

La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien

Géraldine Bloy*

Ce texte relatif à la transmission des savoirs professionnels en médecine générale prend appui sur une enquête de sociologie qualitative consacrée à la formation des omnipraticiens, plus précisément au stage chez le praticien. Ce stage d'un semestre au cabinet d'un ou plusieurs généralistes libéraux, obligatoire depuis 1997 pour tous les résidents¹ de médecine générale, intervient au cours du troisième cycle. Son ambition est de permettre aux jeunes omnipraticiens, grâce à un étayage personnalisé, de gagner du temps et de la sécurité dans leur découverte d'une pratique de médecine générale dont ils ignorent jusqu'alors presque tout. Il est en principe structuré en trois phases qui vont de la simple observation des consultations faites par le maître de stage à l'autonomie où le stagiaire consulte seul mais pour le compte et sous la responsabilité du praticien qui doit rester joignable en cas de problème, en passant par une phase intermédiaire où le stagiaire travaille sous le regard de son aîné. Ce stage doit permettre aux jeunes généralistes de ne plus découvrir leur contexte d'exercice, seuls et dans l'improvisation à l'occasion des remplacements comme c'était traditionnellement le cas (Baszanger, 1979).

Nous ne souhaitons pas partir d'une définition *a priori* de ce qu'il convient d'entendre par « savoirs professionnels spécifiques en médecine générale » puisqu'il est apparu que l'originalité de ces contenus (en quoi sont-ils vraiment spécifiques ?), leur qualification dans l'ordre du savoir (s'agit-il de connaissances formalisées et formalisables, à quel degré ? de savoir-faire ou de savoir-être ? d'expériences ?) et parfois même leur réalité font l'objet de prises de positions extrêmement contrastées parmi nos interlocuteurs. Vouloir trancher d'emblée le statut épistémologique de ces « savoirs » risquait de nous empêcher de rendre compte de l'aspect sans doute le plus intéressant pour l'approche sociologique : le travail des acteurs et groupes d'acteurs pour formaliser, qualifier et disqualifier des manières de faire, d'abord dans l'intimité de la pratique au cabinet et pour certains dans des sphères publiques ou semi-publiques où s'opère une montée en généralité et en visibilité de la médecine générale.

* Maître de conférences en sociologie, université de Bourgogne et UMRCNRS 5605 et 5118.

¹ Au terme d'une querelle sémantique, le résidanat de médecine générale (étudiant de troisième cycle) a fait pendant à l'internat de spécialité de 1984 à 2004.

L'objet de recherche s'est ainsi déplacé au cours de l'enquête : nous étions partis « simplement » explorer des modes de transmission au sein des cabinets et extraire des consultations de médecine générale des contenus que nous pensions stabilisés ; nous nous trouvons aux prises avec un champ de luttes plus ou moins ouvertes pour dire et parfois faire admettre à d'autres ce qu'est et ce que doit être la médecine générale. Encore avons-nous limité nos investigations aux seuls généralistes et résidents.

Cette recherche intervient à un moment important de l'histoire de la médecine générale : outre les réformes en cours du troisième cycle qui visent à approfondir la cohérence et la pertinence de la formation en médecine générale (tutorat, sixième semestre portant le troisième cycle à trois ans pleins) (Arliaud, 2002), l'ancien concours de l'internat de spécialité vient d'être transformé en examen national classant et la médecine générale promue spécialité médicale par un décret de janvier 2004.

Encadré : Méthodologie de l'enquête

L'enquête sociologique auprès des stagiaires et des maîtres de stage a été conduite selon une méthodologie qualitative sur *quatre terrains*, en région parisienne et en province, de septembre 2002 à août 2004.

Les responsables des départements de médecine générale, en charge de l'organisation dans les facultés ont été également rencontrés, ainsi que le responsable national d'un syndicat de résidents. Au total, 96 *entretiens semi-directifs* d'environ deux heures ont été réalisés. Le recrutement des informateurs s'est fait pour partie de manière aléatoire, pour partie par arborescence avec le souci de diversifier le plus possible les profils des gens rencontrés.

Nous avons également cherché à croiser, lorsque c'était possible, les propos de maîtres de stage et de stagiaires ayant effectivement travaillé ensemble, l'idéal étant alors de rencontrer un maître de stage et deux de ses stagiaires successifs. Cette dernière configuration, la plus intensive, a été réalisée pour douze maîtres de stage (soit vingt-quatre relations de stage et donc trente-six entretiens).

Au-delà des entretiens, une implication plus grande s'est avérée possible *sur deux des terrains*, où nous avons notamment pu observer la préparation et le déroulement de consultations simulées et donc nouer des contacts avec maîtres de stage ou résidents dans un contexte d'évaluation pédagogique – contacts particulièrement suivis et intéressants dans un des départements de médecine générale.

Enfin, un *corpus de littérature* « grise » a été composé à partir des documents relatifs au stage remis ou prêtés par les différents types d'interlocuteurs.

Au total, l'enquête s'est déroulée dans des conditions très favorables. Un seul des maîtres de stage sollicité a décliné la demande d'entretien ; la quasi-totalité des résidents contactés ont donné suite. L'approfondissement permis par l'enquête qualitative ne s'est donc pas fait au détriment du taux de participation des personnes sollicitées. Le souci de variation de situations et de contextes qui a présidé au travail de terrain nous a permis d'approcher une diversité d'expériences dont ne dispose aucun des acteurs directement engagés dans la mise en œuvre de ce stage.

Cette recherche a été menée dans le cadre du programme « Sciences biomédicales santé et société » CNRS/DREES-MiRe/INSERM (Bloy, 2004).

Nous proposons de nous pencher sur la transmission de savoirs professionnels à l'occasion du stage chez le praticien en explorant successivement les deux dimensions suivantes :

- les modalités pratiques de la transmission de l'expérience entre générations au cabinet, variées et relativement complexes dans la mesure où elles se passent pour l'essentiel sous le regard des patients ;
- les contenus transmis, hétérogènes, parfois problématiques, à l'image d'une médecine générale qui s'efforce pourtant de se constituer en spécialité médicale à part entière.

Nous réfléchirons, pour finir, sur la portée de ce stage sur les jeunes médecins concernés puisque la transmission rencontre parfois des résistances non négligeables et se heurte à l'affirmation de projets professionnels alternatifs à la médecine générale qui risquent de desservir et fragiliser cette toute jeune spécialité médicale.

■ Les modalités pratiques de la transmission intergénérationnelle au cabinet : une délicate épreuve d'« accordement »

Le stage chez le praticien n'est pas le dispositif de socialisation homogène pour lequel il se donne. En dépit d'un cadre réglementaire commun et du travail de coordination réalisé entre les facultés de médecine, l'hétérogénéité est considérable. Les différences significatives s'observent non seulement d'une faculté à l'autre mais aussi au sein d'une même faculté où les conditions aménagées par les responsables des départements de médecine générale font l'objet de variations d'interprétation considérables d'un maître de stage à l'autre.

Des différences significatives

La diversité est d'abord clairement le fait des *résidents*, et cette diversité-là n'est ni négociable ni réductible en l'état actuel de la réglementation. Tous les résidents n'ont pas choisi la médecine générale mais tous sont tenus de faire ce stage quoi qu'ils en pensent. Parmi eux, beaucoup ont évolué dans des services hospitaliers où le travail des omnipraticiens était fréquemment déconsidéré et conçoivent un projet professionnel qui contourne la médecine générale. Tout cela constitue une contrainte lourde pour les organisateurs et surtout pour les maîtres de stage, parfois amenés à composer avec des gens peu intéressés ou mal disposés à l'égard de leur pratique.

Cette diversité est ensuite celle des *praticiens* retenus. On se limitera ici à signaler la difficulté des départements à assurer un standard de qualité dans le recrutement des maîtres de stage : qualité de la pratique médicale au sens

le plus étroit du terme, mais aussi qualités éthiques et qualités relationnelles pour réussir à faire évoluer de manière suffisamment harmonieuse le triangle stagiaire – maître de stage – patient.

