamique du travail déploient des enquêtes auprès des collectifs de travailleurs et de travailleuses volontaires. Les travaux de Dominique Dessors précisent ce qu'il est important de nuancer dans la dénomination et la mise en place de la méthode. Avec Jayet, elle écrit : « L'enquête cherche à identifier les processus qui tiennent les demandeurs de l'intervention dans une situation devenue pour eux inextricable. Elle permet aux défenses qui se sont construites de se déplacer, ou de se libérer de leur forme figée, désadaptée à leur nécessité actuelle, pour un collectif qui se décrit lui-même « à bout » » (Dessors & Jayet, 2009, p.116). La demande initiale s'insère dans un contexte de souffrance, elle suscite un appel à l'aide et porte en elle

« une tentation de déléguer, à qui l'accepterait, la responsabilité d'une issue concrète » (*ibid*, p.117). C'est en cela, que la demande vise une intervention pour améliorer la situation. Mais la méthode mise en place est celle d'une enquête qui suggère au préalable un travail de la demande initiale. Cette transformation nécessite l'énonciation des risques, des règles et de l'autonomie des chercheurs et des chercheuses. L'enquête démarre à ce moment précis et comporte trois points incontournables :

-elle ouvre à une réappropriation de l'histoire par « l'acte de parole » et mobilise l'investissement de tous les membres du collectif. Le risque porte sur « ce qui fait l'objet du silence » (Dessors & Shram, 2009, p.69),

-elle nécessite une implication subjective forte, pour cela, les collectifs doivent se constituer sur la base du volontariat,

- « l'enquête n'est pas une intervention directe sur la situation : elle vise à transformer la relation des travailleurs avec l'organisation du travail, pour les replacer en position dynamique vis-à-vis de leur travail, afin de leur permettre de réintervenir eux-mêmes sur son organisation » (*ibid*, p.74).

A partir de là, les collectifs volontaires et les chercheur·ses se réunissent en générale trois séances. L'« actes de parole » est le matériel de l'enquête, les chercheur·ses souvent en binôme, sont attentif·ves aux discours qui sortent de l'ordinaire, aux éléments associatifs et de rupture et qui mettent en lumière les points d'interaction entre « souffrance, défense et organisation du travail » (Dessors & Jayet, 2009). La dernière séance est une étape de validation des résultats dédiée à la lecture et à la mise en débat du rapport d'enquête.

7.4.2 - Les limites

« L'enquête favorise la (re)conquête d'un espace public de critique de l'organisation du travail par le collectif. Les perspectives d'évolution consistent pour l'équipe à imaginer comment retourner le processus mis au jour, et faire « remonter » dans l'institution la réalité de la réinsertion, pour interroger l'Utopie et la déplacer. Travail indissociable du remaniement des défenses, de l'élaboration de règles communes, etc » (Dessors & Jayet, 2009, p.119). La recherche doctorale est privée des bénéfices de l'enquête auprès d'un collectif d'internes volontaires. Les stratégies collectives de défense n'ont pas pu être mises à jour par les internes ou les médecins eux et elles-mêmes. Et l'enquête ethnographique et discursive ne permet pas de savoir si les internes rencontrés·es ont transformé leur relation à l'organisation du travail

hospitalo-universitaire. En l'état, ils et elles ont bénéficié d'une écoute, d'un espace d'échange et pour certains et certaines d'une co-construction du sens autour de l'expression des vécus sous-jacente à la perlaboration (Dejours, 2022).

7.4.3 - Les points de contact

La méthode ethnographique et discursive a des points de contact avec celle de la psychodynamique du travail :

-la demande initiale des PUPH émerge dans l'urgence et manifeste une prise de conscience de la souffrance de leurs novices. L'accès à leur service hospitalier et une permission d'accès de la recherche à ce qui articule la souffrance, les défenses et l'organisation du travail.

- « Difficile à admettre, difficile à discuter, la mise au jour des stratégies collectives de défense implique, à travers des enquêtes approfondies et renouvelées, une réelle familiarité avec le milieu de travail en question. [...]. Que certains chercheurs de l'équipe en soient passés par la méthode de l'immersion (ou observation participante) s'avère un précieux préalable à l'enquête en psychodynamique du travail à proprement parler. » (Molinier, 2008, p.293). La mise en place de l'ethnographie est commune à l'étape immersive de l'enquête psychodynamique et a permis entre autres, de fournir des descriptions détaillées des organisations du travail de plusieurs services hospitalo-universitaires.

Conclusion : Aloyage masochisme et sadisme

IP1 infiltre dans le cours de la discussion son impression sur la recherche : « Je voulais quand même dire que ton sadisme psychologique est de très bon aloi avec le masochisme qu'on s'inflige ». Ma persévérance ces sept dernière années dans la recherche sur la souffrance et le plaisir des internes en médecine est interprétée par cet interne comme un sadisme psychologique. Mais plus largement pour cet interne, les techniques de la psychologie procèdent du sadisme car il est souvent question d'écouter et d'observer la souffrance psychique ou plutôt d'être attentif·ves aux manifestations de la souffrance. Le contact long avec les internes et les médecins ces sept dernières années, me rend témoin d'une histoire collective qui m'a affectée et pour laquelle il a fallu ne pas se résigner et retrouver le projet de connaissance à l'origine de ce travail doctoral. C'est en terminant les immersions qu'il a été possible de retrouver le projet de connaissance attendant à la recherche. C'est ce projet de connaissance qui est garant de la réussite de la recherche mais aussi de l'intégrité dans la recherche.

Le serment doctoral pour l'intégrité scientifique lu le jour de la soutenance de thèse exprime ceci :

« En présence de mes pairs. « Parvenu(e) à l'issue de mon doctorat, et ayant ainsi pratiqué, dans ma quête du savoir, l'exercice d'une recherche scientifique exigeante, en cultivant la rigueur intellectuelle, la réflexivité éthique et dans le respect des principes de l'intégrité scientifique, je m'engage, pour ce qui dépendra de moi, dans la suite de ma carrière professionnelle quel qu'en soit le secteur ou le domaine d'activité, à maintenir une conduite intègre dans mon rapport au savoir, mes méthodes et mes résultats. »¹¹¹

C'est aussi l'acquisition de cet éthos scientifique qui donne du sens à l'épreuve du terrain, à l'adversité de la recherche. L'intégrité a nécessité de retrouver le projet de connaissance. Pour reprendre les propos de cet interne de psychiatrie, mon « sadisme psychologique » était de bon aloi avec le « masochisme médical » parce qu'au coeur de cette rencontre, il y avait un accordage pour la réussite de la recherche. Une recherche qui a toujours servi un double intérêt :

-l'obtention du doctorat en psychologie et,

-l'apport de résultats concernant la souffrance au travail des internes en médecine.

Conclusion de la partie

Les internes seront toujours les chevilles ouvrières de l'hôpital, c'est le fondement créateur de l'internat en médecine. Avec la création de l'internat en médecine, l'éthos médical se dote d'un genre hospitalo-universitaire dévolu à l'accomplissement de la permanence des soins pendant l'internat. C'est une des conditions de leur formation clinique. L'ascétisme (Darmon, 2012) des premières années d'apprentissage les sélectionne sur la base de leur disposition au caractère sacerdotal de la garde et du rythme hospitalo-universitaire. L'activisme est la stratégie défensive qui pousse à l'auto-discipline, à la conduite opératoire et à la neutralisation de la pensée réflexive. L'activisme (Dejours, 2004) entraîne un masochisme secondaire, visant à taire les sensations du corps au profit de l'engagement du rythme effréné imposé par l'organisation du travail. L'entraide collective pendant les premières années d'apprentissage tient deux fonctions, elle soutient l'activisme et procure une aide pour tenir le rythme et parfois en rigoler collectivement afin de ne pas faillir. C'est ce socle d'expérience

¹¹¹ <https://www.hceres.fr/sites/default/files/media/files/fiche-serment-doctoral-integrite-scientifique-pdf1.pdf>

commune qui crée le passage et l'appartenance à un ensemble de normes défensives conçues pour ne pas faillir. La coopération défensive pendant l'internat met à l'écart celles et ceux qui ne participent pas ou plus au rythme. Le déploiement du masochisme secondaire visant à tout faire pour ne pas rater sa garde, éclaire la dimension éthique du travail hospitalier mais aussi ce qui maintient l'engagement au travail et le dépassement des horaires. Les techniques pour ne pas faillir, constituent l'éthos défensif (Molinier, 2013) médical nécessaire pour accomplir le soin et sa permanence. Les stratégies défensives qui se réajustent en situation de travail s'implantent dès l'apprentissage des métiers.

Pour s'intégrer, les futur·es médecins doivent accepter de passer par-là, celles et ceux qui n'y parviennent pas sont écarté·es, mis·es à l'écart ou font le choix d'une autre spécialité. Pour celles et ceux qui, pour une raison ou une autre, ne bénéficient plus des défenses collectives ou ne sont plus capables d'évoluer au sein de ce genre d'environnement, la décompensation, l'isolement et le risque suicidaire en sont les conséquences les plus tragiques. Les maltraitances faites aux apprenti·es soignant·es doivent faire l'objet de considérations effectives et d'une protection. Mais pour être justes elles ne doivent pas faire l'impasse sur ce que vivent les équipes soignantes qui accueillent leurs apprenti·es dans l'accomplissement d'un travail de plus en plus adverse. Pour le dire autrement, les sanctions sont inévitables pour les conduites qui ont poussé à la décompensation, au mal-être et à des souffrances irréparables, mais elles resteront toujours lacunaires si elles n'éclairent pas suffisamment ce qui précipitent les pulsions agressives dans le soin vers celles et ceux qui apprennent encore à le prodiguer.

L'élucidation de l'éthos alternatif et l'utilisation de l'expression « para-compagnon » pour resituer l'importance des infirmières dans le compagnonnage sont deux apports essentiels de cette partie. L'exploration des urgences montre à quel point les tensions entre les services affectent l'expérience des internes qui passent par ces stages. Mais malgré cette adversité, il a été possible d'observer l'ingéniosité qui appartient aux soignants et aux soignantes. Les coopérations avec les équipes permettent aux internes de faire l'expérience de la *phronèsis*, mais aussi du *kairos* qui sanctionne les situations du travail médical par un temps dit opportun. Le challenge des infirmières en réanimation, incite les internes à prendre conscience de l'opportunité ou non du moment, du geste etc... Elles permettent aux internes de « lever la tête du guidon ». En situation d'apprentissage, le *kairos* pare l'erreur en situation. En outre, les infirmières dans leur fonction de « para-compagnons » remettent de la temporalité dans l'opératoire sous-tendu par l'activisme des internes et cela, en vertu du confort des malades.

Toutes les activités décrites sous la bannière du compagnonnage sont autant d'exemples qui illustrent la jauge des médecins dans les services en situation. La jauge fait partie d'une intelligence pratique et humaine que les médecins acquièrent au cours de l'expérience du travail hospitalo-universitaire. Elle est l'une des techniques pour intégrer les internes en veillant à la réussite du soin. L'exemple du compagnonnage pendant la varice est flagrant, il montre à quel point la chirurgienne, en apprenant à l'interne, revoit le rythme de l'opération pour y inclure son apprentie en même temps que calmer la patiente éveillée et donner les consignes à l'infirmière. Mais dans des conditions d'apprentissage défavorables le compagnonnage est dévoyé par des conduites renforçant l'adversité du quotidien des internes.

Les savoir-faire de prudence s'acquièrent dans le contact long, l'observation et finalement le corps à corps avec les équipes. Mais, nous avons vu, que la prudence se transmet aussi à travers les activités de transmissions et les cours cliniques. Des temps pour lesquels :

- le « cas clinique » ou le « dossier patient » remplace le corps à corps clinique
- les internes manifestent un engagement important
- la préparation de ces activités peuvent se réaliser en étroite collaboration avec les apprenti·es (cf la réanimation).

L'exploration du SAMU fait loupe sur l'impact de la réforme du troisième cycle sur le quotidien des internes. L'accès au statut de « jeune docteur » intervient de façon prématurée dans leur parcours. Il précipite parfois l'accès à la soutenance pour les besoins du territoire et des services et dépossède les internes d'une forme de libre arbitre dans les conditions d'accès au diplôme et à la soutenance de leur thèse.

Pour finir, ma méthode fragmentée et affectée a été la condition d'accès aux internes : « *Le medium d'accès à la subjectivité d'autrui, c'est donc le corps vécu de l'intervenant*. La souffrance d'autrui ne se voit pas, elle s'éprouve » (Molinier, 2008, p.295). Les espaces de supervision¹¹² m'ont permis d'exprimer mes ressentis, « mais la supervision ne suffit pas. Encore faut-il en passer par la validation de l'interprétation par les enquêtés » (*ibid*). Les résultats de mon enquête n'ont pas pu faire l'objet d'une restitution-validation. L'essentiel des données a été mise en discussion lors des communications orales mais aussi lors des échanges avec les internes et les médecins désirant discuter sur les articles publiés.

¹¹² Il s'agit des séminaires doctoraux dirigés par Thierry Baubet et Pascale Molinier.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Faire corps au travail hospitalo-universitaire

Avant la création de l'internat en médecine en 1802, la médecine et la chirurgie n'étaient pas uniquement constituées d'hommes, il y avait aussi des femmes sages-femmes, infirmières, chirurgiennes et médecins certes moins nombreuses et surtout selon les périodes :

- interdites d'exercice et de formation concernant la médecine et la chirurgie
 - dépourvues de leur savoir concernant les sages-femmes
 - invisibilisées dans l'histoire
 - chassées à la période de la Renaissance
 - alors même qu'elles ont soigné les enfants, les personnes handicapées et les vieillard·es,
- pour le dire autrement, toute une population délaissée par le cléricat et les métiers médicaux régit par les hommes.

La création de l'internat en médecine est intervenue après la Révolution française au moment où les congrégations ont été congédiées. La permanence des soins était régie par les hommes de l'état et du cléricat et accompli par les infirmières religieuses, les barbiers et les chirurgiens qui cohabitaient dans l'hôpital. Il serait intéressant de pousser l'investigation historique pour mieux comprendre la façon dont se déroulait cette coopération précise. Nous concernant, nous avons réussi à éclaircir les enjeux fondateurs de l'internat en médecine : soit la fidélisation d'un corps hospitalier constitué par la réunion de deux métiers : la chirurgie et la médecine. De leur côté, les médecins passaient très peu par l'hôpital, et tissaient uniquement une coopération hiérarchique avec les sages-femmes, les infirmières et les chirurgiens. L'union pour l'internat en médecine a institutionnalisé la formation du corps médical par la clinique « au lit du malade ».

Au travers des conduites viriles issues du monde carabin datant des anciens compagnons chirurgiens, les médecins perpétuaient une modalité défensive particulière à l'histoire du travail hospitalo-universitaire et du compagnonnage dans les corporations. Les salles de gardes édictaient aussi des normes collectives dans le vivre ensemble au travail : manger ensemble le midi, faire la fête ensemble et se transmettre les informations via la salle de garde, tout en respectant les horaires des discussions sur le travail. L'ambiance servait de lieu de repli et de défoulement. Ce qui est plus inquiétant ce sont toutes les fonctions dites de prévention qui étaient informelles à la salle de garde et qui ne semblent pas être relayées :

- manger ensemble réduisait l'isolement,

- rencontrer les collègues des autres services permettait d'avoir accès rapidement à l'organisation du travail et à l'histoire institutionnelle autrement que dans le soin, autrement que dans l'épreuve des situations de travail,

- la salle de garde informait sur le vivre ensemble nécessaire à l'apprentissage de la médecine, mais aussi celui du travail hospitalo-universitaire.

- c'était aussi un lieu au sein duquel le personnel des cuisines portait attention aux jeunes. Une coopération différente de celle du travail dans les services, et regorgeant d'affectivité.

Dans certaines situations le risque pour la santé mentale se loge à l'endroit où les ressources sublimatoires au travail sont appauvries, notamment les temps et les espaces propices à la délibération collective. Des activités pour lesquelles la reconnaissance au travail composée de jugement de beauté de la part des pairs ou d'utilité de la part de la hiérarchie est impossible. Le compagnonnage médical est intrinsèque à la clinique hospitalo-universitaire. L'expression « compagnonnage » rassemble un ensemble de situation de travail, au sein duquel la coopération au travail en milieu hospitalo-universitaire s'oriente vers le soin des malades mais aussi l'apprentissage des novices. De la qualité de la coopération et de son contexte dépend la réussite du compagnonnage dans le soin et sûrement du plaisir au travail.

La recherche doctorale s'est basée sur 3 hypothèses que je convoque ici en développant et organisant les résultats :

Des salles de garde aux services hospitalo-universitaires : on n'apprend jamais seul

Hypothèse 1 : La disparition des salles de garde annoncerait un fléchissement des fonctions de l'internat en médecine et un déclin dans l'accompagnement des internes en médecine. C'est ce qui expliquerait en partie l'augmentation de la souffrance actuelle des internes en médecine.

Hypothèse 2 : Même si, et cela en raison des effets neutralisant la pensée, les défenses collectives viriles empêchent les discussions et le changement dans l'organisation du travail, elles permettent de maintenir l'engagement au travail. La coopération au travail pendant l'internat en médecine avec les médecins permettrait le passage de stratégie individuelle de défense déployée pour réussir les 6 premières années d'apprentissage théorique et livresque aux stratégies collectives de défense spécifiques aux situations de travail médical. Pour le dire

autrement, travailler avec les médecins dans un esprit de compagnonnage permettraient aux internes d'acquérir et co-construire les règles défensives permettant de ne pas être paralysé-es par la peur de l'erreur ou les vulnérabilités inhérentes au travail clinique, autrement dit, au corps à corps avec les malades.

Ces deux hypothèses sont en partie vraies et complétées. Effectivement, nous avons montré que les salles de garde étaient des ressources collectives pour les internes et les médecins. La féminisation des professions, puis la désertion des hôpitaux depuis les années 80 et enfin le recrutement de médecins étrangers et étrangères à cette culture de l'apprentissage de la médecine, ont freiné les rituels carabins obscènes. Ceci n'est pas un mal. En revanche, nous avons aussi ciblé le risque d'isolement et les difficultés d'accompagnement et d'intégration qu'engendre la disparition de ces espaces pour le collectif. Les conduites obscènes en salles de garde servaient le défoulement ou la décharge pulsionnelle rendue nécessaire par l'accumulation des tensions, leur caractère insolite était lié aux stratégies collectives de défenses viriles, des règles défensives qu'il fallait incorporer pour maintenir l'engagement au travail. Cet espace servait aussi de ressource pour l'intégration des internes grâce aux rencontres et aux échanges informels avec le co-internes et les responsables des autres services. Dans certaines salles de garde, les internes délibéraient sur le parcours d'un malade ou d'une crise touchant les services auxquels ils et elles étaient affiliées (Ringanadépoullé, 2020). En 2016, une proposition informelle de « sentinelle » (EXM2) dans les salles de garde a été formulée pour qu'une veille puisse s'opérer entre médecins et internes. La « sentinelle » suit une logique de prévention qui n'est possible qu'à condition que les internes convergent vers des lieux communs pour ainsi réduire les cas d'isolement et détecter au mieux les situations d'urgence. Les salles de garde étaient aussi des lieux de pouvoirs qui échappaient au regard des gestionnaires. S'ajoute à cela, l'importance de la dimension transgressive et liminales de ces espaces par rapport aux normes sociales et de l'appareil administratif de l'hôpital. L'appauvrissement de ces lieux, a notamment contribué à en casser les fonctions de rassemblement et de circulation informelle de l'information. Il n'est pas exclu, et cela demanderait plus de recherche, que ce qui échappe à la surveillance crée de la crainte. Les espaces de débordements et dédiés à écouler, pour ainsi dire, le surplus d'excitation pulsionnelle des internes et des médecins sont aussi des espaces potentiels pour le soulèvement.

Les résultats montrent aussi que les facteurs ayant freiné les conduites en salles de garde sont aussi ceux responsables de l'émergence d'un éthos alternatif différent de l'éthos viril. Les processus de socialisation secondaires issus de ce nouvel éthos déjà observé dans certains

services de chirurgie - mais très peu étudié - montrent qu'il est possible d'être aussi performant·es en coopérant pour trouver un équilibre travail et hors-travail. Dans le service de chirurgie investigué, les médecins étrangers et étrangères participent aussi fortement dans cette coopération avec les chirurgiennes. Ils et elles font bouger certaines lignes de l'organisation du travail, comme l'heure de fin de travail dans le service pour arriver à maintenir une vie sociale et familiale hors du travail. L'existence de cet éthos alternatif atteste que certaines fonctions collectives en salles de garde sont relayées différemment dans la coopération au travail au sein même des services. Certes à des endroits plus localisés, mais cela témoigne d'une évolution de la mémoire collective du genre hospitalo-universitaire. Et il serait aussi intéressant d'aller plus loin dans cette coopération entre les médecins issu·es d'une culture de l'apprentissage différente ou créateurs et créatrices de nouvelles cultures d'apprentissage.

Le risque plus silencieux dans la disparition des espaces tels que les salles de garde, c'est que les violences se déplacent ailleurs, au sein d'évènements et de localités moins identifiables. Pour exemple, lors d'une semaine d'intégration de médecine, une étudiante porte plainte pour harcèlement antisémite. L'évènement a d'emblée été médiatisé et l'autorité universitaire s'est retrouvée dépossédée d'une part de son autorité. La mise en place du conseil disciplinaire a dû composer avec l'engouement médiatique. Les auteur·es des faits se sont retrouvé·es propulsés au-devant d'une scène médiatique et d'un déferlement de haine, les faisant dès lors des secondes victimes à protéger. La présence des aînés n'empêche pas la survenue de débordement, ou de faits plus graves, néanmoins, elle encadre la démarche d'intégration. On apprend sur le tas, mais on n'apprend jamais seul, et d'autres formes de violence peuvent émerger des processus de socialisation qui se perpétueront bientôt uniquement de façon intragénérationnelle et de plus en plus sur un mode ordalique.

D'autres violences existent déjà et sont précipitées par un contexte hospitalier défavorable à la présence des plus jeunes. Les maltraitances faites aux étudiants et aux étudiantes en santé, témoignent d'un sadisme secondaire qui existe aussi dans l'accomplissement des activités de soin mais qui doit trouver une juste mesure et servir la réussite du soin et de son apprentissage. Bien heureusement, les services à l'origine des situations de maltraitances subissent une sanction de fermeture de leur poste d'interne. Mais la maltraitance faite aux usagers et aux usagères d'une institution témoigne aussi des conditions de travail qui n'accompagnent plus la réussite de la tâche, pour le dire autrement, ce sont l'accumulation des effets délétères des contraintes de l'organisation du travail qui nuisent à la

juste mesure entre le sadisme et l'altruisme (Molinier, 2008) intrinsèque à l'accomplissement du soin et de son apprentissage.

Dans le CHU investigué, même si certaines interactions ponctuelles montrent une joute parfois harcelante et déplacée envers les internes, contextuelles aux tensions dans le service, les externes et les internes n'ont pas montré de volonté de protéger les collègues du stage dans les services rencontrés. D'autres services ont été pointés comme « maltraitants », ils sont désertés. Les internes de certaines régions disposent d'un outil d'échange leur permettant de partager l'évaluation des stages hors de tout regard. Les discussions avec les médecins font émerger une technique essentielle pour intégrer les internes et avoir confiance en elles et eux : il s'agit de la jauge. La jauge est une expression utilisée par les médecins pour m'expliquer une part de leur intelligenc pratique dans la relation avec les internes. Elle consiste à « jauger » au cas par cas les internes, et les écoles par lesquelles ils et elles sont passées pour apprendre. Dans les échanges, l'explication de cette jauge est passée un retour réflexif sur leur propre expérience de l'internat. On n'apprend jamais seul, mais surtout, on n'apprend pas à apprendre.

Le compagnonnage médical oublié ; on n'apprend pas à apprendre

Hypothèse 3 : Le fléchissement sus-décrit, serait quand même pallié par l'intégration des internes en médecine dans les équipes. Celle-ci dépendrait des discussions au sein des espaces de délibération collectives dans les services mais aussi au sein même du corps médical. La présence renouvelée des internes tous les 6 mois rythment le travail du soin. Quelles seraient les règles collectives régissant le compagnonnage médical déontologiquement prescrit par l'article Article R4127-68-1 du code de la santé publique ?

La recherche ne répertorie aucune observation concernant l'existence d'espace de délibération sur le compagnonnage. Et la T2A oublie la mission d'enseignement de l'hôpital public. Si la T2A oublie cela et qu'il n'existe pas d'espace de délibération, où se trouve la reconnaissance ? La rétribution symbolique à l'origine de l'émergence du plaisir au travail ? Il n'est pas rare que ce contexte hospitalier complètement défavorable fasse émerger de nouvelles souffrances peut être plus éthiques, issues des difficultés à apprendre avec soin et dans le soin. Le compagnonnage médical ne dépend que d'une seule prescription annotée de commentaires par l'Ordre des médecins. Les médecins et peut-être plus largement les équipes soignantes, car comme nous l'avons vu les internes apprennent aussi avec les infirmières, doivent se réunir impérativement autour de la question de l'intégration des internes. Actuellement, leur accueil

s'organise presque entièrement autour du planning de garde, de la présentation de l'hôpital et du service. Malheureusement, si les services sont tout le temps en tension, cela ne laisse pas beaucoup d'espace aux considérations développées plus haut. Pour prolonger les études de Volkoff et Molinié (2000) sur l'impact de l'intensification du travail, il serait intéressant de savoir si la souffrance des soignants et des soignantes ne serait pas influencée par cette difficulté de transmettre leur métier avec davantage de soin.

La crise sanitaire a renforcé plusieurs de ces résultats. Elle a poussé les dimensions masochistes du dévouement au travail hospitalier à son paroxysme, au point où les manques d'effectifs dans le CHU investigué ont été rapidement comblés et les internes et les médecins se sont porté·es volontaires pour le tour de garde. Et cela en étant séparé·es de leur famille et en se sentant « comme une arme biologique »¹¹³. D'autres médecins se sont inscrit·es sur des listes d'attente pour répondre à l'appel. Les aides financières et le matériel technique ont été pourvus, dans une temporalité différente selon les groupes hospitaliers, mais de façon assez rapide concernant le terrain. Une illusion groupale s'est créée autour du maintien de cette aisance matérielle et financière. Les efforts se sont tournés vers un ennemi commun et la reconnaissance sociale était partiellement comblée par le rituel des applaudissements à 20h. Mais le soufflet est vite retombé et la pandémie a finalement été très ennuyeuse pour les internes qui ont dû traiter des mêmes cas, figé·es dans leur apprentissage et dans l'obligation de rester un mois de plus dans leur service, retardant alors leur intégration dans le semestre suivant et pour certain·es l'accès à la soutenance de thèse et au diplôme. L'imaginaire collectif s'est vite retrouvé déchu par le retour à la normale, jalonnée cette fois-ci d'une expérience fomentée par les restes d'une puissante fuite en avant qu'il allait falloir traiter. En l'état, la thèse ne renseigne pas cela.

Compagnonnage clinique, clinique du compagnonnage : perspectives

Au sein de la clinique, au moins 3 corps sont présents et coopèrent ensemble pour le soin et son apprentissage :

- celui du ou de la médecin, de l'infirmier ou de l'infirmière : le corps savant,
- celui de l'interne : le corps apprenant,
- celui du ou de la malade au chevet ou représenté en cours par le cas ou l'étude : le corps souffrant.

