Double statut et construction paradoxale des savoirs de l'interne

Etre étudiant et médecin

Isabelle ETTORI

Médecin généraliste en exercice maitre de conférence associée à la faculté de médecine de Tours, et coordinatrice du diplôme d'études spécialisées de médecine générale à la faculté de Tours

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.9805

Résumé : En France, l'interne est un professionnel en formation à la fois étudiant intégré dans un parcours universitaire et médecin, exerçant des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins. Le statut de l'interne et son activité articulent deux logiques institutionnelles (médecin versus étudiant), à l'origine de tensions paradoxales voir de souffrance psychologique. Comment l'interne peut-il concilier ces deux fonctions, ces deux modes d'entrées dans les savoirs : par les apports académiques, d'une part, par l'agir expérientiel, d'autre part ? Quels sont les éléments sur lesquels les formateurs peuvent s'appuyer pour accompagner les internes dans leur professionnalisation ? Le propos s'appuie sur une recherche qualitative menée par entretiens auprès d'internes de médecine générale. Les résultats montrent des difficultés d'identification à leur situation d'étudiant et leur rôle de médecin, accentuées par des injonctions institutionnelles parfois contradictoires. Par exemple, le droit à l'erreur est vécu comme constitutif du paradoxe : entre erreur indispensable au développement des compétences, et erreur impensable pour un médecin en responsabilité. La place d'une séniorisation bienveillante est alors essentielle. Il s'agira pour l'enseignant de reconnaitre ses savoirs et son identité professionnelle en construction et de l'accompagner vers une autonomie professionnelle.

Mots-clés : Rapports aux savoirs, logiques institutionnelles, construction professionnelle, médecine, étudiants

Abstract: In France, the intern is a professional in training who is both a student on a university course and a doctor, performing preventive, diagnostic and therapeutic functions. The status of interns and their activities combine two institutional logics (doctor versus student), giving rise to paradoxical tensions and even psychological suffering. How can interns reconcile these two functions, these two ways of gaining access to knowledge: through academic input, on the one hand, and through experiential action, on the other? What are the elements that trainers can draw on to support interns in their professionalisation? This paper is based on qualitative research based on interviews with general medical interns. The results show that they have difficulty identifying with their situation as a student and their role as a doctor, accentuated by sometimes contradictory institutional injunctions. For example, the right to make mistakes is seen as constituting a paradox: between a mistake that is essential to the development of skills, and a mistake that is unthinkable for a doctor in a position of responsibility. The role of benevolent seniority is therefore essential. For the teacher, it is a question of recognising his or her knowledge and professional identity as they develop, and supporting them towards professional autonomy.

Keywords: Relationships to knowledge, institutional logics, professional construction, medicine, students

1 Introduction

L'interne en médecine est à la fois un médecin exerçant des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, et un étudiant intégré dans un parcours de formation universitaire[1]. Ainsi, le statut de l'interne entraine une situation dans laquelle deux logiques institutionnelles sont articulées : la logique professionnelle *versus* la logique étudiante. La logique étudiant implique une immersion profonde dans l'acquisition de connaissances théoriques et académiques, qui sont essentielles pour comprendre les fondements de la médecine et développer une pratique éclairée. La logique professionnelle implique une immersion dans le monde médical réel, où les internes doivent appliquer leurs connaissances théoriques, développer des compétences cliniques et se forger une identité professionnelle. Cette double exigence peut créer une tension interne, car exceller dans l'un de ces domaines peut sembler nuire à la performance dans l'autre (Albarello *et al.*, 2013). La coexistence de ces deux logiques peut être difficile à gérer et peut potentiellement générer un mal-être important. A quel groupe identitaire appartient l'interne : médecin ou étudiant ? Comment organiser son temps et son travail entre soins et université ? Comment l'interne se place-t-il dans les apprentissages ?

Partout dans le monde, la souffrance mentale des étudiants en médecine est importante. En 2021, une méta-analyse internationale considérait que 37% des étudiants étaient en burn-out et jusqu'à 21% présentait des idées suicidaires (Almutairi H, 2022). Les conséquences de ce phénomène sont nombreuses : addictions, troubles anxieux, dépression, troubles du sommeil (Kerrien, 2015 ; Sejourne, 2012). Surtout, cette souffrance de l'interne altère la relation médecin-patient et entraine une dégradation de la sécurité des soins (West, 2006 ; Shanafelt, 2002, Galam 2008). Peu d'études se sont spécifiquement intéressées à la santé mentale des internes. Pourtant, en France, en 2017, 67% d'entre eux présentaient des signes de burn-out (ANEMF et al, 2017 ; Py et al, 2021, Galam 2013 ; Barabarin, 2012). Des facteurs sont déjà identifiés comme prédisposant au burn-out des internes : l'âge de l'interne, le temps de travail (Galam 2013 ; Garceran 2010) et le manque de reconnaissance (Bouteiller, 2013). Cependant, toutes ces études n'expliquent pas pourquoi les internes réagissent différemment face à un ensemble de contraintes similaires. Certains apportent des réponses négatives les conduisant au burn-out, tandis que d'autres supportent mieux la situation. Une des explications avancées est l'existence d'une confusion entre leur identité personnelle et professionnelle (Egnew et al, 2018 ; Outram and Kelly, 2014). Un sentiment presque constant d'inadéquation apparaît entre les attentes des enseignants et de la société face aux moyens à disposition. Une autre explication avancée dans *Boys in White* (Becker, Hughes, 1961) est que la socialisation médicale passe avant tout par le compagnonnage, c'est-à-dire par l'apprentissage au contact des pairs et des praticiens expérimentés. Cette dynamique, reprise par Iori et Tixier (2015), met en lumière le décalage structurel entre un enseignement académique très exigeant et une transmission professionnelle largement informelle.