L'hétérogénéité des conditions pratiques de stage va au-delà de ce que laissent entrevoir les maquettes de troisième cycle. On se permet d'insister sur ce constat, somme toute trivial en sociologie, de l'écart entre travail réel et travail prescrit parce que l'on observe dans le cas de ce stage un véritable *continuum* entre des attitudes et des manières de faire parfois vraiment opposées d'un cabinet à l'autre – ce que l'on est tenté d'expliquer par la jeunesse et la forte décentralisation du dispositif, ainsi que par la culture d'une profession libérale rétive aux mesures contraignantes d'institutionnalisation. Dans ce contexte, le travail pourtant important de mise en forme (carnet ou règlement du stage, grilles critériées d'évaluation intermédiaire...), réalisé dans les départements, s'avère sur nos différents terrains de peu d'effet.

D'un lieu de stage à l'autre, les variations les plus significatives portent ainsi sur :

- le temps de présence du stagiaire (les neuf demi-journées par semaine prévues peuvent être réduites à une quinzaine d'heures ou approcher la cinquantaine...);
- les conditions matérielles faites au stagiaire (la disposition physique retenue, en particulier, constitue presque toujours un bon indicateur de la place faite au résident face au patient);
- la gestion des trois phases théoriques qui donne lieu à beaucoup d'invention de la part des acteurs et aboutit à des situations extraordinairement contrastées selon ce qui est donné à voir, à faire et à entendre au résident (des stagiaires passant l'essentiel du semestre sans être jamais mis en position active par rapport au patient, d'autres commençant très tôt à exercer seuls et poursuivant dans des conditions de contrôle minimales ou même inexistantes);
- l'aménagement ou non d'un temps pédagogique spécifique, consacré à la préparation ou l'explicitation du travail de consultation ou aux questions du stagiaire.

Parmi ces variations, dont on peut penser que certaines sont tout de même dommageables, seule une partie remonte effectivement aux responsables des départements. Dans ces conditions d'hétérogénéité, le choix d'un lieu de stage est lourd de conséquences pour le résident. Les procédures sommaires d'appariement ne permettent pas vraiment de limiter le sentiment de gâchis que vont ressentir certains stagiaires motivés et certains maîtres de stage engagés... sans doute faute de s'être rencontrés.

Une relation triangulaire délicate

Au-delà de ces variations, le stage se présente avant tout comme un temps relativement intense de vie professionnelle commune entre un médecin

expérimenté et un débutant dans cet endroit singulier qu'est le cabinet de médecine générale¹. Ce dernier est un lieu fortement investi dans l'histoire et la culture de la médecine libérale française, et ce cadre d'exercice privilégié a été largement respecté lors du conventionnement des médecins libéraux avec la Sécurité sociale. Sa disposition obéit à certains standards de la consultation (attente, interrogatoire, déshabillage, examen, etc.) mais reste suffisamment aménageable pour porter clairement l'empreinte de la personnalité du médecin qui y exerce et contenir un certain nombre de propositions quant au style de relation médicale qu'on peut y nouer. Il se distingue nettement en cela de tous les lieux de consultation non libéraux. Dans son cadre d'exercice, le praticien libéral paraît peu substituable. Les cabinets médicaux français sont conçus pour l'exercice d'un médecin isolé tandis que la rencontre médecin/malade y est magnifiée comme un colloque singulier reposant sur l'éthique, le secret professionnel et la confiance (Bloy, 2001). C'est dans cette convention de consultation singulière que s'immisce donc le stagiaire. L'essentiel de la cohabitation au cabinet se déroule en présence du patient, donc dans une configuration triangulaire. Les relations à trois ne sont pas réputées les plus faciles, le fonctionnement en triangle risquant de se faire au détriment d'un des pôles. Cette difficulté structurelle ressort des récits recueillis.

Le stagiaire

Le stagiaire est susceptible d'en faire les frais, lorsqu'on lui assigne ou qu'il s'assigne lui-même, par réserve ou manque d'intérêt, une posture marginale par rapport à la relation entre le patient et son médecin attitré. L'expérience d'interventions malencontreuses de stagiaires en cours de consultation conduit certains maîtres de stage à cadrer les modalités d'intervention du résident : il lui sera demandé, par exemple, en début de stage de ne prendre la parole que sur sollicitation du praticien, ou de n'intervenir que sous une forme interrogative et respectueuse de sa présence. Cette contrainte est, ou non, relâchée lorsque la relation maître de stage/stagiaire redevient privée, puis lorsque l'interconnaissance progresse, autorisant plus de prévisibilité et donc de décontraction. Elle est, ou non, inversée lorsque c'est au tour du résident de consulter et au praticien d'observer. Cette réciprocité est généralement un bon indicateur de la considération portée au stagiaire et de la qualité de la dynamique d'échange entre les deux parties. Ces contraintes de forme signalent une difficulté de fond puisque ces précautions visent à prévenir une éventuelle déstabilisation de la relation médecin-patient. Les deux pôles sont ici à considérer : le patient bien sûr qui pourrait être fragilisé par une intervention intempestive ; mais aussi le médecin qui peut redouter d'être mis en difficulté devant « son » patient.

¹ Lieu où la vie professionnelle n'est d'ailleurs pas toujours clairement distincte de la vie personnelle, familiale ou domestique. L'immixtion du stagiaire au cabinet doit aussi être appréciée par rapport à cette éventuelle confusion des registres.

Le patient

Le patient peut également pâtir, au moins subjectivement, de la simple présence du stagiaire, bien qu'il lui soit en principe toujours possible de refuser ce tiers. Tous les médecins ne sollicitent pas l'accord systématique du patient, et les patients s'autorisent peu à faire état d'éventuelles réserves devant leur médecin. Des résidents prennent à certaines occasions l'initiative de sortir en cours de consultation pour laisser fonctionner une intimité qu'ils sentent perturbée. Le constat d'ensemble est toutefois celui d'une bonne acceptation par les patients. Ces derniers peuvent encore être réceptifs à l'ambiance de la relation entre le maître de stage et son stagiaire : ici une certaine tension affectera la disponibilité au patient, tandis que là au contraire une complicité évidente, une communication à mots couverts, risqueront de le tenir à l'écart. Un même sentiment d'exclusion peut être ressenti lors de discussions proprement médicales entre le stagiaire et le praticien autour du « cas » présenté par un malade, si les deux médecins ne prennent pas la peine de maintenir une communication orientée vers le patient et de traduire sans délai les termes de leur échange. Il apparaît, enfin, que l'expression d'avis médicaux discordants face au patient peut être source d'angoisse pour ce dernier s'il quitte la consultation sans avoir été rassuré sur la qualité de la synthèse opérée.

Le médecin

Quant au médecin en titre, il se trouve dans une position délicate lorsqu'il est présent tout en passant la main au résident pour la consultation : présent physiquement, présent dans la tête (et souvent le regard) du patient comme dans celle du stagiaire, il doit s'efforcer, avec plus ou moins de bonheur, de jouer les absents. Des maîtres de stage disent cette difficulté et explorent les ressources des lieux (pour pouvoir se retirer physiquement du cercle de la consultation) et de la communication non verbale (en s'appliquant par exemple à regarder le stagiaire et non le patient) pour essayer de se mettre véritablement en retrait... Là où d'autres manifestent une impossibilité de discrétion dont le stagiaire censé tenir les rennes de la consultation fait les frais. Les manières dont le maître de stage observateur peut être amené à intervenir dans le courant de la consultation révèlent encore le plus ou moins grand respect du travail initié par le stagiaire comme en témoignent les extraits d'entretiens ci dessous :

« J'ai compris que c'était pas du tout évident pour eux en fait de voir débarquer un stagiaire et de lui faire une place. Bon, ça n'enlève rien à leurs qualités de médecins. Il fallait que je bataille pour suggérer que je pouvais peut-être écrire la prescription et attention, c'était sous la dictée ! Alors comme j'avais mes gardes en pédiatrie où je voyais 50 enfants seule de A à Z en une nuit, y a un moment où ça coince. J'ai essayé "Allez, c'est à moi". Il me laissait faire deux trucs et puis il revenait, les patients ne jouaient pas le jeu non plus. Parce qu'il était à côté, il trépignait, il intervenait. Le côté spectateur ne lui convenait pas du tout. Ca m'a exaspéré de jamais rien

pouvoir mener toute seule, passer au stade au-dessus. Pas un interrogatoire complet ! Pourtant, c'est très important de faire ça en suivant son cheminement. On a tous une manière de faire et là j'avais des interruptions, des parasites donc j'ai fini en lui disant "C'est bon, vous faites seul". C'est devenu un peu obsessionnel, parce que je ne supportais plus d'être passive, sous-utilisée comme ça... Même si j'avais compris que ça le stressait de ne maîtriser les choses, qu'il était assez anxieux par rapport à ce que j'allais faire ou dire à ses patients. J'ai même fini par refuser d'examiner certains patients parce que ça n'avait plus aucun intérêt vu qu'il était déjà en train d'écrire l'ordonnance et l'observation. C'est devenu très tendu. L'intérêt du truc c'était quand même d'être face à sa soi, face à ses connaissances, sa façon de raisonner pour dépatouiller une situation, c'est de progresser à ce niveau-là » (Lara, stagiaire).

ou

« Avec moi on dédouble comme ça, celui qui ne travaille pas avec le malade est attentif et note tout ce que l'autre lui signifie. Il y a un secrétaire et un consultant.