¹¹³ <https://blogs.mediapart.fr/ateliers-travail-et-democratie/blog/130520/je-me-sens-comme-une-arme-biologique>

Pour rappel, la division morale du travail met en exergue une organisation filtrante au sein duquel les subalternes sont en premières lignes dans le corps à corps avec les malades. Les apprenti·es internes sont à la place de subalternes et doivent aussi faire l'expérience de la clinique et de la responsabilité médicale (Becker & al, 2003). Dans cette expérience hybride, l'organisation du travail doit permettre assez de marge de manœuvre pour que la coopération verticale avec les médecins puisse tendre vers une coopération horizontale. Les internes ne sont pas considérés·es que comme des subalternes. Un environnement d'apprentissage favorable c'est aussi une organisation du travail au sein duquel la coopération avec les infirmier·ères permet l'apprentissage des limites à ne pas dépasser dans la réalisation d'un acte ou d'un examen. Les internes apprennent avec les infirmiers et les infirmières que la réussite de l'acte dépend aussi du confort du malade et non seulement de la validation technique de sa réalisation : une attente de résultat émanant plutôt de la coopération avec les médecins. Les infirmier·ères ont un rôle capital dans le compagnonnage, elles représentent un éthos différent. Les processus de socialisation avec les « para-compagnons » permettent aux internes de transformer leur rapport à la bonne note, à la réussite dans le soin. Une réussite qui grâce à cette coopération prend en compte le confort des malades, leur avis et leur degré d'autonomie dans diverses situations de soin. Si les infirmières en chirurgie savent déjouer les non-dits de la virilité, d'un point de vue plus général au travail hospitalo-universitaire, elles font en sorte que le sadisme dans le soin s'oriente pour sa réussite. Sinon, et partant de l'exemple cité dans le développement de ce travail (chapitre 4), certaines situations de travail poussent les internes à se surpasser pour réussir et en oublient leurs propres limites ainsi que celles régissant le confort des malades. La coopération avec les infirmières permet aux internes de faire l'expérience de l'éthique du *care* (Gilligan, 1982 ; Tronto, 1993 ; Molinier, Laugier & Paperman, 2010), de ce qui compte dans la réussite du soin au-delà de la réponse technico-scientifique. Elle est importante dans le compagnonnage médical. Le degré d'incorporation de cette éthique chez les internes demeure incertain, compte tenu des caractéristiques défensives de l'éthos médical.

L'élucidation du caractère transpersonnel de l'éthos défensif médical raconte une histoire collective datant de la création de l'internat en médecine et montre à quel point l'organisation du travail hospitalo-universitaire a perpétué un rythme de travail insoutenable pour une personne lambda et qui a toujours nécessité des aménagements psychiques coûteux. J'espère avoir apporté dans cette thèse des éléments de compréhension de la souffrance des internes en médecine. Celle-ci ne peut plus être réduite à des fragilités individuelles et les suicides des internes et des médecins ne peuvent pas faire l'objet d'une banalisation de la part des dirigeants et des dirigeantes gestionnaires des hôpitaux. Pendant la recherche, un doyen de

médecine engagé dans la protection des internes en médecine m'a révélé que ce qu'il attendait personnellement c'était un procès tel que celui de France Telecom pour l'hôpital public (*Travailler*, 2021, 2(46)). Dans le contexte hospitalier, ce sont les professeur·es chef·fes de service qui sont les principaux et principales responsables des internes accueilli·es dans leur service. Aussi la demande des PU-PH adressée à la recherche vise-t-elle entre autres un apport de résultat les permettant de savoir comment mieux comprendre pour agir et transformer la situation. Une situation qui engage fondamentalement leur responsabilité. Alors, si une réponse peut être d'emblée accordée à leurs inquiétudes, c'est qu'il leur appartient de prendre le temps dans la CME et la CVH de s'entourer d'équipe pluridisciplinaire et constituée d'un nombre égal d'hommes, de femmes et de médecins issues, entre autres, d'une culture d'apprentissage différente, pour penser l'avenir et le présent des internes à la lumière des histoires de celles et ceux qui ne peuvent plus continuer la médecine ou qui ne savent plus comment continuer. J'espère que cette recherche leur permette de mieux comprendre ce qui maintient encore l'engagement au travail des internes. La coopération au travail pendant le compagnonnage médical offre une voie d'entrée pour analyser la situation. Parce qu'elle invite les équipes à réfléchir ensemble à l'intégration, l'accueil et l'accompagnement des internes et plus largement des étudiants et des étudiantes. Elle oblige aussi à parler des situations de travail, à discuter des façons de faire. En incluant les internes, ils et elles participent des discussions autour des changements à opérer dans l'organisation du travail des services. On n'apprend jamais seul, les délibérations collectives sur le compagnonnage invitent à redonner une place centrale au collectif malmené par la restructuration des soins marquée par plusieurs décennies de logique gestionnaire.

Bibliographie

- Allamel-Raffin, C., & Lèplege, A. (2008). *Histoire de la médecine*. Dunod.
- Altet, M. (2005). Styles d'enseignement, styles pédagogiques. Dans J. Houssaye, *La pédagogie, une encyclopédie pour aujourd'hui* (pp.89-100). ESF.
- Andor, L. (2013). *Mise en demeure – Infraction n°2009/2044*. Secrétariat Général de la Commission Européenne, Bruxelles, le 20 juin 2013.
- ANEMF. (2013). *Conditions de travail et de formation des étudiants en médecine – Chiffres & Ressentis*. Janvier 2013.
- Antoine, T. (1931). L'étymologie du mot français compagnon. In *Comptes rendus des séances de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres*, 75(1), 79-86. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3406/crai.1931.76019>
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Armanteras de Saxce, A.-M. (2017). *Risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistant – guide de prévention, repérage et prise en charge*. (Disponible en ligne) http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_risques_psychosociaux_280217.pdf
- Auslender, V. (2015). *Les violences faites aux femmes : enquête nationale auprès des étudiants en médecine* [Thèse d'exercice pour l'obtention du doctorat en médecine spécialité médecine générale]. Université Pierre et Marie Curie, Paris.
- Auslender, V. & al. (2017). *Omerta à l'hôpital – Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*. Michalon.
- Bacca, F. (2002). Humour et éthique de vie dans les équipes de soins : pneumologie, réanimation, SAMU. Parcours ethnographique en milieu hospitalier. *Humoresque*, 16, 109-119.

Balint, M. (1988). *Le médecin, son malade et la maladie*. Payot ; (Edition originale publiée en 1957).

Batifoulier, P., Da Silva, N., Domin, J. (2018). *Économie de la santé*. Armand Colin.

Becker, H.-S., Geer, B., & Everett, C.-H. (2003). *Boys in White : Student Culture in Medical School*. Transactions publishers. (Edition originale publiée en 1980).

Bégoïn, J. (1957). *La névrose des téléphonistes et des mécanographes*, [Thèse d'exercice de médecine]. Paris.

Bercot, R. (2015). Le devenir des femmes en chirurgie: La diversité des mondes de socialisation. *Travail et emploi*, 141, 37-52.

(Disponible en ligne) <https://doi.org/10.4000/travailemploi.6563>

Bercot, R. & Mathieu-Fritz, A. (2007). La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités. *Revue française de sociologie*, 48, 751-779. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/rfs.484.0751>

Bernard, J. (1972). *Le Compagnonnage, rencontre de la jeunesse et de la tradition*. Presses Universitaires de France.

Bertagnolio, L. & Seyrolle, J. (2018). *Le mal-être des étudiants en odontologie : parlons-en et agissons !* UNECD, dossier de presse, octobre 2018. (Disponible en ligne) <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier-presse-bien-etre-uneed-vf.pdf>

Billiard, I. (2001). *Santé mentale et travail ; l'émergence de la psychopathologie du travail*. La Dispute.

Billiard, I. (2002). Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail. *Cliniques méditerranéennes*, 2(66), 11-29. (Disponible en ligne) <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2002-2-page-11.htm>

Blondel, J.-F., Boileau, J.-C., & Tristan, F. (2000). *Encyclopédie du compagnonnage. Histoire, symboles et légendes*. Éditions du Rocher.

Bloom, S.W. (1988). Structure and ideology in medical education : an analysis of resistance to change. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 294-306. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.2307/2136864>

Bonnafé, L., Ey, H., Follin, S., Lacan, J., Rouart, J. (1950). *Le Problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses*. Desclée de Brouwer.

Bonnet, F., & Dureuil, B. (2011). Prévenir le syndrome d'épuisement professionnels en anesthésie-réanimation. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 30, 777-778. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2011.08.015>

Boursier, L. (2020). Des médecins qui ne guérissent pas : enjeux du travail en médecine légale. *In Analysis*, 4.

Brooke, D. (1997). Impairment in the Medical and Legal professions. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 27-34. (Disponible en ligne) [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00025-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00025-1)

Bui Dang Ha, D. (2004). La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004), *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 44(3), 271-348.

Bungener, M. (1984). Une éternelle pléthore médicale ? *Sciences sociales et santé*, 2(1), 77-117. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3406/sosan.1984.959>

Cabanès, A. (1917). *La « Salle de garde »*. *Histoire anecdotique des salles de garde des hôpitaux de Paris*. Montagu.

Caceres, B. (1974). *Le compagnon charpentier de Nazareth*. Éditions du Seuil.

Cador, L. (1982). *Étudiant ou apprenti*. Presses Universitaires de France.

Carmel, S., & Glick, S.M. (1996). Compassion-Empathic Physicians : Personality Traits and Social Organizational Factors That Enhance or Inhibit This Behavior Pattern. *Social Science and Medecine*, 43(8), 1253-1262.

Cash, R. (2017). La T2A dans les établissements de santé de court séjour : réforme inachevée ? *Les tribunes de la santé*, 4(57), 35-55.
(Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/seve.057.0035>

Cassell, J. (1991). *Expected Miracles: Suregons at work*. Temple University Press.

Castro, R. (2021). Violence obstétricale et autoritarisme de l'habitus médical au Mexique. *Cahiers du genre*, 2, 71, 25-56. (Disponible en ligne)
<https://doi.org/10.3917/cdge.071.0025>

Cefaï, D. (2006). Chapitre 2. Une perspective pragmatiste sur l'enquête de terrain. Dans P.Paillé (Eds). *La méthodologie qualitative: Postures de recherche et travail de terrain* (pp. 33-62). Armand Collin.

Clair, I. & Molinier, P. (2021). Actualités des Cahiers du Genre: Intersectionnalité, langage antisexiste et science ouverte. *Cahiers du Genre*, 70, 5-19. (Disponible en ligne)
<https://doi.org/10.3917/cdge.070.0005>

Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. PUF

Clot, Y. (2001). Méthodologie en clinique de l'activité. L'exemple du sosie. Dans M. Santiago, G. Rouan (dir). *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Dunod.

Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1, 165-177.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte.

Clot, Y. (2011). *Agir en clinique du travail*. Erès.

Clot, Y. (2015). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Société-Poche*, 226-246.

Clot, Y. & Faïta D. (2000). Genre et style en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, p. 7-42.

Cordonnier, D., & al. (2019). Contraintes et souffrances des internes en médecine générale. Une étude qualitative. *Exercer*, 150, 74-79.

Costa, C. (2015). *La santé mentale des internes en médecine : lancement d'une cohorte au CHU de Toulouse* [Thèse de doctorat en médecine]. Université Toulouse III-Paul Sabatier.

Coulehan, J., & Williams, P. (2001). Vanquishing Virtue: The Impact of Medical Education. *Academic Medicine*, 76, 598-605. (Disponible en ligne)
https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2001/06000/Vanquishing_Virtue__The_Impact_of_Medical.8.aspx

Cru, D. (2014). *Le risque et la règle*. Erès.

Cru, D. (2016a). Collectif et travail de métier : sur la notion de collectif de travail. *Travailler*, 1(35), 53-59. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/trav.035.0053>

Cru, D. (2016b). Les règles du métier. *Travailler*, 1(35), 35-52. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/trav.035.0035>

Cru, D. & Ouvry, J. (2014). Louper la façade, *Chimères*, 3(84), 128-134. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/chime.084.0128>

Cuche, D. (1990). Alcoolisation, esprit de corps et acculturation de classe dans une grande école d'ingénieurs : les cas de l'École des Arts et Métiers. Dans Caro, G. (dir), *De l'alcoolisme au bien boire, Tome I*, (pp. 187-204). L'Harmattan.

Dall 'Ava Santucci, J. (1989). *Des sorcières aux mandarines. Histoire des femmes médecins*. Calmann-Lévy.

Darmon, M. (2010). Des jeunesses singulières. *Sociologie de l'ascétisme juvénile. Agora débats/jeunesses*, 3(56), 49-61.
(Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/agora.056.0049>

Dartiguenave, J.-Y. (2012). Rituel et liminarité. *Sociétés*, 1(115), 81-93. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/soc.115.0081>

Davezies, P. (1998). De la récupération psychique. *Santé et Travail*, 25. (Disponible en ligne) [http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Recuperation_psychique\).pdf](http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Recuperation_psychique).pdf)

De Castéra, B. (2018). *Le compagnonnage*. Presses Universitaires de France.

De Ketele J.-M., & Roegiers X., (1996), *Méthodologie du recueil d'informations. Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents. Méthodes en sciences humaines*. De Boeck Université.

De Sardan J.P.O. (1995), La politique du terrain. *Enquête*, 1, 71-109.

Dean, B., & al. (2002). Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a perspective study. *Lancet*, 359, 1373-1378. (Disponible en ligne) [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08350-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08350-2)

Dejours C. (2004). Activisme professionnel : masochisme, compulsivité ou aliénation ? *Travailler*, 11, 25-40. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/trav.011.0025>

Dejours (2009). *Travail vivant : Travail et émancipation*. Payot et Rivages.

Dejours, C. (2011). *Conjurer la violence. Travail, violence et santé*. Payot et Rivages.

Dejours, C. 2013. Travail et phénoménologie de la vie. In Jean, G., Leclercq, J., & Monseu, N. (Eds.). *La Vie et les vivants : (Re-)lire Michel Henry*. Presses universitaires de Louvain. (Disponible en ligne) <http://books.openedition.org/pucl/2762>

Dejours, C. (2015). *Travail : usure mentale*. Bayard. (Œuvre originale publiée en 1980).

Dejours, C. (2016). *Situations de travail*. Presses Universitaires de France.

Dejours, C. (2017). Quand le « tournant gestionnaire » aggrave les décompensations des soignants. Dans V. Auslender, *Omerta à l'hôpital – Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*. (pp. 203-212). Michalon.

Dejours, C. (2019a). France Télécom Orange – Déposition. Le 10 Mai 2019. *Travailler*, 2(42), 193-213. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/trav.042.0193>

Dejours, C. (2019b). La pratique de l'enquête-intervention : quelles inflexions dans le contexte d'aujourd'hui ? *Travailler*, 41, 87-95.
(Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/trav.041.0087>

Dejours, C. (2022). Conditions d'accès au plaisir dans le travail. Ouverture du CIPPT 11 7 octobre 2021. *Travailler*, 2(48), 11-28.
(Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/trav.048.0011>

Dejours, C. & Molinier, P. (1994). Le travail comme énigme. *Sociologies du Travail* 5 » (36), 35-44.

Dejours, R. (2014). Travail, corps et défenses dans les classes préparatoires et les grandes écoles. *Champs psy* 1(56), 85-107.
(Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/cpsy.065.0085>

Dejours, R. (2017a). Classes préparatoires. *Adolescence*, 2T35(2), 361-370. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/ado.100.0361>

Dejours, R. (2017b). Quand l'ennui est proscrit, activisme et (a)conflictualité psychique dans les classes préparatoires et les grandes écoles. *Revue Française de Psychanalyse*, 4(81), 1020-1030. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/rfp.814.1020>

Dejours, R. (2017c). Alcoolisations massive et débordements collectifs dans les grandes écoles : de la contestation à la soumission. *Topique*, 4(41), 117-130. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/top.141.0117>

Delbos, G. & Jorion, P. (1984). *La transmission des savoirs*. La Maison des sciences de l'homme.

Delbrouck, M. (2012). *Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel*. De Boeck.

Demaegdt, C. & Rolo, D. (2013). Dire ce à quoi l'on tient dans le travail. Enjeux éthiques du travail de soin psychiatrique. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 1(15), 305-316. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/nrp.015.0305>

Déplaud, M.-O. (2015). *La hantise du nombre : Une histoire des « numerus clausus » de médecine*. Les Belles Lettres.

Derrienic, F. & Vezina, M. (2001). Organisation du travail et santé mentale. Les approches épidémiologiques, *Travailler*, 5. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/trav.005.0007>

Desailly-Chanson, M.-A., & Siahmed, H. (2016). *Etablissement de santé risques psycho-sociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge – Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques*. (Disponible en ligne) https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R_Tome_I-2.pdf

Dessors, D. (2009). L'intelligence pratique. *Travailler*, 21, 61-68. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/trav.021.0061>

Dessors, D. & Jayet, C. (2009). 3. Méthodologie et action en psychopathologie du travail: À propos de la souffrance des équipes de réinsertion médico-sociale. Dans D. Dessors (éd.). *De l'ergonomie à la psychodynamique du travail: Méthodologie de l'action* (pp. 103-121). Érès. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/eres.desso.2009.01.0103>

Dessors, D. & Schram, J. (2009). La peur au cœur. *Travailler*, 21, 69-79. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/trav.021.0069>

Detienne, M. & Vernant, J.-P. (1974). *Les ruses de l'intelligence. La mètis chez les Grecs*. Flammarion.

DGOS. (2013). *Groupe de travail « conditions de travail des étudiants, internes et assistants »*. (Disponible en ligne) <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/conditions-de-travail-des-etudiants-internes-et-assistants>

Duguet, M. (1979). *Mémoires d'une mère en Devoir*. Librairie du compagnonnage.

Dumas, G. (1996). Les femmes et les pratiques de la santé dans le « Registre des plaidoiries du Parlement de Paris, 1364-1427. *CBMH/BCHM*, 13, 3-27. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3138/cbmh.13.1.3>

Dupont, M., & Salaün Ramalho, R. (2010). *L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris*. Presses universitaires de France.

Duroy, J.-P. (1982). *Le Compagnonnage aux sources de l'économie sociale* [Thèse de doctorat en économie sociale]. Université du Mans, 1982.

Emmanuelli, M. (1993). Figures de la sublimation à l'adolescence. Apport des épreuves projectives. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes projectives de Langue Française*, 137, 161-181. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3406/clini.1993.1648>

Emmanuelli, M. (1994). Incidences du narcissisme sur les processus de pensée à l'adolescence. *Psychiatrie de l'enfant*, 1(37), 249- 305.

Fahrenkopf, A.M, & al. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents : prospective cohort study. *BMJ*, 336(7642), 488-491. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1136/bmj.39469.763218.BE>

Favret-Saada, J. (1990). Être affecté. *Gradhiva : revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie*, 8, 3-9. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3406/gradh.1990.1340>

Femex, A. (1999). Intensification du travail, les paradoxes du nouveau paradigme. Dans, *La mondialisation en question*. L'Harmattan

Fields, A., & al. (1995). Physician Burnout in Pediatric Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*, 23(8), 1425-1429. (Disponible en ligne) https://journals.lww.com/ccmjournal/abstract/1995/08000/physician_burnout_in_pediatric_critical_care.18.aspx

Firth-Cozens J. & Morrison, L.A. (1989). Sources of Stress and Ways of Coping in Junior House Officers. *Stress Medicine* 5(2), 121-126. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1002/smi.2460050210>

Fleury-Perkins, C. (2017). Une maltraitance institutionnelle. Dans V. Auslender, *Omerta à l'hôpital – Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé* (pp. 213-216). Michalon.

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Gallimard.

Foucault, M. (2015). *Naissance de la clinique*. Presses Universitaires de France ; (œuvre originale publiée en 1965).

Fourcroy, A.-F. (1794). Rapport et projet de décret de Fourcroy, au nom des comités de Salut public et d'Instruction publique pour établir à Paris une Ecole centrale de santé, lors de la séance du 7 frimaire an III (27 novembre 1794). *Archives parlementaires de la Révolution Française*, 262-266. (Disponible en ligne) https://www.persee.fr/docAsPDF/arcpa_000000000_2012_num_102_1_19821_t1_0262_0000_7.pdf

François-Poncet, C-M. (1998). Tu peux, donc tu veux. Dans C.-M. François- Poncet et A. Braconnier (dir.). *Classes préparatoires. Des étudiants pas comme les autres* (pp. 17-37). Bayard.

Freud, S. (1929). *Le malaise dans la culture*. Presses universitaires de France.

Freudenberger, J.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issue*, 30, 159-165.

Galam, E. (2005). Stress professionnel des médecins : comment y remédier ? *Revue du Praticien MG*, 19.

Galam, E. (2008). Burn out des médecins libéraux. 3e partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. *Revue Médecine*, 4, 43-6. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1684/med.2008.0228>

Galam, E. (2014). Devenir médecin : « éclairer le *hidden curriculum*. L'exemple de l'erreur médical. *Press Med*, 43, 358-362.
(Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2013.06.031>

Galam, E. (2015). Soigner les soignants- La formation implicite des médecins et leurs fragilités. *Revue Médecine*, 390-388.
(Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1684/med.2017.224>

Galam, E., & Multon, R. (2016). Désaccords entre internes de médecine générale et seniors sur les soins aux patients. Gestion et impacts sur le *hidden curriculum*. Etude qualitative de 37 situations en Ile-de-France. *Press Med.*, 45, 39-50.
(Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.02.025>

Ganem, V. & al. (2008). Le travail : que signifie ce terme en clinique et psychopathologie du travail ? *L'information psychiatrique*, 84, 801-807. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1684/ipe.2008.0396>

Genest, S. (1990). 1, 2, 3...Bistouri – Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération. *Anthropologie et sociétés*, 1(14), 9-24.

Gervais, J.-B. (2017). Burn out des médecins hospitaliers : le plan d'action de l'IGAS. *Medscape*.

Gilligan C. (1982). *In A Different Voice*. Harvard University Press

Godeau, E. (2007). *L'« esprit de corps ». Sexe et mort dans la formation des internes de médecine*. La Maison des sciences de l'homme.

Godeau, E. (2009). Les fresques de salle de garde. *Sociétés & Représentations*, 28, 15-30. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/sr.028.0013>

Godeau, E. (2017). Comment se construire sous des insultes répétées ? Dans V. Auslender, *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé* (pp. 235-240). Michalon.

Gollac M, & Bodier M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. (Disponible en ligne) https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

Gollac, M., Volkoff, S. (1996). Citius, altius, fortius, l'intensification du travail. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 54-67.

Gollac, M., Volkoff S. (1999). Intensité et fragilité. Dans, Actes colloque de Cerisy, *Le travail, de l'entreprise à la cité*.

Good, B. (1994). *Medicine, Rationalty, and Experience An anthropological Perspective*. Cambridge University Press.

Gopal, R., & al. (2005). Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med.*, 165, 2595-2600.

(Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1001/archinte.165.22.2595>

Grichy, L. (2017). *Troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine. Prévalence de risques et prévention* [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, DES de psychiatrie]. Université de Paris 7 Diderot.

Guédez, A. (1994). *Compagnonnage et apprentissage*. Presses Universitaires de France.

Guillemain, H. (2004). Devenir médecin au XIX^e siècle. Vocation et sacerdoce au sein d'une profession laïque. *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, 116(3), 109-123. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.4000/abpo.501>

Hafferty, F.W. (1995). Characteristics of the informal curriculum and trainee's ethical choices. Plenary. *A Conference on Student's and Resident's Ethical and Professional Development. Association of American Medical Colleges*, Washington, DC, October 27-28.

Hafferty, F.W. (1997). Approaching the hidden curriculum as an analytic construct : some critical thoughts. *Meeting of the Association for Behavioral Sciences and Medical Education*, Brewster, MA, October 18-21.

Hafferty, F.W. (1998). Beyond curriculum reform : confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med.*, 734, 403-407. (Disponible en ligne) https://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1998/04000/Beyond_curriculum_reform__confronting_medicine_s.13.aspx

Hafferty, F.W., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum in the professional development of medical education. *Acad Med.*, 69, 861-871. (Disponible en ligne) https://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1994/11000/The_hidden_curriculum,_ethics_teaching,_and_the.1.aspx

Hahn, R. (1995). *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*. Yale University Press.

Hardy, A.-C. (2013). *Travailler à guérir : Sociologie de l'objet du travail médical*. Presses de l'EHESP.

Hardy, A.-C. (2015). La formation de l'objet du travail médical. L'exemple de la médecine générales et de la gynécologie. *Travail et emploi*, 1(141), 9-24. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.4000/travailemploi.6545>

Hardy, P. (2018). La prévention des risques psycho-sociaux en structure de soins. Dans R. Holcman, *La souffrance des soignants : stress, burn-out, violences... : du constat à la prévention* (pp. 41-59). Dunod.

Hardy-Dubernet, A.-C., Arliaud M., Horellou-Lafarge C., & al. (2001). *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*.

Hass, J., & Shaffir, W. (1987). *Becoming Doctors : The Adoption of a Cloak of Competence*. JAI Press.

Hautin, C. & Billier, D. (2000). *Être compagnon*. Presses Universitaires de France.

Henry M., 1987, *La Barbarie*, Paris, Grasset.

Hoclmán, R. (2018). *La souffrance des soignants : stress, burn-out, violences... : du constat à la prévention*. Dunod.

Holcman, R. (2018). *La souffrance des soignants : stress, burn-out, violences... : du constat à la prévention*. Dunod.

Houssaye, J. (2005). *La pédagogie, une encyclopédie pour aujourd'hui*. ESF.

Huerre, P. & Azire, F. (2005), *Faut-il plaindre les bons élèves ? Le prix de l'excellence*. Hachette littératures.

Huerre, P. & Huerre T. (2009), *La prépa sans stress !* Hachette Littératures

Hundert, E.M. (1996). Characteristics of the informal curriculum and trainees' ethical choices. *Acad Med.*, 71, 624–633. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1097/00001888-199606000-00014>

Hundert, E.M., Douglas-Steele, D., & Bickel, J. (1996). Context in medical education: the informal ethics curriculum. *Med Educ.*, 30, 353-364. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1996.tb00847.x>

Icher, F. (1995). *Les compagnons ou l'amour de la belle ouvrage*. Gallimard.

Iori, R. & Tixier, F. (2020). Boys in White : l'assimilation des valeurs médicales par les étudiants de médecine. *Revue française de pédagogie*, 209, 103-105. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.4000/rfp.9806>

Ishak, W.W., & al. (2009). Burnout During Residency Training : A Literature Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 1(2), 236-242. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.4300/JGME-D-09-00054.1>

ISNI, & al. (2017). *Enquête santé mentale jeunes médecins*. Dossier de presse, Hôpital de Sainte-Anne, juin 2017.

ISNIH. (2012). *Internes en médecine : Gardes, Astreintes et Temps de travail*.

Jacques-Jouvenot, D. & Schepens, F. (2009). La transmission des savoirs professionnels : enjeux méthodologiques et théoriques. Dans N. Burnay et A. Klein (dir.). *Figures contemporaines de la transmission* (pp. 333-345). Presses universitaires de Namur.

Jex, S.M., & al. (1992). Relations Among Stressors, Strains, and Substance Use Among Residents Physicians. *International Journal of the Addictions*, 27(8), 979-994. <https://doi.org/10.3109/10826089209065588>

Joël, C. (1988). *Les filles d'Esculape*. Robert Laffont.

Jorro, A. (2013). Éthos professionnel. Dans : Anne Jorro éd., Dictionnaire des concepts de la professionnalisation (pp. 109-112). De Boeck Supérieur. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/dbu.devel.2013.02.0109>

Josset, P. (1996). *La salle de garde. Histoire et signification des rituels de salle de garde de médecine, chirurgie et pharmacie du Moyen Âge à nos jours*. Le Léopard d'or.

Jouanna, J., Hippocrate, & Magdelaine, C. (Éds.). (1999). *Hippocrate : L'art de la médecine; serment, ancienne médecine, art, airs, eaux, lieux, maladie sacrée, nature de l'homme, pronostic, aphorismes*. Flammarion.

Jousset, D. (2014). Chapitre 6. Kairos. Le moment de la décision en éthique médicale. *Journal International de Bioéthique*, 2(25), 111-135. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/jib.252.0111>

Karasek, R.A.J. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain : Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.2307/2392498>

Katz, P. (1981). Rituals in the operating room. *Ethnology*, 4(10), 335-350. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.2307/3773355>

Katz, P. (1999). *The Scalpel's edge. The culture of surgeons*. Allyn and Bacon. (Disponible en ligne) <https://www.jstor.org/stable/649651>

Kelly, J. (2019). Did Women have a Renaissance ? *Tracés. Revue de sciences humaines*, 3, 191-224. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.4000/traces.9684>

Kerrien, M., & al. (2015). Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine. *Presse Med.*, 44, 89-91. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.06.042>

Kumar, S. (2016). Burnout and doctors : Prevalence, Prevention and intervention. *Healthcare*, 4(37). (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3390/healthcare4030037>

Kushnir, T., & al. (2000). Continuing Medical Education and Primary Physicians Job Stress, Burnout and Dissatisfaction. *Medical Education*, 34 (6), 430-436. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00538.x>

Le Breton, D. (2008). *La chair à vif : De la leçon d'anatomie aux greffes d'organes*. Editions Métailié.

Le Breton-Lerouvillois, G. (2016). *La santé des étudiants et jeunes médecins*. Commission jeune médecins – section santé publique et démographie médicale. (Disponible en ligne) <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/santé-etudiants-jeunes-medecins-resultats-inquietants-0>

Le Guillant L. (2006). *Le drame humain du travail*. Érès.