[1] Code de la santé publique. Section 1 : Statut des étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie, de maïeutique et de pharmacie (Articles R6153-1 à R6153-44)

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

L'analyse du burn-out s'est limitée à l'analyse de ses déterminants. Une lecture sociologique plus globale semble intéressante pour compléter la compréhension de ce phénomène. Ainsi, le burn-out peut être identifiée comme un type de réaction possible face à une situation. La sociologie institutionnelle étudie comment les institutions façonnent les comportements et les interactions sociales des individus. Elle examine les structures, normes et processus qui guident et contraignent l'action individuelle et collective au sein des organisations et de la société. Cette approche considère que les individus répondent à des "logiques institutionnelles" multiples, incluant des influences culturelles, légales et habituelles, qui structurent leurs choix et leurs actions (Scott, 2008). Elles ne sont pas nécessairement cohérentes entre elles, ce qui peut être à l'origine de tensions (Pache, 2010). Chaque personne ressentirait ces tensions de manière personnelle. Plusieurs profils réactionnels sont envisageables. Les réponses défensives évoquent une opposition et peuvent mener à l'épuisement. Les réponses neutres trouvent un équilibre précaire en ne prenant pas position. Les réponses actives articulent de manière positive et durable les logiques institutionnelles.

Dans cet article, nous allons dans un premier temps développer les deux modes d'entrée dans les savoirs que constitue le double statut de l'interne en médecine : logique étudiant et logique médecin. Nous décrirons comment lire ce statut selon une logique institutionnelle, puis en quoi cela constitue un paradoxe, ainsi que les différentes réactions décrites face à des tensions paradoxales. L'objectif du travail était d'identifier les profils réactionnels des internes de médecine face aux logiques institutionnelles de leur statut par une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels.

2 Contexte de l'étude

Le code de la santé publique définit le statut de l'interne comme étant un « Praticien en formation spécialisée, l'interne consacre la totalité de son temps à ses activités médicales, et à sa formation »[2]. La définition légale du statut de l'interne constitue elle-même un paradoxe articulant deux logiques institutionnelles : la logique médecin et la logique étudiante. Cette dualité des attendus de ces 2 fonctions concomitantes mène à des tensions. Par exemple, le droit à l'erreur est constitutionnel du statut d'étudiant mais difficilement admissible pour un praticien en exercice (Outram and Kelly, 2014 ; Bari et al, 2016). L'identité professionnelle de l'interne se forge à travers les expériences cliniques, les interactions avec les mentors et les pairs, et la réflexion sur leur pratique. Perez-Roux (2023) souligne l'importance des transactions identitaires dans la construction de cette identité, où les internes négocient constamment leur rôle entre apprenants et praticiens.

Les logiques institutionnelles sont des systèmes de croyances, de pratiques, de valeurs et de règles qui façonnent le comportement des individus et des groupes au sein d'organisations et de la société (Tournay, 2011). Elles représentent des constructions sociales qui donnent du sens aux relations et aux actions collectives, tout en fournissant des indications sur les pratiques à adopter dans différents contextes institutionnels. Nous allons donc exposer les deux logiques institutionnelles constitutives

[2]Code de la santé publique R6153-2

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

du statut de l'interne en médecine, et leur interdépendance menant à une situation paradoxale.

2.1 La logique étudiante

Paradoxalement à cette fonction de médecin, l'interne est un étudiant : du latin *studere*, l'interne « s'applique à apprendre la médecine ». Il est intégré dans un parcours universitaire. La formation académique d'un interne en médecine repose sur une solide base théorique. Cette phase d'apprentissage comprend l'étude approfondie des sciences fondamentales, ainsi que des disciplines cliniques (Charlot, 1996). Cette logique académique est soutenue par une pédagogie rigoureuse et des évaluations régulières pour s'assurer que les internes maîtrisent les connaissances nécessaires. Le soutien académique et l'encadrement jouent également un rôle central dans la logique étudiant. Les internes bénéficient idéalement de l'accompagnement de leurs professeurs, tuteurs et mentors, qui les guident à travers les complexités des savoirs médicaux et les aident à naviguer dans leur parcours académique. Jorro (2009) met en avant la construction de l'éthos professionnel par la formation alternée, soulignant l'importance de l'interaction entre l'apprentissage théorique et pratique. La notion même d'étudiant induit le droit de se tromper, l'apprentissage de ses erreurs. Est–il possible pour un interne de se tromper de diagnostic, voire de traitement pour un patient ? Pourtant en médecine, il y a peu de place pour l'erreur face aux conséquences irrémédiables qu'elles peuvent engendrer. West *et al.* (2006) ont mis en évidence l'impact des erreurs médicales perçues sur le stress et l'empathie des résidents, soulignant l'importance de stratégies de gestion du stress pour maintenir une performance académique et clinique optimale.

2.2 La logique professionnelle : médecin

La transition des connaissances théoriques à la pratique clinique est un élément central de la formation des internes. Durant les stages cliniques, les internes sont confrontés à des situations médicales réelles, où ils doivent diagnostiquer, traiter et suivre des patients sous la supervision de médecins expérimentés (Bloy, 2005). Le développement des compétences cliniques est essentiel dans la logique professionnelle. Cela inclut des compétences techniques telles que la réalisation de procédures médicales, ainsi que des compétences non techniques telles que la communication avec les patients, la gestion des situations d'urgence et le travail en équipe. Les internes apprennent à naviguer dans des environnements cliniques complexes, à prendre des décisions rapides et à adapter leurs interventions en fonction des besoins des patients (Jorro, 2009).

La formation des internes en médecine ne se limite pas à l'acquisition de compétences techniques. Elle inclut également le développement de l'éthos professionnel, c'est-à-dire les valeurs, attitudes et comportements qui définissent un bon médecin. Cela comprend le respect de l'éthique médicale, la compassion, l'empathie, et l'engagement envers le bien-être des patients (Galam, 2014). Les internes sont souvent confrontés à des dilemmes éthiques et des situations complexes qui nécessitent une réflexion profonde et une prise de décision morale.

L'interne est considérée comme un médecin : « L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabi-

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

lité du praticien dont il relève »[3]. La délégation constitue le cadre d'intervention de l'interne et conditionne sa responsabilité. En termes de responsabilité civile, les erreurs commises par l'interne (erreur technique, erreur de diagnostic, thérapeutique inadaptée…) et/ou par le praticien dont il relève (défaut d'encadrement, mauvaise organisation du service, …) engageront en principe, sauf faute personnelle détachable du service, la responsabilité civile de l'établissement public de santé. La situation est différente en matière pénale où l'interne demeure personnellement responsable des maladresses, imprudences, négligences ou manquements à une règle particulière de sécurité ou de prudence pouvant lui être imputés. L'interne pourra par exemple être condamné pour homicide ou blessures involontaires en cas d'erreurs commises dans la prise en charge d'un patient ou s'il a outrepassé les missions qui lui avaient été confiées.