GB : Ca marche dans les deux sens ?

Oui, vice versa si c'est moi qui le fait. Au bout de 10-15 jours, ils sont complètement habitués à ça. Et moi, je suis complètement habituée à savoir ce qu'ils veulent marquer et ce qu'ils ne veulent pas marquer. Et moi, je marque dans le dossier, en plus, des questions qu'on aurait dû poser et qui n'ont pas été posées. Je mets des points d'interrogation, etc. Et quand ils reviennent, ils lisent, ils reprennent ce que j'ai marqué dans le dossier et ils ajustent s'ils veulent en tenir compte.

GB : Donc ça fait des remarques non verbales ?

C'est non verbal. C'est écrit. C'est écrit parce que je pense que c'est très important de ne pas les court-circuiter vis-à-vis du patient. Et si l'information qu'ils ont manquée peut orienter différemment, ben ils l'ont. Après, je n'interdis pas qu'ils fassent la même chose pour moi, ça se produit de temps en temps. Et ça se produit à bon escient. Et je leur dis tout le temps, je leur dis tout le temps "Vous n'avez pas le droit d'interrompre ma consultation, vous n'avez pas le droit de faire de remarque pendant que je suis... et je n'en ferai pas pendant que vous faites votre consultation ! Par contre, si le malade sorti, on n'a pas pu échanger ce qui n'allait pas, on se le dit quand le malade est sorti. Et si vous avez raison, on le rappelle et on le revoit le lendemain". Et on le fait ! Et ça, ça les valorise beaucoup. Je dis au patient "Nous en avons parlé avec le stagiaire, c'est très utile de travailler en équipe : nous avons parlé de quelque chose et il faut que vous reveniez pour qu'on vous revoie, pour qu'on soit bien d'accord". Et on ne lui fait pas payer la consultation. C'est important. C'est que le malade sache qu'on en parle, qu'on rappelle, mais que comme c'est nous qui sommes responsables de la consultation qui se produit, qu'on puisse faire la consultation sans qu'il y ait échange d'argent à ce moment-là. » (D^f R., maître de stage).

La relation médecin-patient fragilisée ou dynamisée ?

Cet aperçu des situations rencontrées montre la difficulté de décliner la consultation de médecine générale dans un jeu à trois au sein d'un cabinet libéral, le statut du stagiaire étant le plus incertain puisqu'il est ce que le patient, mais surtout le praticien, veulent bien qu'il soit. Ces ajustements dans l'interaction pourraient être analysés à un degré de finesse supérieur dans le cadre d'une microsociologie d'inspiration goffmanienne (Goffman, 1973). La configuration de consultation en triangle menace l'ordre ordinaire de la relation médecin-patient et les conditions habituelles de la confiance, si certaines précautions ne sont pas prises dans un microtravail des acteurs pour se coordonner au mieux. Il n'y a bien sûr pas de recette unique pour restabiliser de manière harmonieuse la consultation à trois, mais quelques constantes se dégagent des situations heureuses qui nous ont été décrites. On insistera ainsi sur l'importance du travail d'explicitation des contraintes réalisé en amont et en aval de la consultation : on retrouve la thématique de Goffman selon laquelle la qualité des représentations que constituent les relations en public dépend étroitement d'un travail de mise au point fait hors de la vue de ce public (dans les coulisses). Dans le cas du stage, des manières très différentes de faire fonctionner l'interaction médecin/stagiaire en présence du patient peuvent s'avérer formatrices et appréciées. Décontractées et horizontales, ou formelles et clairement hiérarchisées selon le style du praticien, elles gagnent à être réfléchies en fonction de la présence du stagiaire et explicitées lorsque des ajustements ne se font pas spontanément. L'exigence d'un minimum de réciprocité et de considération dans les formes de la relation médecin/stagiaire est une autre constante qui se dégage des récits. L'essentiel se jouerait déjà dans la présentation du stagiaire comme un jeune confrère, dont c'est au praticien de signifier que le patient peut attendre compétences, sens des responsabilités et respect du secret médical. À l'inverse, les remarques, les modes de mise en situation susceptibles de disqualifier les stagiaires en les faisant apparaître comme des « sous-médecins » sont difficilement vécues au sortir de l'expérience et des responsabilités, souvent considérables, assumées lors des stages hospitaliers de troisième cycle.

Mais la reconfiguration en triangle s'avère aussi porteuse d'un certain nombre de bénéfices potentiels, pas seulement pour la formation du résident. La présence de ce dernier introduit un regard neuf tant sur une situation et une pratique médicales que sur une relation médecin-patient donnée. Les situations médicales délicates peuvent être évaluées, comme nous l'avons évoqué plus haut, par un « mini-staff », ce qui contribue, lorsque les conditions d'un dialogue réel sont réunies, à une meilleure prise en charge. Divers témoignages de maîtres de stage saluent les « intrusions » commises par le stagiaire comme des moments parfois utiles à la progression de certaines situations. La présence du résident fonctionne, lorsqu'ils l'autorisent, comme un dispositif anti-routine qui vient dynamiser la consultation :

« Quand le patient est là, on ouvre le dossier, elle le lit... Éventuellement, je le résume. Et ça permet souvent au patient de renchérir sur certaines choses et parfois de redire des choses qui n'ont pas été dites, ou qui ont été occultées. On revient sur un passé qui est connu de tous les deux, et dont on ne parle plus.

GB : C'est des choses connues de tous les deux ? Ce n'est pas une nouvelle information ?

Non. C'est connu du patient, c'est connu de moi, mais on n'en parle plus. Donc ça réactive des choses et ça permet de revenir sur des choses anciennes qui parfois apportent des renseignements nouveaux. Je me souviens, il n'y a pas très longtemps, une femme pour laquelle j'ai fait quelques bêtises. Elle avait une infection sur une prothèse de hanche, dont je n'ai pas fait le diagnostic tout de suite. Résultat, elle a été hospitalisée et on lui a enlevé sa prothèse de hanche. Donc on en a reparlé et ça a permis... De dire certaines choses, entre autres, certains reproches qu'elle m'a faits, et moi de me justifier par rapport à ma démarche de l'époque. Et je pense que ça a été sain. Et je crois que c'est dommage de ne pas en avoir parlé plus tôt. Personne n'en parlait. Il y avait un non-dit, qui était parti sur des bases qui étaient certainement fausses et erronées. Elle me faisait toujours confiance, mais il y avait un reproche là-dedans, qu'elle n'avait jamais pu verbaliser, et le fait d'en parler ça lui a permis de crever l'abcès et de dire certaines choses.

GB : Et est-ce qu'apprendre des choses nouvelles sur le patient du fait de la présence du résident, ça s'est produit ?

Ça s'est produit régulièrement. Il ne se passe pas un mois sans que ça se produise. C'est souvent avec des patients que l'on croit bien connaître, et pour lesquels il y a une certaine routine qui s'est établie et on parle uniquement du problème pour lequel il vient ce jour-là, ou on renouvelle... Et on ne refait jamais le point. Et là ça permet de refaire le point de temps à autre et d'apporter... de resynthétiser et de refaire le parcours. On dit que les patients changent régulièrement de médecin. En moyenne, je crois qu'ils nous sont fidèles pendant sept ans. Là, parfois, ça permet de refaire la même chose qu'ils souhaitent lorsqu'ils changent de médecin. On essaie d'avoir un avis neuf sur une prise en charge, sur une routine. C'est vrai que ça nous empêche de tomber dans la routine « . (D^r D., maître de stage).