Le Pesteur, J. (1980). *Fresques de salle de garde*. Ramsay.

Landrigan, C.P., & al. (2004). Effects of reducing intern's work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med.*, 351, 1838-1848. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1056/NEJMoa041406>

Lantier, B., I. (2019). *Suicide des externes, internes, docteurs en médecine, en France, entre 2007 et 2017 : un gradient nord-sud ?*. *Médecine humaine et pathologie* [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Nice Sophia Antipolis-UNSA.

Lavaud, S. (2015). Comment soigner le burn out des internes ? Nos questions au Pr E. Galam. *Medscape*. (Disponible en ligne) <https://francais.medscape.com/voirarticle/3602014>

Lebrun, L., & Péan, J.-M. (2019). *Les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'APHP–Direction de l'inspection et de l'audit*. Rapport no A18-04. (Disponible en ligne) http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme14mai2019_auditinternes_rapport.pdf

- Lecourt, V. (2018). *Le burnout des soignants : à la recherche de sens*. RMS Editions.
- Lefève, C. (2017). Peut-on former au soin dans la violence ? In V. Auslender, *Omerta à l'hôpital – Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé* (pp.221-234). Michalon.
- Légeron, P. (2019). Médecin : un métier à risques: Stress, risques psychosociaux et burn-out. Dans M. Maury (Eds.), *Les médecins ont aussi leurs maux à dire* (pp. 17-59). Érès.
- Léonard, J. (1977). Femmes, religion et médecine. *Economies, sociétés, civilisations*, 32(5), 887-907. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3406/ahess.1977.293870>
- Léonard, J. (1981). *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*. Aubier Montaigne.
- Levy-Chavagnat, D. (2013). Les pistes de prévention auprès des médecins : de l'étudiant au médecin chevronné. *European Psychiatry*, 28, 76-7. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.203>
- Lionetti, R. (1988). Van Gennep au bloc opératoire. *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, 10, 110-127.
- Lipinska, M. (1930). *Les femmes et le progrès des sciences médicales*. Masson
- Lhuillier, D. (2005). Sale Boulot. *Travailler*, 2(14), 73-98. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/trav.014.0073>
- Lhuillier, D. (2007). *Cliniques du travail*. Erès.
- Lhuillier, D., & Litim, M. (2009). Le rapport santé-travail en psychologie du travail. *La découverte, Mouvements*, 2(58), 85-96. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/mouv.058.0085>
- Litim, M., & Kostulski, K. (2008). Thwarted activity in geriatric care : The uncertain

development of a profession. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 58, 215-225. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1016/j.erap.2008.09.005>

Lourenção, L.G., Moscardini, A.C., & Soler, Z.A.S.G. (2010). A Health and quality of life of medical residents. *Rev Assoc Med Bras*, 2, 81-91. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000100021>

Mahood, S. C. (2011). Formation médicale – Prenez garde au curriculum caché. *Can Fam Physician*, 57(9), 313–315. (Disponible en ligne) <https://www.cfp.ca/content/57/9/e313/tab-article-info>

Maranda, M.-F., & al.. (2006). *La détresse des médecins : un appel au changement*. Les Presses de l'Université Laval.

Marra, D. (2018). *Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé*. (Disponible en ligne) <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>

Maury, M. & Tourel, P. (2019). *Les médecins ont aussi leurs maux à dire*. Erès.

Mauss, M. (2013). *Sociologie et anthropologie*. Presses Universitaires de France. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/puf.maus.2013.01>

Merton, R.-K., Reader, G.-G., Kendall, P.-L. (1957). *The Student-Physician : Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Harvard University Press for The Common wealth Fund.

Molinié, A.-F. & Volkoff, S. (2000). Intensité du travail et santé dans un organisme administratif : une enquête statistique à l'Agence nationale pour l'emploi. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2(1). (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.4000/pistes.3828>

Molinier, P. (1997a) Féminité et savoir-faire discrets. *Actes du premier Colloque International de Psychodynamique et Psychopathologie du travail*. CNAM, 2, 335-348.

Molinier, P. (1997b). L'identité sexuelle : l'apport de la psychodynamique du travail. *Revue internationale de psychosociologie*, 3(5), 53-62.

Molinier, P. (2000a). Virilité défensive, masculinité créatrice. *Travail, Genre et Sociétés*, 1(3), 25-44.

Molinier, P. (2000b). Travail et compassion dans le monde hospitalier. *Cahiers du Genre*, 28, 49-70.

Molinier, P. (2002). Féminité sociale et construction de l'identité sexuelle : perspectives théoriques et cliniques en psychodynamique du travail. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 31(4), 565-580 (1-16). (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.4000/osp.3438>

Molinier, P. (2005). Travail. Dans P. Di Folco (dir.). *Dictionnaire de la pornographie*. Presses universitaires de France.

Molinnier, P. (2006). Le masochisme des femmes dans le travail : mythe sexiste ou défense professionnelle. *Psychologie Clinique et Projective*, 1(12), 211-230. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/pcp.012.0211>

Molinier, P. (2008). *Les enjeux psychiques du travail*. Payot et Rivages.

Molinier, P. (2009). Risques psychosociaux : le point de vue psychologique. Dans L. Lerouge (dir.), *Risques psychosociaux au travail. Etude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal* (pp. 31-41). L'Harmattan,

Molinier, P. (2010a). Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie 2010*, 2(10), 99-110. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/nrp.010.0099>

Molinier, P. (2012). Chirurgie : une mise à distance nécessaire des émotions – Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 30(4), 99-104. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1684/sss.2012.0406>

Molinier, P. (2013). De la désaffectation comme ethos professionnel au risque suicidaire. : Enquête auprès des ingénieurs d'un service de recherche industrielle. *Hal Open science*. (Disponible en ligne) <https://sorbonne-paris-nord.hal.science/hal-01075827>.

Molinier, P. (2014a). Commentaire de C. Dejours. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail, In Travail : usure mentale (1993), Bayard. Dans J.-Y. Chagnon (Eds.). *40 commentaires de textes en psychologie clinique*. (pp. 333-342). Dunod.

Molinier, P. (2014b). Psychodynamique du travail et ethnopsychanalyse : la complémentarité en question, les défenses en point de fuite. Colloque international “ *Actualité de la psychologie clinique. Une histoire en devenir* ”, UTRPP UP13 et PCPP, Université Paris Descartes, Nov 2014, Villetaneuse et Boulogne-Billancourt, France. (Disponible en ligne) <https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-01345662>

Molinier P., & Flottes A. (2012). Travail et santé mentale : approches cliniques. *Travail et Emploi*, 1(129), 51-66.

Molinier, P., Gaignard L., De Chaisemartin, J.-M., Younes, M. (Dir.). (2019). *François Tosquelles et le travail*. <https://sorbonne-paris-nord.hal.science/hal-03973384/>

Molinier, P., Laugier, S., & Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ?* Payot.

Molinier, P. & Pheulpin, M.-C. (2014). Le travail et la « vie psychotique ». *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 16(1). (Disponible en ligne) <http://journals.openedition.org/pistes/3509>

Moutsopoulos, E. (1985). La fonction du Kairos selon Aristote. *Revue Philosophique de la France et de l'Étranger*, 175(2), 223-226.

Myszkowski, N., & al. (2016). Monitoring stress among internal medicine residents : An experience-driven, practical and short measure. *Psychology, Health & Medicine*. 22(6), 719-726. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1220599>

Olmer, F. (2009). La médecine dans l'Antiquité : professionnels et pratiques. *Revue Sociétés et représentations*, 2(28), 153-172. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/sr.028.0153>

Palot, B. G. B. (1987). *L'art du siège au XVIII^e siècle*. A.C.R.-Gismondi.

Perez, S. (2015). *Histoire des médecins : Artisans et artistes de la santé de l'Antiquité à nos jours*. Perrin.

Perrot, M. (1998). *Les femmes ou les silences de l'histoire*. Flammarion.

Perroud, P. (2005). Le curriculum : le formel, le réel, le caché. Dans J. Houssaye, *La pédagogie, une encyclopédie pour aujourd'hui* (pp.61-76). ESF.

Peyrat-Apicella, D. & Molinier, P. (2020). Faire de la recherche en psychologie sur, pour et avec les médecins. *In Analysis*, 4, 212-220.

Picard, J.-F., & Mouchet, S. (2009). *La métamorphose de la médecine*. Presses Universitaires de France.

Pham, B-N., Renker, M., et Saint-Lary, O. (2023). *Ajout d'une quatrième année au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale*. Rapport remis au Ministre de l'Enseignement Supérieur de la recherche et au Ministre de la Santé et de la Prévention, Juin 2023.

Pigeard-Micault, N. (2013). *Les femmes du laboratoire de Marie Curie*. Glyphe.

Pigeard-Micault, N. (2016). La féminisation des facultés de médecine et de sciences à Paris : Etude historique comparative (1868-1939). Dans R. Rogers & P. Molinier (Dir.), *Les femmes dans le monde académique* (pp.49-61). Presses Universitaires de Rennes.

Pinho, R.D.N.L. ; & al. (2021). Mental Health and Burnout Syndrome Among Postgraduate Students in Medical and Multidisciplinary Residencies During the Covid-19 Pandemic in Brazil : Protocol for a Prospective Cohort Study. *JMIR*, 10(1), 24298. (Disponible en ligne) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7817252/>

Potiron, M. (2017). *Psychodynamique du plaisir et de la souffrance au travail dans le métier de comédiens : clinique d'un travail artistique et psychanalyse*. [Thèse pour le doctorat de Psychologie]. Université Sorbonne Paris Cité, Paris.

Pouchelle, M.-C. (1983). *Corps et chirurgie à l'apogée du Moyen-Age. Savoir imaginaire du corps chez Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe Le Bel*. Flammarion.

Pouchelle, M.-C. (2003). *L'hôpital corps et âme. Essai d'anthropologie hospitalière*. Seli Arsan.

Pougnnet, R. (2013). Souffrance au travail dans un service de réanimation d'un CHRU. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 74(3), 271-278.

Jelle, T.P. & al. (2007). Burnout in medical residents: a review. *Medical education*, 41, 788-800. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02797.x>

Quenu, J. (1971). *Notre internat*. Doin Editeurs.

Règlement pour le service de santé dans les hospices de Paris 4 Ventôse an 10. (1802). (Disponible en ligne)
http://www.leplaisirdesdieux.fr/LePlaisirDesDieux/Histoire/DocsHistoire/1800_1810/reglement.pdf

Rebeyrat, J-F. (2008). À propos du drame humain du travail. Quelle histoire pour la psychopathologie du travail ? *Travailler*, 1(19), 59-80. (Disponible en ligne)
<https://doi.org/10.3917/trav.019.0059>

Rémy, B. (1988). La médecine dans l'antiquité gréco-romaine. *Revue Histoire et Archéologie*, 123, 6-15.

Reyre, R. & Yi, M.-K. (2021). Les lieux du corps: Le corps handicapé comme paradigme du corps du sujet contemporain. *Le Coq-héron*, 245, 44-52. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/cohe.245.0044>

Richman, J.A., & al. (1996). Perceived Workplace Harassment Experiences and Problem Drinking Among Physicians: Broadening the Stress/Alienation Paradigm. *Addiction*, 91(3), 391-403.

Ringanadépoullé, S. (2016a). *Étude du rapport des internes de médecine des hôpitaux de Paris à la salle de garde et à sa tradition carabine* [Rapport de stage de Master 2 professionnel en psychologie non publié]. Université Sorbonne Paris Nord, Villetaneuse.

Ringanadépoullé, S. (2016b). *La tradition carabine à l'épreuve du féminin* [Mémoire de master 2 professionnel en psychologie non publié] Université Sorbonne Paris Nord, Villetaneuse.

Ringanadépoullé, S. (2019). La tradition carabine de l'internat de médecine. *Revue de Psychologie clinique et projective*, 26(1), 47–64. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/pcp.026.0047>

Ringanadépoullé, S. (2020a). Penser la finitude culturelle d'un espace groupal : le déclin de la tradition « carabine ». *Revue de Psychothérapie psychanalytique de groupe*, 75, 93–104. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/rppg.074.0093>

Ringanadépoullé, S. (2020b). On apprend la médecine dans la douleur. *In Analysis*, 4(2), 216-220. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1016/j.inan.2020.06.009>

Ringanadépoullé, S. (2023). Ce que les médecins savent mais ne disent pas, les limitations de l'exercice du consentement. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 35, 107-118. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/nrp.035.0107>

Roger, F. (2018). *Etude des suggestions des internes en médecine de Midi-Pyrénées afin de lutter contre la souffrance psychologique et l'apparition de symptômes d'épuisement professionnel*. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale]. Université Toulouse III-Paul Sabatier, Toulouse.

Roger, R. & Molinier, M. (2016). *Les Femmes dans le monde académique. Perspectives comparatives*. Presses universitaires de Rennes.

Salem, J. & Hippocrate. (1999). *Hippocrate. Connaître, soigner, aimer, le serment et autres textes*. Du seuil.

Salmona, M. (1994). *Les paysans Français. Le travail, les métiers, la transmission des savoirs*. L'harmattan.

Schalck, C. (2017). *Le travail des soignants dédiés à la vie face à la mort périnatale : sages-femmes et gynécologues-obstétricienne(s)*. [Thèse pour le Doctorat de psychologie]. CNAM, Paris.

Scheller, L. (2003). *Élaborer l'expérience du travail : activité dialogique et référentielle dans la méthode des instructions au sosie*. [Thèse pour le doctorat de psychologie]. CNAM, Paris

Schepens, F. & Zolesio, E. (2015). La fabrication du soignant au travail: Introduction. *Travail et emploi*, 141, 5-7. (Disponible en ligne)
<https://doi.org/10.4000/travailemploi.6541>

Segal, D. (1984). Playing doctor seriously: graduation follies at an american medical school. *International Journal of Health Services*, 3(14), 379-396.

Segal, D. (1988). A patient so dead: american students and their cadavers. *Anthropological Quarterly*, 1(61), 17-25.

Sicard, D. (2017). Une révélation bouleversante. Dans V. Auslender, *Omerta à l'hôpital – Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé* (pp. 217-220). Michalon.

Siegrist J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. In J. *Occup. Health Psychol.*, 1, 27-41

Sinclair, S. (1997) *Making Doctors. An institutional Apprenticeship*. Oxford International Publishers.

Shadili & al., (2018). Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers. *L'information psychiatrique*, 1(94), 13-18.

Shanafelt, T.D., & al. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internalmedicine residency program. *Ann Intern*, 135, 358-367.

Selleret, F.-X. & Blemont, P. (2015). *Réforme du troisième cycle des études médicales. Mission complémentaire d'étude sur la faisabilité administrative de la réforme*. Rapport, IGAS n° 2014-100R, IGAENR n°2015-002.

Stern, D.T. (1996). *Hanging out : teaching values in medical education*. [unpublished dissertation]. Standford University.

Sutinen, R., & al. (2002). Organizational Fairness and Psychological Distress in Hospital Physicians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 20, 209-215.

Thelliez, B. (2011). *La Geste Carabine. Pour un possible objet d'étude scenologique des rituels carabins* [Mémoire de Master 2 en Etudes Théâtrales non publié]. Université Paris 8, Saint-Denis.

Thomas, N.K. (2004). Resident burnout. *JAMA*, 292, 2880-2889.

Tisserand, L.-M., Douët d'Arcq, L.-C., De Lespinasse, R., Bonanardot, F & Viollet-le-Duc, E. (1879). Les métiers et corporations de la ville de Paris : XIII^e siècle le Livre des Métiers d'Etienne Boileau. *Histoire générale de Paris*. Imprimerie Nationale.

Tondini, G. (2010). *L'image obscène*. Mark Batty Publisher

Torrente, J. (2004). *Le psychiatre et le travailleur. Cheminement de la psychopathologie du travail d'hier à demain*. Doin.

Tronto J. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge

Truant, C.M. (1994). *The Rites of Labor. Brotherhoods of Compagnonnage in Old and New Regime France*. Cornell University Press.

Truchot, D. (2002). *Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne*. Rapport de recherche pour l'URML.

Tyssen, R., & al. (2004). The Process of suicidal planning among medical doctors: predictors in longitudinal norwegian sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 191–198.

UNESCO. (2010). *Le compagnonnage, réseau de transmission des savoirs et des identités par le métier*. Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel pour le comité intergouvernemental de sauvegarde du patrimoine culturel, cinquième session, Nairobi, Kenya, novembre 2010. Dossier de candidature n°00441. (Disponible en ligne) <https://ich.unesco.org/doc/src/07490-FR.pdf>

Vadcard, L. (2013). Étude didactique de la dialectique du travail et de la formation au bloc opératoire. *Éducation et didactique*, 7(1), 117-146.

URL : <http://journals.openedition.org/educationdidactique/1598>

Vergez, B. (1996). *Le monde des médecins au XX^e siècle*. Editions Complexe.

Vergez-Chaignon, B. (2002). *Les internes des Hôpitaux de Paris 1802-1952*. Hachette Littératures.

Véron, L. (2002). *Pages de garde. Textes inédits pour l'internat des hôpitaux de Paris*. Gallimard.

Vial, R. (1999). *Histoire de l'enseignement des hôpitaux de Paris : Les blouses blanches en formation initiale et continue*. L'Harmattan.

Viennot, É. (2021). Décryptage: Circulaire Blanquer contre l'écriture dite inclusive. *Cahiers du Genre*, 70, 199-214. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/cdge.070.0199>

West, C.P., & al. (2006). Association of perceived medical errors with residents distress and empathy : a prospective longitudinal study. *JAMA*, 296, 171-1078.

Wu, A.W. (2000). Medical error: the second victim. *BMJ*, 320, 726-727. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>

Zolesio, E. (2009a). « Chirurgienne de garde » et humour « chirurgical ». Posture féminine de surenchère dans l'humour sexuel et scatologique. *Interrogations* ?, 8, 159-177.

Zolesio, E. (2009b). De femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie. *Travail, Genre et Sociétés*, 2(22), 117-133. (Disponible en ligne) <https://doi.org/10.3917/tgs.022.0117>

Zolesio, E. (2012). *Chirurgiens au féminin ? des femmes dans un métier d'hommes*. Presses universitaires de Rennes.

ANNEXES

Annexe I - Liste des diplômes d'études spécialisées des options et des formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.

Les informations qui suivent proviennent intégralement du site :

legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/

I. - Diplômes d'études spécialisées de la discipline chirurgicale :

- chirurgie maxillo-faciale ;
- chirurgie orale ;
- chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- chirurgie pédiatrique ;
- chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ;
- chirurgie thoracique et cardiovasculaire ;
- chirurgie vasculaire ;
- chirurgie viscérale et digestive ;
- gynécologie obstétrique ;
- neurochirurgie ;
- ophtalmologie ;
- oto-rhino-laryngologie - chirurgie cervico-faciale ;
- urologie.

II. - Diplômes d'études spécialisées de la discipline médicale :

- allergologie (co-DES avec médecine interne et immunologie clinique et maladies infectieuses et tropicales) ;
- anatomie et cytologie pathologiques ;
- anesthésie-réanimation (co-DES avec médecine intensive-réanimation) ;
- dermatologie et vénéréologie ;
- endocrinologie-diabétologie-nutrition ;
- génétique médicale ;

- gériatrie ;
- gynécologie médicale ;
- hématologie ;
- hépato-gastro-enterologie ;
- maladies infectieuses et tropicales (co-DES avec médecine interne et immunologie clinique et allergologie) ;
- médecine cardiovasculaire (co-DES avec médecine vasculaire) ;
- médecine d'urgence ;
- médecine et santé au travail ;
- médecine générale ;
- médecine intensive-réanimation (co-DES avec anesthésie-réanimation) ;
- médecine interne et immunologie clinique (co-DES maladie infectieuses et tropicales et allergologie) ;
- médecine légale et expertises médicales ;
- médecine nucléaire ;
- médecine physique et de réadaptation ;
- médecine vasculaire (co-DES avec médecine cardio-vasculaire) ;
- néphrologie ;
- neurologie ;
- oncologie ;
- pédiatrie ;
- pneumologie ;
- psychiatrie ;
- radiologie et imagerie médicale ;
- rhumatologie ;
- santé publique.

III. - Diplôme d'études spécialisées de la discipline biologique :

- biologie médicale.

Options des diplômes d'études spécialisées de la discipline chirurgicale :

DES de chirurgie pédiatrique (options précoces au sens de l'article 6 de l'arrêté portant organisation du troisième cycle des études de médecine) :

- chirurgie viscérale pédiatrique ;
- orthopédie pédiatrique.

DES chirurgie viscérale et digestive :

- endoscopie chirurgicale.

DES ophtalmologie :

- chirurgie ophtalmopédiatrique et strabologique.

DES oto-rhino-laryngologie - chirurgie cervico-faciale :

- audiophonologie (audiologie et phoniatrie).

Options des diplômes d'études spécialisées de la discipline médicale :

Co-DES anesthésie-réanimation/médecine intensive-réanimation :

- réanimation pédiatrique du DES AR ;
- réanimation pédiatrique du DES MIR.

DES médecine cardio-vasculaire :

- cardiologie interventionnelle de l'adulte ;
- rythmologie interventionnelle et stimulation cardiaque ;
- imagerie cardiovasculaire d'expertise.

DES d'oncologie (options précoces au sens de l'article 6 de l'arrêté portant organisation du troisième cycle des études de médecine) :

- oncologie médicale ;
- oncologie radiothérapie.

DES pédiatrie :

- néonatalogie ;
- réanimation pédiatrique ;
- neuropédiatrie ;
- pneumopédiatrie.

DES psychiatrie :

- psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
- psychiatrie de la personne âgée.

DES radiologie et imagerie médicale :

- radiologie interventionnelle avancée.

DES santé publique :

- administration de la santé.

Options du diplôme d'études spécialisées de la discipline biologique :

DES de biologie médicale (options précoces au sens de l'article 6 de l'arrêté portant organisation du troisième cycle des études de médecine) :

- biologie générale ;
- médecine moléculaire, génétique et pharmacologie ;
- hématologie et immunologie ;
- agents infectieux ;
- biologie de la reproduction.

La liste des formations spécialisées transversales qui peuvent être suivies dans le cadre des diplômes d'études spécialisées est fixée comme suit :

- addictologie ;
- bio-informatique médicale ;
- cancérologie déclinaison hémato-cancérologie pédiatrique ;
- cancérologie traitements médicaux des cancers, déclinaison cancérologie de l'adulte ;
- cardiologie pédiatrique et congénitale ;
- chirurgie de la main ;
- chirurgie en situation de guerre ou de catastrophe ;
- chirurgie orbito-palpébro-lacrymale ;
- douleur ;
- expertise médicale-préjudice corporel ;

- fœtopathologie ;
- génétique et médecine moléculaire bioclinique ;
- hématologie bioclinique ;
- hygiène-prévention de l'infection, résistances ;
- maladies allergiques ;
- médecine scolaire ;
- médecine et biologie de la reproduction-andrologie ;
- médecine du sport ;
- nutrition appliquée ;
- pharmacologie médicale/thérapeutique ;
- soins palliatifs ;
- sommeil ;
- thérapie cellulaire/transfusion ;
- urgences pédiatriques.

Annexe II – Formulaire de consentement libre et éclairé

Formulaire de consentement

(d'après Fernandez & Catteeuw, 2001)

Je, soussigné(e) déclare accepter, librement, et de façon éclairé, de participer comme sujet aux entretiens semi-directifs mise en place dans le cadre de la recherche doctorale intitulée « Des salles de garde aux fonctions de l'Internat de médecine : approches ethnographique et clinique du travail et de la formation des médecins ».

Sous la co-direction de : Professeur Thierry Baubet et Professeure Pascale Molinier

Promoteur : Université Paris 13 Nord, 99, av. Jean-Baptiste Clément, 93430 Nanterre

Investigatrice principale : Séverine Ringanadépoullé – doctorante-contratuelle (2018-2022)

Résumé de la recherche : Ces dernières années, différents signaux et travaux de recherche nous alarment sur une possible majoration de la souffrance des médecins et des étudiants en médecine et internes en France, constituant une réelle préoccupation pour les facultés de médecine et les hôpitaux. Ce phénomène ne peut pourtant pas être résumé à une somme de problématiques individuelles et on doit s'interroger sur les facteurs systémiques qui le permettent. La doctorante s'intéresse plus particulièrement à ce temps "d'entre-deux" (entre le statut d'étudiant et celui de professionnel, entre l'hôpital et l'université) que représente l'internat de médecine. Elle propose de confronter l'approche de l'ethnographie et de la clinique du travail et plus précisément la psychodynamique du travail aux questionnements autour des souffrances au travail et des souffrances inhérentes au statut des internes à la fois au travail et en formation au travail. Ses premières hypothèses concernent l'articulation de l'individuel et du collectif, la question de la transmission et du compagnonnage. Cette approche concerne le travail et la formation des médecins et se veut d'un apport nouveau et original à une problématique importante et très actuelle.

Engagement du ou de la participant.e : ces entretiens semi-directifs prolongent les immersions à l'hôpital Avicenne et nourrissent les questionnements émergents de la recherche et des rencontres avec les acteurs sur le terrain.

Engagement de l'investigatrice principale : en tant qu'investigatrice principale, elle s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Elle s'engage également à fournir aux participant.e.s tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du ou de la participant.e : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni

conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du ou de la participant.e : le ou la participant.e a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigatrice principale, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Par mail à l'adresse suivante : severine.ringana[at]yahoo.fr

Ou par téléphone au : 06.77.74.67.96

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Dans le cas de l'enregistrement du contenu des discussions : les enregistrements ne seront accessibles que par l'investigatrice principale de cette recherche. Lors de l'analyse, ceux-ci seront conservés puis détruits conformément aux règles éthiques établies.

- J'accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio
- Je n'accepte pas que la rencontre soit enregistrée sur bande audio

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigatrice principale s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le ou la participant.e (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à

Le

En 2 exemplaires

Signatures :

Le.a participant.e

L'investigatrice principale

Annexe III – Listes des participants et des participantes à la recherche

Les internes en médecine				
Nom	Présentation	Spécialités	Service immersion	Entretien Lieu
IP1	Une interne au poste de Faisant fonction d’interne (FFI)	Psychiatrie	Psychiatrie de liaison	1h36min A l’hôpital – dans un bureau
IP2	Une interne	Psychiatrie	Psychiatrie enfant-ado	18min Au téléphone
IP3	Un interne de sixième semestre	Psychiatrie	Urgences psychiatriques	1h38min A l’extérieur de l’hôpital Dans un espace public
IP4	Un interne de troisième semestre	Psychiatrie	Urgences psychiatriques	
IM1	Un interne de second semestre	Médecine générale	Urgences générales	23min Au relai hospitalier
IM2	Une interne de quatrième semestre	Médecine d’urgences	Urgences générales	59min Dans une chambre de garde
IM3	Une interne de second semestre	Médecine d’urgence	SAMU	36min Dans un box aux urgences
IM4	Un interne	Médecine d’urgence	Urgences générales	
IM5	Un interne d’avant dernier semestre	Médecine d’urgence	SAMU	
ICR	Une interne de second semestre	Cardiologie	Réanimation médico-chirurgicale	21min Dans une salle de réunion
IR1	Une interne de premier semestre	Réanimation	Réanimation	
IHR1 1	Un interne de quatrième semestre	Hépatologie	Réanimation médico-chirurgicale	
ICH1	Une interne au poste de Faisant fonction d’interne (FFI)	Chirurgie	Chirurgie	

IN1	Un interne de quatrième semestre	Neurologie	Neurologie	
IN2	Un interne de second semestre	Neurologie	Neurologie	

Autres				
Nom	Présentation	Spécialités	Service	Entretien Lieu
EXT1 et EXT2	2 étudiants externes en première année d'externat	-	Urgences générales	41 min Sur la paillasse servant de bureau aux internes
FM1	Une infirmière (IBODE-IADE)	Bloc opératoire	SAMU/Bloc	1h12min Au téléphone
FM2	Une infirmière	Anesthésie-réanimation	Réanimation médico-chirurgicale	1h27min A l'extérieur de l'hôpital dans un espace public
MP1	Une psychiatre – Chef de clinique assistante	Psychiatrie	Psychiatrie enfant-ado	1h20min A l'hôpital - dans un bureau
MP2	Une psychiatre	Psychiatrie	Psychiatrie enfant-ado	1h36min A l'hôpital-dans un bureau
MU1	Médecin urgentiste	Urgences générales	Urgences générales	
MN1	Une neurologue	Neurologie	Neurologie et rééducation neurologique	58min A l'hôpital-dans un bureau
MN2	Un neurologue	Neurologie	Neurologie et rééducation neurologique	48min Au téléphone
MC1	Un chirurgien	Chirurgie	Chirurgie	1h14min A l'extérieur de l'hôpital dans un espace public
MC2	Une chirurgienne	Chirurgie	Chirurgie	1h Au téléphone
MC3	Une chirurgienne	Chirurgie	Chirurgie	
MC4	Un chirurgien	Chirurgie	Chirurgie	
MR1	Un médecin réanimateur	Médecine intensive-réanimation	Réanimation médico-chirurgicale	48min A l'hôpital-dans une salle de réunion

MR2	Un médecin réanimateur - Cardiologue	Médecine intensive-réanimation	Réanimation médico-chirurgicale	25min Au téléphone
MR3	Une médecin réanimatrice	Médecine intensive-réanimation	Réanimation médico-chirurgicale	
MR4	Un médecin réanimateur	Médecine intensive-réanimation	Réanimation médico-chirurgicale	
MT1	Une médecin du travail	-	Médecine du travail	2h24min Au téléphone
PF1	Un professeur de médecine – Chef de service	Chirurgie	Chirurgie	1h Par visio
PS1	Une psychologue-chercheuse		SAMU	1h20min A l'hôpital-dans un bureau
PS2	Un psychologue		Psychiatrie Cellule médico-psychologique	1h38min A l'hôpital-dans un bureau
PS3	Une psychologue		Médecine du travail	1h35min A l'hôpital-dans un bureau

EXM2	Médecin informatrice		2x2h Au téléphone
-------------	----------------------	--	----------------------

Annexes IV – Articles publiés

LA TRADITION CARABINE DE L'INTERNAT DE MÉDECINE

Séverine Ringanadépoullé

ERES | « Psychologie clinique et projective »

2020/1 n° 26 | pages 47 à 64

ISSN 1265-5449

ISBN 9782749265575

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-et-projective-2020-1-page-47.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La tradition carabine de l'internat de médecine

Séverine Ringanadépoullé

Dans *Le Malêtre*, René Kaës écrit : « Lorsque Freud parlait de la “souffrance psychique d’origine sociale”, il considérait la souffrance de “l’individu”, du sujet singulier qui prend source dans la culture. Après Freud, dans la post- et dans l’hypermodernité, nous pensons la psyché avec une problématique et des concepts qui étendent l’espace de la réalité psychique non seulement au sujet singulier, mais aux liens intersubjectifs et aux configurations d’ensemble tels que les groupes, les familles, les couples et les institutions » (2012, p. 98).