2.3 L'interdépendance de ces deux logiques

La théorie n'a de valeur que lorsqu'elle est appliquée de manière pratique, expérientielle, favorisant une assimilation plus profonde des connaissances (Albarello *et al.*, 2013). Les internes sont confrontés à la nécessité de lier les savoirs théoriques aux situations cliniques réelles. Bloy (2005) souligne l'importance de la transmission des savoirs professionnels par le biais de stages pratiques où les étudiants peuvent observer et participer à des actes médicaux réels, appliquant ainsi leurs connaissances théoriques dans des contextes concrets. Cette intégration est essentielle pour développer des compétences cliniques solides et efficaces mais aussi pour tirer des leçons de leurs erreurs afin de développer leur pratique réflexive garantissant une amélioration continue et une adaptation aux défis de la pratique médicale (Galam, 2014).

Un aspect essentiel de la formation professionnelle est la gestion de l'erreur médicale. Les internes doivent apprendre à reconnaître, comprendre et gérer les erreurs dans un cadre sécurisé, ce qui est crucial pour leur développement et la sécurité des patients (Fischer,2006 ; West *et al.*, 2006). Le développement de la résilience, la capacité à rebondir après des erreurs et à apprendre de celles-ci, est une compétence clé pour tout professionnel de la santé.

Comment les internes peuvent-ils gérer au mieux ces tensions paradoxales, pour mieux vivre leur internat ? En sociologie, il existe des fondements théoriques qui s'intéressent à la gestion, à la coexistence de pôles en tension : la théorie institutionnelle des paradoxes.

3 Cadre théorique

3.1 Lecture institutionnelle du statut de l'interne

La théorie institutionnelle est une approche en sciences sociales qui étudie comment les institutions façonnent le comportement des organisations et des individus. Elle se concentre sur les structures, normes, règles et croyances qui influencent les actions et

[3] Code de la santé publique R6153-3

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

les décisions au sein des sociétés et des organisations. Les principaux éléments de la théorie institutionnelle sont :

- L'isomorphisme : tendance des organisations à adopter des structures et pratiques similaires au sein d'un même champ organisationnel (DiMaggio & Powell, 1983).
- La légitimité : importance pour les organisations d'être perçues comme légitimes dans leur environnement institutionnel (Meyer & Rowan, 1977).
- Les trois piliers institutionnels identifiés par Scott : réglementaire, normatif et cognitif (Scott 1995).
- L'influence de l'environnement institutionnel sur les organisations, au-delà des seules considérations économiques (North, 1990).
- Le rôle des "mythes rationnels" et du découplage entre structures formelles et activités réelles des organisations (Meyer & Rowan, 1977).

La théorie néo-institutionnelle, développée à partir des années 1970, a approfondi ces concepts en mettant l'accent sur les processus de changement institutionnel et le rôle des acteurs dans la création et la transformation des institutions (DiMaggio & Powell, 1983 ; Scott, 2008).

L'environnement d'une organisation (activité de l'interne) est constitué d'institutions régulatrices, normatives et culturo-cognitives (Scott, 2008), dont le contenu est précisé par des logiques institutionnelles. Scott (2008, p48) définit les institutions comme des « structures et activités régulatrices, normatives et culturo-cognitives qui apportent de la stabilité et du sens au comportement social et sont socialement sanctionnées ». Dans cette définition, Scott met en évidence le caractère stable des institutions qui se construisent et se maintiennent dans le temps. De plus, elles donnent du sens au comportement social, dans la mesure où il s'agit de routines, d'habitudes, qui réduisent l'incertitude quant au comportement des individus et permettent une coordination sociale.

- Le pilier régulateur signifie que les institutions contraignent et régulent les comportements par des mécanismes formels et explicites de coercition : mise en place de règles (loi, règlements, code déontologie), et mécanismes de sanction des déviances : police, tribunaux, conseil de l'ordre
- Le pilier normatif fait également référence à des règles, mais plutôt informelles. Il s'agit d'influences sociales, issues d'associations professionnelles, de consultants et d'agences de certification. Le caractère normatif exprime l'idée d'une prescription d'un comportement à adopter et jugé le plus approprié dans un contexte donné, le plus souvent professionnel.
- Enfin, le pilier cognitif met en avant les représentations symboliques du monde, qui sont tenues pour acquises et qui façonnent le sens que les individus donnent aux phénomènes. Ce pilier est parfois qualifié de « culturo-cognitif », tant le cognitif et la culture sont imbriqués (Scott, 2008). La culture est en effet définie par Scott (2008, p57) comme un « ensemble sédimenté de sens, de croyances

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

> et de systèmes symboliques, qui joue un rôle essentiel dans la définition des manières de percevoir et de penser ».

Ces trois types de piliers évoqués par Scott (2008) constituent des canaux de diffusion d'une institution : canal formel (loi, règlement) ou informel (normes professionnelles, culture).

Les logiques institutionnelles sont aussi définies comme « un ensemble de pratiques matérielles, d'hypothèses, de valeurs, de croyances et de règles socialement et historiquement construites et par lesquelles les individus donnent une signification à la réalité sociale » (Thornton, Ocasio et Lounsbury, 2012). Ces logiques institutionnelles ont un caractère prescriptif dans la mesure où elles déterminent ce qui constitue un « comportement approprié » (Thornton, 2008). La définition du statut de l'interne et son activité hospitalo-universitaire sont ainsi influencées par plusieurs logiques institutionnelles : celles issues du champ hospitalier, du champ universitaire, et plus largement du cadre légal fixé par le Code de la santé publique. Ces différents univers obéissent à des règles, des normes et des modes de fonctionnement spécifiques, qui peuvent varier selon la taille des structures et les arrangements locaux.