Les patients peuvent de leur côté faire quelque chose de ce nouveau venu. Son écoute est réputée plus attentive, les consultations sont plus longues tandis que les rendez-vous sont obtenus plus rapidement. Les patients rencontrés se disaient satisfaits de donner quelque chose à apprendre à de jeunes médecins tout en retirant une évidente satisfaction du prestige dont leur médecin se trouve alors auréolé. Une dynamique d'apprentissage collectif peut dans ces conditions s'initier. De ce climat va découler la possibilité, ou non, pour les stagiaires de consulter en autonomie dans de bonnes conditions de confiance et d'acceptation par les patients – et non pour limiter le temps de cohabitation maître de stage/résident, comme on a aussi pu le voir aussi, ou permettre au maître de stage de vaquer à d'autres occupations...

Les conditions pratiques de la relation entre l'omnipraticien expérimenté et le jeune stagiaire, novice en médecine générale, méritaient d'être examinées car c'est directement en fonction de ce cadre matériel et relationnel que peut s'opérer la transmission. Les modalités possibles de l'échange au cabinet nous ont paru déterminées à un niveau très général par une tradition culturelle et à un niveau très local par la configuration de l'espace ou même du mobilier. Entre ces deux niveaux se déploie le travail d'invention et d'accordement des acteurs, faiblement contraint par les consignes et règlements édictés dans les facultés.

■ Au cœur de la médecine générale : qualifier la pratique

L'accordement ne saurait tenir seulement à la qualité de communication ou à une configuration d'échange harmonieuse entre les trois parties de la consultation, il passe par une entente sur des dimensions fondamentales de la pratique de la médecine générale et l'intérêt même de cette pratique. La chose essentielle ici visée est la qualité de la médecine générale en tant que médecine. Ce jugement de qualité va tenir à la rigueur qu'on reconnaît ainsi qu'à la valeur que l'on prête aux actes pratiqués en médecine générale. L'enquête sur le stage chez le praticien nous mène ainsi, au plus près de la réflexion et des prises de position des acteurs sur les spécificités des compétences requises par la médecine générale.

Qualité de la pratique médicale

La thématique de la rigueur est celle des normes de bonne pratique, plus précisément des modalités de leur mise en vigueur dans un contexte de médecine générale. La rigueur des pratiques est un sujet d'actualité en France, à la fois du fait des transformations épistémologiques apportées par la montée de la médecine des preuves et du fait du souci d'instaurer une certaine régulation des dépenses de santé. Ces deux éléments conduisent les pouvoirs publics, entre autres mesures, à essayer de mieux encadrer les prescriptions des praticiens libéraux au moyen de recommandations issues de conférences de consensus.

Si l'on revient aux stagiaires de médecine générale, leurs expériences comme leurs interprétations divergent. Certains découvrent chez leur maître de stage une qualité de pratique médicale à laquelle ils ne s'attendaient pas compte tenu des commentaires qui continuent à circuler à l'hôpital sur les généralistes. Des stagiaires s'avouent ainsi impressionnés par le niveau de connaissance et d'exigence scientifique auquel parvient à se maintenir ce que l'on peut considérer comme une élite des omnipraticiens. Ils renouvellent aussi leur vision de la médecine générale lorsque leur

maître de stage pousse assez loin la prise en charge de pathologies lourdes. Certains expriment une reconnaissance enthousiaste lorsque s'ajoute à ces qualités proprement médicales un investissement sincère du maître de stage dans le plaisir de la transmission et le partage d'un exercice de la médecine générale vécu comme réellement stimulant :

« Sur les trois j'ai eu vraiment la chance d'en avoir deux très proches intellectuellement, bien que deux personnalités très différentes, donc les gens se comportaient pas du tout pareil au cabinet. Mais hyper rigoureux, très investis FMC [formation médicale continue], lisent Prescrire, tout quoi. Donc eux, déjà, on ouvrait le dossier ça clignotait mammographie ou examen machin. Chez le troisième, qui faisait tout à la main puis qui laissait filer, qui était en train de lâcher et de s'organiser pour travailler le moins possible, c'est le patient qui devait dire "Vous savez ça, fait vraiment longtemps que..." Rien n'était suivi. Vu l'état des dossiers, quand il a voulu me laisser en autonomie j'ai décliné. Chez lui, je ne me sentais pas capable dans ces conditions. Avec lui on a eu de vrais désaccords... Quand c'est des trucs de vraie urgence et que j'ai vus à l'hôpital, je suis quand même assez sûre de moi. C'était rigolo, parce que dans ce stage de médecine générale je me suis trouvée avec deux praticiens sur trois qui étaient à fond dans Prescrire, mais à la limite paranoïaques vis-à-vis des labos qui veulent nous manipuler. C'était un peu le monde à l'envers parce que c'était beaucoup plus strict chez eux qu'à l'hôpital ! D'ailleurs c'est épuisant d'avoir quelqu'un comme ça à côté, qui dit toujours "Pourquoi tu fais ça ?" Et malheureusement, je crois que s'ils ne posent pas la question, y a un moment où je risque d'oublier de me la poser... Là je suis en stage en pédiatrie, les parents angoissés qui viennent consulter pour une soi-disant urgence on prescrit un sirop qui n'a pas d'indication pour avoir la paix, parce que ça fait plaisir aux parents de donner un sirop. Donc on prescrit des trucs auxquels on croit pas du tout. On pouvait s'attendre à voir plutôt des choses comme ça en cabinet. Et bien mes généralistes, ils considéraient que non. Ou que s'ils prescrivent quelque chose qui n'a pas vraiment d'efficacité il faut que ce ne soit absolument pas dangereux. Donc si Prescrire dit qu'il y a trois cas d'effets indésirables dans le monde et ben voilà c'est non. Et là on se rend compte qu'à l'hôpital on nous a dit "Tu prescris ça", et on le fait, et on sait pas pourquoi, sur quelles données, pourquoi ce traitement il est mieux ou pas mieux que celui-là. En fac de médecine non plus. Peut-être que ça va changer mais on n'a pas eu des cours de thérapeutique pointus, donc on voit ce que les autres font mais c'est de l'à-peu-près. Je trouve qu'il n'y a pas les bases de connaissances pour juger, et surtout on n'apprend pas à se poser les bonnes questions. Et cette démarche-là, eux, ils l'avaient. Une médecine rigoureuse, stimulante intellectuellement. C'est la médecine générale au sens noble du terme : des médecins qui suivent leurs patients au quotidien et en même temps sont très capables pour déceler les anomalies, les choses graves. Qui ont tout de suite les bons réflexes. Ce sont des gens très compétents. Leurs prescriptions y a rien à dire, c'était toujours cohérent. C'était des génériques, la bonne dose, tout parfait. Et pour

les médicaments de confort qu'on apprend en ville, des choses pas chères, pas allergisantes. Franchement chapeau ! » (Alice, stagiaire).

ou encore :

« La médecine générale c'est pas ce à quoi j'aspire, mais je crois qu'on peut en faire quelque chose de très intéressant. Je suis arrivé avec une vision hyper critique qui venait de l'hôpital. J'ai été correspondant à l'hôpital de certains généralistes et en voyant le boulot de certains, la façon dont les malades avaient été traités en ville... J'avais peur en y allant. Là, c'est vrai que si je reste à l'hôpital j'aurais quand même un regard plus indulgent sur le travail des généralistes qu'il y a deux ans où j'étais un vrai nazi et où je voulais même pas en entendre parler ! Je resterai critique, mais plus indulgent. Certes le boulot est difficile, mais il pourrait être mieux fait. Mais je suis conscient : on peut pas comparer entre être un bon généraliste ou un bon cardio. La cardio c'est hyper protocolaire, l'endocrino y a quatre glandes et douze médicaments, c'est extrêmement simple. La médecine générale ça demande un tel sérieux en termes de mise à jour de connaissances, et c'est malheureusement pas le fort de tous les généralistes. Et les maîtres de stage sont dans la partie haute du panier, même si je reste très critique. Bon, j'ai quand même eu l'exemple de Jean-François [maître de stage], c'est le seul que j'ai jamais vu dire ou faire une bourde, ne serait ce qu'insignifiante. Il fait tout lui-même en autodidacte d'ailleurs, parce que les cours dispensés par les labos c'est un déjeuner deux dépliants ! Donc sur internet chaque semaine il regarde les abstracts des grandes études dans ses domaines, beaucoup de revues, Prescrire, il se tient au courant de tout. Il suit plutôt des séminaires organisés pour des spécialistes. J'avoue que je pensais pas que ça existait ! » (Romain, stagiaire).