La perspective de la psychanalyse des groupes et des institutions considère que la vie psychique « individuelle » s’étaye sur des formations de l’environnement psychique et social. S’adossant à cette perspective, cet article questionne le dispositif traditionnel datant des origines de l’internat de médecine et appartenant à l’apprentissage et au travail médical. Quelles fonctions soutient la tradition carabine, logée en salle de garde des hôpitaux pour ses sujets apprentis médecins, et jusqu’où l’investigation actuelle du dispositif au sein de ces lieux propose une lecture du *malêtre* contemporain ? Nous émettons les hypothèses suivantes : les rituels de la tradition carabine encadreraient la période liminaire de l’internat et seraient la voie sublimatoire à leurs souffrances psychiques. Néanmoins, le déclin de ce dispositif traditionnel – relatif au passage du monde traditionnel ou monde hypermoderne – témoignerait, d’une part, des effractions de ses impensés et, d’autre part, d’une atteinte du *travail de culture* au sein de ses lieux.

Séverine Ringanadépoullé, doctorante-contractuelle au laboratoire UTRPP de l’université Paris 13, sous la direction des professeurs Thierry Baubet et Pascale Molinier, université Paris 13 Nord, Sorbonne, Paris, Cité. UTRPP, EA 4403. 99 avenue Jean-Baptiste Clément 93430 Villetaneuse. severine.ringana@yahoo.fr

Les matériaux cliniques et analytiques de cet article font appel à un ensemble de travaux théorico-cliniques réalisés entre 2016 et 2018. Au commencement, en 2016, l'association des salles de garde de l'internat de médecine des hôpitaux de Paris nous formule une demande pour la réalisation d'une étude psychosociologique sur le rapport actuel des internes à leur salle de garde et à la tradition carabine. La méthodologie de l'étude¹ est composée d'observations ethnographiques dans sept salles de garde de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et d'entretiens semi-directifs individuels et groupaux majoritairement non enregistrés. Les entretiens formels, mais aussi informels, ont été réalisés à l'intérieur et à l'extérieur des salles de garde selon les volontés et les disponibilités des interviewés. En outre, il s'est agi de mettre en place une méthodologie adaptative au folklore inédit en salles de garde et à une population peu étudiée au sein de ces environnements. La recherche a permis de rencontrer et d'échanger avec plus de cent-cinquante interlocuteurs, dont majoritairement des internes ainsi que des médecins seniors, des externes, des personnels de cuisines et enfin des personnes de profession non médicale et nommées « parasites » par le jargon traditionnel. Les journaux de bord et les carnets de notes sur le terrain ont constitué des supports essentiels pour le recueil et l'analyse qualitative des données sur la thématique de l'étude. Les écrits théorico-cliniques n'ont pas fait l'économie de l'analyse de l'implication de la chercheuse sur et pour le terrain et de l'analyse du contre-transfert constamment mobilisé par les mouvements psychiques à l'œuvre au sein de ces espaces.

Les travaux² qui ont émergé de cette étude ont permis d'actualiser les connaissances sur les salles de garde, d'envisager la finitude des lieux et de sa tradition mais aussi de proposer un travail qualitatif, et sûrement modestement *un travail de culture*, sur l'évolution de ces espaces groupaux cachés, de moins en moins acceptés et appartenant à l'histoire de l'internat de médecine en France. Les axes de recherches qui ont émergé de cette

1. Étude réalisée dans le cadre du Master CICT de l'université Paris 13 intitulée : *Le rapport des internes de médecine des hôpitaux de Paris à la salle de garde et à sa tradition carabine*. Je remercie Jean-Pierre Pinel et Aurélie Maurin pour leur supervision.

2. En 2016 : *La tradition carabine à l'épreuve du féminin*. Mémoire non publié, effectué en 2016. Supervisée par le Pr Jean-Pierre Pinel. Master CICT, université Paris 13. En 2017 : « La salle de garde des internes en médecine : esquisse d'un espace de modalités de traitement des erreurs et des échecs » communication journée d'étude : Erreurs et échecs : fatalités ou transformations ? Ville-taneuse Université Paris 13, organisé par le Master 2 recherche du laboratoire UTRPP, 2 juin 2017. En 2018 : « L'internat de médecine : liminarité et santé mentale en formation » communication journée d'étude : Conduites rituelles et processus de ritualisation. Villetaneuse, Université Paris 13, organisé par le Master 2 recherche du laboratoire UTRPP, 1^{er} Juin 2018.

étude se développent actuellement dans un travail de thèse³ sous une autre perspective méthodologique et épistémologique.

ESQUISSE DE L' « ANTRE-DEUX-VENIR » DES INTERNES EN MÉDECINE

Quelques repères contextuels

La rigueur méthodologique intrinsèque à l'écriture des journaux de bord permet, quelques années plus tard, de reconvoquer les détails de la rencontre de la chercheuse avec une salle de garde.

Lors d'une visite d'un hôpital public de Paris, je suis attirée par une porte vitrée arborant des graffitis de Noël. De l'intérieur, une blouse blanche – sensible à mon ostensible pulsion scopique – m'a ouvert et m'a proposé d'entrée. Je me suis retrouvée dans un lieu assez insolite : la salle de garde du bâtiment de l'internat de médecine. C'est un lieu fermé dédié aux internes en médecine. En dehors de la salle de garde au sens strict du terme, j'observe la présence d'une cuisine, de réserves ainsi que de chambres : l'ensemble constitue le bâtiment de l'internat de médecine. En pénétrant cette première salle de garde, les fresques recouvrant la totalité des murs se sont imposées à mon regard. Chaque peinture correspondait à un univers thématique et figurait des phallus de différentes tailles et grosseurs entrant et sortant dans des corps nus. Les personnages aux portraits réalistes représentaient d'anciens internes et médecins. Comme en témoignaient les fresques, la disposition des tables en T et les règles affichées à l'entrée, la salle de garde semblait être régie par des codes et des rituels bien particuliers et plus ou moins accessible à la compréhension. [Extrait du journal de bord – Décembre 2015 « la première rencontre »]

Emmanuelle Godeau, médecin anthropologue, s'est intéressée aux processus par lesquels les internes deviennent des spécialistes. Elle interroge moins le registre scientifique et technique que l'efficacité symbolique de cette transformation : « [...] figurer son histoire, l'histoire de son internat, sur les murs de sa salle de garde, à l'aide du code et des moyens traditionnels, en l'occurrence ici la fresque satirique et obscène, permet de s'approprier les lieux, de signer son passage tout en s'inscrivant dans le temps et le champ de la coutume » (2009, p. 21). Historiquement, la salle de garde de l'internat est un lieu de convivialité où les internes mangent, chantent

3. Thèse intitulée : *Des salles de garde aux fonctions de l'internat de médecine : approches ethnographique et clinique du travail et de la formation des médecins.*

des chansons paillardes, transgressent certaines règles et brisent des tabous. C'est ce qu'on appelle la tradition carabine, une tradition propre aux étudiants de médecine, nommés dès lors des carabins, qui exige l'emploi d'un langage précis et qui contraste fortement avec l'environnement qui l'accueille : l'hôpital.

En France, en psychanalyse et en psychologie, très peu (ou pas) de travaux se sont intéressés aux mouvements psychiques inconscients appartenant à la dynamique des salles de garde de l'internat de médecine. Chaque salle de garde a son propre dynamisme et évolue au gré des générations d'internes qui se succèdent : certaines perpétuent et se réapproprient la tradition avec ferveur en veillant à la reprise de la gouvernance des lieux chaque semestre d'internat ; d'autres semblent se réapproprier une partie de la tradition et/ou l'adapter à leurs besoins ; enfin certaines salles de garde subsistent sans folklore carabin et reprennent leur rôle premier de salle commune réunissant une partie du personnel médical de l'hôpital pour le déjeuner. En effet, les internes et médecins en salles de garde ne représentent pas la totalité du personnel médical hospitalier d'un hôpital. Ces lieux sont de plus en plus sujets à controverses entre internes et médecins mais aussi sur les scènes médiatiques et politiques.

La tradition carabine de l'internat de médecine en France : considérations historiques et anthropologiques du « carabin »

Se pose la question de la définition du terme *carabin*. Etymologiquement et historiquement, le terme *carabin* apparaît sous la plume de Brantôme (1583-1690) et désigne « un soldat de la cavalerie légère ». En 1650, « carabin de Saint-Côme » signifie « chirurgien », Saint-Côme étant le patron de la corporation des chirurgiens. L'apparition du terme possède une origine incertaine avec le français médiéval « escarrabin » (1521) qui nomme l'ensevelisseur de cadavres pendant les grandes pestes et qui n'est pas sans lien avec « escarbot » (1835-78) désignant un insecte fouillant la terre et le fumier. En outre, l'évolution sémantique serait liée à la propension des soldats carabins à faire rapidement passer leurs ennemis de la vie à la mort. Le terme désigne aussi une personne qui agit avec vivacité et sans esprit de suite. De ces caractères hérite la mauvaise renommée des chirurgiens. Plus tard, *carabin* désigne le garçon chirurgien qui restait quelque temps dans le même hôpital et enfin, plus familièrement, « l'étudiant de médecine ».

Bénédicte Vergez-Chaignon, agrégée d'histoire, s'intéresse à l'histoire des internes des hôpitaux de Paris et publie un ouvrage du même titre en 2002. Créé par Napoléon après la Révolution pour organiser les études de médecine, l'internat des hôpitaux de Paris, grande école prestigieuse, est associé à tous les progrès de la médecine. Pendant 150 ans, de 1802 à 1952 et jusqu'à la généralisation du temps plein hospitalier et la création de la Sécurité Sociale, les internes vivaient et travaillaient ensemble à l'hôpital. À l'origine, la population en salle de garde se composait uniquement de jeunes hommes : « Ils ont à peine plus de vingt ans sous le Premier Empire, moins de vingt-cinq ans à la fin du XIX^e siècle, guère plus après la Première Guerre Mondiale » (Vergez-Chaignon, 2002, p. 71). Ils étaient donc des résidents, travaillant au sein de l'hôpital, s'y amusaient, faisaient des blagues sexuelles, scatologiques, politiques et macabres. Vergez-Chaignon explique que les hommes se décrivaient comme un « corps » ou « une famille » dans leurs discours, leurs presses, leurs commémorations. La nomination « interne » instaurait une égalité quels que soient l'âge, l'expérience, la spécialité, les postes et les honneurs. Ils avaient l'humour des carabins et vivaient au rythme de la tradition carabine. Celle-ci tirerait ses origines des rituels initiatiques du compagnonnage et de la franc-maçonnerie. L'internat est la période par laquelle l'apprenti devait passer pour acquérir le statut de médecin et les responsabilités de la profession ainsi que la reconnaissance de ses maîtres et de ses pairs. Patrice Josset (1996), médecin anatomo-pathologiste, s'est attaché à décrypter les règles de la tradition carabine : ces dernières sont un exemple de ce que pouvait être *la Règle* dans une société hiérarchisée basée sur le mérite et les responsabilités partagées. Les traditions de la salle de garde créent *un certain degré d'union*. L'auteur compare la salle de garde à un athanor⁴ de la vie médicale et d'un point de vue symbolique, elle pourrait transformer un groupe d'hommes d'origines différentes en une véritable unité.

Lorsque le carabin entre en salle de garde pour manger, il ne choisit pas sa place et veille à s'asseoir à côté du dernier assis. Les plats doivent circuler en quinconce et le roi de la salle nommé « économe » veille à ce que les règles soient respectées sous peine de « taxe »⁵. Il est interdit d'utiliser des termes médicaux à table, d'applaudir, de prendre des photos, de se lever

4. Mot d'origine arabe *at-tannur* : en alchimie, c'est le creuset où s'opèrent toutes les opérations de cuisson et de refroidissement.

5. La taxe est une sanction grivoise allouée au convive qui ne respecte pas les règles. Elle est décidée par une roue (type roue de la fortune) ou l'économe.

sans autorisation et il est vivement encouragé de chahuter et de déléguer l'hygiène aux services aseptisés de l'hôpital. Le folklore carabin renverse l'ordre établi dans le monde hospitalier. Ce sont des instants de désordre généralisé où les normes et les interdits sont rompus, où l'excès, le renversement des rôles et des attributs, l'annulation et la parodie de l'autorité et de la vertu sont de mises. Pour Emmanuelle Godeau (2007) : « Savoirs officiels et traditionnels se mettent en place ensemble, dans deux mondes parallèles ou plutôt en miroir, le second inversant terme à terme les axes sur lesquels repose le premier [...] » (p.278). Par exemple, la désexualisation du rapport au corps dans la pratique médicale devient en salle de garde une hyper-érotisation du corps ; calme, silence et décence deviennent bruit et exhibition.

Dans le prolongement des réflexions d'Emmanuelle Godeau, Bastien Thelliez⁶ (2011) considère le carabin comme l'« *alter ego* » du médecin interne, « sa figure renversée » (p.37). Selon lui, ces deux postures apparemment en complète opposition s'inscriraient plutôt sur l'équilibre de deux mondes parallèles en miroir. Dans son lieu consacré, rajoute le chercheur, s'opère une inversion systématique et ritualisée des fondements de la profession et des recommandations hippocratiques qui la gouvernent. Des transgressions difficilement imaginables pour et par l'interne médecin dans sa fonction professionnelle et sociale. En incarnant le personnage carnavalesque du carabin, l'apprenti médecin parodie et conjure l'angoisse émanant de sa fonction.

L'image du « carabin », soldat de la cavalerie muni de sa carabine pour harceler l'ennemi, est comparable sous plusieurs métaphores à l'interne en médecine armé de sa blouse blanche, de son DECT7, de son carnet de note et de son stéthoscope ; prêt à affronter sa première garde ou le premier patient de son semestre de stage dans un nouveau service hospitalier. La vaillance est donc de mise pour apprendre le métier tout en endossant ses responsabilités. C'est un moment de passage qui nécessite d'être armé, protégé et accompagné.

L'internat de médecine, ritualisation d'une période liminaire

Actuellement, en 2019, le cursus de médecine débute avec la PACES (Première Année Commune aux Études de Santé). Selon l'ONISEP, moins

6. B. Thelliez consacre un mémoire de recherche sur les rituels carabins comme objet d'étude scénologique.

7. *Digital Enhanced Cordless Telecommunications* : téléphone sans fil numérique amélioré.

de vingt pour cent des candidats en moyenne franchissent l'obstacle du concours. En deuxième année et troisième année, pas de concours mais toujours plus de connaissances à acquérir. La quatrième, la cinquième et la sixième année de médecine constituent l'externat qui permet aux étudiants d'acquérir une formation médicale complète et de se préparer aux Épreuves Classantes Nationales (ECN), un classement remplaçant le Concours de l'internat. L'internat dure ensuite trois à cinq ans selon les spécialités. Tout au long de ces six à sept premières années, les étudiants doivent emmagasiner une très grande quantité de connaissances. Cet apprentissage théorique s'accompagne d'une pression liée à la compétition et d'une maîtrise de vie spatiale et temporelle assujettie au rythme des épreuves. Chaque étape confère aux étudiants le sentiment de toujours devoir se perfectionner. L'abandon, l'échec sont souvent très mal vécus, impensables et parfois déniés. Les études de médecine laissent souvent très peu de place à l'expérience des erreurs. Cette maîtrise, la performance dans les apprentissages et l'apprentissage de la performance conditionnent la sortie post-bac de ces étudiants et bien souvent celle de leur adolescence. C'est ce qui va les construire psychiquement pendant toutes ces années et c'est ce qui va se retrouver violemment confronté à la réalité du soin, à l'autre professionnel, aux autres professionnels, à un environnement non maîtrisable. À la sortie de l'externat, les étudiants ne sont pas préparés à ce qui les attend après l'ECN. L'internat est donc cette période charnière qui va provoquer et devoir accueillir des mouvements parfois violents pour les apprentis médecins. Les fonctions que soutient l'internat doivent permettre aux internes de ne pas se retrouver seuls et sans repères face aux difficultés d'apprentissage et aux bouleversements opérés par le changement de statut. La vie en salle de garde confère une reconnaissance de l'accomplissement du parcours réalisé et l'appartenance nouvelle à une identité qui se construit collectivement.

Par l'internat, les internes deviennent médecins. C'est une période hautement représentative de la période *liminaire* ethnographiée et théorisée par Arnold Van Gennep (1981). Durant cette étape transitoire, les internes ne sont pas encore médecins, ils sont sous la responsabilité d'un médecin senior et endossent d'ores et déjà des responsabilités liées à leur futur métier. La confrontation au soin au sein de ce nouveau statut désagrège le monde antérieur auquel ils appartenaient et les renvoie aux ambiguïtés des *gens du seuil*. « Sur le seuil », les internes ne sont plus vraiment considérés comme apprentis et non encore médecins. L'expérimentation de la position d'entre-deux bouleverse les acquis ainsi que les assises identitaires. L'ambiguïté et

la déstructuration s'encadrent traditionnellement par des ritualisations et un ensemble de symboles : « De tels changements d'état ne vont pas sans troubler la vie sociale et la vie individuelle ; et c'est à en amoindrir les effets nuisibles que sont destinés un certain nombre de rites de passage » (Van Gennep, 1981, p. 16). En outre, la transmission des rites de la tradition en salle de garde permet de dominer les contraintes de l'environnement de travail, les bouleversements et les angoisses que le changement de statut peut provoquer. Les règles de la tradition dynamisent et rendent consistante cette période de marge, avec par exemple : l'interdiction de l'utilisation des termes médicaux relatifs aux *tabous* et à l'*instruction spéciale*. De cette période intermédiaire émerge la *communitas* (Turner, 1990, p. 97) qui est une forme de compagnonnage, de camaraderie et qui définit en tout point l'esprit de corps présent en salle de garde et les liens qui se tissent et se transmettent au sein de ces lieux et du corps médical à l'hôpital.

Lors du repas traditionnel à l'occasion d'un *tonus*⁸, les internes lançaient des interjections et de la nourriture au roi de la salle pour attirer son attention, se moquer de lui et braver son autorité. Une fois que les protagonistes eurent lancé leurs interjections très imagées et très vulgaires, ils se sont tus et ont continué ce qu'ils étaient en train de faire. En entretien avec un des protagonistes, il m'explique que la volonté et le naturel avec lesquels certains internes et « fossiles » – appellation « médecins » dans le jargon carabin – singent les erreurs et acceptent d'accomplir les sanctions montrent, aux autres internes présents, qu'en ce lieu ils ne se prennent pas au sérieux, que chacun a une posture à tenir en dehors de la salle de garde, mais qu'en son sein il est possible de lâcher prise. [Extrait du journal de bord, Mars 2016]

Cette scène illustre le potentiel exutoire et initiatique de la tradition transmise à l'assemblée, aux convives. Les conduites rituelles ont une fonction de *communication* et de *régulation* (Maisonnette, 1988), elles permettent de maîtriser *le mouvant* et de se réassurer contre l'angoisse. Ces rites sont une médiation qui permet aux internes et aux médecins de traiter ce qui ne leur est pas techniquement accessible et contrôlable. En considérant que cette salle et ces rites permettent aux internes de se jouer de la mort, de la maladie et des responsabilités face auxquelles ils doivent se confronter dans l'apprentissage de leur travail et à l'orée de leur vie d'adulte ; ces rites liés à l'initiatique et à l'exutoire leurs permettent de

8. Les tonus sont des fêtes de médecine, souvent à grands débordements, rythmant le début et la fin du semestre.

maîtriser ensemble – l'espace et le temps d'un instant en salle de garde – les puissances qui leurs échappent et les effets nuisibles de la liminarité. Les fresques, la mise en scène grotesque et le folklore choquant aux yeux des profanes témoignent d'une fonction de médiation avec : la mort, la maladie, la nudité des corps, et la transgression de l'intime dans le soin.

LA TRADITION CARABINE, UN DISPOSITIF AU SERVICE DU TRAVAIL DE CULTURE

La salle de garde est une institution à l'intérieur de l'institution hospitalière. Les *alliances inconscientes* constitutives du fond imperceptible de la vie psychique de l'institution permettent de traiter l'insupportable, notamment le manque, la castration, la séparation, mais surtout la destruction, l'impossible et l'impensable (Kaës, 2014, p. 123). Elles protègent les sujets de l'institution – ici les apprentis médecins – du retour des angoisses archaïques des liens primaires. Son *dispositif* culturel offre à l'interne un *espace psychique commun* (Kaës, 2000) entre son espace psychique et celui constitué par le groupement. Cet espace psychique n'appartient ni au sujet, ni au groupe, ni à l'ensemble. Par l'investissement qu'elle demande aux sujets, elle autorise un sentiment d'unification et de reconnaissance mutuelle. Cette *formation intermédiaire* est dépositaire et en même temps contributaire du narcissisme professionnel des internes et des anciens internes.

Elle est aussi une instance qui accueille et contient les conflictualités résultantes des tensions entre les instances *instituant*es et *instituée*s, termes conceptuels que l'on doit à Cornélius Castoriadis en 1975. Elle permet au jeune interne d'acquérir les valeurs d'appartenance du métier en passant de la posture d'apprenti à celle de professionnel, par et dans un *imaginaire social* intrinsèque au vécu et à la transmission de la tradition. En ce sens, ce dispositif propose un *système de symbolisation* et de *significations imaginaires* aux interrogations inhérentes à leurs expériences liminaires et à la confrontation à la réalité du soin. Les souffrances psychiques propres à ces expériences trouvent une issue sublimatoire au sein de cette *formation intermédiaire* – objet et substrat de la culture – qui étaye la réalité psychique sur des liens intersubjectifs et sociaux. Pour Kaës, le *travail de culture* apparaît dès 1905 chez Freud comme processus de sublimation. Plus qu'un apprentissage du métier qui touche chaque individu dans son parcours de subjectivation, celui-ci se perpétue entre pairs, avec les seniors par le compagnonnage et dans un processus sublimatoire.

D'ailleurs, dans *Le Malaise dans la culture*, Freud (1929) devine qu'« Une fois que l'homme originaire eut découvert qu'il avait entre ses mains – littéralement parlant – l'amélioration de son sort sur la terre par le travail, il ne pouvait lui être indifférent qu'un autre travaillât avec ou contre lui. L'autre prit pour lui la valeur de ce compagnon de travail avec qui il était utile de vivre en commun ». Un vivre en commun qui influence le développement de la culture. En amont de cette première citation, Freud explique que « [...] le mot "culture" désigne la somme totale des réalisations et dispositifs par lesquels notre vie s'éloigne de celle de nos ancêtres animaux et qui servent à deux fins : la protection de l'homme contre la nature et la réglementation des relations des hommes entre eux » (1995, p. 32-41). Le dispositif traditionnel appartenant à l'histoire de l'internat de médecine – à l'apprentissage de la médecine – apporte des ressources pour l'*appareil psychique groupal*. Le carabin, en tant que figure d'autorité, est un des repères identificatoires qui permet une continuité dans l'histoire et l'héritage de la tradition. L'une des valeurs de cet héritage est le compagnonnage. L'apprenti médecin dans ce lien intersubjectif – au médecin senior son aîné et à l'externe son prochain – trouve sa place dans la « chaîne générationnelle dont il est le maillon, le serviteur, le bénéficiaire et l'héritier » (Kaës, 2012, p. 205). Victor W. Turner (1990) met davantage l'accent sur l'aspect liminal des travaux de Van Gennep, il écrit : « La liminarité donne à penser que celui qui est grand ne pourrait pas être grand sans l'existence des petits, et il faut que celui qui est grand fasse l'expérience de ce que c'est que d'être petit » (p.98). En effet, les internes à leur tour vont devoir transmettre leurs connaissances et leurs expériences aux externes. Le compagnonnage accompagne l'expérience de *liminarité* pour l'interne futur médecin. La figure du carabin se trouve être un repère permettant de s'identifier au médecin qui a été un carabin. L'identité « médecin » s'acquière dans ces liens intersubjectifs et inter-identificatoires. Les fonctions originaires de l'internat de médecine se remplissent grâce au travail de culture prépondérant à son dispositif traditionnel. Le travail de culture permet la continuité, le renouvellement de l'histoire, de l'héritage et de la transmission ; c'est à travers l'immutabilité de l'existence de ce travail que nous résistons au *malêtre*. D'ailleurs, « c'est un des traits du *malêtre* de la civilisation moderne que de ne plus savoir fabriquer un futur et des projets communs, parce que l'avant, c'est-à-dire la représentation de soi qui se constitue dans le processus d'historicisation, n'est plus le support suffisamment fiable sur lequel des projets identificatoires viendraient prendre

appui, modèle et relais » (Kaës, 2012, p. 15). Le travail de culture se loge dans les formations intermédiaires comme l'exemple d'un dispositif tel que la tradition en salle de garde. Les formations intermédiaires et les processus articulaires « sont au cœur de la créativité, de la capacité de penser, de rêver, de jouer et d'aimer sans coller l'objet », mais elles sont aussi « mises en périls dans les formes du *malêtre* du monde moderne » (Kaës, 2012, p. 157). La tradition carabine et la salle de garde n'échappent pas à ces dess(e)ins. En ce sens, ce dispositif traditionnel, sous sa dimension artistique, informe bien – celui ou celle qui le pénètre – sur ce qui se passe en son sein.