Parmi cette pluralité institutionnelle, nous faisons le choix de centrer notre analyse sur deux logiques principales constitutives du statut d'interne : la logique médecin et la logique étudiante. Or, tout l'intérêt d'étudier ce statut hybride est que la présence de ces deux logiques institutionnelles est potentiellement à l'origine de tensions paradoxales. Ces tensions peuvent porter sur l'identité de l'interne, mais aussi sur son activité.

3.2 Les tensions paradoxales comme conséquences du pluralisme institutionnel

Un paradoxe peut se définir comme des éléments contradictoires mais interdépendants de l'organisation qui perdurent dans le temps (Smith et Lewis, 2011). Est donc considérée comme paradoxale toute situation dans laquelle des messages ou des exigences contradictoires sont imposés simultanément, créant une situation où toute action prise pour résoudre l'un des aspects du paradoxe semble contredire l'autre (Beavin, Jackson et Watzlawick, 1967). A l'image du symbole taoiste du yin et du yang, le paradoxe comprend des éléments en opposition mais aussi en synergie, dans un ensemble unifié. Par exemple, les internes vivent souvent une situation paradoxale : les patients peuvent les considérer avec déférence ou leur demander conseil, présumant d'un niveau d'expertise médicale (perception externe), alors que les internes se sentent souvent comme des novices ou des « profanes » dans le domaine médical, manquant de la confiance et des connaissances des médecins pleinement qualifiés (réalité de l'étudiant). Ce décalage peut entraîner des sentiments d'incertitude et le syndrome de l'imposteur chez les étudiants en médecine (Valestrand, 2023 ; Kerins, 2023).

Pour comprendre ces tensions, il est utile de se référer aux travaux de Beavin, Jackson, et Watzlawick (1967), qui ont exploré les paradoxes dans la communication humaine et les interactions, et sur les travaux de George Bateson sur les injonctions contradictoires (1956). La littérature retient trois grands types de tensions paradoxales : d'organisation, d'appartenance et de performance.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Le paradoxe d'organisation (temps de travail, prise de décision, prise d'initiative) existe quand l'organisation de services plus petits au sein d'une structure plus grande est en contradiction avec l'organisation globale de cette dernière (Jarzabkowski, Lê et Van de Ven, 2013). Concernant l'interne en médecine, ce paradoxe s'inscrit dans les situations suivantes : l'organisation intra service *versus* la politique de gestion de l'hôpital ; la loi sur le temps de travail *versus* le temps de travail réellement constaté ; la séniorisation nécessaire du travail *versus* l'indisponibilité du senior ; le temps de formation *versus* l'impossibilité de prendre ce temps.

Le paradoxe d'appartenance intervient lorsque la répartition des tâches crée des conflits d'identité, de rôle, de croyances et de valeurs entre le groupe de référence auquel l'individu s'identifie et l'organisation plus large (Jarzabkowski, Lê et Van de Ven, 2013), ou entre un individu et le groupe (Smith et Lewis, 2011 ; Lüscher et Lewis, 2008). *L'interne ne sait pas comment se positionner, étudiant ou médecin ?* Dans le contexte de la formation des internes, cela peut se manifester par des attentes contradictoires : l'interne est censé être un étudiant diligent, absorbant et démontrant des connaissances théoriques, tout en étant un praticien compétent, capable de prendre des décisions cliniques rapides et efficaces (Beavin, Jackson et Watzalawick, 1967 ; Bateson, 1956). Les internes doivent également naviguer entre l'autonomie et la supervision. D'un côté, ils sont encouragés à développer leur autonomie et à prendre des initiatives dans la prise en charge des patients. De l'autre, ils sont sous la supervision étroite de médecins plus expérimentés, qui évaluent et corrigent leurs actions (Bloy, 2005). Ce paradoxe, que Violet (1996) décrit dans le contexte éducatif plus large, peut conduire à des sentiments d'incertitude et de frustration, car les internes doivent continuellement ajuster leur niveau de dépendance et d'indépendance en fonction des attentes et des contextes cliniques.

Le paradoxe de performance opère à l'échelle micro des individus. Il provient de demandes managériales conflictuelles. Le problème est celui de l'accomplissement de rôles et d'activités contradictoires ou incohérentes. L'interne ne sait pas ce qu'on attend de lui, il est en contact avec des acteurs qui ont des attentes différentes ou contradictoires. Les internes doivent démontrer des compétences et des connaissances devant leurs supérieurs et leurs patients, ce qui peut les amener à privilégier la performance immédiate au détriment d'un apprentissage profond et durable (Beavin, Jackson et Watzlawick, 1967). Ce paradoxe est exacerbé par la pression de réussir des examens et des évaluations, qui peut parfois détourner l'attention des opportunités d'apprentissage à long terme (Jorro, 2009).

3.3 Types de réponses à un paradoxe

L'articulation finale des logiques institutionnelles dépend en partie de la manière dont les tensions paradoxales qu'elles peuvent susciter sont résolues. Une réponse défensive consiste à refuser de surmonter la tension paradoxale ou en la surmontant temporairement. Une réponse active permet de traiter le paradoxe sur le long terme, de façon continue.

Les différents types de réponses à un paradoxe institutionnel que nous avons identifiés sont :