Singularité de l'exercice de la médecine générale

À côté de ces expériences qui nourrissent l'admiration, des stagiaires (parfois les mêmes...) formulent des plaintes sur la faiblesse de médecins aux pratiques moins solidement fondées : ce type de reproche inclut certaines facilités dans la manière d'accéder à la demande de prescription des patients, mais aussi des choses potentiellement plus graves (négligences dans le suivi, erreurs de diagnostic ou de prescription formulées avec autorité en dépit des alertes signifiées par le stagiaire).

Les écarts aux normes de pratique méritent toutefois de faire l'objet d'une analyse plus fine. Le décalage, le sentiment d'inadéquation entre savoirs officiels et pratique de médecine générale sont des choses suffisamment fréquemment attestées pour qu'on tente de les saisir en profondeur¹. Les témoignages de jeunes généralistes recueillis par I. Baszanger faisaient déjà

¹ L'étude sociologique la plus précise disponible sur cette question est à notre connaissance celle réalisée par une équipe du Centre de sociologie des organisations : Urfalino *et al.*, 2001.

état de ce hiatus. Sa typologie des manières de « s’inventer » généraliste découlait pour partie de l’importance de la rupture consentie par rapport aux catégories hospitalo-universitaires.

Comment nos propres jeunes médecins se positionnent-ils alors dans ce rapport parfois critique entre l’enseignement dispensé dans le milieu hospitalo-universitaire et les habitudes des cabinets de médecine générale ? Peu de chose se passe pour ceux qui ne peuvent ou ne veulent envisager aucune inflexion : ils achèvent de se détourner de la médecine générale, si ce n’était pas déjà complètement fait. D’autres prennent le temps de découvrir, par curiosité ou parce qu’un contexte relationnel heureux les y incite, et s’efforcent de composer avec ce qu’ils découvrent. Mais découvrir quoi au juste ? Quelle spécification minimale mais nécessaire de la pratique de médecine générale retenir sans verser ni dans un panégyrique hors de propos, ni dans l’écrasement des singularités de ce contexte d’exercice qui résistent mal à un regard formaté par le savoir hospitalo-universitaire ? À écouter longuement maîtres de stage et résidents d’horizons variés, à essayer de croiser leurs propos et de les rapporter à ce que sont, font et veulent faire les uns et les autres, à s’intéresser aux enseignants et enseignements de médecine générale, on finit par se forger quelque opinion sur ce que s’efforcent de faire les généralistes lorsqu’ils cherchent à faire les choses bien et s’en donnent les moyens. Au cœur de cette médecine, à côté des indispensables connaissances biomédicales, se trouve alors une relation originale au patient et au temps. Un patient qui n’est pas celui de l’hôpital parce libre d’aller et venir, de s’exprimer, plus que dans n’importe quel autre lieu de soin, et qui n’est pas amputé de son épaisseur sociale, psychologique et familiale. Un temps qui n’est pas non plus celui de l’hôpital parce que le soin de médecine générale se déploie sur le temps long de la prévention, de la rémission spontanée, du suivi, de la conviction et de la négociation de la prise en charge. En outre, le temps court de la consultation n’est pas celui de la prise en charge à l’hôpital où le patient est à disposition du médecin jusqu’à ce que celui-ci en décide autrement. Du point de vue des résidents, l’apprentissage de cette temporalité constitue une contrainte neuve puisqu’il s’agit de réfléchir « en direct » sur l’ensemble des plaintes et éléments apportés par un patient, sans jamais perdre le fil ni la fluidité de la relation, et assez efficacement pour aboutir à un résultat présentable dans une durée de consultation raisonnable. Puis d’enchaîner sans transition sur le patient suivant qui peut relever d’un tout autre registre de compétences. Voilà l’essentiel de ce que sont amenés à découvrir les résidents placés dans des conditions de stage suffisamment favorables, l’ouverture sur une pratique méconnue étant grandement stimulée par une expérience relationnelle heureuse et surtout des opportunités de discussion de fond sur la confrontation des approches.

L’enjeu pour une réflexion sur les savoirs professionnels est alors de savoir comment on qualifie le résultat, ce positionnement pas forcément confortable où le médecin s’efforce de composer à la fois avec les recommandations, ce

qu'il connaît du patient (ses plaintes, ses demandes, ses attentes implicites, sa situation), ses intuitions face au cas particulier, et le contexte d'exercice de la médecine libérale avec ses moyens et ses contraintes propres. Ce mélange, largement inédit, pour les stagiaires, constitue le cœur de ce que l'on nomme habituellement expérience. C'est ce que les résidents ne sauraient avoir au sortir de la formation hospitalo-universitaire et qu'ils ne peuvent rencontrer qu'au cabinet. Le statut épistémologique de cette expérience reste pourtant incertain : à quelles conditions est-ce un savoir, *a fortiori* un savoir transmissible¹ ?

Un savoir transmissible ?

Des stagiaires n'y ont pas vu autre chose qu'un bricolage grossier, fait de compromis mous effectivement adaptés aux contraintes de la satisfaction du patient, mais qui ne saurait prétendre à une valeur scientifique propre – soit que ce jugement résume assez bien la pratique de leur maître de stage telle qu'ils l'ont observée, soit qu'eux-mêmes se soient fermés durant leur formation intellectuelle à toute information dissonante. Ceux-ci opposeront volontiers ce qu'ils considèrent comme « *la Science* » à la « *démerde* » qui caractérise alors selon eux le positionnement de généralistes « *pollués par leur prise en charge de ville* ». D'autres résidents, convaincus par leur maître de stage ou mieux disposés au départ envers la médecine générale et ses possibilités, valident en termes de rigueur et de savoir ce qu'ils ont vu faire au cabinet. Ce n'est plus tant l'adéquation un peu mécanique d'une pratique à l'état des connaissances qui est ici signifiée mais bien une démarche intellectuelle spécifique qui peut conduire au cas par cas à s'éloigner d'une norme en connaissance de cause pour gagner en pertinence et en efficacité dans l'abord d'un patient donné. L'optique du service médical effectif rendu au bout du compte au patient passe alors premier plan, plutôt que l'adéquation à une référence générale et impersonnelle. Le jugement de rigueur scientifique ne tient plus à la cohérence du médecin avec des normes sur un cas fictif mais à une performance médicale située : face à tel patient, porteur de telles craintes, dans tel contexte familial ou socio-économique, avec lequel il faut négocier certaines choses pour convaincre sur ce qui n'est pas négociable et maintenir le contact qui autorisera un suivi de plus en plus conforme à la norme de pratique à laquelle le médecin ne renonce pas ce faisant. Où est alors le flottement, où est alors la rigueur, une

¹ Des résidents nous ont ainsi signifié, entre autres critiques des enseignements de médecine générale qui leur sont dispensés, leur agacement face à l'insuffisance des « démonstrations » fondées sur l'expérience personnelle de l'enseignant face à tel ou tel patient. Dans le cadre de ces cours, le chemin semble particulièrement étroit entre la formulation de généralités qui recourent les informations contenues dans la littérature spécialisée ou les cours de second cycle, et l'évocation de situations concrètes mais dont la pertinence semble à certains limitée au cas évoqué. Quelle voie trouver entre l'abstraction et l'anecdote, alors même que les résidents paraissent demandeurs de « recettes » d'application immédiate et qu'un grand scepticisme entoure les démarches et outils conceptuels – de qualité inégale selon nous – importés des sciences humaines ?

fois qu'on a saisi qu'il n'y a pas si souvent en médecine générale de *one best way* mais que tout n'y est pas non plus anodin ni équivalent ? Des procédures faites de compromis patients avec les malades sont parfois mieux à même d'aboutir dans la durée à une prise en charge raisonnable et raisonnée que des décisions certes en tout point conformes au protocole en vigueur mais dont le malade ne fera rien ou qui stimuleront son nomadisme. Parce qu'il faut aussi parfois, confie un maître de stage pourtant peu suspect de complaisance dans ses prescriptions, « *aider les gens à traverser hors des clous* ». C'est toute une conception de la rationalité de la décision médicale qui se trouve en fait engagée dans le jugement porté sur ces formes de bricolage cognitif¹. Car il y a un monde entre cette modulation consciente d'elle-même, réflexive, et sous-tendue par un objectif de rigueur croissante dans la prise en charge, et la fantaisie ou la routine de manières de faire qui ne prennent plus la peine de se justifier – puisque, après tout, un pan important de la médecine générale peut aussi se pratiquer à moindre effort.