LES FRESQUES EN SALLE DE GARDE : PROJECTIONS ET MISES EN PERSPECTIVE

Les fresques accèdent de plus en plus au domaine public et véhiculent des controverses. En 2015⁹, par exemple, l'une des fresques de la salle de garde de l'hôpital de Clermont-Ferrand est repeinte en blanc à la suite d'une décision formulée par la ministre de la Santé en poste au gouvernement cette année-là. C'est moins la controverse soulevée par cet événement que l'acte d'effacer la fresque qui nous intéresse. Les fresques sont des supports de projection au sens strict du terme : elles supportent les projections, on y retrouve des résidus des chahuts d'anciens repas ; elles sont aussi des supports de projection de l'histoire des salles de garde et de son évolution. Aux origines de l'internat, elles s'animaient au rythme du renouvellement des semestres et des générations d'internes. En effet, les fresques sont « un moyen de s'affirmer et une proclamation d'identité [...] » (Godeau, 2009, p. 19). Les visages peints donnaient vie à la salle de garde et à l'histoire passée qui s'est racontée et qui se doit de laisser place à une nouvelle histoire, une nouvelle fresque. Puis, nous assistons ces dernières années à une nouvelle dynamique : les fresques ne sont presque plus renouvelées. L'histoire semble se figer dans le présent. Ces œuvres se racontent grâce aux anciens et aux anciennes – souvent les médecins seniors – qui peuvent témoigner et accompagner une symbolisation. Auquel cas, lorsque les anciens n'accompagnent plus les internes pour déjeuner le midi, les fresques restent les vestiges d'un temps passé qui trouvent sens en tant que décorations picturales. Enfin, il arrive que certaines fresques soient repeintes en

9. http://www.liberation.fr/societe/2015/01/19/la-fresque-du-chu-de-clermont-ferrand-fait-un-tolle_1183939

blanc, d'autres rendues anonymes à la demande des protagonistes ou sous l'égide d'actes revendicateurs. Ces actes et ces nouvelles fresques font appel aux notions d'*effacement* et de *défiguration du visage* abordées par Kaës. Prenant l'exemple d'une exposition sur les peintres du visage et de sa *défiguration*, l'auteur fait part de ses émotions. Les tableaux sans visage comme les fresques arborant des portraits caviardés, censurés, effacés témoignent de l'*informe*, « du visage qui disparaît, du regard qui se vide, du lien qui se rompt [...] une expression du visage et du regard qui cessent de susciter du sens » (Kaës, 2012, p. 133). Néanmoins, le passage vers cet informe ne semble pas empêcher les salles de garde d'être fréquentées et de vivre ; lorsqu'elles ne font pas l'objet de fermeture pour restrictions budgétaires. La finitude de ce dispositif traditionnel questionne.

DÉCLIN DE LA TRADITION

Dans les années 1970, Nicolas Abraham et Maria Torok développaient des recherches sur le deuil, l'incorporation, la crype et le fantôme présents dans les transmissions de la vie psychique entre les générations. L'accent est porté sur le défaut de la transmission qui souligne le rôle de la faute cachée, du secret, de la non-symbolisation (Kaës, 1993). La transmission s'organise donc autour du négatif, de ce qui n'est pas advenu et qui est en l'absence de représentation et d'inscription. Les *incorporats* (Rouchy, 2009) de la tradition se logent aussi au sein de sa transmission. À la différence des introjections qui témoignent d'une « digestion » de l'objet, les *incorporats* font directement corps et témoignent d'une non-symbolisation et d'une non-élaboration. Ces derniers se cristallisent comme des impensés et se transmettent entre les générations.

J'ai pu assister à un moment de transmission lors d'une reprise d'économat¹⁰ en début de semestre. Les anciens se sont placés sur la table de l'économe et lui ont montré comment asseoir son autorité et dynamiser la salle de garde. Ils lui ont appris à crier pour se faire entendre en usant de l'humour et de la répartie, à tourner la roue¹¹ et à faire respecter les règles. Mais cette transmission s'est faite sur le mode sensori-moteur, par le corps et la gestuelle, il n'y a pas eu de processus permettant une élaboration. [Extrait du journal de bord, Juin 2016]

10. Mandat de 6 mois pour la nouvelle équipe qui reprend l'organisation de la salle de garde.

11. La roue décide d'une sanction grivoise pour le convive qui n'a pas respecté les règles.

La tradition en salle de garde témoigne d'une *symbolisation primaire* (Roussillon, 2012). La méthodologie adaptative de l'étude en salle de garde a été dépositaire de questionnements sur les rites mais aussi les fresques. Les échanges avec les internes témoignaient d'un besoin d'accès à une *symbolisation secondaire* (Roussillon, 2012) et rendaient compte d'un rapport très disparate à la tradition carabine. Ces constats questionnent les butées de la transmission et le soulèvement voire l'effraction de ces impensés. Les achoppements de la transmission de la tradition, témoins des « ratés du travail de culture » (Kaës, 2012, p. 35), sont multifactoriels. D'une part, le manque de moyens alloués aux repas et aux conditions des salles de garde, ainsi que la désertification des seniors qui n'emmènent plus leurs internes déjeuner en salle de garde et/ou qui ne déjeunent plus avec leurs internes ne favorisent pas la fréquentation des lieux. D'autre part, l'intimité dévoilée sur la scène publique et les controverses médiatiques ont rendu le grotesque pornographique, la transgression dangereuse, l'outrance outrageuse et le libidineux harcelant. Il est d'ailleurs fréquent que cette tradition, défiant la tolérance et le respect de l'Autorité, des autorités, ait pu faire l'objet de débordements bien trop coûteux matériellement et psychologiquement. Ces débordements ont dû, de gré ou de force, trouver des limites plus adaptées à ce qui peut se dire aujourd'hui et qui devait être tu hier, à ce qui s'est tu hier et qui se doit d'être dit aujourd'hui, mais aussi à ce qui se faisait hier et qui ne peut plus se faire aujourd'hui et *vice et versa*. Ces changements ne sont pas sans lien avec l'évolution *des cadres et des garants métasociaux et métapsychiques* propres au passage du monde traditionnel au monde de l'*hypermodernité* (Kaës, 2012).

Face à ma stupeur lors de « la première rencontre » avec les fresques des salles de garde, le cuisinier présent rétorqua : « Ce que vous voyez là, c'est ce qui se passe en salle de garde. » Effectivement ces peintures, traversées de phallus entrant et sortant dans des corps nus, témoignent de l'ambiance libidineuse et outrancière de la salle de garde. Mais la réponse du cuisinier est aussi symbolique, les fresques mettent en scène des figurations du *primat du phallique* (Gaillard & Pinel, 2012) érigé en salle de garde.

Les discussions autour de la méthodologie du dispositif mise en place dans les salles de garde et l'analyse du contre-transfert de la chercheuse mettent en exergue les enjeux d'un travail nécessairement constant des polarités *actif-passif, féminin-phallique*. À travers l'étude commanditée par l'association des salles de garde, l'un des membres du bureau – lui-même interne – attendait une production de connaissances et une efficacité dans

la mise en place de l'étude. Il avait une réponse immédiate à toutes les questions et mises en questions intrinsèques à une méthodologie de type qualitative. Il parlait et pensait très vite et laissait peu de place au silence et à la possibilité de douter. Son discours très pointu annihilait la pensée élaborante et élaborative. Porter cette contenance nécessitait d'accueillir ses attentes tout en lui expliquant l'importance que le dispositif et son pilotage puisse laisser place à une remise en question. Dans ces échanges, se confrontaient l'étayage et l'élaboration de la psychologie et l'exigence aigüe de l'efficacité appartenant à la spécialité médicale de l'interlocuteur. Ces moments discursifs révélaient les impensés de nos groupes, cultures et institutions d'appartenance.

Le primat du phallique est organisateur de la tradition carabine dans laquelle se constitue un ensemble dur, sans failles ni zone de fragilité et déniait la vulnérabilité humaine. « Le primat du phallique permet d'expulser la faute (le négatif) sur celui/celle affublé d'un "moins" disqualifiant ». Dans la salle de garde – lorsque la tradition est vivante et partagée par tous – les internes se retrouvent ensemble en tant que « héros de la médecine », filière de prestige. L'accès à cette salle n'était possible qu'à la suite du concours de l'internat et la tradition ne peut être assimilée que par une initiation. Les carabins transgressent la pudeur sexuelle, les normes d'hygiène et bravent les dictats, le « politiquement correct ». La position héroïque permet d'énoncer le « même pas peur » d'une position infantile (Gaillard & Pinel, 2012 p. 7). Les observations ethnographiques et les entretiens laissent penser que les systèmes d'organisation et de symbolisation ne permettent pas aux sujets initiés de parler de leurs souffrances psychiques.

Les origines de l'internat brossent un tableau d'internes qui essayent de faire « corps » par une tradition originellement masculine et régie sous *le primat du phallique*. Anciennement, c'était les femmes qui étaient considérées comme étant faibles moralement et psychologiquement. Or, depuis les filles d'Esculape (Joël, 1988), les femmes ont pu avoir accès aux études médicales et actuellement plus de la majorité des internes sont des femmes. Il n'y a plus de concours et c'est un classement national qui ouvre les portes de l'internat. Les générations d'internes sont de plus en plus hétérogènes. Pendant les rencontres, une interne dira que, même si elle ne comprend pas le sens des fresques et qu'elle ne voudrait pas y figurer, elle sait que c'était une manière de s'exprimer en ces lieux. Une autre interne expliquera qu'elle ne vient pas en salle de garde pour « montrer ses seins », mais qu'y venir

le midi lui permet avant tout d'avoir accès à une convivialité qui n'existe pas dans les cafétérias et le relais hospitalier. Elle exprimait la possibilité de rencontrer les collègues internes des autres services au sein d'un entre-soi professionnel convivial. Les conclusions de l'étude de 2016 affirment que, même si la tradition est en déclin, la salle de garde se transforme et continue d'offrir un lieu de vie toujours différent des cafétérias désincarnées et aseptisées. Par conséquent, actuellement, ce sont les fonctions soutenues par le groupe qui continuent d'être investies par les internes. Le collègue de travail reste compagnon par le truchement du commensal, en d'autres termes du compagnon de table. La féminisation des études médicales a forcé les rites virils de la tradition carabine à s'adapter à la présence des femmes en salles de garde. Parallèlement à cette évolution majeure, la perpétuation de la tradition s'est modifiée. Actuellement, les internes accomplissent de moins en moins les « taxes » et les attitudes transgressives. L'évolution de l'internat de médecine et des générations aurait, entre autres, permis à certains groupes de se délester de la position phallique et d'accueillir une symbolisation convoquant le langage et l'élaboration. Le déclin de cette tradition participe aussi de l'histoire et de la transformation de l'internat. Les espaces et modalités groupaux se diversifient. C'est justement la possibilité de cet « autrement » – quelles que soient les formes qu'il prend et les espaces qu'il occupe – qui rend au travail de culture sa capacité créatrice et émancipatrice et qui permet à ses sujets de continuer à se protéger et à sublimer leur entre-deux. Ces possibilités potentialisent et sont ressources, en ce qu'elles proposent de nouvelles histoires, de nouveaux projets et permettent de combattre certaines figures du *malêtre* contemporain.

L'importance des fonctions psychiques groupales n'appartient pas qu'à la tradition carabine, car elles sont intrinsèques aux études médicales. La présence du groupe et des pairs est importante dès le début des études, comme en témoignent Etienne Seigneur et Charles-Edouard Notredame (2016) à travers leurs *Souvenirs de leçon d'anatomie*. Le premier auteur nous dit : « Faute d'un compagnonnage efficient charge à chacun de trouver sa solution. Pour moi elle est passée par l'écriture et le soutien d'un groupe d'amis, issus du théâtre et du cirque [...]. » (p. 69). Concernant le passage initiatique obligé en cours d'anatomie, le second auteur raconte : « Je n'étais pas seul, j'en suis sûr. Pourtant, une fois consommé, l'événement qui nourrissait abondamment nos discussions anxieuses était soudainement devenu de l'ordre de l'anecdote [...]. Epiloguer, y revenir, faire durer le sujet dans les échanges aurait été nier l'évidence, dénoter dans le groupe [...]. La

dissection quitta rapidement nos conversations » (p. 71). Les deux médecins ont dû faire appel à la force élaboratrice et contenante de leurs groupes pour traiter l'éventuel traumatisme émanant de la rencontre avec les cadavres. Ces deux témoignages nous indiquent également que les fonctions groupales soutenues par la tradition carabine en salle de garde n'arrivent qu'à une étape des études et ne sont pas des solutions unanimes à la complexité des besoins de toutes les générations d'internes. Le dispositif traditionnel en salle de garde offre une modalité d'appareillage groupal (Kaës, 1976), certes original et propre aux origines de l'internat en médecine en France, mais non unique et non représentatif de l'ensemble du paysage actuel des étudiants de médecine.

CONCLUSION

La tradition de la salle de garde donne accès à une symbolisation, à des repères identificatoires, à la ritualisation de la période liminaire qu'est l'internat, à la transmission d'une histoire et à un héritage. En d'autres termes, elle propose aux apprentis médecins une voie sublimatoire aux souffrances psychiques inhérentes à l'apprentissage de la médecine, à la confrontation à la réalité du soin convoquant les thématiques immuables de la mort, de la maladie et de la sexualité. Néanmoins, cette tradition originellement masculine et attachée aux rites corporatistes ne fait plus l'unanimité. L'évolution de la société, de l'internat et de l'hôpital offre sûrement de nouvelles formes de symbolisation et doit faire face à des besoins et des attentes différentes des internes qui ont été ou sont encore attachés à la transmission de la tradition carabine. D'ailleurs, celle-ci laisse derrière elle les soirées de médecine toujours investies par les étudiants. Il est important pour l'internat de questionner et d'accueillir l'actualisation des besoins des internes. La recrudescence des passages à l'acte chez les médecins et les internes tire la sonnette d'alarme. Cette recrudescence se confond avec une *levée de l'omerta* (Auslender, 2017) des souffrances au travail des personnels médicaux hospitaliers. Le *malêtre* contemporain continue de dévoiler de nouvelles formes de souffrances psychiques constitutives de la post- et de l'*hypermodernité*. L'enjeu pour les institutions censées protéger leurs sujets des angoisses archaïques – dont la mort et la destructivité – est de repérer les manifestations de ce *malêtre*. Le déclin de la tradition carabine emporte sûrement avec lui son atout préventif. L'hôpital et l'université se mobilisent de plus en plus pour réactualiser les valeurs du compagnonnage et

se sensibiliser mutuellement à la santé des étudiants de médecine dès leurs premières années. Par exemple, l'Université Paris 13 – sensible aux problématiques contextuelles au département du 93 et à ses étudiants – travaille à la mise en place d'un dispositif adapté aux besoins et aux difficultés des étudiants en études de santé. L'équipe pédagogique et administrative propose des activités institutionnelles fédérant une identité collective. La finitude de la tradition carabine questionne en même temps que d'autres dispositifs prennent forme ou s'actualisent. Nous assistons à un relai ou à une transformation du travail de culture. Critiquant l'approche « déficitaire » faisant partie des symptômes du *malêtre*, Kaës (2012) dit : « Si elle nous rend sensibles à ce qui fait défaut ou se désorganise, si elle nourrit la nostalgie de ce que nous aurions perdu, elle ne sollicite pas l'intérêt pour ce qui n'est pas encore advenu, la capacité de penser le nouveau. Nous devons donc aussi être attentifs à l'émergence de nouvelles expériences, de nouvelles propositions et de nouvelles valeurs » (p. 91). Il semble nécessaire d'engager de nouvelles théorisations et dispositifs adaptés à ces transformations. À la suite de ces théorisations par la clinique des institutions, le parti pris dans la continuité de ce travail, en thèse, est de prolonger ces recherches par une clinique du travail s'intéressant aux souffrances et aux plaisirs des internes à la fois au travail et toujours en apprentissage dans une double appartenance à l'université et à l'hôpital.

Cet article se clôture en donnant la voix à une interne et permet de déplacer le focus, des fresques de la salle de garde vers l'extérieur de cet « antre-deux-devenir » ; un extérieur qui malgré *ses petits dangers* (Kaës, 2012) – bien plus théoriques que cliniques – offre d'autres plaisirs, d'autres ressources de subjectivation et de sublimation aux internes mais aussi à la chercheuse. Pour terminer l'explicitation de son parcours d'internat et de ses choix de vie, cette interne me dit : « [...] c'est la manière dont j'ai voulu colorer mon internat. »

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, N., & Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Paris : Aubier-Flammarion.
- Auslender, V. & al. (2017). *Omerta à l'hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*. Paris : Michalon.
- Castoriadis, C. (1975). *L'institution imaginaire de la société*. Paris : Seuil.
- Freud, S. (1929). *Le Malaise dans la culture*, traduit par Cotet, P., Lainé, R., Stute-Cadiot, J., & André, J. Paris : Puf, 1995, 8^e édition, 2015.

- Gaillard, G., Pinel, J.P. (2012). Actif-passif, féminin-phallique : le travail des polarités au sein des équipes. *Nouvelle revue de psychosociologie* 2012/2 (n° 14), p. 113-129.
- Godeau, E. (2007). *L'« esprit de corps » Sexe et mort dans la formation des internes de médecine*. Paris, France : La Maison des sciences de l'homme.
- Godeau E. (2009). Les fresques de salle de garde. *Sociétés & Représentations*, 2009/2, n°28, p. 15-30.
- Joël, C. (1988). *Les filles d'Esculape. Les femmes à la conquête du pouvoir médical*. Paris, France : Robert Laffont.
- Josset, P. (1996). *La salle de garde. Histoire et signification des rituels de salle de garde de médecine, chirurgie et pharmacie du Moyen Âge à nos jours*. Paris, France : Le Léopard d'or.
- Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris : Dunod, 2000.
- Kaës, R et al. (2000). *L'institution et les institutions*. Paris, France : Dunod.
- Kaës, R. (2012). *Le Malêtre*. Paris, Dunod.
- Kaës, R. (2014). *Les alliances inconscientes*. Paris, France : Dunod.
- Kaës, R., Faimberg, H., et al. (1993). *Transmission de la vie psychique entre générations*. Paris : Dunod.
- Maisonnette, J. (1988). *Les conduites rituelles*. Paris, France : Puf.
- Rouchy, J.,C. (2009). Transmission intergénérationnelle dans le groupe d'appartenance. *Dialogue*, 2009/4, p. 149-160.
- Roussillon, R. (2012). *Manuel de pratique clinique*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson, p. 144-151.
- Seigneur, E. Notredame C.-E. (2016). Souvenirs de leçon d'anatomie. *Études sur la mort* n°149 : 65-76.
- Thelliez, B. (2011). *La Geste Carabine. Pour un possible objet d'étude scénologique des rituels des carabins*. Sous la direction de Nathalie Coutelet (Mémoire de recherche de Master 2 Études Théâtrales, Université Paris 8, Saint-Denis). Transmis en version numérique par l'auteur.
- Turner, W., T. (1990). *Le phénomène rituel*. Paris, France : Puf.
- Van Gennep, A. (1981). *Les rites de passages*. Paris, France : Picard.
- Vergez-Chaignon, B. (2002). *Les internes des Hôpitaux de Paris 1802-1952*. Paris, France : Hachette Littératures.

PENSER LA FINITUDE CULTURELLE D'UN ESPACE GROUPAL, LE DÉCLIN DE LA TRADITION « CARABINE »

Séverine Ringanadépoullé

ERES | « Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe »

2020/1 n° 74 | pages 93 à 104

ISSN 0297-1194

ISBN 9782749266954

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2020-1-page-93.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

PENSER LA FINITUDE CULTURELLE D'UN ESPACE GROUPAL, LE DÉCLIN DE LA TRADITION « CARABINE »

SÉVERINE RINGANADÉPOULLÉ

« La salle de garde est un des rares lieux où un lien existait encore entre science et sacré. »

P. Josset¹

L'internat de médecine clôture le cursus de formation des médecins. C'est la période charnière par laquelle les apprentis médecins acquièrent les responsabilités de leur future profession. L'histoire de l'Internat comme celle de l'Hôpital a traversé des périodes de la société et est intrinsèquement liée à l'évolution de l'Église et de l'État (Vergez-Chaignon, 2002). Dans cet écrit, nos interrogations rejoignent celles épilquant les travaux d'Emmanuelle Godeau (2007) – médecin anthropologue – sur l'« esprit de corps » et les pratiques constitutives de l'apprentissage médical : « À l'heure où la mort de l'internat semble prononcée, puisque le concours a été supprimé en 2004 au profit d'un examen passé à la fin de la sixième année d'étude, validant pour le second cycle et classant pour le troisième, [...] il sera intéressant d'observer l'évolution de leurs pratiques. Vont-elles disparaître, ou une fois encore se transformer, s'adapter aux évolutions² ? »

L'internat prend vie au sein des salles de garde du bâtiment de l'internat des hôpitaux, des lieux qui renferment des pratiques usuelles remontant au XIX^e siècle. En 2015, suite à une première rencontre motivée par un intérêt grandissant pour ces lieux, l'association parisienne qui administre les salles de garde des internats des hôpitaux de Paris³

Séverine Ringanadépoullé, psychologue et doctorante en psychologie à l'université Paris 13 - laboratoire UTRPP ; severine.ringana@yahoo.fr

1. P. Josset, *La salle de garde. Histoire et signification des rituels de salle de garde de médecine, chirurgie et pharmacie du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Le Léopard d'Or, 1996, p. 36.

2. E. Godeau, *L'« esprit de corps »*. *Sexe et mort dans la formation des internes de médecine*, Paris, La Maison des sciences de l'homme, 2007, p. 279.

3. Association Le plaisir des dieux en partenariat avec l'Association pour la préservation du patrimoine de l'internat des hôpitaux de Paris (APPI).

nous sollicite pour la réalisation d'une étude psychosociologique sur le rapport des internes en médecine à leur salle de garde (Ringanadépoullé, 2016). Les internes de cette association repèrent que l'évolution des salles de garde et de leurs cultures groupales dépend de plusieurs facteurs. L'enjeu de l'étude est de cerner la complexité de cette évolution qui, globalement, prend différentes formes en fonction des lieux et du renouvellement des générations d'internes. Le travail clinique s'est constitué de temps d'immersion en groupe dans différentes salles de garde et d'entretiens semi-directifs. L'approche psychanalytique des groupes et des institutions nous aide à penser les rituels qui se transmettent de génération en génération au sein de ces lieux « cachés », voire exceptionnels. L'évolution des salles de garde et de leur(s) culture(s) groupale(s) pousse la pensée à aborder la question de leur finitude. Des interrogations qui exposent la chercheuse, sa pensée et son expérience clinique, mais des interrogations qui sont péremptoires de celles du passage du monde traditionnel au monde de l'hypermodernité (Kaës, 2012a).

L'apprentissage médical n'est pas seulement centré sur des savoirs médicaux et techniques. D'autres pratiques dotées d'une efficacité symbolique contribuent à la construction de l'identité des médecins (Godeau, 2009). Cette expérience de deux ans de la vie de groupe des internes en médecine et des médecins questionne ainsi l'histoire des pratiques rituelles constitutives du « folklore carabin » de l'internat de médecine. Quelles fonctions soutiennent ces lieux et leurs rituels pour le travail et la formation des médecins ? Les liens intersubjectifs inconscients relient les sujets de l'institution autour d'une figure identificatoire et partagée : le carabin, voire les vestiges du carabin. En effet, les modalités d'appareillage groupal (Kaës, 1976, 2007) des salles de garde et de ses occupants ne semblent pas immuables. Comment les internes et les médecins pensent-ils l'évolution des salles de garde soumise aux restrictions administratives, à la désertification des anciens et aux attaques de la société contemporaine qui caviarde et/ou efface les fresques et qui véhicule une image médiatique controversée et délicate de sa culture ?

La complexité de ces expériences groupales singulières questionne la finitude de la culture carabine. Attraper cette clinique par cette lucarne confronte la pensée du chercheur à des limites subjectives, théoriques mais aussi cliniques. La finitude est une épreuve, comment envisager et accueillir intrapsychiquement le travail nécessaire pour la penser ?

Nous proposons d'aborder le contexte historique de la salle de garde des internats de médecine et de la tradition « carabine ». Puis nous discutons de la question du déclin de la transmission de cette tradition, de la salle de garde. Ensuite, nous déclinons plusieurs témoignages et observations cliniques de l'expérience en salle de garde en les discutant et les mettant à l'épreuve du contre-transfert du chercheur.

Et pour conclure, nous ouvrons notre réflexion sur la finitude d'une culture groupale « carabine ».

LA SALLE DE GARDE DES INTERNATS DES HÔPITAUX DE PARIS :
CONTEXTE HISTORIQUE ET FONCTIONNALITÉS PSYCHIQUES

Chaque salle de garde de chaque centre hospitalier universitaire possède sa propre histoire. Par ailleurs, elles partagent les origines de l'histoire de l'internat. Chaque nouvelle génération est libre de dynamiser ou non sa salle de garde en respectant ou non les rites de la « tradition » originelle de l'internat. À l'origine, au XIX^e siècle, à l'Hôtel-Dieu, les internes sont tous des jeunes hommes, chirurgiens barbiers. Ils suivent une formation auprès d'un chirurgien expérimenté par l'admission dans leur « collège » professionnel et après attestation de leur maître à une épreuve pratique. Ces pratiques suivent les logiques d'initiation du compagnonnage et des sociétés corporatistes. Les rites du compagnonnage s'inspirent des traditions antiques et des grandes religions monothéistes. Ils transmettent des valeurs d'égalité et d'appartenance commune à une profession considérée comme prestigieuse et appartenant aux hommes. C'est aussi un exutoire pour les apprentis médecins qui enchaînent des heures de travail dans les conditions difficiles de l'hôpital dans sa mission de charité. Pendant la garde l'après-midi, l'interne a la responsabilité de tout l'hôpital. À cette époque, les jeunes internes sont des résidents ; ils vivent dans l'hôpital. La salle de garde est, entre autres, le lieu où ils pensent et mettent en œuvre leurs frasques pour importuner l'administration hospitalière et choquer les bourgeois. Les femmes ne peuvent pas y entrer, sauf celles qui peuvent être possédées par tous (Vergez-Chaignon, 2002). Enfin, avec des artistes renommés, ils peignent les murs de leur antre. Ils ont l'humour des carabins ; jusqu'à aujourd'hui, les étudiants de médecine se nomment « carabins » de médecine. Le carabin devient une figure identificatoire commune dans l'apprentissage et l'enseignement de la médecine. Les salles de garde dites « actives⁴ » partagent un héritage peu commun et profondément ancré dans un folklore carnavalesque, grivois et licencieux. Chaque fresque peint l'histoire qui vient de s'écouler ainsi que les personnages (internes, médecins, cuisiniers) qui y ont eu un rôle. Les peintures en salle de garde se rapprochent de l'iconographie antique de Priape et du dieu égyptien Min. La fécondité, la force inépuisable d'une vie toujours renaissante et la protection contre les forces mauvaises sont les valeurs attribuées à ces deux dieux (Josset, 1996). Cet héritage « carabin » offre un système culturel, symbolique et imaginaire aux internes. En ce sens, l'institution « carabine », aux marges de l'institution hospitalière et appartenant à l'internat de

4. Terme utilisé par les internes et les médecins pour parler d'une salle de garde qui perpétue les rituels de la tradition « carabine ».

médecine, fait entrer ses sujets dans un univers de valeurs et de normes (Enriquez, 1987) issues du monde traditionnel.