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

- Type 1 : Suppression autoritaire d'un pôle. Le sujet résout les tensions paradoxales en polarisant sur une des logiques institutionnelles au détriment de l'autre (Jarzabkowski, Lê and Van de Ven, 2013). Pratt et Foreman parlent même de « suppression des identités » (2000). Concrètement, l'interne fait le choix plus ou moins consciemment soit de s'identifier comme étudiant, soit comme médecin et occulte l'autre identité.
- Type 2 : Négociation d'opposition. Malgré la reconnaissance de l'importance des besoins exprimés, chaque partie communique pour défendre son besoin et faire renoncer l'autre partie (Jarzabkowski, Lê et Van de Ven, 2013). Cela peut passer par une *projection* de la logique refusée sur un bouc émissaire, une *régression* : une focalisation sur les succès passés, une *répression* : déni du passé (Lewis, 2000). L'interne incarne les deux logiques, mais il revendique la suppression de l'un des aspects.
- Type 3 : Acceptation artificielle et compartimentée. Le sujet accepte les différents pôles mais de manière compartimentée temporelle ou spatiale pour éviter leur interaction (Lewis et Smith, 2011 ; Josserand et Perret, 2003). Quand l'interne est à la faculté, il s'identifie comme étudiant, alors que quand il se trouve à l'hôpital, il se sent médecin.
- Type 4 : Ambivalence. La position est mitigée et exclue les extrêmes (Poole et Van De Ven, 1989 ; Lewis, 2000). L'interne ne se sent pas médecin, mais pas étudiant non plus. Il est entre les deux.
- Type 5 : Acceptation passive. Il existe un équilibre sans débat des éléments (Poole et Van De Ven, 1989 ; Lewis, 2000), impliquant une soumission, un abandon ou évitement (Lüscher et Lewis, 2008), voire un état schizophrénique dans lequel les individus acceptent tous les éléments, tout en reconnaissant que cela est difficile et contradictoire (Westenholz, 1993). La situation est subie et amène un sentiment de souffrance.
- Type 6 : Travail proactif. Le sujet confronte les logiques. Un dialogue peut se faire dans le temps ou dans la construction locale : intégration cumulative et progressive des dimensions contraires, interpénétration des contraires en un lieu particulier. Il exploite les synergies entre les identités, par la création de liens entre elles. Il s'agit de reconnaitre que les besoins de chaque partie doivent être réalisés. Puis émerge une nouvelle identité provenant de la fusion d'identités existantes (Pratt et Foreman, 2000). La situation est difficile, mais l'interne a une grande chance de faire ce qu'il fait, il trouve cela intéressant de tenir ce rôle et il faut faire des efforts pour tenir ce rôle.
- Type 7 : Adoption d'une pensée paradoxale. Un nouveau cadre de référence se met en place dans lequel les éléments paradoxaux sont perçus comme interdépendants plutôt que comme conflictuels (Lewis, 2000 ; Smith and Lewis, 2011 ; Josserand et Perret, 2003). L'interne ressent une normalité de ce double statut et passe d'une appartenance identitaire à l'autre sans en souffrir.

Nous retenons donc une définition élargie du « travail institutionnel », qui consiste à résoudre les tensions internes liées à la coexistence de plusieurs logiques institutionnelles, pour *in fine* adopter une réponse face à ces logiques.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

4 Méthodologie

La qualité de vie au travail des internes de médecine générale, plus précisément la gestion, le vécu de leur statut est un objet de recherche peu étudié. C'est pourquoi une démarche qualitative est apparue comme pertinente afin d'explorer un phénomène en profondeur (Mucchielli, 1991). Cette démarche qualitative a utilisé une stratégie d'accès au réel : l'étude de cas (Gombault, 2005). Cette méthode permet de rendre intelligible des processus complexes ou des problématiques nouvelles (Strauss et Corbin, 1998). Elle apporte des éléments de compréhension sur les causes et sur les mécanismes d'un phénomène. Nous respectons bien les différents éléments de cette définition puisque nous analysons la gestion des différentes logiques institutionnelles que crée le paradoxe du statut d'interne par ces derniers. Enfin, l'intérêt de l'étude de cas repose sur la forte validité interne de ses résultats, c'est-à-dire sa capacité à traduire avec authenticité la représentation d'un objet.

Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de onze internes de médecine générale inscrits à la faculté de médecine de Tours, inclus sur la base de leur volontariat. Le critère d'inclusion retenu était d'être interne en médecine générale, tandis que le seul critère de non-inclusion correspondait au refus de participer à l'étude.

L'échantillonnage raisonné a visé à diversifier les profils, en tenant compte de variables susceptibles d'influencer le rapport au statut d'interne. La littérature montre en effet que certaines caractéristiques personnelles et contextuelles jouent un rôle dans l'expérience de formation et les pratiques professionnelles : l'âge ou le genre influencent par exemple les manières d'exercer et de percevoir la qualité de vie au travail (Berger, 2008 ; Kobayasi *et al.*, 2018), et d'autres études retiennent des variables similaires pour analyser la construction de l'identité professionnelle des étudiants (Erschens *et al.*, 2024). Dans cette optique, nous avons pris en compte l'âge, le sexe, le semestre d'étude, la situation familiale, le lieu d'externat, la présence d'une éventuelle reconversion professionnelle, le nombre de stages invalidés, le nombre de jours d'arrêt de travail, la signature ou non d'un CESP (contrat d'engagement au service public) et l'engagement syndical.

Le recrutement s'est fait par connaissance de la chercheuse puis par effet boule de neige, permettant d'atteindre des profils variés, et a été poursuivi jusqu'à saturation des données, atteinte après 8 entretiens et confirmée par 3 supplémentaires (décembre 2016 – août 2017). Les participants ont été informés des objectifs de la recherche et un rendez-vous a été fixé pour la réalisation de l'entretien.

Le guide d'entretien abordait d'abord la définition que donnent les internes de leur statut et de leur activité hebdomadaire, avant d'interroger leur profil réactionnel, les difficultés rencontrées et le cadre institutionnel dans lequel ils évoluent. Les entretiens, d'une durée comprise entre vingt minutes et une heure, se sont déroulés par téléphone ou au domicile des participants.

Une retranscription intégrale des verbatims a été réalisée, puis soumise à une analyse thématique par codage ouvert sur Excel. L'étude de cas a été menée selon la logique de Strauss et Corbin (1998), c'est-à-dire que l'accès au terrain a été influencé par la connaissance de la littérature, sans grille d'analyse préétablie. L'analyse a été conduite

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

dans une logique instrumentale, les cas ayant été lus à travers la théorie des logiques institutionnelles (Gombault, 2005). Un double codage a été effectué par l'étudiant chercheur en médecine et par un chercheur en sciences sociales extérieur à l'étude, afin d'assurer la triangulation et la fiabilité des données. Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 1.