« *Alain [le stagiaire précédent] je le connais bien, il a quand même une intransigeance, il est pas capable de se mettre... Enfin... De ce que j'en connais, c'est comme ça : il a sa ligne de conduite et elle est toute droite, et tout ce qui dévie sera éjecté. Il est très Evidence Based Medicine. C'est binaire, c'est prouvé ou c'est pas prouvé, ce qui fait que la médecine générale n'est pas adaptée à lui, parce que la médecine générale, c'est rarement ça. Il le sait, c'est pour ça qu'il veut faire du SAMU et je crois qu'il est très bon dans ce monde-là. Mais d'un autre côté il est adorable, quand il fait les choses il sait ce qu'il fait, il le fera bien. C'est pour ça qu'il s'est mieux entendu avec Jacques qu'avec François [maîtres de stage], parce que Jacques il est un peu plus comme ça. François c'est le vrai médecin, le vrai généraliste, globalisant, à partir du moment où on cherche cette qualité de prise en charge, l'EBM ça peut pas suffire. On est obligé de négocier un peu avec le patient. Même si c'est la recommandation, plutôt que de faire la prescription et de dire au patient qu'il n'a qu'à la respecter, que c'est comme ça, le rôle du généraliste c'est aussi de faire un peu l'anguille : "Bon ben d'accord, alors on fait pas ça pour le moment, mais on refera le point la prochaine fois". Mais ça reste hyper rigoureux. Je veux dire c'est pas juste la débrouille, parce que la débrouille c'est une chose que tout le monde peut faire évidemment ! Et à l'hôpital aussi, d'ailleurs, quand on est seul en garde, forcément on se dépatouille, bon c'est pas pour ça qu'on fait de la bonne médecine. Tandis que là, c'est amener le patient petit à petit à accepter une prise en charge pour laquelle il est pas chaud au départ. Ce qu'on apprend pas du tout à l'hôpital, parce qu'à l'hôpital on impose : "Vous allez faire ça, point". Donc faire l'anguille, tâter un peu le terrain, voir ce que le patient est prêt à accepter ce jour... » (Juliette, stagiaire).*

¹ Nous explorons cette question dans le rapport (Bloy, 2004) au moyen de la notion de la rationalité procédurale construite par l'économiste H. A. Simon en réaction aux hypothèses de rationalité substantielle (Simon, 1976).

« *Moi ce que j'ai réalisé, c'est le fossé qu'il peut y avoir entre ce qu'on dit et ce qui est compris, avec toute la bonne volonté qu'on y met. Un fossé, pareil, entre l'ordonnance et ce qui est pris. À l'hôpital je l'ignorais complètement. La médecine de ville est beaucoup plus ancrée dans le réel, quoi. À l'hôpital, on a une espèce de schéma : bon j'ai mon idée, je fais mon explication, mon ordonnance, le patient va faire ce que je lui ai dit et il va très bien se porter ! Mais c'est d'un faux ! Mais c'est complètement faux ! Parce que nous, en médecine de ville, on les voit les patients qui sortent de l'hôpital avec leur ordonnance de l'hôpital ! Ben ils ont pas du tout envie de prendre ça, parce que c'est pas du tout leur médicament habituel ! Et la médecine de ville, c'est ça tout le temps, tout le temps, tout le temps quoi. Une négociation permanente entre la science médicale, ce qu'on a appris, et l'individu en face de nous qui a ses habitudes, ses envies, ses blocages, ses caprices, ses... Et il va falloir composer : "Celui-ci c'est pas indispensable, si vous en voulez pas, d'accord ; celui-là par contre c'est vraiment important..." Et on se lance dans une explication... Ah l'espèce d'image idéale que j'avais de la relation entre le médecin, le malade et son médicament est complètement tombée. Ca, c'est quand même important de le savoir pour faire une bonne médecine parce qu'il faut arrêter de se leurrer quoi, arrêter de se raconter des histoires avec des patients parfaits et des médecins parfaits. À la fac, à l'hôpital on nous a appris qu'il y a tout un tas de médicaments qui servent à rien "Ne les prescrivez pas !" Bon, et en médecine générale on s'aperçoit que c'est ça qu'ils veulent, alors on fait quoi ? On va pas répondre un non froid et catégorique "la science a dit que c'est inutile donc je vous en donne pas !" Et on n'a rien gagné du tout mais on a coupé tout contact, tout dialogue. Mais on va pas non plus prescrire un truc dont on sait que ça sert à rien et qui coûte cher... Alors pour moi c'est une partie intégrante de la pratique en médecine, surtout en médecine générale. Savoir prendre les patients comme ils arrivent, quoi » (Diane, stagiaire).*

Quel intérêt pour la fonction de médecin généraliste ?

Un dernier niveau de réserves est présent dans le discours de certains résidents : la question n'est plus ici que la relation au praticien soit difficile, ni que la qualité de pratique paraisse en décalage par rapport à la formation reçue, la question est que l'exercice même de la médecine générale est jugé de peu d'intérêt. Faible intérêt intellectuel et faible intérêt pour la relation au patient se rejoignent dans cette critique qui voit dans la médecine générale une médecine nécessairement modeste et superficielle, éventuellement utile, mais peu stimulante pour celui qui la pratique. Certains peuvent ainsi défendre l'intérêt de la fonction du médecin généraliste, pour la collectivité dans son ensemble et ses patients en particulier, en déniaient toute prétention intellectuelle à ce service médical rendu considéré comme nécessaire, agréable le cas échéant, mais minimal : « *La valeur ajoutée en termes de*

connaissance scientifique, elle est nulle. Faut pas se prendre pour un grand ponte quand on prescrit des trucs pour le nez pour une rhino ! Faut considérer qu'on rend service aux gens, qu'en ça on a de la valeur, mais on n'a aucune valeur scientifique quand on fait ça ! Il n'y a pas à être frustré, ça peut être très sympa sur tout le reste, mais si on pense qu'on est génial pour ses connaissances scientifiques on est complètement à côté. Donc si on a une autre idée de soi, ben faut pas aller en ville, faut être spécialiste ou alors à l'hôpital » (Simon, stagiaire). Soulignons que cette mise en cause fondamentale de l'intérêt et de la profondeur du champ d'action de la médecine générale n'est pas spécialement le fait de stagiaires ayant eu une mauvaise expérience de stage, il s'agit d'une attitude ancrée dans des expériences et une socialisation médicales plus anciennes. Elle est apparue comme davantage masculine et va souvent de pair avec un projet professionnel privilégiant le milieu hospitalier (notamment les services d'urgence). Ces résidents se caractérisent en général par un investissement faible ou superficiel de la relation au patient. L'un d'eux se disait étonné de voir certains patients revenir spécifiquement vers lui à la suite d'une première consultation dont ils avaient été satisfaits. Sans tomber dans une idéalisation romantique du médecin de famille, il faut bien constater ici que fait défaut une forme de sensibilité et d'intérêt pour les gens qui anime les médecins qui s'épanouissent dans le contexte de la médecine générale. Cette critique est donc formulée à partir d'un point de vue et d'un projet de vie qui mettent à distance la médecine générale. Elle n'en est pas moins nourrie, autant que les remarques des résidents les plus enthousiasmés par la médecine générale, des situations observées et vécues durant les six mois de pratique au cabinet d'un généraliste et il serait abusif de lui dénier toute pertinence. Bon nombre d'éléments sur lesquels elle s'échafaude sont d'ailleurs présents, bien que de manière circonstanciée ou plus modérée, dans les récits recueillis auprès de ceux des résidents qui se destinent volontiers à la médecine générale. Nous suggérons plus précisément que leurs réserves de fond désignent assez bien les grands maux qui menacent la pratique de la médecine générale.