Extrait du journal de bord – décembre 2015 : « Aujourd'hui, j'ai été très étonnée en salle de garde. À la fin du repas, lorsque j'ai demandé aux internes et médecins ce qu'ils font dans cette salle, tous m'ont répondu : "On vient déjeuner avec les collègues." Pourtant, ce que j'ai observé ne ressemble pas à un simple déjeuner entre collègues. [...] En arrivant, les internes et médecins arborent leur blouse blanche et se touchent l'épaule. Le chef de la salle se nomme "l'économe" et incite à la délation. Ceux qui ne respectent pas les règles tournent une roue nommée "roue des taxes", les convives se passent les plats en quinconce, il est interdit de parler aux cuisiniers, d'utiliser des termes médicaux, et, à la fin du repas, ils ont battu leurs couteaux sur la table en suivant tous un rythme particulier [...]. Les tables de cette salle sont disposées en U. »

Les salles de garde « actives » conservent en elles l'apanage d'un monde traditionnel au sein duquel l'enseignement de la médecine, en tant que filière de prestige, se faisait du maître à l'élève dans un lien de compagnonnage. L'héritage carabin garde des *incorporats culturels* (Rouchy, 1998, 2009) qui font corps à sa transmission en miroir aux internes et aux médecins qui doivent faire corps sans souffrir. Jean-Claude Rouchy écrit : « La façon d'être peut paraître évidente perçue de l'extérieur du groupe d'appartenance alors qu'elle n'est nullement perceptible aux membres de ce groupe, qui se renvoient en miroir la même ou l'identique : habitat, rythme de vie, coutumes alimentaires, contact et distances corporels, odeurs, gestuelles, zones érogènes, tonalité et position de la voix, etc. C'est ce j'ai appelé des incorporats culturels. Ils organisent l'espace relationnel et le temps vécu (du dedans et du dehors). L'individu étant agi par des conduites programmées et non mentalisées que rendent les interactions synchrones⁵ ». La mise sous silence de l'existence de ces éléments fait que le tout tient ensemble. Plus qu'un apprentissage du métier qui touche individuellement chaque sujet, celui-ci se fait en groupe, par le groupe. La salle de garde et sa culture groupale offrent à ses sujets un espace psychique commun limitrophe de leur espace psychique et de celui constitué par le groupe (Kaës, 1976). Cette formation intermédiaire transmet aux internes des valeurs institutantes (Rouchy, Soula Desroche, 2004) appartenant à la fois au centre hospitalo-universitaire, au corps médical hospitalier d'accueil et au compagnonnage. En outre, le système d'organisation traditionnel des salles de garde permet aux sujets présents de traiter ensemble des souffrances qui émergent du changement de statut. Il répond aux besoins rattachés à la *liminarité* (Turner, 1990) du statut d'interne à la fois en apprentissage, et éprouvant les responsabilités de médecin. Ensemble, le groupe de « carabins » rend consistante la

5. J.C. Rouchy, *Le groupe, espace analytique. Clinique et théorie*, Toulouse, érès, 1998, p. 151-152.

période d'entre-deux. Les fresques, les rituels et les règles carabins témoignent d'une fonction de médiation protectrice. Par le truchement d'une créativité obscène, transgressive et grivoise, le groupe se joue de la mort, de la maladie et sublime les souffrances qui émergent aussi des violences appartenant à l'apprentissage, mettant à mal les assises narcissiques. La transmission de la tradition de génération en génération perpétue celle des *alliances inconscientes* (Kaës, 2014) nécessaires pour taire les souffrances ainsi que les modalités de leur élaboration. En salle de garde, la culture traditionnelle groupale tait le dire des souffrances psychiques et privilégie l'expression par le sensori-moteur (Roussillon, 2012). Les sujets en salle de garde héritent d'un modèle d'appareillage groupal singulier (Kaës, 1976, 2007) relevant d'un système d'organisation traditionnel. Or, le mode d'appareillage groupal hérité des premiers chirurgiens barbiers est soumis aux évolutions de l'internat et à sa population fluctuante. Ces dernières décennies, l'évolution du cadre social et culturel est venue soulever les impensés de la tradition carabine de l'internat en médecine. De surcroît, l'effraction de ces impensés analysée comme l'une des causes du déclin de la transmission des rituels en salle de garde, interroge la fin de cette culture carabine.

QUELQUES TÉMOIGNAGES ET OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LA FINITUDE CULTURELLE D'UN ESPACE GROUPEL

Dans notre société contemporaine, à l'aube de leur internat, les étudiants de médecine émergent de six années de formation durant lesquelles ils emmagasinent une quantité non négligeable de savoirs spécifiques et techniques. La compétition, la persévérance et l'endurance sont constitutives des études de médecine et de son prestige originel. Pour la plus grande majorité d'entre eux, une partie de leur identité d'étudiants en médecine est assujettie à ces enjeux. Les liens intersubjectifs se doivent de les servir tout en amoindrissant les effets de la compétition qui délie. Les étudiants se réunissent en groupe et apprennent ensemble. Ces formations les protègent des angoisses liées à l'échec, l'impuissance, la solitude et l'effondrement. Chaque année, jusqu'à la sixième – année de l'épreuve classante pour le passage à l'internat –, les objectifs et les attentes s'intensifient. L'accès à la dernière étape des études médicales promet un tout autre environnement. Les assises antérieures se bouleversent. L'internat de médecine confronte les internes aux responsabilités de soignants, à la réalité de la relation médecin-patient et au statut de l'entre-deux : entre apprenti et professionnel. Tous les six mois, les internes doivent s'intégrer et s'adapter à des institutions et des équipes soignantes différentes. Les groupes formés précédemment perdurent, se transforment ou éclatent. Lorsque cela est possible, le compagnonnage avec le médecin sénior du service hospitalier et les co-internes plus expérimentés, ainsi

que l'entraide qui se tisse avec les pairs des autres services, deviennent des liens de repères. Ces liens intersubjectifs, pour les premiers, se consolident, et pour les seconds, se créent et se renouvellent notamment au sein des salles de garde.

Lors d'un entretien semi-directif, les questions se centrent sur les ressources qui permettent à l'interlocutrice, – ancienne interne devenue chef de clinique –, de tenir pendant son expérience d'apprentissage de la médecine. Elle dit : « Tu vois, je suis capable de te dire quand est-ce que c'était mon premier mort et quand est-ce que c'était [...] le premier stage dans lequel je me suis retrouvée confronté à des trucs qui étaient compliqués à gérer émotionnellement et assez seule [...] en oncologie [...] à chaque fois que je rentrais dans une chambre j'avais les larmes qui montaient aux yeux et quand je ressortais de la chambre je me disais non en fait faut que t'inhibes, faut que t'inhibes, tu vas pas chialer devant le patient. [...] c'est marrant, c'était la période où j'avais le plus investi les salles de garde, je l'ai beaucoup investie [...] après je l'ai complètement désinvestie. » Cette interne évoque son expérience groupale en salle de garde et ce qu'elle nomme « potentiel carabin » et dit plus loin : « [...] y'avait un côté [...] pas on brûle la vie par les deux bouts mais [...] pour tenir en fait on va picoler on [...] fait la fête, on fait un peu n'importe quoi et une espèce de truc [...] je sais pas si c'est parce que ce truc-là tu l'inhibes [...] un peu [...] pendant l'externat, quand même pas mal, sauf à certains moments en soirée médecine [...] et où du coup au début de l'internat [...] tu vois y'a un truc un peu de vide sur... » Elle rajoute plus loin dans l'entretien : « [...] y'a eu le côté exutoire salle de garde on vit une espèce de truc un peu justement vivant parce qu'il faut un petit peu se décaler de ce qu'on se prend dans la gueule ».

Le corps médical s'occupe du corps malade. Patrice Josset écrit : « L'ensemble de la salle de garde agit et vit comme un seul homme, comme une création macro-anthropique. La fusion est totale et [...] les ordres de l'économe [le chef de la salle], comme ceux du cerveau dans le corps, sont immédiatement suivis d'effet⁶. » Certains internes arrivent à tenir face à la maladie, et à brandir une pulsion de vie face à la mort, en s'éprouvant comme un corps vivant, festif, invincible, et en convoquant une posture maniaque et défensive ; mais pas que...

Extrait du journal de bord – février 2016 : « Ce midi en salle de garde. L'ambiance n'est pas particulièrement festive. Il y a eu un décès impliquant plusieurs services et soulevant l'éventualité d'une erreur médicale. À table, le discours autour de cette perte peut se reconstituer car différents internes et médecins impliqués y sont présents. Ils ont donc pu reconstituer le parcours du patient depuis son arrivée, évoquer les procédures qui ont été mises en place mais aussi questionner ensemble la possibilité d'une erreur médicale, en historicisant les soins apportés

6. P. Josset, *La salle de garde. Histoire et signification des rituels de salle de garde de médecine, chirurgie et pharmacie du Moyen Âge à nos jours*, op. cit., p. 28.

au patient. J'ai assisté à un moment de transmission informelle et d'élaboration d'un événement au potentiel traumatique pour les internes. Dans cette salle de garde, ce repas dit "amélioré" [repas hebdomadaire traditionnel et de meilleure qualité que les repas des autres jours de la semaine] est traditionnellement rythmé par les règles et coutumes de la tradition carabine. Or ce midi, cet antre se transforme et est permmissible à un temps d'élaboration groupal. »

Extrait du journal de bord – décembre 2015 : « [...] je suis invitée à la table de l'économe, mais mon regard n'a pas pu s'empêcher de se poser sur un groupe d'internes, en bout de table, qui ne participait au folklore qu'avec parcimonie. À la fin du repas, je m'approche d'eux et les questionne sur ce qu'ils vivent en salle de garde. L'une d'entre eux m'explique assez simplement qu'ils viennent en salle de garde pour se retrouver et échanger, mais qu'ils n'ont pas envie de participer au folklore. C'est l'heure du café, les règles sont levées. Je m'avance vers l'économe, il m'explique qu'il a eu envie de devenir économe grâce à l'ambiance des salles de garde dans ses anciens stages, mais qu'il lui semble important de ne pas obliger les internes. Il m'explique que l'"équipe économe"⁷ a bien conscience que les internes aux extrémités de tables sont souvent ceux qui ne sont pas adeptes du folklore carabin. Dans la lignée de cet échange, j'associe avec certaines observations. En effet, à la différence d'autres déjeuners en salle de garde, cette fois-ci, la table qui dynamise l'ensemble semble avoir privilégié les coutumes fédératrices telles que les battues⁸ et les chansons paillardes. »

P est interne, c'est son quatrième semestre. Lors d'un entretien semi-directif non enregistré, il me raconte l'importance de pouvoir parler avec les collègues présents en salle de garde de ce qui le travaille dans son service et au contact des patients. Faute de ne pouvoir en parler à sa famille et ses amis en dehors de l'hôpital, en d'autres termes aux autres groupes qui ne possèdent pas les codes pour comprendre ce qu'il vit. Ce témoignage rejoint, sous plusieurs aspects, celui de l'interne précédemment interrogée qui, en parlant de l'investissement de chacun en salle de garde, dit : « Ben, en tout cas, tu vois, je pense que les gens ne vivent pas tous de la même manière, je pense que ça dépend du contenant extérieur que tu as. »

FINITUDE DE LA TRADITION EN SALLE DE GARDE : TRANSFORMATION OU FIN ?

La finitude de la culture groupale en salle de garde se questionne ainsi : si nous observons des transmissions éparées de la culture carabine, cela veut-il dire qu'elle n'est pas tout à fait « morte » ? Ou est-ce un processus de transformation, c'est-à-dire la capacité de s'adapter à un environnement qui bouge la tradition ? En s'intéressant à la fin des sociétés de culture traditionnelle, André Sirota écrit : « Quand il y a une surcharge d'objets incompréhensibles dans la *psyché*, et aucun accès

7. Équipe qui aide l'économe à administrer et dynamiser la salle de garde.

8. Les battues sont des rythmes réalisés à l'unisson.

à des espaces de paroles et de pensées, l'individu est comme plombé par ses surcharges psychiques et ne dispose plus d'énergie disponible pour investir le monde qui l'entoure et construire son propre chemin dedans⁹. » Dans une moindre mesure, ces mouvements traversent les nouvelles générations d'internes qui sont impactés la fois par la rupture générationnelle et par l'absence de ressources pour l'élaboration.

L'extrait du journal de bord qui suit, appartient aux prises de notes du matériel ethnographique recueilli pendant les immersions du dispositif de recherche doctorale¹⁰ actuel. Cette thèse en devenir s'arrime à l'étude de 2015-2016 réalisée en salle de garde. Ce nouvel extrait décrit une nouvelle rencontre avec une salle de garde.

Extrait du journal de bord – novembre 2018 – « [...] nous quittons le service pour aller déjeuner en salle de garde. La salle de garde, dans cet établissement hospitalier, est adjacente au réfectoire hospitalier et partage avec lui un couloir et des sanitaires. La différence de population dans les deux salles s'opère grâce au port de la blouse ou non. Dans cette petite salle de garde, les convives en blouse déjeunent en compagnie de la traditionnelle roue des taxes et d'une fresque caviardée. Même si les rituels ne se perpétuent plus au sein de cette salle de garde, les internes et médecins s'y réunissent et portent encore la blouse comme l'exige la tradition. Lorsque la salle est pleine, les internes retirent leur blouse et mangent dans la salle d'à côté. Les habitudes sont différentes dans ces deux lieux pourtant situés côte à côte. Même si la culture carabine ne se vit plus dans cette salle, un médecin senior me propose d'organiser un "amélioré" pour me présenter à l'ensemble du personnel médical. Comme si la tradition pouvait être convoquée à tout moment. »

L'étude (Ringanadépoullé, 2016) conclut que les salles dites « actives » sont celles pourvues le plus souvent de cuisiniers, piliers de la transmission. Par ailleurs, les traditionnelles soirées festives nommées « tonus » se perpétuent avec ardeur au fil des générations. Les autres salles, qui arborent les fresques et quelques vestiges du folklore passé, laissent penser – à tort ou à raison – à une réactualisation possible. Enfin, le corps médical continue de s'y réunir pour les déjeuners. Les internes et les médecins ne statuent pas unanimement sur la fin de leur culture groupale et de la force qui les poussent à continuer de se réunir en salle de garde. La pulsion de vie ne semble pas avoir quitté la salle de garde, néanmoins, le lien originel entre science et sacré semble se dissimuler derrière les vicissitudes de notre société contemporaine. Les internes et médecins tiennent à/dans leur espace d'entre-soi. Le lien entre science et sacré se déplace en même temps

9. A. Sirota, « Faire société après la fin des sociétés de culture traditionnelle », dans A. Sirota (sous la direction de), *Violences entre générations, transformation ou répétition ?*, Paris, Le Manuscrit, 2017, p. 313.

10. Thèse intitulée *Des salles de garde aux fonctions de l'internat de médecine : approches ethnographique et clinique du travail et de la formation des médecins*, sous la direction du Pr Thierry Baubet, laboratoire UTRPP, université Paris 13.

que ce qui devient sacré en salle de garde, c'est de perpétuer sa groupalité. Ce déplacement permet une cohabitation possible de plusieurs modes groupaux au sein des salles de garde. Même si toutes les salles de garde sont différentes, actuellement, une salle de garde peut porter en son sein des modalités d'appareillages groupaux différents et des investissements pulsionnels différents au sein d'une même génération. De tout temps, la culture traditionnelle carabine s'est adaptée aux générations qui défilent au sein de ses lieux ; notamment en laissant une place aux femmes internes – elles accèdent aux études médicales plus tardivement – en perpétuant les modifications des paroles des chansons paillardes et en exigeant le renouvellement de l'équipe « économique » et des fresques des salles de garde. Actuellement, en dépit du déclin de la transmission de la tradition, nous constatons que ces lieux continuent d'offrir des ressources pour l'économie groupale. Ce sont les ressources qui confèrent à ces lieux leur originalité et qui incitent à questionner avec nuance et prudence la finitude de sa/ses culture(s) groupale(s).

Depuis les réformes de l'internat en 1982 créant « l'internat pour tous », les équilibres sont profondément bouleversés. Selon le rapport d'audit mandaté par la commission médicale des établissements (CME) sur les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, « cette réforme de l'internat est un bouleversement radical dont les conséquences ne sont pas encore actuellement toutes explicitement comprises. [cette réforme] déplace le contrôle de la formation qui d'initiatique par les pairs résulte désormais d'une sélection centralisée et étatique, créant une rupture de référentiel et de valeurs entre les "anciens" et les "nouveaux"¹¹ ». Les choix de carrière se diversifient pour les « nouveaux internes », et la carrière hospitalière est investie différemment. Par conséquent, les aînés et les formateurs hospitaliers tendent à investir leur narcissisme professionnel ailleurs qu'au sein des groupes en salle de garde. Les évolutions subies par l'internat de médecine créent une rupture générationnelle. S'ajoute à cela, une administration hospitalière guidée par la logique gestionnaire. Par conséquent, les moyens alloués aux salles de garde sont restreints au profit des relais hospitaliers et des réfectoires. Les salles de garde « actives » doivent donc faire face à une diminution des qualités d'accueil et de leur fréquentation en même temps qu'aux attaques d'une administration hospitalière de plus en plus normative (Gori, Del Volgo, 2009). Par attaques, nous entendons les nouvelles formes de management et de contrôle social dans les institutions de soin. En effet, ces dernières décennies, les fresques en salle de garde sont sujettes à des mesures de sanction. La scène publique et politique du monde moderne dévoile, avec une certaine vulgarisation

11. L. Lebrun, J.-L. Péan, *Les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'APHP* – Direction de l'inspection et de l'audit. N° A18-04, 2019, p. 20.

violente, les pratiques de la tradition carabine en même temps que ses impensés. Pour les internes, cette effraction met indéniablement fin au renouvellement de la créativité des processus groupaux qui repoussent constamment les limites, en réponse à l'apprentissage de la médecine qui leur demande sans cesse de repousser leurs propres limites. Cette effraction met aussi un terme à une certaine énergie pulsionnelle, à un certain investissement psychique des internes pour la vie de groupe en salle de garde.

Sur ce terrain, la fin projette la chercheuse vers des limites éthiques, théoriques et cliniques. S'approcher de ces/ses limites est une expérience au potentiel traumatique. L'écriture de cet article atteste d'un certain dépassement de ces limites par l'auto-réflexivité de l'expérience des avatars de la finitude. Comment penser les limites entre la fin d'une culture traditionnelle groupale et sa transformation ? Jusqu'où la recherche permet-elle de se positionner ? Qui sommes-nous pour penser la finitude d'une culture à laquelle nous n'appartenons pas ? Comment théoriser la fin lorsque celle-ci soulève des angoisses primaires liées à la mort ? Pour nous, il a fallu un temps non négligeable pour arriver à poser une pensée théorisante plus que théorisée. La recherche s'est retrouvée organisée par les enjeux psychiques du terrain et la chercheuse s'est sûrement retrouvée en résonance avec la position liminaire des internes. À l'image de la rupture générationnelle en salle de garde, la chercheuse s'est confrontée à une rupture idéologique, lui dévoilant – à son tour – ses propres impensés. La rupture est paradoxale car elle est perçue comme attendant mais elle protège et libère en même temps. Son élaboration, quant à elle, permet un désasujettissement aux impensés incorporés puis laissés en reste. Ce processus n'advient que dans la possibilité laissée à une écriture libre dans l'après coup. Ce n'est qu'à ce moment-là, que la compréhension de ce qui méta-organise rend à la recherche sa créativité vitale.

EN GUISE DE FINITUDE...

« Toute société qui s'arc-boute sur sa tradition est vouée à sa perte¹². »

Les questions de la fin d'un processus, d'une culture, d'un groupe ou d'une institution traversent le chercheur, et plus largement son groupe de travail, d'angoisses primaires auxquelles l'ensemble ne s'y attend pas. Si la fin des groupes et des institutions est si peu théorisée, serait-ce dû à la confrontation aux limites psychiques et à la massivité des angoisses fondamentales qui émergent de sa théorisation ?

La fin rend au terme – à ce qui se termine, à ce qui prend fin – une valence psychique limitée. La finitude, quant à elle, alerte que l'existence est elle-même limitée par la mort. Son utilisation met en

12. A. Sirota, « Faire société après la fin des sociétés de culture traditionnelle », *op. cit.*, p. 318.

perspective la fin en lui rendant une dimension temporelle, proces-
suelle et élaborative. Certes, la fin est alors intrinsèque à toute vie.
Néanmoins, en questionnant la finitude de la culture traditionnelle
carabine, nous nous confrontons moins à sa mort, à son terme, qu'à sa
transformation. En effet, il semble que conclure sur la fin des pratiques
culturelles en salle de garde soit prématuré. Même si c'est la fin de
l'unanimité d'un système d'organisation, d'un mode d'appareillage
groupeal et des processus qui étayent l'efficacité symbolique en salle de
garde, cela n'engage pas la « mort » de sa culture groupeale. Depuis les
réformes de l'internat de médecine, la population d'internes s'agrandit
et se diversifie. Les modalités d'appareillage groupeal se diversifient
aussi. L'évolution de cet espace groupeal témoigne de transformations
liées aux évolutions de l'internat de médecine et de sa population.
Sa potentialité actuelle rend saillantes des modalités fonctionnelles
déjà existantes en en déclinant d'autres liées au monde traditionnel,
notamment l'efficacité symbolique des conduites rituelles. Cela semble
répondre à une adaptation aux besoins des internes et à la complexité
de leurs attentes vis-à-vis de l'internat dans l'actualité hypermoderne.
Jusque-là, l'internat de médecine fonctionnait comme une institution
autonome. Aujourd'hui, les aînés formateurs et les acteurs politiques
rendent visible et efficiente l'appartenance de l'internat aux institutions
hospitalières et universitaires. La salle de garde comme les nouveaux
espaces groupeaux sont dépositaires des enjeux psychiques émergeant
des changements des métacadres sociaux et culturels. En ce sens, ces
espaces et leurs cultures groupeales transformées ou naissantes portent
de plus en plus une attention particulière à la complexité des souf-
frances des internes en médecine, selon leurs spécialités, leur année
d'internat, et le milieu/l'environnement dans lequel ils vivent, ils tra-
vaillent et ils apprennent.

En écrivant sur son expérience en Nouvelle-Calédonie – une expé-
rience qui situe les professionnels et les habitants rencontrés dans une
clinique sociale et culturelle de la multiplicité –, André Sirota (2017)
dit : « L'effondrement peut se produire en effet lorsque personne ne
parvient à concevoir une nouvelle pensée, dire et provoquer un travail
de mise en sens à plusieurs, en prenant en compte une multiplicité,
favorisant en chacun des résonances opportunes, c'est-à-dire métabo-
lisables par la *psyché*¹³. » En s'intéressant à la pérennité des salles de
garde, et en impulsant et en participant à la mise en place d'ouvrages et
d'études sur la salle de garde, ses rituels et sa population, l'association
qui administre les salles de garde¹⁴ instaure « les conditions de ce que
Freud appelait le *travail culturel* de recherche et de construction du
sens vécu des sens vécus¹⁵ ».

13. *Ibid.*

14. Association Le plaisir des dieux en partenariat avec l'Association pour la préservation
du patrimoine de l'internat des hôpitaux de Paris (APPI).

15. A. Sirota, « Faire société après la fin des sociétés de culture traditionnelle », *op. cit.*, p. 318.

BIBLIOGRAPHIE

- ENRIQUEZ, E. 1987. « Le travail de la mort dans les institutions », dans R. Kaës (sous la direction de), *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*, Paris, Dunod, 2012, p. 62-94.
- GODEAU, E. 2007. *L'« esprit de corps ». Sexe et mort dans la formation des internes de médecine*, Paris, La Maison des sciences de l'homme.
- GODEAU, E. 2009. « Les fresques de salle de garde », *Sociétés & Représentations*, n° 28, p. 15-30.
- GORI, R., DEL VOLGO, M.-J. 2009. « De la société de la norme à une conception managériale du soin », *Connexions*, n° 91, p. 123-147. DOI : 10.3917/cnx.091.0123. URL : <https://www.cairn.info/revue-connexions-2009-1-page-123.htm>
- JOSSET, P. 1996. *La salle de garde. Histoire et signification des rituels de salle de garde de médecine, chirurgie et pharmacie du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Le Léopard d'Or.
- KAËS, R. 1976. *L'appareil psychique groupal*, Paris, Dunod, 2000.
- KAËS, R. 2007. *Un singulier pluriel. La psychanalyse à l'épreuve du groupe*, Paris, Dunod.
- KAËS, R. 2012a. *Le malêtre*, Paris, Dunod.
- KAËS, R. (sous la direction de) 2012b. *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*, Paris, Dunod.
- KAËS, R. 2014. *Les alliances inconscientes*, Paris, Dunod.
- LEBRUN, L. ; PÉAN, J.-M. 2019. *Les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'APHP – Direction de l'inspection et de l'audit. N° A18-04.*
- RINGANADÉPOULLÉ, S. 2016. *Étude du rapport des internes de médecine des hôpitaux de Paris à la salle de garde et à sa tradition carabine*, Rapport de mission, effectuée de 2015 à 2016 ; Master 2 de Psychologie spécialité Clinique des institutions, clinique du travail : études, formations, interventions, université Paris 13.
- ROUCHY, J.C. 1998. *Le groupe, espace analytique, Clinique et théorie*, Toulouse, érès, 2008.
- ROUCHY, J.C. 2009. « Transmission intergénérationnelle dans le groupe d'appartenance », *Dialogue*, n° 186, p. 149-160.
- ROUCHY, J.C., SOULA DESROCHE, M. 2004. *Institution et changement. Processus psychique et organisation*, Toulouse, érès.
- ROUSSILLON, R. 2014. *Manuel de pratique clinique en psychologie et psychopathologie*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- SIROTA, A. 2017. « Faire société après la fin des sociétés de culture traditionnelle », dans A. Sirota (sous la direction de), *Violences entre générations, transformation ou répétition ?*, Paris, Le Manuscrit, p. 291-321.
- TURNER, W. T. 1990. *Le phénomène rituel*, Paris, Puf.
- VERGEZ-CHAIGNON, B. 2002. *Les internes des hôpitaux de Paris 1802-1952*, Paris, Hachette Littératures.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Actes de journée

« On apprend la médecine dans la douleur »

“Studying Medicine Hurts”

S. Ringanadépoullé

Laboratoire U.T.R.P.P., U.R. 4403, université Sorbonne Paris Nord, U.F.R. LLSH, Paris, France



INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le 2 août 2020

Mots clés :
Médecins
Internes
Souffrances
Ethnographie
Psychodynamique du travail

Keywords:
Doctors
Medical residents
Psychological suffering
Ethnography
Occupational psychodynamics

RÉSUMÉ

Contexte. – Cet article reprend les premiers enjeux d'une recherche doctorale en psychologie avec, sur, pour les médecins.

Objectifs. – À partir d'un angle psychodynamique du travail, la problématique de l'auteure s'intéresse aux souffrances et aux plaisirs des internes en médecine au travail. Ces apprentis sont encore étudiants et font face à des responsabilités de médecins.

Méthode. – Les préoccupations sociétales et les rencontres sur le terrain ont motivé la mise en place d'une méthodologie qualitative combinant l'ethnographie et les entretiens semi-directifs, pour aller à la rencontre des médecins et des internes au sein de leurs services hospitaliers. Les hypothèses de ce travail portent, d'une part, sur le bouleversement des liens de compagnonnage entre seniors et apprentis depuis les réformes de l'internat, et d'autre part, sur l'activisme professionnel auquel les internes convoquent la chercheuse dans leur « ici-et-maintenant » au travail. Pour cela, l'auteure n'hésite pas à penser les impacts de cet activisme sur sa méthodologie et sur ses propres difficultés de travail pour nourrir ses théorisations.

Conclusions. – Les premières conclusions promettent des apports non négligeables sur le travail et la formation des médecins mais aussi sur les caractéristiques à prendre en compte lorsqu'on s'intéresse à la santé mentale des personnels médicaux hospitaliers.

© 2020 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Context. – This article reports the first conclusions of my Ph.D. research in Psychology focusing on the working conditions and the training of healthcare professionals.

Aims. – I seek to understand the sufferings and the pleasures of residents at work, using an occupational psychodynamics framework. The residents are still students and have to confront their future professional responsibilities.

Methods. – This research combines social and governmental preoccupations with interviews with a large population of doctors in hospitals. Firstly, the changes to medical internship have had consequences on doctors' mentorship of students; secondly, the activism of the internist population confronts the research with a “here and now” clinical material. The author's reflections on the impacts of this activism on her methodology and on her own difficulties in theorizing are included.

Conclusion. – The initial conclusions are original and promise further production of knowledge about the training of healthcare professionals, more specifically about these future workers' mental health.

© 2020 Association In Analysis. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Présentation et contextualisation d'une recherche doctorale avec, sur, pour les médecins

Ma recherche doctorale en psychologie commence en septembre 2018, au sein du laboratoire de l'U.T.R.P.P. – E.A.4403 de

l'université Sorbonne Paris Nord. La thèse s'intitule pour l'instant : « Des salles de garde aux fonctions de l'internat de médecine : approches ethnographique et clinique du travail de la formation des médecins »¹.

Adresse e-mail : severine.ringana@yahoo.fr

¹ Thèse co-dirigée par les professeurs Thierry Baubet et Pascale Molinier.

En m'intéressant au travail et à la formation des médecins, j'ai été très vite mobilisée par les inquiétudes et l'urgence concernant les problématiques de santé mentale des internes et des médecins au travail ; autrement dit « les risques psychosociaux chez le personnel médical hospitalier » (Desailly-Chanson & Siahmed, 2016), « le mal-être des médecins »² ou encore le « burn-out des soignants »³. Ces thématiques sont de plus en plus présentes sur la scène médiatique et politique face aux chiffres relatifs aux suicides et tentatives de suicide des personnels médicaux hospitaliers⁴ et à la levée de l'omerta des « maltraitances faites aux étudiants en santé » (Auslender, 2017). On s'intéresse désormais à une « stratégie d'amélioration de la qualité de vie des professionnels de santé » afin de mieux « prendre soin de ceux qui nous soignent » (IGAS, 2016). En 2018, Donata Mara, à la tête du dispositif BIPE (bureau interface professeurs-étudiants), réalise sous mandat ministériel un rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé. En mars 2019, la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) établit, elle, un rapport sur « les conditions d'accueil des internes en médecine à l'AP-HP » (Lebrun & Péan, 2019).