Tab. 1 : Caractéristiques des participants (internes de médecine)

Sexe	Age	Semestre d' internat	Situation familiale	Nombre d' enfants	Reconversion professionnelle	Ville de 2e cycle des études médicales	Nombre de stages invalidés	Nombre de jours d' arrêt maladie	Contrat d' engagement de service public	Syndicaliste
F	26	2e	en couple	0	Non	Tours	0	21	Oui	Non
F	28	4e	en couple	1	Non	Lille	0	0	Non	Non
H	27	2e	en couple	0	Non	Guadeloupe et Paris	0	0	Non	Non
F	27	5e	en couple	1	Non	Nantes	0	15	Non	Oui
H	26	4e	Célibataire	0	Non	Tours	0	0	Non	Oui
H	25	2e	en couple	0	Non	Tours	0	0	Non	Non
F	33	3e	Pacs	1	Thèse de biologie puis passerelle médecine	Paris	1	0	Non	Non
F	26	5e	Pacs	0	Non	Paris	1	45	Oui	Non
F	27	2e	Célibataire	0	Non	Strasbourg	0	60	Non	Non
F	36	4e	Mariée	2	Thèse de biologie puis passerelle médecine	Tours	0	5	Non	Non
F	27	4e	Mariée	1	Non	Poitiers	0	Congé maternité	Oui	Non

5 Résultats : Les profils réactionnels des internes face aux deux logiques institutionnelles

Face aux tensions, trois profils de réponses ont été apportés : actives, neutres et défensives.

5a. Profils actifs

Les réponses actives visent à gérer les tensions sur le long terme. Elles articulent les logiques institutionnelles de manière positive et durable.

- Inscription du parcours étudiant dans une continuité professionnelle à vie

Les éléments divergents sont perçus comme complémentaires plutôt que conflictuels. En associant la logique médecin à celle d'étudiant, les internes ne ressentent pas les tensions.

« Quand on est médecin on est un peu étudiant toute sa vie, on apprend tous les jours » (E7).

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Le parcours étudiant s'inscrit ainsi dans une continuité professionnelle à vie. *« J'aurais toujours ce statut de médecin en formation car finalement on va l'être toute notre vie »* (E8).

- Maximisation des avantages des deux logiques

Certains internes utilisent les avantages de chacune des deux logiques. *« Ce statut j'aime bien. […] on a un champ des possibles qui est énorme en fait, on est encore en formation, on peut choisir les formations qu'on veut sans être stressée à se dire "est-ce que je vais rentrer assez d'argent ?", je peux me libérer une journée pour aller en formation soit pour mon DU,… c'est énorme. C'est vraiment une chance »* (E10).

- Compartimentation des logiques dans le temps et l'espace

La compartimentation spatio-temporelle des deux logiques permet de ne pas ressentir de tensions. *« J'ai l'impression que du lundi au mercredi, je suis médecin. Que le jeudi, je suis étudiant et vendredi, je redeviens un médecin. »* (E2).

- Droit à l'erreur grâce à la séniorisation

Le statut d'étudiant est vécu par certains comme une chance permettant un droit à l'erreur. L'interne évolue dans un cadre sécurisé par la présence d'une séniorisation. *« C'est ce qui est le plus professionnalisant parce que tu peux faire des erreurs dans un cadre plutôt protégé. Tu as accès à un avis séniorisé. »* (E5).

5b. Profil neutre

Certains internes ne mettent en place aucune stratégie pour résoudre les tensions. Leurs positions sont mitigées et excluent les extrêmes. Ils ne sont ni médecin ni étudiant de façon complète. Ils se situent dans un entre-deux. Au regard de la logique étudiante, ils estiment *« manquer de temps pour être purement étudiant, pour réfléchir à la théorie sur des cas »* (E9). De même, ils ne se considérent jamais comme médecin mais comme *« futur médecin pas encore thèsé »* (E9).

5c. Profils défensifs

Les réponses défensives consistent à surmonter les tensions temporairement ou à les refuser définitivement.

- Suppression forcée et autoritaire de la logique étudiante : jusqu'au burn-out

Certains internes ne sont plus étudiants, ils sont médecins. *« On n'avait pas le droit d'être étudiant. Il fallait qu'on sache les réponses tout de suite. On n'avait plus ce statut car il fallait prendre les décisions. »* (E8).

Des tensions intenses sont ressenties par l'interne. En position de médecin, il ne se laisse plus la possibilité de l'erreur. *« C'est quand même la vie des gens que tu as entre les mains, donc c'est d'autant plus flippant »* (E8). Quelques internes n'acceptent pas en tant que médecin de perdre un patient. *« Tous les cas cliniques qu'on fait, où à la fin le patient est sauvé, mais en vrai ce n'est pas ça, on ne peut pas sauver tout le monde »* (E8).

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

A l'extrême, cette détresse se transforme en *burn-out*. « Je n'étais plus capable de voir un patient. Je pensais arrêter médecine, très clairement » (E8). La non-gestion de l'incertitude se répercute sur les fonctions primaires de l'interne. *« J'y allais en pleurant, je ne dormais plus, je ne mangeais plus, c'était l'horreur »* E8. L'angoisse devient paralysante. *« J'étais tellement bloquée dans mon angoisse que je n'étais plus capable de rien faire » E8.*

- Rejet du statut de professionnel et des responsabilités

Quelques internes donnent la priorité à l'apprentissage et à la formation de la logique étudiante. Ce choix permet d'apaiser les tensions. *« je trouve que c'est beaucoup plus agréable de savoir qu'on est dans une situation où on ne sait pas tout et qu'on va apprendre et qu'on va se perfectionner »* (E6). En refusant d'être assimilé à un médecin et d'assumer les responsabilités liées, ces internes occultent complètement la logique médecin. « Je fais sénioriser tous mes patients […] je me repose sur le sénior » (E6).

5d. Résolution progressive dans le temps des tensions permettant l'articulation des logiques à terme

L'internat est vécu par certains comme une période de transition. La résolution des tensions s'effectue de manière progressive dans le temps. En début d'internat, l'interne se repose sur son sénior puis progressivement le transfert de responsabilités se poursuit jusqu'à son autonomie complète. *« Au début on est plus étudiant que médecin et progressivement on a de plus en plus d'autonomie et on rentre de plus en plus dans le rôle de médecin. »* (E6).