Au vu des nombreux témoignages recueillis, nous ne tenons l'horizon négatif de la pratique de médecine générale qu'ils dépeignent ni pour nécessaire ni pour impossible. Quelles sont donc ces « plaies » qu'ils évoquent ? Nous ne ferons qu'évoquer les trois principales :

- la nature des affections traitées, le terme ironique de « bobologie » résume en langage indigène la faible gravité, la banalité répétitive des situations que le médecin généraliste est appelé à prendre au sérieux et à explorer – ou parfois à faire semblant d'explorer –, ne serait-ce que pour rassurer les patients ;
- l'envahissement de la consultation par une parole plaintive, répétitive, peu consistante, désignée par un résident comme un « bla-bla » lancinant, difficile à contenir et donnant peu de prise à un travail médical authentique (« *Non mais moi une vraie dépression, avec des signes caractérisés, OK, j'écoute, je traite, mais ce bla-bla !* [imitation du résident par la maître de

stage] *Alors j'explique que ce bla-bla répété ça permet aussi peut-être aux gens de pas verser dans une dépression, qu'on peut leur faire passer un cap, pas nécessairement en traitant. Et c'est pas parce qu'on ne va pas traiter qu'on ne fait rien. Ils viennent te voir, accepte qu'ils en ont besoin, qu'on est aussi une soupape...* » [D^r V., maître de stage]) ;

– la dépendance au client, caractéristique de l'exercice libéral, qui contraint précisément le généraliste à accéder à des demandes où dominant la bobologie et le « bla-bla » et à répondre dans les formes attendues par le patient sauf à risquer de perdre tout à la fois patient, revenu et emploi...

Les trois éléments présentés s'articulent donc dans une caricature peu flatteuse mais relativement cohérente de la consultation de médecine générale. Aux yeux de certains stagiaires, celle-ci apparaît comme un mélange de théâtre et de petit commerce, fortement structuré par une dépendance au patient dont le généraliste pourrait difficilement s'émanciper pour raisonner et agir en véritable médecin. Leur irritation par rapport au discours des promoteurs de la médecine générale est grande, leurs commentaires redoutables et partant la transmission compromise.

À ce portrait en négatif du généraliste quels arguments et surtout, de manière plus convaincante pour les résidents, quels exemples de pratique les maîtres de stage et les généralistes enseignants peuvent-ils opposer ? Le discours est double et pas totalement cohérent puisqu'il est dit des servitudes décrites plus haut, d'une part, qu'on peut les contenir, d'autre part, qu'elles participent de la grandeur de la médecine générale. Le médecin peut les contenir par un travail d'éducation du patient dans la durée, alors présenté comme condition de maintien d'un exercice stimulant et varié, tandis qu'il lui appartient de pousser plus loin sa pratique de médecine générale en ne relâchant pas son effort de formation. Le « bla-bla », les consultations pour un rhume ou une gastro-entérite virale simple peuvent être cadrés et limités par l'attitude du médecin, les conseils et explications fournies en amont de l'épisode viral. Le patient et son discours ne sont pas alors que « subis » mais modelés par le type d'écoute et de prise en charge proposés. Il y a en somme des règles du jeu à instaurer dans la relation avec le patient et l'initiative de définir le style du jeu revient au médecin. L'insistance est mise sur les effets de miroir qui voudraient que chaque praticien (sauf situation de monopole) ait les patients qu'il autorise et qu'il mérite. Ce pouvoir de façonnage d'une clientèle et de ses attentes est attesté par les résidents qui ont pu voir à l'œuvre différents maîtres de stage. Mais, par ailleurs, les généralistes se prévalent, plus que d'autres médecins, de leur identité de profession consultante au service du patient, accessible et disponible aux différents registres de plaintes... Une partie de leur grandeur tiendrait à cette servitude, mais on voit que l'articulation entre ce principe d'accueil et le principe de mise en forme des demandes des patients ne va pas tout à fait sans tension.

L'enquête sur le stage chez le praticien nous mène donc au plus près des réflexions et prises de position des acteurs sur les spécificités des

compétences requises, ou non, par la médecine générale. Ces prises de position s'organisent au croisement de l'expérience du stage, de dispositions antérieurement constituées, et aussi de projets d'exercice plus ou moins stabilisés. Attardons-nous pour finir sur ce dernier point.

■ L'impact du stage sur les projets des jeunes médecins

Que peut-on dire, au terme de cette enquête, de l'impact du stage chez le praticien sur l'avenir des résidents, tels qu'ils l'envisagent au-delà du troisième cycle ? La mise en place du stage reposait sur un pari selon lequel la motivation des jeunes résidents pour la médecine générale pouvait se construire ou se consolider en connaissance de cause, avec l'appui du praticien, au cabinet. Des généralistes sont partis du constat que leur exercice était au mieux méconnu, au pire disqualifié au cours de la formation hospitalo-universitaire et ont conçu que six mois passés à leurs côtés dans de bonnes conditions seraient de nature à faire surgir ou confirmer des vocations. Qu'en est-il ?

Disons d'abord que le bilan esquissé n'est que très provisoire, car les projets professionnels des jeunes médecins sont rarement arrêtés au terme du cursus. C'est plutôt une nouvelle période de transition et d'expérimentation¹ qui s'ouvre donc à l'issue du troisième cycle de médecine générale, le stage chez le praticien ne provoquant pas une accélération des débuts de carrière. Nous préférons parler pour qualifier la période qui s'étire entre la fin des études (puis de la thèse) et l'installation ou l'engagement à durée indéterminée d'un « âge des possibles »², dont nous nous efforçons de comprendre les logiques, plutôt que de reprendre le discours péjoratif ambiant selon lequel ces jeunes médecins « traînent ». Qui dit âge des possibles dit indétermination, incertitude, instabilité, ou en positif ouverture et plasticité des projets... La tentative de prospective est de ce fait mal assurée mais cela tient à la manière dont les jeunes médecins rencontrés repoussent les décisions qui leur semblent définitives.

1 O. Galland distingue dans ses travaux une socialisation de la jeunesse par identification, relativement traditionnelle et un modèle plus contemporain qui fait la part belle à l'expérimentation. On est tenté de considérer le stage chez le praticien comme un dispositif de socialisation plutôt conservateur, qui repose sur l'identification et la dépendance personnelle à un praticien implicitement constitué en « modèle ». Même s'il offre aussi des possibilités d'expérimentation, surtout lorsqu'il est effectué auprès de plusieurs praticiens, ce stage n'en épuise donc pas le besoin chez les jeunes médecins (Galland, 2001). Ajoutons que l'identification au « maître » s'inscrit dans une tradition bien établie de formation médicale, de type compagnonnage, où l'étudiant apprend d'un médecin exemplaire (tant par son sens clinique qu'éthique), dont le souvenir l'accompagne toute sa vie.

2 L'expression est empruntée au titre d'un film de P. Ferran (1996).

Deux dimensions méritent d'être considérées pour conclure sur l'impact de ce stage dans la transmission intergénérationnelle : quel est tout d'abord le bilan du stage chez le praticien en termes d'acquisition de savoirs ou de savoir-faire ? Ce stage débouche-t-il ensuite sur des projets et des envies de médecine générale ?

Quel bilan en terme d'acquisition de savoirs et de savoir-faire ?

Sur le premier point le stage est incontestablement formateur. En dépit des réserves formulées sur l'inégale qualité des lieux de stage, le stage fonctionne comme une très bonne mise en situation. Les résidents, même les plus hésitants ou les moins motivés, sortent du cabinet avec un certain savoir-faire dans l'approche du patient et la gestion des ressources et contraintes de la prise en charge au cabinet. Leurs pratiques médicales au terme du stage se présentent comme autant de compromis locaux réalisés entre l'enseignement hospitalo-universitaire et celui du ou des maîtres de stage. Ces compromis étant le fruit de combinaisons différentes entre ces sources, ils peuvent avoir une certaine originalité même s'il serait excessif de parler d'invention d'un style de pratique par les résidents, à ce stade. L'idée de « bricolage cognitif en devenir » correspond sans doute mieux à ce qu'ils mettent en œuvre lors de cette intégration d'éléments de savoir un peu disparates. Même pour les moins assurés d'entre eux, le tête-à-tête avec le patient dans le cadre duquel il est impératif d'aboutir à une décision en peu de temps, la variété des demandes en médecine générale, ont perdu leur caractère effrayant. Le sentiment partagé est d'avoir éprouvé cette capacité à « tenir » face au patient et à l'immensité des connaissances médicales théoriquement mobilisables. Ce constat est général et indépendant de l'aspiration à exercer effectivement la médecine générale. Les remplacements se trouvent ainsi dédramatisés tandis que la crainte que les patients fassent les frais de leur inexpérience s'éloigne. Une réelle familiarité avec ce contexte d'exercice paraît donc acquise et est à mettre sans conteste au crédit du stage. D'autant que cette relative sérénité n'est pas synonyme d'insouciance. Le plus souvent, elle nous a semblé au contraire s'accompagner d'un sens élevé des responsabilités, du sentiment de sa propre faillibilité, et d'une humilité vis-à-vis du patient comme vis-à-vis du savoir. Ce semestre chez le praticien structure la découverte de la médecine générale de manière en principe accompagnée et progressive, mais peut provoquer aussi une prise de conscience précoce des difficultés et incertitudes de la décision en médecine générale, et donc de la complexité d'un exercice exigeant dans cette discipline... dont il n'est pas exclu qu'elle en dissuade certains ou les rende du moins plus regardants sur la sécurité de leurs conditions d'exercice.