La problématique de la thèse et de cette présente contribution s'insère dans ces préoccupations actuelles. Pendant l'internat, les internes sont toujours des étudiants, même s'ils fréquentent l'université de moins en moins. Les années se divisent en semestres de stage dans divers hôpitaux. Après sept années d'études, ils sont toujours apprentis supervisés par des médecins dits « seniors » et ils endossent déjà certaines responsabilités. Comment cerner la complexité des besoins, des souffrances et des plaisirs des internes de médecine à la fois au travail et encore en formation ? Cette problématique étaye une approche clinique du travail (Lhuillier, 2006) s'affiliant à la psychodynamique du travail (Dejours, 1993, 2015). La psychodynamique du travail « cherche à comprendre ce que vit le sujet en relation avec son travail. L'accent est porté sur la capacité à donner un sens à la situation, à se défendre de la souffrance et à conjurer la maladie en mobilisant les ressources individuelles de l'intelligence de la personnalité mais aussi celles de la coopération du collectif » (Molinier, 2010, p. 101). Ce qui est ciblé c'est le rapport au travail, les effets d'occultation des systèmes défensifs sur la souffrance, les contradictions et les consensus dans les discours. Le travail c'est ce qui est réalisé pour réduire l'écart entre le prescrit et le réel et c'est aussi ce qui est source de plaisir et de souffrance (Dejours, 1993, 2015).

Lorsqu'on s'intéresse aux internes de médecine : de quelles souffrances et plaisirs s'agit-il ? Pour répondre à cette problématique, ma méthodologie de recherche doctorale est qualitative, elle appréhende la formation et le travail des internes de médecine par une ethnographie de terrain (Cefaï, 2010) et questionne les vécus de l'internat et de son accompagnement par le biais d'entretiens semi-directifs individuels et collectifs. Cette contribution a donc pour objectif de rendre communicables les premiers enjeux de ma recherche depuis un an « avec, sur, pour les médecins ». Pour cela, je ciblerai à partir de ma clinique de terrain les souffrances générées par l'apprentissage de la médecine pour ensuite questionner les enjeux de « l'ici-et-maintenant » que je vis avec les internes et les médecins dans leur travail. Les conclusions de l'article rendent compte des perspectives vers lesquelles cette recherche peut tendre.

Les souffrances plurielles générées par l'apprentissage de la médecine

Lors d'une journée d'immersion, en me rendant aux transmissions matinales d'un service, je croise une interne et lui explique les raisons de ma présence dans le service. Elle m'écoute attentivement et me lance : « on apprend la médecine dans la douleur ! ». Plus tard pendant notre entretien semi-directif, elle m'explique :

« Il y a plusieurs aspects à cette phrase, elle est je pense multifactorielle. Déjà les concours ce n'est pas de la douleur parce qu'il y a beaucoup d'études où il y a des concours [...]. Simplement en médecine, on est parfois livré à nous-mêmes en stage ou pour travailler. On est contraint par deux concours successifs à six ans d'intervalle et je pense que c'est une vraie douleur morale voire physique [...]. Puis aussi parce que vraiment 24 h de garde debout c'est de la torture. C'est épuisant. Déjà c'est dangereux parce qu'on ne se rend pas compte qu'on est fatigué sous le coup de l'adrénaline ; on ne réfléchit pas de la même façon. Être ivre de fatigue c'est une expression réelle. Quand on sort de garde on est saoul. On n'a plus les mêmes réflexes [...]. Enfin, l'interne c'est la main d'œuvre de l'hôpital donc on est toujours là, disponible [...]. Nos aînés ont peut-être été plus torturés par leurs aînés et il y a ce système de répercussions type : "moi j'ai appris comme ça, donc tu dois apprendre comme cela". "Je ne sais pas si c'est de la malveillance mais ce n'est pas toujours forcément bienveillant". Cette interne rajoute : "Je pense que ça a toujours été basé sur des concours et c'est à celui qui sera le meilleur et qui saura sortir du lot qui va aller plus loin [...]. En fait finalement, le métier se veut un peu personnel". »

Depuis les réformes de l'internat en 1982 et la création de « l'internat pour tous », les équilibres sont profondément bouleversés. Selon le rapport de la DIA, sur les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine : « cette réforme de l'internat est un bouleversement radical dont les conséquences ne sont pas encore actuellement toutes explicitement comprises » ; la réforme de l'internat date de 1982, l'audit est réalisé en mars 2019. Selon ce même rapport, cette réforme : « déplace le contrôle de la formation qui d'initiatique par les pairs résulte désormais d'une sélection centralisée et étatique, créant une rupture de référentiel et de valeurs entre les "anciens" et les "nouveaux" (...). La plus grande partie des "nouveaux internes" exerceront en ville et ne feront pas de carrière hospitalière ; leurs aînés les formateurs hospitaliers ne se reconnaissent plus en eux et ont du mal à concevoir qu'ils ne soient pas tous leurs successeurs. Le maintien du terme "internat" a probablement contribué à entretenir cette confusion » (Lebrun & Péan, 2019, p. 20).

Les rencontres sur le terrain, les entretiens avec la nouvelle génération d'internes et les conclusions de l'audit de la DIA témoignent que c'est aussi « la division hiérarchique et sociale de l'organisation du travail » (Dejours, 1993, 2015) qui a été impactée par les réformes de l'internat. Ces remaniements ont pour conséquences des effets délétères sur le lien de compagnonnage entre les médecins et les internes. À cet égard, les rapports gouvernementaux⁵ ciblent de manière très intéressante les enjeux

² <http://www.leparisien.fr/societe/le-suicide-d-une-interne-met-en-lumiere-le-mal-etre-des-futurs-medecins-08-02-2018-7547505.php>.

³ https://www.lexpress.fr/actualite/societe/burn-out-pourquoi-les-soignants-sont-en-premiere-ligne_1317205.html.

⁴ <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/cinq-suicides-depuis-janvier-les-internes-reclament-des-mesures-en-urgence-pour-ameliorer-leurs-conditions>.

⁵ Voir les rapports : IGAS (décembre 2016). Desailly-Chanson, M.-A. et Siahmed, H. – Établissement de santé risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge - Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques. DGOS (4 mars 2013) Groupe de travail : « conditions de travail des étudiants, internes et assistants ». DGOS (5 décembre 2016) Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. DGOS (28 février 2017). Risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistant – guide de prévention, repérage et prise en charge.

inhérents « aux risques psychosociaux chez les personnels médicaux hospitaliers ». Ils mettent unanimement l'accent sur l'importance du compagnonnage et du soutien des médecins seniors responsables, vis-à-vis des jeunes docteurs et des internes.

Durant ses plus beaux jours, l'antre de la salle de garde par sa tradition dite « carabine » soutenait l'importance et la transmission du compagnonnage. À ce sujet, Thomas Litli, médecin généraliste, réalisateur et scénariste français, réalise sur grand écran plusieurs films relatant différents enjeux du travail et de la formation des médecins dont *Hippocrate*, *Médecin de campagne* et *Première année*. En 2014, le film *Hippocrate* raconte l'aventure d'un jeune interne qui se voit confronté à la réalité initiatique du soin, de l'équipe soignante et de la vie carabine. C'est l'un des films qui contribuent à dévoiler au grand public l'ambiance festive et ritualisée des salles de garde. La tradition carabine encadrait la période d'entre-deux de l'internat. Ses rites de passage initiatiques accompagnaient le passage d'un statut vers l'autre, d'un monde vers l'autre aux côtés des non-initiés et des anciens (Ringanadépoullé, 2020a). Ce lieu et sa tradition « cachés » réattribuaient et transmettaient l'importance des fonctions de « l'esprit de corps » (Godeau, 2007). Emmanuelle Godeau est médecin anthropologue. En s'intéressant aux processus par lesquels les internes deviennent des spécialistes, elle affirme que les rituels carabins étayaient cette transformation (Godeau, 2009, 2007).

Lorsque cette interne dit qu'elle (et peut-être son collectif d'internes représenté par ce « on ») « apprend la médecine dans la douleur », on y entend, d'une part, les traces que laissent les études de médecine ; le film *Première année*⁶ (2018) rend très bien compte des conditions d'apprentissage de la première année de médecine ainsi que ses logiques d'intégration et de compétition. Les étudiants s'assujettissent à un rythme de vie et une hygiène de vie complètement dévolus à l'accès à un rang convenable au *numerus clausus*. D'autre part, on y perçoit les souffrances émanant de la confrontation au soin, des effets délétères de l'organisation du travail hospitalier et du fléchissement des fonctions d'accompagnement que l'internat de médecine se doit de soutenir pour sa population.

D'un point de vue psychodynamique du travail, la souffrance est « l'origine de la créativité dans le travail », elle peut devenir créatrice ou pathogène, « le destin de la souffrance créatrice est de se transformer en plaisir et en expérience structurante » (Molinier, 2008, p. 60). Les salles de garde permettaient de soutenir les stratégies défensives qui permettaient aux médecins et aux internes de transformer les souffrances en plaisir. Ces défenses articulent différentes conduites et représentations partagées, des façons de dire et de faire, de plus elles ont des ramifications dans l'espace privé, la vie affective et sexuelle. L'un des objectifs de la thèse est de mieux les comprendre, car elles jouent un rôle important dans la préservation de la santé mentale.

En France, il n'existe pas encore d'enquêtes de référence en psychodynamique du travail sur cette thématique. La seule enquête de référence nous vient de Québec. L'ouvrage collectif de Maranda, Gilbert, Saint-Arnaud et Vézina (2006) en psychodynamique du travail, réunit les résultats de leur recherche qualitative initiée à la demande de l'association médicale canadienne (AMC), de l'institut des neurosciences, de la santé mentale et de la toxicomanie (IRSC) et le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). L'équipe cherchait à comprendre les causes sous-jacentes aux statistiques préoccupantes sur l'épuisement professionnel chez les médecins libéraux canadiens. Leurs analyses montrent que la passion de la médecine, la possibilité de soigner, de guérir et le désir d'aider sont des sources de plaisir. Face aux souffrances au travail, les stratégies défensives sont multiples

et dépendent des situations et des organisations de travail. En effet, chez les médecins libéraux, les chercheurs pointent l'hypertravail, le retrait stratégique ou « la planque » et le recours aux substances psychoactives : « Aller au-delà de leurs limites marquent l'engagement dans le métier » (Maranda et al., 2006, p. 73). Leur parcours pour devenir médecin est nourri par le sens du devoir et la recherche de reconnaissance. Par ailleurs, il semble peser sur ces travailleurs l'exigence d'être irréprochables, de ne jamais tomber malades et d'être dévoués. L'idéologie défensive du métier est fondée sur l'endurance sollicitée dès leur parcours de formation.

L'annexe 2 de cet ouvrage rapporte des études, concernant les risques professionnels et la santé mentale des médecins, récoltées à partir de certaines banques de données telles que PsychInfo et Medline. Ce rapport de recherche révèle plus de 300 articles mondiaux. Les études vont de 1975 à 2004. Les conclusions éclairent les enjeux autour de la santé mentale des médecins. Elles confirment que les médecins ont du mal à aller chercher de l'aide. L'accessibilité aux médicaments, notamment aux opioïdes, facilite et augmente l'apparition de comportements de dépendance et les risques de passage à l'acte. L'automédication est aussi fortement présente chez les médecins et certaines spécialités sont plus exposées aux abus : médecine d'urgences, psychiatrie et anesthésie. Il est aussi pointé que ces risques devraient être mieux intégrés dans la formation des médecins (Bennett et O'Donovan, 2001). Une étude longitudinale en 2004 en Norvège (Tyssen et al., 2004) montre que les problèmes de santé mentale chez les jeunes médecins ont augmenté mais que la demande d'aide, elle, n'a pas augmenté. Le déni est présent dans cette profession de telle sorte que le temps est long avant que les médecins décident de demander de l'aide. Les médecins ont une tendance à traiter leur maladie au dernier moment. Ces données de l'étranger aident à penser les problématiques en France.

Au sein de cette recherche en psychologique « avec, sur, pour les médecins », les apprentis médecins donnent à entendre que soigner et apprendre le soin se font dans la douleur. La tradition carabine en déclin (Ringanadépoullé, 2020b) fait disparaître un espace originellement dédié au défolement collectif. La disparition ou la mise à mal des ressources collectives rendent d'autant plus difficile l'anesthésie des souffrances.

L'ici et maintenant des internes en médecine

La dimension initiatique fait partie de l'apprentissage médical. Les médecins confrontent aussi les professionnels extérieurs au soin à l'initiation. Zolesio (2012) consacre une partie de sa thèse de sociologie à l'analyse des réactions et comportements face à l'humour carabin, scatologique et sexuel des chirurgiens. Au cours de mes immersions, les médecins et les internes ont souvent testé ma répartie, à l'occasion de blagues et de joutes verbales. Le contact avec eux m'a souvent demandé une vive perspicacité qui s'est alternée avec une position naïve. Au fil des rencontres, j'ai travaillé une posture en immersion, et je retrouve ce constat dans l'ouvrage de Zolesio. Est-ce qu'ils ne testeraient pas ma capacité à adhérer à leurs stratégies défensives afin que ma présence à leurs côtés ne nuise pas aux cohésions instaurées pour se défendre des effets délétères de leur travail ? Dans mes immersions, les internes comme les médecins m'invitaient à découvrir leur travail et n'hésitaient pas à m'expliquer ce qu'ils faisaient, mobilisant un désir de transmission presque invariant à mes immersions mais pas que...

Cette proximité avec les médecins et les internes me questionne sur les motifs pour lesquels ils ne vont généralement pas, ni chez les médecins, ni chez les psychologues. Dans son rapport sur la qualité de vie en formation Marra (2018, p. 11) souligne : « les étudiants en médecine consultent difficilement même lorsqu'ils

⁶ Ce film (réalisé par Thomas Litli) raconte l'aventure de deux jeunes hommes qui décident de préparer le concours de médecine en binôme.

bénéficient d'accès aux soins facilités [...]. Les raisons invoquées sont le manque de temps, le coût, la peur de la stigmatisation liée à une potentielle maladie mentale et le manque de confidentialité avec les répercussions sur leur dossier universitaire. Cette attitude favorise le recours à l'automédication dès l'externat ». L'occultation des souffrances psychiques et physiques dans le travail semblerait participer d'une stratégie défensive partagée des médecins et des internes.

Ma méthodologie de recherche porte en elle l'effet de cette occultation. Habituellement, les chercheur.es en psychodynamique du travail déploient leur méthodologie d'intervention lorsqu'il existe une demande adressée de la part des professionnels. De mon côté, malgré l'actuelle levée de l'omerta sur les souffrances au travail des personnels médicaux hospitaliers, je n'ai pas de demande d'intervention formulée ni de la part des internes de médecine ni de la part des médecins. Et c'est bien le problème justement : pas de demande ni médicale, ni psychologique, émanant des acteurs et actrices du terrain. L'origine de ma recherche croise donc mes questionnements, et les inquiétudes se dégageant des rencontres avec les médecins et les enseignants responsables des internes.

Sur le terrain, les internes me convoquent dans un « ici et maintenant ». Plus précisément, j'émet l'hypothèse qu'en utilisant la méthodologie combinée ethnographie-entretiens semi-directifs, je convoque les internes dans leur ici et maintenant et par leur acceptation de ma présence, ils me donnent à voir ce qu'ils vivent dans leur travail et de l'internat. Le prolongement des immersions avec eux par des entretiens semi-directifs permet un certain accès aux discours sur les souffrances. Avec eux et dans leur travail, je suis témoin de ce qu'ils ne peuvent pas dire, je vis le sas du secret professionnel, ils ne sont pas obligés de briser ce qui est du secret et de l'impensé puisqu'ils savent que j'ai pu vivre un certain nombre d'expériences avec eux.

L'ici-et-maintenant des immersions s'est élargi aux infirmières, infirmiers et aux aides-soignant.es. Ces professionnel.les tissent des liens particuliers avec les internes pendant leur stage. Il y a un accueil et une attention particulière des infirmières, des infirmiers et des aides-soignants. Ce sont aussi ces derniers qui m'ont permis de cerner toute l'ampleur de la dynamique d'une équipe soignante et de l'organisation du service au début et à la fin des stages d'internat. La mise en place des entretiens est aussi tributaire de ce renouvellement d'internes tous les six mois. En mai, pendant cette période j'ai tenté de recontacter les internes pour les entretiens et il semble difficile de les revoir. Un médecin psychiatre m'explique que c'est normal, les internes qui partent prennent souvent un mois ou deux avant de redonner de leurs nouvelles. Il est donc important de s'entretenir avec eux pendant leur stage. Le passage d'un stage à un autre semble être un moment de réadaptation délicat pour les internes, peut-être et sûrement un moment de fragilité. Il serait difficile de les recontacter parce que je ne vis plus/pas avec eux ce nouveau stage. Les internes échappent au contact lorsqu'ils changent d'hôpital et de stage, cet aspect non négligeable de la recherche va dans le sens d'un ici-et-maintenant partagé qui se transforme en un ailleurs-passé pour eux ou à une « fuite en avant » pour « ne pas revenir en arrière ». L'ici-et-maintenant pointé plus haut, me fait vivre leur activisme professionnel. L'activisme « est une défense pour ne pas penser ce qui fait souffrir dans le travail » (Molinier, 2008, p. 191).

Extrait du journal de bord – février 2019 :

Il est 8 h45, après avoir mis sa blouse, Julie (l'interne que je vais suivre aujourd'hui) s'installe devant l'ordinateur. Elle se retourne et vérifie le tableau sur lequel sont inscrits tous les patients par numéro de chambre et toutes les tâches à réaliser. Julie s'occupe des 10 patients de la colonne de droite. Elle passe en revue les petites cases à côté desquelles sont notées : IRM,

ECG, OPH... et d'autres acronymes que je ne comprends pas. Elle parle avec son co-interne, tout semble pointu, ils parlent vite et ils réfléchissent vite. Julie fait des va-et-vient entre le tableau et l'ordinateur. À l'aide d'un logiciel, elle prescrit les analyses à réaliser, les médicaments et tape les comptes rendus de la veille. Son espace ne contient qu'une feuille sur laquelle se trouvent des annotations incompréhensibles. Je n'arrive pas à suivre ce qu'elle fait, elle clique et tape vite et assez machinalement, sûrement pour ne pas perdre de temps et pour ne pas oublier la tâche qu'elle a à faire ensuite. Ils ne se sont pas arrêtés depuis plus d'une heure. [...]. Cette journée avec Julie a été très dense, on a couru un peu partout et on ne s'est presque jamais arrêtés. Lorsque je lui demande si elle a bu de l'eau de la journée elle me répond avec humour : « ben... non parce qu'après il faut aller aux toilettes ». Je lui demande comment elle s'en sort avec la charge de travail, elle me dit qu'à partir d'une certaine limite elle n'arrive plus à s'organiser et tourne en rond. Je la questionne sur cette limite, elle me dit que par exemple s'il y a une après-midi bien remplie et qu'en plus il y a des sorties et entrées de patients elle se sent débordée et ne va pas arriver à hiérarchiser les tâches. Elle m'explique que lorsqu'elle perd en capacité de jugement et d'autonomie, elle peut perdre complètement le contrôle de son travail. Elle rajoute que ça lui arrive souvent lorsqu'elle est de garde aux urgences.

Outre la lourde charge administrative liée au renouvellement de patients, « faire les sorties » c'est dire au revoir aux patients qu'ils ont pris en charge souvent durant plusieurs semaines et « faire les entrées » demandent d'arrêter les autres activités, de prendre le temps de lire le dossier médical et de commencer à tisser un nouveau lien médecin-patient. Les entrées et les sorties ont un coût psychique, dans l'activisme professionnel, « le fonctionnement psychique et, plus largement, la pensée mobilisée par les affects deviennent un obstacle à la concentration qu'exige la performance productive » (Dejours, 2004, p. 28).

L'allusion de Julie à sa perte de contrôle aux urgences convoque mes propres difficultés de travail. Lors de mes immersions aux urgences, je n'ai pas pu nourrir assidûment mon journal de bord (activité qui je réalise à la sortie des immersions). Au début, je reliais cela à une simple difficulté méthodologique d'écriture, mais plus tard je me suis rendue compte que les espaces « blancs » du journal de bord coïncidaient avec les immersions dans les services d'urgences et de SAMU. Je n'arrivais pas à écrire ce qui s'était passé dans la journée et j'anticipais le retour sur le terrain, en annotant la date de la prochaine immersion. C'était une fuite vers l'avant qui neutralisait ma pensée réflexive. Je me collais au rapport particulier des internes à la temporalité marquée par leur activisme. D'ailleurs, Molinier (2008, p. 192) écrit : « Notons que la sortie de l'activisme est dangereuse du point de vue psychique, c'est une période à hauts risques où il faut repenser ce que l'on avait, entre-temps, laissé de côté. Et d'autant quand l'investissement intensif dans le travail est aussi utilisé de façon défensive pour ne pas penser aux problèmes personnels, aux conflits dans le couple, à sa propre solitude, à la maladie d'un proche [...]. »

Conclusion

En changeant la perspective de « faire de la psychologie avec, sur, pour les médecins », je dirais qu'« aller à la rencontre des internes et des médecins dans leur ici-et-maintenant » promet une clinique riche, non seulement pour la recherche théorique sur leurs plaisirs et souffrances au travail mais aussi pour mettre en lumière les attentes des internes en médecine vis-à-vis du compagnon-nage.

Malgré les bouleversements engendrés par les réformes de l'internat, le serment d'Hippocrate constitue le seul héritage, immuable en médecine. Ce serment scelle tous les médecins dans l'extrait de contrat suivant :

« Quoi que je voie ou entende dans la société pendant ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas. Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais des hommes ; si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire ! »

Auparavant, les souffrances qui devaient se taire pouvaient trouver une issue cathartique et défensive appartenant aux collectifs des salles de garde et de son folklore traditionnel. Ainsi, les souffrances pathogènes pouvaient se transformer en plaisir. Aujourd'hui, la médecine s'apprend toujours dans la douleur. Face aux effets délétères de l'organisation de travail impactée par les réformes hospitalières et universitaires, les apprentis médecins doivent trouver de nouvelles modalités défensives. Le lien de compagnonnage avec le médecin sénior se doit de s'adapter à ces changements. L'inquiétude ces dernières années a motivé la mise en place de ma recherche doctorale sur le travail et la formation des médecins. Alors, je vais persévérer pour mieux penser ce à quoi les internes me rendent témoin dans leur ici-et-maintenant. Face aux particularités des souffrances et des plaisirs qu'ils veulent bien partager en ma présence, vers quelles perspectives renverraient ces immersions et ces entretiens de recherche ? Les internes échappent aux dispositifs qui sont mis en place pour eux à l'hôpital et à l'université. Qu'est-ce qui permettrait de mieux prendre en charge les internes en médecine ? Pour l'instant, la recherche montre que l'une des façons de les attraper c'est d'être avec eux dans leur travail. Comment penser un dispositif qui marche sans devenir moi-même médecin ? Les premiers axes de réponse penchent vers une organisation de travail qui permette un compagnonnage adaptatif et une attention particulière portée aux fragilités des internes, ainsi que des ressources permettant une mobilisation de la coopération autour des conflits éthiques et du

partage de « l'intelligence pratique » (Molinier, 2008) appartenant au travail de l'internat de médecine.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Bennett, J., & O'Donovan, D. (2001). Substance misuse by doctors nurses and other healthcare workers. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 195–199.
- Cefai, D. (2010). *L'engagement ethnographique*. Paris: Éditions de l'EHESS.
- Dejours, C. (2015). *Travail : usure mentale*. Montrouge: Bayard Éditions.
- Dejours, C. (2004). Activisme professionnel : masochisme, compulsivité ou aliénation ? *Revue Travailler*, 1(11), 25–40.
- Desailly-Chanson, M.-A., & Siahmed, H. (2016). *Établissement de santé risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge – Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques*. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R_Tome_1-2.pdf
- Godeau, E. (2009). Les fresques de salle de garde. *Sociétés & représentations*, 2(28), 15–30.
- Godeau, E. (2007). *L'« esprit de corps » Sexe et mort dans la formation des internes de médecine*. Paris: La Maison des sciences de l'homme.
- Lebrun, L., & Péan, J.-M. (2019). *Les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'APHP–Direction de l'inspection et de l'audit (Rapport n° A18-04)*. (Disponible en ligne) http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme14mai2019_auditinternes_rapport.pdf
- Lhuillier, D. (2006). *Cliniques du travail*. Toulouse: Érès.
- Maranda, M.-F., Gilbert, M.-A., Saint-Arnaud, L., & Vézina, M. (2006). *La détresse des médecins : un appel au changement*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Marra, D. (2018). *Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé*. (Disponible en ligne) <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>
- Molinier, P. (2008). *Les enjeux psychiques du travail*. Paris: Payot & Rivages.
- Molinier, P. (2010). « Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail ». *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(10), 99–110.
- Ringanadépoullé, S. (2020a). La tradition carabine de l'internat de médecine. *Revue de Psychologie clinique et projective*, 26(1), 47–64.
- Ringanadépoullé, S. (2020b). Penser la finitude culturelle d'un espace groupal : le déclin de la tradition « carabine ». *Revue de Psychothérapie psychanalytique de groupe*, 75, 93–104.
- Tyssen, R., Hem, R., Vaglum, P., Gronvold, N. T., & Ekeberg, O. (2004). The Process of suicidal planning among medical doctors : predictors in longitudinal norwegian sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 191–198.
- Zolesio, E. (2012). *Chirurgiens au féminin ? : Des femmes dans un métier d'hommes*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Ce que les médecins savent mais ne disent pas. Les limitations de l'exercice du consentement éclairé

Séverine Ringanadépoullé

DANS NOUVELLE REVUE DE PSYCHOSOCIOLOGIE 2023/1 (N° 35), PAGES 107 À 118
ÉDITIONS ÉRÈS

ISSN 1951-9532

ISBN 9782749277455

DOI 10.3917/nrp.035.0107

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2023-1-page-107.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Ce que les médecins savent mais ne disent pas Les limitations de l'exercice du consentement éclairé



Séverine Ringanadépoullé

POINTS D'ANCRAGE ET DE REPÈRES

L'écriture de cet article s'inscrit dans le cadre d'une recherche doctorale en psychosociologie sur les souffrances et les plaisirs au travail des internes en médecine. La thèse ainsi que les productions textuelles et orales qui en découlent se rivent aux conceptualisations théoriques et à la démarche compréhensive de l'approche psychodynamique du travail (Dejours, 1980 ; Molinier, 2006). Inscrite dans l'épistémologie de la psychanalyse en extension, la psychodynamique du travail est une clinique du travail qui s'est fondée grâce à des échanges interdisciplinaires¹ avec,



Séverine Ringanadépoullé, psychologue doctorante de l'École doctorale Éasme et de l'Unité transversale de recherches : psychogenèse et psychopathologie (UTRPP, UR 4403) de l'Université Sorbonne Paris Nord. severine.ringana@yahoo.fr

1. Séminaires du PIRTTEM (Programme interdisciplinaire de recherche sur la technologie, le travail, l'emploi et les modes de vie commentaires) datant de 1986-1987 et réédités avec les commentaires de Christophe Dejours en 2016 et 2017 par la revue *Travailler*. Ainsi, le collectif, concept appartenant d'abord à la sociologie, offre désormais aux paradigmes cliniques du travail un concept permettant de penser comment l'individu s'articule au collectif par le truchement des ressources sublimatoires et défensives au travail. Soutenant la thèse de la centralité du travail, la psychodynamique du travail théorise le collectif comme une ressource, d'une part pour ne pas se retrouver seul face aux souffrances du travail et d'autre part pour la construction identitaire de chaque individu. En effet, le collectif contribue à la reconnaissance au travail comme rétribution symbolique de l'engagement des travailleurs et des travailleuses ; il coopère aussi

notamment, l'ergonomie de l'activité (Daniellou, Dessors et Teiger, 2016), l'histoire (Cottureau, 2017), les sociologies (Pharo, 2017 ; Dodier, 2017 ; Hirata et Kergoat, 2017) et l'économie (Tertre, 2013) en se donnant comme objectif fondamental l'articulation du travail et de la santé mentale, non plus sous un angle psychopathologique mais au travers de l'énigme de la normalité : comment les gens font-ils pour ne pas tous décompenser au travail ? Les recherches auprès des collectifs de travail rendent compte de règles de coopération sublimant la souffrance en plaisir au travail mais aussi de coopération défensive objectivant la perception des risques spécifiques à l'exercice du métier et maintenant l'engagement au travail. Pour la recherche nous concernant, il a fallu avoir accès aux vécus au travail des internes en médecine pour ensuite mettre à jour les enjeux psychiques spécifiques au compagnonnage : une transmission de savoir (Unesco, 2010 ; Blondel, Boileau et Tristan 2000 ; Hautin et Billier, 2000 ; Icher, 1995 ; Cador, 1982) ici médical, donc accréditée au travail hospitalo-universitaire mais bien souvent propre à chaque spécialité médicale, voire à chaque organisation de travail dans les services hospitaliers. Pour cela, la mise en place d'immersion prolongée dans divers services hospitalo-universitaires empruntée à la méthode ethnographique et combinée à des entretiens semi-directifs a permis de recueillir un matériel clinique servant, pour cette présente production, à mieux comprendre les limites de l'exercice du consentement éclairé en médecine. Partant d'une réactualisation de la notion de *phronêsis*, nous verrons à travers deux exemples cliniques ce qui influence la sagesse pratique des médecins en situation de travail.