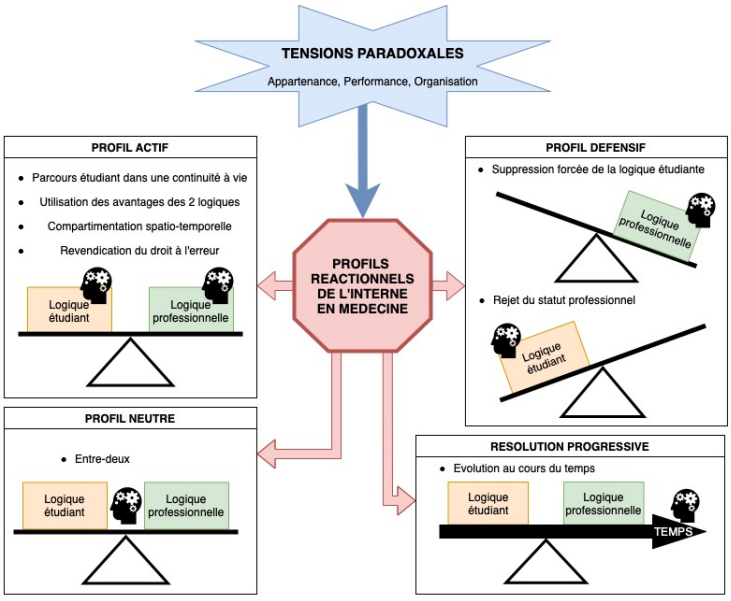


Fig. 1 : Les profils réactionnels des internes de médecine face à leur statut

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Cette résolution progressive des tensions est liée à l'acquisition des compétences entrainant une négation partielle et temporaire de la logique médecin. « En premier semestre, je t'aurais dit que je suis complètement apeurée. Autant là au troisième semestre j'ai beaucoup plus confiance en moi » (E1). L'internat est vu *a posteriori* comme une transition. La résolution des tensions se fait malgré eux, les internes n'étant pas acteurs face au temps qui s'écoule.

6 Discussion

Les internes qui vivaient le mieux leur statut d'interne ont géré les tensions activement en considérant de manières complémentaires les logiques institutionnelles étudiant et médecin. En revanche, les plus à risque de burn-out avaient un profil défensif. Ils acceptaient mal la coexistence des deux logiques jusqu'à nier la logique étudiante.

Profils décrits en sociologie

En sociologie, les réponses réactionnelles d'un individu à une situation paradoxale ont déjà été décrites par Smith et Lewis (2011). Elles sont comparables aux profils de réponse des internes à leur statut. On retrouve des réponses équilibrées dans lesquelles les éléments paradoxaux sont traités de manière active. L'interne transcende les tensions afin de les résoudre, son statut pouvant être assimilé à un paradoxe.

La théorie « psychodynamique du travail » décrite par le psychiatre C. Dejours propose des outils améliorant le rapport au travail (2015). Il s'agit de mieux comprendre comment le travail peut être source de souffrances, de tensions, de contraintes pouvant conduire à l'épuisement voire jusqu'au burn-out, mais peut aussi avoir un rôle stimulateur dans la santé, le bien être. Cette théorie est parfaitement en accord avec les profils retrouvés. Les profils actifs ont effectivement un rôle stimulateur. Les profils défensifs sont marqués par une souffrance avec une incapacité à trouver un juste équilibre entre travail et repos menant à l'épuisement. Lewis avait également décrit une réponse par ambivalence, retrouvant les composantes de la réponse neutre où l'interne est dans un « entre deux » (2000). Cette position mitigée, exclue les extrêmes (Poole et Van De Ven, 1989). Le travail de l'interne peut donc être lu comme une activité paradoxale dans laquelle deux logiques s'articulent.

Résolution progressive : apport à la littérature

La notion de résolution progressive dans le temps n'était pas décrite précédemment. Celle-ci s'effectuait malgré l'interne qui restait passif face au temps qui s'écoule. L'internat constitue une phase de transition entre l'externat et l'activité professionnelle. On pouvait s'attendre à une réaction active mais ses composantes s'apparentaient aux profils défensifs Actuellement, l'interne enchaine différents stages sans réel lien les uns avec les autres. En instaurant une progression dans la maquette, la réforme du troisième cycle vise à accompagner l'évolution des compétences et pourrait contribuer à atténuer les tensions vécues par l'interne entre logique étudiante et logique professionnelle.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Droit à l'erreur

La gestion de l'incertitude est l'une des compétences à acquérir en médecine générale. Les internes ont exprimé régulièrement leurs appréhensions vis-à-vis de cette notion au quotidien ou concernant leur projet d'installation (Bouteiller, 2013). La réponse défensive, entrainant la suppression forcée de la logique étudiante, est marquée par la perte du droit l'erreur. A l'inverse, les profils actifs revendiquent ce droit, ce qui leur permettait d'apaiser les tensions. La séniorisation a souvent été évoquée comme *« le filet de sécurité »* permettant à l'interne de se tromper. Le senior jouait un rôle déterminant dans l'octroi de ce droit à l'erreur par l'interne. Il serait intéressant d'étudier la gestion du droit à l'erreur chez les seniors eux-mêmes puis la transmission qu'ils en font aux internes.

7 Forces et limites

Bien que la littérature soit abondante sur la formation des internes et leurs apprentissages, peu d'études se sont spécifiquement intéressées à la manière dont ils vivent leur statut hybride. C'est pourquoi une démarche qualitative apparait comme pertinente. L'étude de cas est une méthode de référence des études qualitatives. Avant de se rendre sur le terrain, l'investigateur a lu des travaux portant sur la qualité de vie au travail, le burn-out des internes en médecine générale, ainsi que la littérature relative à la théorie des logiques institutionnelles. L'investigateur, lui-même interne, s'est donc positionné davantage dans la logique de Strauss et Corbin (1998), dans la mesure où l'accès au terrain a été influencé par la connaissance de la littérature et du terrain en lui-même, sans avoir une grille d'analyse précise.

L'investigateur était lui-même interne en médecine générale, sa connaissance du terrain et la proximité induite envers les participants a pu aider au recueil des données. Le biais d'intervention en lien avec la spontanéité et la subjectivité de l'investigateur n'a pu être complètement écarté dans le but d'améliorer la compréhension de points clefs dans l'analyse.