Une carrière de généraliste ?

Concernant enfin l'engagement dans une carrière de généraliste (et quelle carrière ?), le bilan est beaucoup plus contrasté et conduit à distinguer plusieurs types de publics. Les résidents incondtionnels de la médecine générale existent mais, même eux, semblent peu pressés de s'installer. Leur projet est plutôt d'enchaîner remplacements et vacations pendant quelques années avant de se stabiliser. Le stage est intervenu alors davantage à titre de confirmation heureuse que de révélation.

D'autres populations sont à distinguer, selon leur degré de prise de distance à la pratique de la médecine générale telle qu'elle est enseignée par les généralistes. Celle des résidents qui se destinent à exercer dans les services d'urgences est apparue très tôt dans l'enquête. Ils apprécient la pratique en milieu hospitalier qu'ils tiennent pour plus stimulante et plus exigeante. D'autres résidents sont convaincus par une médecine générale dont la pratique et le cadre relationnel les séduisent, tout en restant réservés par rapport à un éventuel exercice libéral. Cette deuxième population, plus féminine que la précédente souhaiterait éviter d'assumer l'installation puis le fonctionnement d'une entreprise libérale. L'attrait pour la médecine générale est mis en balance avec les charges de l'exercice libéral, entendues au sens large¹ ; l'aspiration à un exercice salarié, au moins partiel, est forte. Elle pourrait se replier sur des postes en milieu hospitalier si les conditions d'exercice de la médecine générale ambulatoire n'évoluent pas. Une dernière catégorie serait constituée de ceux ou celles qui entreprennent de réduire la médecine qu'ils veulent pratiquer à une orientation particulière, par volonté d'approfondissement d'une « spécialité » ou simplement par souci d'aménager plus confortablement leur exercice et partant leur mode de vie. Les projets de carrières de type nutrition ou angiologie, par exemple, illustrent ce choix d'exercice.

À un titre ou à un autre, ces résidents qui à l'issue du stage n'ont pas d'intérêt ou de goût pour la médecine générale, voire la dénigrent, s'apparentent à des « déviants », au sens de H. Becker (Becker, 1985), par rapport aux objectifs des « entrepreneurs de morale » – ou mieux, ici, des « entrepreneurs de science médicale » – que sont les promoteurs de la médecine générale. Les généralistes enseignants ne peuvent en effet accepter la définition réductrice que les déviants proposent de leur spécialité dans une phase de lutte pour l'imposition et la reconnaissance d'une identité professionnelle. Rappelons que la déviance ne doit pas être appréhendée dans cette

¹ À savoir que la crainte ne porte pas essentiellement sur le revenu une fois toutes les charges payées ; elle porte sur la faible réversibilité des choix faits en matière d'installation, les difficultés à contrôler son temps de travail, à bénéficier ensuite d'une éventuelle mobilité ou reconversion professionnelle... Ces résidents semblent considérer qu'ils seront toujours à temps de s'installer. Une fois installés (et endettés), quelles marges de manœuvre leur restera-t-il ? La question qu'ils se posent est moins celle de l'équilibre des recettes et des dépenses que celle, plus compliquée, d'arriver à soutenir un exercice qui les intéresse en gardant une vie personnelle satisfaisante.

sociologie comme une propriété du comportement lui-même mais comme le résultat d'une interaction entre la personne qui commet un acte et ceux qui réagissent de manière négative à cet acte¹. La revendication d'autonomie et de diversité des projets, dont sont porteurs les étudiants, se heurte à ce qui est alors ressenti comme une forme de « pensée unique » des militants de la médecine générale que sont souvent les maîtres de stage et les généralistes-enseignants. Il y a bien une difficulté de fond à tenter de concilier ces aspirations à des approfondissements et des exercices divers de la médecine avec la constitution d'un corpus unifié de savoirs et savoir-faire de médecine générale qu'ambitionnent les généralistes enseignants. L'imposition de la médecine générale comme spécialité peut difficilement s'opérer sans passer par un travail d'unification et de formalisation de ce type, dont nous avons vu qu'elle peine pour l'instant à convaincre tous les résidents de la pertinence intellectuelle comme de la nécessité.

¹ H. S. Becker se positionne sur le terrain de la déviance morale et de la délinquance mais suggère lui-même dans la postface à la traduction française les applications possibles à la sociologie de l'art ou de la science : « Prenons les activités des "entrepreneurs de morale" décrites dans *Outsiders*. En raison de l'analogie formelle avec ceux qui tentent de persuader le monde d'accepter leur définition de certaines activités comme déviantes, on pourrait appeler les critiques, historiens et philosophes de l'art, qui cherchent à démontrer ce qu'est "réellement" l'art, des entrepreneurs d'esthétique ; de même pour les philosophes de la science et les méthodologues qui se livrent à de semblables activités à propos de la science. [...] Il y a une différence bien sûr. Définir quelque chose comme déviant conduit à des sanctions. Définir quelque chose comme art ou science c'est favoriser le soutien – financier ou autre – qui peut être accordé au travail et à ceux qui le font. Inversement [...] définir quelque chose comme n'étant pas de l'art ou de la science, c'est signifier que le soutien devrait être refusé. [...] Il se peut que cette opération de définition ressemble à un exercice philosophique, mais elle a des conséquences économiques et politiques. » (Becker, 1985, p. 243-244).

Bibliographie

- AÏACH P. et FASSIN D., (1994), *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos.
- ARLIAUD M., (1987), *Les médecins*, Paris, La Découverte.
- ARLIAUD M., (2002), « La “fin de l'internat” ? », *Regards sur l'actualité*, n° 282, juin, p. 59-68.
- BASZANGER I., (1979), *Des généralistes en particulier : une approche biographique des processus de socialisation professionnelle*, thèse de doctorat de troisième cycle, Paris, EHESS.
- BASZANGER I., (1981), « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, XXII, p. 223-245.
- BASZANGER I., (1983), « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du Travail*, n° 3, p. 275-294.
- BECKER H. S., HUGUES, E.C., GEER B., STRAUSS A. L., (1961), *Boys in white, student culture in medical school*, Chicago, The University of Chicago Press.
- BECKER H. S., (1985), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métailié.
- BLOY G., (2000), « Stratégie de distinction et dynamique des conventions, suggestions de complications », *Sciences sociales et santé*, n° 1, p. 23-34.
- BLOY G., (2001), « La confiance et ses raisons : une analyse de la relation médecin/malade en médecine générale », in Aubert F. et Sylvestre J.-P. (ed.), *Confiance et rationalité*, Paris, INRA Éditions.
- BLOY G., (2002), « Motivations et représentations de l'acte médical en médecine générale de ville : un regard sociologique », in Béjean S. et Peyron C. (ed.), *Santé, règles et rationalités*, Paris, Economica.
- BLOY G., (2004), *Socialisation et transmission professionnelles en médecine générale : étude sociologique du stage chez le praticien*, Rapport de recherche réalisé dans le cadre du programme « Sciences biomédicales santé et société » CNRS/DREES-MiRe/INSERM, 282 p.
- GALLAND O., (2001), *Sociologie de la jeunesse*, Paris, Armand Colin (3^e édition).
- GOFFMAN E., (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne*, tome 1 : *La présentation de soi*, tome 2 : *Les relations en public*, Paris, Minuit.
- LEVASSEUR G. et SCHWEYER F.-X., (2001), « La recherche en médecine générale en France », *Cahiers de sociologie et démographie médicale*, n° 1, janvier-mars, p. 47-80.
- ROBELET M., (2002), « Médecins généralistes : les voies étroites du réenchâtement professionnel », *Regards sur l'actualité*, n° 282, juin, p. 45-58.
- SIMON H. A., (1976), « From substantive to procedural rationality », in Latsis S.J. (ed.), *Method and Appraisal in Economics*, Cambridge, Cambridge University Press.
- URFALINO P. et al., (2001), *Les recommandations à l'aune de la pratique, les cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*, Rapport du Centre de sociologie des organisations pour l'URML du Poitou-Charentes.