D'UNE RELATION CONTRACTUELLE AUX FAVEURS DE LA « PHRONËSIS MÉDICALE »

À partir de 1980 et durant seize ans, la pandémie du sida en France et les mouvements sociaux de patients ont conduit l'État à entériner une politique de démocratie sanitaire. À cet effet, la construction de la loi Kouchner du 2 mars 2004 est l'une des premières grandes démarches constitutives des citoyens. Cette législation relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé garantit aux patients, entre autres choses, le droit à l'information, l'accès à leur dossier médical et une meilleure démarche d'indemnisation des accidents médicaux notamment par la « réparation amiable ». En contrepartie, l'obligation pour les médecins d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient pour les examens et les thérapeutiques se renforce, de même que le « droit du malade » très longtemps « oublié » mais néanmoins existant depuis l'arrêt Teyssier de 1942, rappelant un autre arrêt de 1937 de la Cour d'appel de Bordeaux (Hoerni et Bouscharain, 2001). Il s'agit

défensivement grâce aux stratégies collectives de défense. Voir aussi Lhuilier, 2006 et Billiard, 2001.

d'une évolution de la justice sortant la relation médecin-patient d'une relation spécifique vers une liaison contractuelle. C'est aussi dans ce sens qu'évolue le code de déontologie médicale de 1995 à 2012 (voir annexe). Par voie de conséquence, « comme tout contrat n'a de valeur que si les deux contractants disposent des mêmes informations, le juge a fait de l'information du patient une obligation » (David, 2004, p. 10). En reprenant l'argument de l'appel à contribution de ce numéro, « Les conditions d'un tel consentement sont-elles souvent réunies ? », quelles sont les fonctions psychodynamiques régissant ses conduites rétives ?

Il arrive que les médecins fassent obstacle aux exigences de transparence inscrites dans le code de déontologie médicale. Lorsqu'il s'agit de psychodynamique du travail, face au *réel du travail*, autrement dit aux imprévus gênant l'accomplissement du travail tel qu'il se prescrit, les travailleurs déploient une intelligence à deux niveaux. Le premier niveau concerne la production (*poiësis*) et mobilise le zèle et le corps de chaque travailleur à travers une intelligence pratique (Dessor, 2009) telle que la *mêtis* (Détienne et Vernant, 1974). Le second niveau s'intéresse à l'action (*praxis*), « l'intelligence requise pour mettre ensemble les intelligences individuelles n'est plus seulement celle du corps aux prises avec le réel. Il faut ici faire place à la mobilisation de l'intelligence délibérative (*phronësis*), qui s'hypostasie dans l'activité déontique, activité de production de règles » (Dejours, 2016, p. 81). Ainsi, les travailleurs coopèrent ensemble grâce à des *règles de métiers* – à la fois techniques, sociales et éthiques – stabilisées par le collectif et l'intelligence délibérative qui s'y déploie lors des moments de mise en discussion du travail, mais aussi grâce à des *savoir-faire de prudence* (Cru, 1987) transmis par *frayage* (Delbos et Jorion, 1984) des anciens aux novices en situation de travail, principalement afin d'éviter les accidents ou les erreurs.

Concernant la *phronësis*, Aristote prend la médecine en exemple comme étant l'exercice incarnant ce qui s'en rapproche le plus. En effet, elle ne peut se réduire à une science ou à une technique et se réalise au travers de l'art de la délibération ou du jugement dit pratique. La portée de la *phronësis*, que nous pouvons rattacher ici au terme « médicale », reste actuelle car, en dépit des savoirs objectivés et de l'expertise de l'EBM (*Evidence-Based Medicine*) – autrement dit, d'une méthode rigoureuse de recherche de preuve pour résoudre les problématiques cliniques –, « dans certaines situations cliniques [...] "la" bonne réponse n'existe [toujours] pas » (Birmelé, 2012, p. 71), ni ne peut être prescrite à l'avance. Récemment employé dans la construction d'une épistémologie pour la médecine (Weber, 2021), le terme « *phronësis* » apparaît aussi dans la conclusion de l'article collectif d'Ivasilevitch (2021) pour nommer ce qui a permis aux médecins de ne pas céder aux prédictions des « *steepest curve*¹ » pendant la pandémie de la covid-19. *In fine*, la « *phronësis*



1. Les courbes à forte pente.

médicale » intervient dans toutes les situations de travail engageant l'éthique, le raisonnement et la décision médicale (Birmelé, 2012 ; Pierru, 2013 ; Steichen, 2014 ; Nielsen, 2020).

Ladrière (1990) insiste sur la notion de juste milieu accréditée à la *phronèsis* : « Ainsi donc, la vertu (*arété*) est une disposition à agir d'une façon délibérée (*héxis proairetiké*), consistant en une "médiété" (*mésotès*) relative à nous, laquelle est rationnellement déterminée et comme la déterminerait l'homme prudent (*phronimos*) (EN, II, 6, 1107a, 1-2)² ». Tantôt traduite par « prudence », puis par « sagesse pratique », la *phronèsis* médicale produit donc les « raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience » (Art. R. 4127-35 du Code de déontologie médicale en vigueur de 1995 à 2004) pour ne pas tout dire de ce qu'ils savent. Ainsi et même si le consentement libre et éclairé s'inscrit juridiquement et se prescrit déontologiquement en faveur d'une relation contractuelle médecin-patient, son exercice est conditionné par les façons dont les équipes médicales coopèrent face aux imprévus des situations de travail.

« ÇA DEMANDERA DE TROP S'ÉTALER »

Extrait d'immersion en réanimation

« Durant le staff, l'interne en charge du dossier explique qu'il y a des tensions avec la famille qui désire le dossier de sa patiente pour un contre-avis. Le médecin et le professeur confirment qu'il s'agit d'une demande à adresser à la direction hospitalière et s'accordent à dire qu'ils se sentent surveillés par la famille et qu'il faut réussir à gagner leur confiance : ce sera le cas 14-30. A 14 h 30, à la suite du staff, l'équipe évalue les dossiers pour lesquels un arrêt thérapeutique s'envisage. Le moment venu, le dossier est de nouveau synthétisé par le médecin. Il explique le tableau clinique : les choix thérapeutiques qui ont été faits, les traitements en cours, la temporalité des prises en charge. Il aborde aussi les issues possibles avant l'arrêt thérapeutique. Puis il se tourne vers l'infirmier d'abord et lui demande son avis sur sa patiente. L'infirmier répond qu'il n'a rien à dire concernant les suites thérapeutiques pour cette patiente. Les traitements arrivent à leurs limites, la patiente ne se rétablit pas et son état ne permet pas d'envisager un retour vers une autonomie. Puis ils se demandent ce qu'ils feraient en cas de complications : un arrêt cardiaque ou une « désat³ ». Une médecin explique que la dialyse complique le tableau et qu'il n'est pas pertinent de faire une ECMO⁴. Une autre des médecins compare son cas à celui d'un autre patient pour qui l'ECMO a été refusé. Ils tombent d'accord pour annoncer à la famille qu'ils ne feront aucune manœuvre supérieure à ce

2. Paul Ladrière s'appuie sur la traduction d'Aristote de Jules Tricot de 1987 parue aux éditions Vrin.

3. Abréviation de désaturation qui signifie une diminution de la quantité d'oxygène dans le sang.

4. Oxygénation par membrane extracorporelle : c'est une assistance cardiaque et respiratoire.

qu'ils font actuellement. Le médecin référent annonce qu'il ne mentionnera pas le non-recours à l'ECMO, sinon « ça demandera de trop s'étaler ». Une interne intervient pour signaler que la famille est en droit de le faire et d'être au courant de cette possibilité pour leur proche. Le médecin référent dit qu'il comprend son désaccord mais qu'il ne le précisera pas car, du point de vue du déconditionnement, la patiente ne retrouvera jamais son autonomie avec l'ECMO. L'interne insiste pour dire à la famille qu'ils ne font pas d'ECMO, notamment s'ils veulent gagner sa confiance. Un autre médecin lui rétorque que, en plus de l'absence de bénéfice pour la patiente et dans le cas où la famille se mettrait à chercher des spécialistes de l'ECMO, cela aura pour effet de compromettre l'arrêt thérapeutique et de la maintenir dans cet état. »

La délibération aboutit à une décision collégiale d'arrêt des traitements pour la patiente. Néanmoins, l'intervention de l'interne leur rappelle qu'un obstacle à son application peut émerger du côté de la famille. Pour les médecins, « gagner la confiance de la famille », c'est faire en sorte qu'elle coopère ; pour l'interne, c'est littéralement faire en sorte qu'elle ait confiance en l'équipe. Sur ce dernier point, il n'y a pas d'accord puisqu'il en va de ce qui compte différemment d'un côté et de l'autre. Par ailleurs, ces échanges lèvent le voile sur des tensions existantes en situation entre la démarche de LAT (limitation et arrêt des traitements) et le consentement libre et éclairé. L'engagement collectif des médecins vers la LAT est potentiellement menacé par les relations de tensions avec la famille. Afin de solder en amont la survenue de toute contrainte à l'application de la LAT, les médecins s'accordent à s'engager vers une conduite rétentive d'informations. Ils font d'abord appel aux règles éthiques du service – tributaire de la *phronèsis* – pour poser l'arrêt puis de façon inédite glissent vers la tricherie : « pour mener le travail à terme en tenant compte des contradictions de l'organisation du travail » (Molinier, 2006, p. 124). Ici le travail est jalonné par plusieurs étapes : une prise de décision collégiale concernant les suites de prise en charge de la patiente, l'annonce de la décision à la famille et enfin son application. La démarche de LAT, encadrée par la loi du 22 avril 2005 puis par celle de Claeys-Léonetti de 2016, repose sur l'engagement, déjà entériné par la loi Kouchner de 2004, de limiter l'asymétrie entre le malade et le médecin. Pour cela, la loi préconise une trace écrite des directives anticipées des patients en réanimation et insiste pour que les équipes médicales désignent une personne « référente » pouvant avoir du poids dans les discussions et les prises de décision sur le plan médical. S'incarnant plutôt comme une « culture de service », la démarche de LAT est censée protéger de l'obstination déraisonnable du côté médical et familial (Aubry, Quenot et Rigaud, 2015). Ainsi, en limitant l'accès à certaines informations, l'équipe médicale s'arrange pour révoquer d'emblée le droit de la famille – jugé sûrement déraisonnable – de rechercher un spécialiste de l'ECMO. En situation, les contradictions se logent

dans ce que protège mais néanmoins permet l'accès des ayants droit à l'information. Alors, l'exercice du consentement libre et éclairé est dépendant et parfois soumis aux coopérations sous-jacentes à l'engagement collectif des médecins en situation. Certaines transgressions limitent son exercice autant qu'elles permettent de transformer une situation source de contraintes et de souffrances en plaisir au travail, autrement dit en réussite dans l'accomplissement du travail.

Pour finir, si devoir trop s'étaler semble risqué et si la triche n'est plus secrète et devient collective, c'est alors que ne pas tout dire pose l'hypothèse d'une coopération plus défensive visant à taire l'émergence d'une souffrance peut-être plus éthique. Le conflit éthique se situerait ici, au niveau de la réalisation d'une action que les médecins réprouvent eux-mêmes moralement. Si la recherche de spécialiste de la part de la famille est obstinée, en quoi ne pas tout dire ne serait pas déraisonnable du point de vue des prescriptions déontologiques ? Mais encore, en quoi empêcher tout retard de la LAT participerait-il des effets de la logique gestionnaire et organisationnelle hospitalière visant à réduire les temps d'occupation des lits en réanimation ? Non développables en l'état, ces questionnements esquissent d'autres axes réflexifs concernant l'influence de la coopération défensive sur la *phronèsis* médicale et plus directement sur les limitations de l'information.

« ELLE PENSE QU'ON NE SAIT PAS ALORS QU'ON SAIT CE QU'ON NE SAIT PAS ENCORE »

Extrait d'immersion en neurologie :

« La visite matinale se poursuit dans la chambre d'une jeune patiente. L'équipe⁵ entre, le médecin allume la lumière : c'est la visite du matin ! La jeune femme se redresse difficilement. Elle est atteinte d'une endométriose sévère, son traitement hormonal semble avoir déclenché des problèmes de vision. Elle est hospitalisée en neurologie parce les médecins ont fortuitement découvert des tâches à l'imagerie cérébrale. Le terme « fortuit » utilisé par le médecin la met hors d'elle, agacée, elle exprime que cette découverte n'est plus à l'état fortuit et qu'il est temps de lui apporter une explication plus probante ainsi qu'un traitement. Le médecin la questionne sur son état actuel et son entrevue avec les ophtalmologues. Elle répond que les médecins lui donnent l'impression que son corps est fragmenté alors qu'elle le vit comme un bloc : tout est en lien ! Les problèmes au niveau de l'œil sont forcément en lien avec le cerveau !

Le médecin demande à tout le monde de sortir. Elle réclame son dossier médical et menace de changer d'hôpital. [...]. Il lui tourne le dos et ferme la porte en lui confirmant bien que c'est à la direction de l'hôpital qu'il faut demander son dossier. Nous passons à la chambre suivante. »

5. La visite se réalise en présence de deux médecins, d'un interne et de trois étudiants hospitaliers.

Un peu plus tard dans la journée, je reviens sur cette visite avec l'interne. Il m'explique qu'il comprend la patiente, que l'attente rajoute une certaine douleur pour une personne qui souffre déjà ; or, dit-il, « elle pense qu'on ne sait pas, alors qu'on sait ce qu'on ne sait pas encore ». L'équipe est dans l'attente d'un lien plus probant entre ses troubles de la vision, les lésions de l'imagerie cérébrale et leur suspicion de maladie neurodégénérative⁶ se révélant habituellement par une « poussée⁷ ». Même si techniquement l'imagerie cérébrale donne d'ores et déjà lieu à de probables conclusions, les neurologues ont besoin de constater l'évolution de son état. Bien que la patiente soit en droit de réclamer « une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins [...] » (Art. R. 4127-35 du Code de déontologie médicale), à ce stade de la prise en charge les médecins font obstacle à cette obligation de transparence.

Or, il s'avère que l'avènement de la technologie entraîne un passage de la clinique à la technique, au sein duquel « transparence et réduction sont les maîtres-mots qui définissent cette vision parcellaire du corps contemporain vu par l'écran médical. Il y a appropriation du corps par l'image sans considération du corps en présence. Et l'image "qui sait" répond à l'angoisse du doute » (Masson, 2007, p. 66). Sur les enjeux éthiques de la clinique face à l'image, relatifs au réel face au virtuel, Potier insiste sur l'idée que « le virtuel comme fait est bien réel et que la relation que chacun entretient avec cette expérience est réellement vécue, si bien que lorsque l'on désigne le virtuel il faut aussi en constater les retombées dans la réalité. Ces retombées dans la réalité, ce sont les actions rendues possibles par son biais qui en témoignent le mieux » (Potier, 2007, p. 81). La transition vers la technique devrait rester le moyen ou l'instrument du diagnostic. Le « juste milieu » garanti par la *phronèsis* médicale, autrement dit l'intelligence délibérative des médecins, permet de parer les éventuelles dérives. Dans notre situation, la prudence des médecins semble illustrer et confirmer cette idée par leur tempérance vis-à-vis des conclusions de l'imagerie. Néanmoins, les retombées de cette conduite sont manifestes : en témoigne l'état d'irritabilité de leur patiente, l'attente et l'absence d'informations entraînent clairement d'autres douleurs plus psychiques.

Ce qu'ils ne disent pas de ce qu'ils ne savent pas semble en partie dévoyé du bien (supposé) de la patiente et donc de la rationalité morale classique. Par ailleurs, « si l'on se réfère à la rationalité pathique, l'intérêt des sujets n'est pas du côté de la conscience morale, mais plutôt de l'inconscience morale » (Rolo, 2017, p. 264), au sens où elle contribue à la préservation de la santé mentale. En situation de travail,

6. Il y a suspicion d'une sclérose en plaques ou d'un Parkinson pour cette patiente.

7. Des symptômes qui déterminent un lien réel entre ses problèmes de vision et les découvertes à l'imagerie cérébrale et qui permettraient de renverser la découverte fortuite en diagnostic.

la rationalité pathique régit l'économie défensive des travailleurs par le biais de stratégies collectives de défense. Celles-ci assurent « les conditions sociales d'une transformation de la subjectivité qui permette [...] d'"anesthésier" la souffrance, en conjuguant les efforts de tous pour ne pas penser aux dimensions de l'activité qui font souffrir, pour les éviter, autant qu'il est possible » (Molinier, 2006, p. 194). L'arrivée brusque de la troupe médicale dans la chambre, l'évitement du diagnostic avec la patiente, l'attitude froide des médecins en refermant la porte, la fuite en avant vers la chambre suivante sont autant de manifestations d'une stratégie collective de défense mise en place pour se protéger de ce qui peut générer des souffrances dans cette situation de travail. Cette patiente demande une clarté d'information sur son état mais aussi les traitements qui lui permettront de soulager ses douleurs et peut-être de quoi se rassurer sur l'état transitoire de ses symptômes. L'annonce d'une suspicion de maladie neurodégénérative, non encore cliniquement validée ni déclinée en thérapie, semble renvoyer à une situation où l'angoisse des neurologues se situe moins du côté de ce qu'ils ne savent pas encore que du côté de ce qu'ils ne peuvent pas et ne pourront peut-être jamais savoir. Ici, le doute semble en tension avec la position d'autorité médicale. La rationalité morale pratique orientant l'action vers l'intérêt du patient fait finalement écran à la rationalité pathique. Ce qui se rapproche d'une *phronèsis* dans leur conduite rétentive serait étroitement contrôlé par une stratégie collective de défense visant à les protéger de l'incertitude de ce qu'ils peuvent réellement faire – en d'autres termes de ce qui réduit la visibilité de leur champ d'action – et, *in fine*, de l'empathie inhérente à la prise en charge d'une jeune patiente aux antécédents médicaux déjà lourds et fortement suspectée de franchir l'étape de déclenchement d'une sclérose en plaques ou d'un Parkinson sous leurs yeux.

CONCLUSION

Dans l'investigation des plaisirs et des souffrances au travail, la démarche compréhensive nécessite, en même temps qu'elle produit, un déplacement de la pensée. Pour cet article, la zone de confort consistant à promouvoir le bien-pensant au fondement du consentement libre et éclairé se confronte à ce qui articule le travail et la santé mentale. En situation de travail, les gens font du zèle, transgressent, rusent, coopèrent d'un côté, au travers de règles régissant l'art de bien faire le métier et, de l'autre côté, de façon défensive pour anesthésier collectivement la perception des souffrances inhérentes au travail. La *phronèsis* médicale est une ressource intellectuelle et collective pour transformer les souffrances liées au travail médical et trouver un juste milieu dans l'application des prescriptions déontologiques. Du côté des médecins, l'exercice du consentement libre et éclairé s'en trouve limité par cette intelligence délibérative. Par ailleurs, et en amont, d'autres limites peuvent émerger des tensions entre la famille et l'équipe médicale détériorant le maintien

de la relation contractuelle. En réaction à cela, un glissement transgressif vers l'omission permet de préserver l'autorité collective engagée, par exemple ici dans la LAT. Et pour finir, du côté des médecins, une conduite de prudence vis-à-vis de la transparence du diagnostic peut en fait cacher une coopération défensive, en partie représentée par la fuite en avant et, les protégeant de l'empathie qui paralyse face aux vulnérabilités des patients. Dans un contexte hospitalier de plus en plus délétère, lorsque les équipes médicales continuent de lutter pour combler l'écart entre les prescriptions de plus en plus chargées d'obligations et le réel de plus en plus appauvri de ressources, il arrive qu'elles engagent des modalités de coopération qui limitent certains exercices comme celui du consentement libre et éclairé. Pour, ainsi, continuer à tenir les fondements de l'autorité médicale et de l'engagement collectif censés être les garants de la trame complexe du soin incluant tout autant l'annonce d'un diagnostic lourd que le retour des malades vers une autonomie digne et convenable ou encore l'arrêt des souffrances incurables et le passage vers la mort.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBRY, R. ; QUENOT, J.-P. ; RIGAUD, J.-P. 2015. « Questions éthiques soulevées par la réanimation », dans K. Chahraoui, A. Laurent, A. Bioy, J.-P. Quenot et G. Capellier (sous la direction de), *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation*, France, Dunod, 49-56.
- BILLIARD, I. 2001. *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*, Paris, La Dispute.
- BIRMELE, B. 2012. « L'apport d'Aristote pour une délibération médicale accomplie », *L'enseignement philosophique*, 2, 62, 71-78.
- BLONDEL, J.-F. ; BOILEAU, J.-C. ; TRISTAN, F. 2000. *Encyclopédie du compagnonnage. Histoire, symboles et légendes*, Monaco, Éditions du Rocher.
- CADOR, L. 1982. *Étudiant ou apprenti*, Paris, Puf.
- COTTEREAU, A. 2017. « Plaisir et souffrance, justice et injustice sur les lieux de travail, dans une perspective socio-historique », *Travailler*, 37, 47-82.
- CRU, D. 1987. « Les règles de métier », dans C. Dejours (sous la direction de), *Plaisir et souffrance dans le travail*, Orsay, AOCIP, 29-42.
- DANIELLOU, F. ; DESSORS, D. ; TEIGER, C. 2016. « Formation à l'analyse de l'activité et rapport au travail en ergonomie », *Travailler*, 35, 95-103.
- DAVID, G. 2004. « Introduction », dans S. Séguret (sous la direction de), *Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie*, Toulouse, érès, 9-12.
- DEJOURS, C. 1980. *Travail : usure mentale*, France, Bayard, 2000.
- DEJOURS, C. 2016. « Psychodynamique du travail et politique : quels enjeux ? », *Travailler*, 2, 36, 75-90.
- DELBOS, G. ; JORION, P. 1984. *La transmission des savoirs*, Paris, Maison des sciences de l'homme.
- DESSORS, D. 2009. « L'intelligence pratique », *Travailler*, 1, 21, 61-68.
- DÉTIENNE, M. ; VERNANT, J.-P. 1974. *Les ruses de l'intelligence. La mètis chez les Grecs*, Paris, Flammarion.
- DODIER, N. 2017. « La construction sociale des souffrances du corps dans les activités quotidiennes de travail », *Travailler*, 37, 119-130.

- HAUTIN, C. ; BILLIER, D. 2000. *Être compagnon*, Paris, Puf.
- HIRATA, H. ; KERGOAT, D. 2017. « Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail », *Travailler*, 37, 163-203.
- HOERNI, B. ; BOUSCHARAIN, J.-P. 2001. « Arrêt Teyssier de la Cour de cassation, 28 janvier 1942 : quelques remarques sur une décision "oubliée" », *Histoire des sciences médicales*, tome XXXV 3, 299-304.
- ICHER, F. 1995. *Les compagnons ou l'amour de la belle ouvrage*, Paris, Gallimard.
- IVASILEVITCH, A. 2021. « Covid-19 : The danger of blindly applying the steepest curve », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 4, 32, 151-153.
- LADRIÈRE, P. 1990. « La sagesse pratique. Les implications de la notion aristotélienne de phronésis pour la théorie de l'action », dans P. Pharo et L. Quéré (sous la direction de), *Les formes de l'action*, France, Éditions de l'EHESS, 15-37.
- LHUILIER, D. 2006. *Cliniques du travail*, Toulouse, érès.
- MASSON, C. 2007. « L'image en médecine : us et abus. L'image n'est pas la réalité », *Cliniques méditerranéennes*, 2, 76, 61-75.
- MOLINIER, P. 2006. *Les enjeux psychiques du travail*, Paris, Payot & Rivages.
- NIELSEN, K. M. 2020. « *Phronésis* and excellence of deliberation in *EN VI* », *Revue de philosophie ancienne*, 2, 38, 291-318.
- PHARO, P. 2017. « Questions à la psychopathologie du travail », *Travailler*, 37, 15-37.
- PIERRU, F. 2013. « Impératifs gestionnaires et *phronésis* médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien », *Quaderni*, 82, 66-81.
- ROLO, D. 2017. « Histoire et actualité du concept de souffrance éthique », *Travailler*, 1, 37, 253-281.
- STEICHEN, O. 2014. « Former à la décision médicale », *Laennec*, 4, 62, 51-61.
- TERTRE (DU), C. 2013, « Économie servicielle et travail : contribution théorique au développement d'une "économie de la coopération" », *Travailler*, 29, 26-64.
- UNESCO. 2010. *Le compagnonnage, réseau de transmission des savoirs et des identités par le métier*. Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel pour le comité intergouvernemental de sauvegarde du patrimoine culturel, cinquième session, Nairobi, Kenya, dossier de candidature n° 00441.
- WEBER, J.-C. 2021. « La clinique comme laboratoire : quelle épistémologie pour la médecine ? », *Rue Descartes*, 2, 100, 8-22.

CE QUE LES MÉDECINS SAVENT MAIS NE DISENT PAS
LES LIMITATIONS DE L'EXERCICE DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

RÉSUMÉ

Les actualisations du code de déontologie réduisent l'asymétrie entre le médecin et le malade et régissent les devoirs des médecins envers les patients, dont celui de l'exercice du consentement libre et éclairé. En neurologie, une jeune patiente est dans l'attente d'un diagnostic et de réponses vis-à-vis de ses souffrances physiques. Des tensions surgissent entre elle et l'équipe médicale, elle réclame un changement d'hôpital ainsi que son dossier médical. Une seconde observation expose les discussions des médecins en réanimation concernant l'arrêt thérapeutique d'une patiente et les informations qui ne seront pas communiquées à ses proches. Dans ces deux cas, face au *réel du travail*, les médecins laissent les ayants droit dans l'ignorance d'éléments. Par affiliation à l'approche psychodynamique du travail, l'auteure montre notamment que la *phronèsis* médicale ou sagesse pratique peut être étroitement contrôlée par les stratégies collectives de défense des médecins.

MOTS-CLÉS

Consentement éclairé, *phronèsis*, médecins, psychodynamique du travail, stratégie collective de défense.

WHAT HOSPITAL PHYSICIANS KNOW BUT DON'T SAY.
THE LIMITS TO THE EXERCISE OF INFORMED CONSENT

ABSTRACT

Evolutions in the medical code of ethics reduce the asymmetric relationship between doctors and patients and govern medical professionals' duties toward patients, such as the exercise of free and informed consent. In neurology, a young patient is waiting for a diagnosis and answers. Tensions arise between the patient and the medical team. She threatens to change hospital and asks for her medical file. A second situation reveals doctors' discussions about reducing or discontinuing treatment in intensive care, as well as about what information will not be communicated to the patient's family. In both situations, doctors have to cope with the reality of work and do not reveal everything they know. Taking a psychodynamic approach to work, we conclude, among other things, that medical phronesis or the practical wisdom of doctors is sometimes tightly controlled by their collective defense strategies.

KEYWORDS

Consent, phronesis, doctors, psychodynamic approach to work, collective defense strategies.

ANNEXE :

UNE PARTIE DE L'ÉVOLUTION DU CODE DE DÉONTOLOGIE

En accord avec la juridiction, le code de déontologie médicale stipule de 1995 à 2004 que :

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination (Art. R. 4127-35 du Code de la santé publique, version en vigueur du 8 septembre 1995 au 8 août 2004).

La seconde partie de cet article, autorisant le médecin à ne pas tout dire « dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes » appréciées en conscience, subit plusieurs grandes modifications de 1995 à 2012. En effet, en août 2004, les limitations d'information au patient sont encadrées par l'article L. 111-7 relatif, lui, aux principes généraux de l'information et de l'expression des volontés des « usagers du système de santé ». Enfin, en mai 2012, cette appréciation particulière appartenant aux médecins est supprimée et remplacée par la volonté de l'utilisateur, ainsi formulée :

[...] Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination (Art. R. 4127-35 du Code de la santé publique, en vigueur depuis le 9 mai 2012).