La subjectivité de l'investigateur qui était interne a été atténuée par une triangulation des données. Un double codage a été effectué par un docteur en sciences sociales et accompagné par un enseignant en médecine. La trame d'entretien a évolué au fur et à mesure de l'analyse Le recueil des données s'est poursuivi jusqu'à saturation des données. L'investigateur ayant conduit seul les entretiens, les éléments non verbaux n'ont pas été pris en compte.

Différents types d'interne ont été interrogés. Les critères de l'échantillon raisonné ont été choisis pour avoir une variation de discours maximale. Les discours ont été croisés pour regrouper des informations et enrichir les données. Par souci de faisabilité, il a été décidé de se limiter aux internes de médecine générale. Les tensions ressenties par les internes des autres spécialités étaient *a priori* différentes. Ces éléments restent à décrire pour les autres spécialités.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

8 Conclusion et perspectives

Le double statut de l'interne en médecine, à la fois étudiant et praticien, crée une situation paradoxale qui peut être source de tensions et de stress. L'analyse de ce statut à travers le prisme de la théorie institutionnelle permet de mieux comprendre les défis auxquels les internes sont confrontés dans la gestion de ces logiques institutionnelles parfois contradictoires.

Les résultats de cette étude qualitative mettent en lumière différents profils réactionnels des internes face à ces tensions paradoxales. Ceux qui vivent mieux leur statut ont géré les tensions activement en considérant comme complémentaires les logiques institutionnelles. En revanche, les plus sujets au burn-out avaient un profil défensif. Ils acceptaient mal la coexistence des deux logiques jusqu'à nier la logique étudiante. Au fil du temps, les tensions s'apaisent malgré eux, grâce à l'acquisition progressive de compétences.

L'internat ne doit pas seulement être considéré comme un facteur de burn-out inévitable. Être interne c'est à la fois être étudiant et médecin. Une gestion rigoureuse du temps et des priorités est cruciale, permettant d'équilibrer les périodes dédiées aux études théoriques et celles consacrées à la pratique clinique. Le développement de compétences réflexives, où chaque expérience pratique est analysée à la lumière des connaissances théoriques, permet une intégration cohérente des deux modes d'apprentissage. Comprendre comment certains gèrent de manière active les tensions permet d'aider les internes qui n'y parviennent pas.

Cette recherche ouvre des perspectives pour améliorer l'accompagnement des internes dans leur professionnalisation, en reconnaissant la complexité de leur statut et en développant des stratégies pédagogiques adaptées. Les efforts doivent être poursuivis pour améliorer l'encadrement des internes durant les stages, l'organisation des choix et des terrains de stages. Il serait pertinent de sensibiliser l'ensemble des séniors (MSU et praticiens hospitaliers) à l'existence des profils réactionnels afin qu'ils puissent dépister les réponses défensives des internes en difficulté et adapter leur management lors des journées consacrées à la formation d'encadrement des internes.

Il serait pertinent de poursuivre ces travaux par des études à plus grande échelle pour valider ces résultats et explorer d'autres aspects de la formation médicale à la lumière de la théorie institutionnelle.

En définitive, cette approche novatrice du statut de l'interne en médecine offre de nouvelles pistes pour améliorer la formation médicale et le bien-être des futurs médecins, contribuant ainsi à la qualité des soins prodigués aux patients.

Références bibliographiques

ALBARELLO, L., BARBIER, J.-M., BOURGEOIS, E., & DURAND, M. (2013). *Expérience, activité, apprentissage*. Paris : PUF

ALMUTAIRI H, ALSUBAIEI A, ABDULJAWAD S, ET AL. Prevalence of burnout in medical students : A systematic review and meta-analysis. International Journal of Social Psychiatry. 2022 ;68(6) :1157-1170.

ANEMF (Association nationale des étudiants en médecine de France), ISNAR-IMG (Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale), ISNI (Intersyndicat national des internes),

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

INSCCA (Intersyndicat national des chefs de clinique et assistants). Mental health survey of young and future doctors. Paris : 2017.

BARBARIN B. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes en médecine générale. *exercer*. 2012(101) :72-78.

BARI A, KHAN RA, RATHORE AW. Medical errors ; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change. Pak J Med Sci. 2016 May-Jun ;32(3) :523-8.

BATESON, G., JACKSON, D. D., HALEY, J., & WEAKLAND, J. H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251-264.

BEAVIN, J. H., JACKSON, D. D., & WATZLAWICK, P. (1967). *Pragmatics of Human Communication : A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. New York : W. W. Norton & Company.

BECKER, H. S., GEER, B., HUGHES, E. C., & STRAUSS, A. L. (1961). *Boys in white : Student culture in medical school*. Chicago, IL : University of Chicago Press.

BERGER, J. T. (2008). The influence of physicians' demographic characteristics and their patients' demographic characteristics on physician practice : Implications for education and research. *Academic Medicine, 83*(1), 100–105. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815c61c3

BLOY, G. (2005). La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. *Revue Française des Affaires Sociales* (1), 101-125.

BOUTEILLER M, CORDONNIER C. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. [Thèse d'exercice] Grenoble, France ; 2013

CHARLOT, B. (1996). *Du rapport au savoir : éléments pour une théorie*. Paris : Anthropos.

DANSET A. La santé psychique des externes en médecine des Universités François Rabelais de Tours et Paris 7-Diderot : une étude épidémiologique transversale descriptive. [Thèse d'exercice] Tours, France ; 2017

DEJOURS C. La clinique et la psychodynamique du travail. Carnet PSY. 2015 ;(193) :1-1.

EGNEW TR, LEWIS PR, MEYERS KR, PHILLIPS WR. The Suffering Medical Students Attribute to Their Undergraduate Medical Education. Fam Med. 2018 ;50(4) :296-299.

ERSCHENS R., HERRMANN-WERNER A., FLAMMER A., BARTRAM T., VAN DEN BUSSCHE H, & others. (2024). Professional identity formation and mental health in medical students : Results of a national longitudinal study. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1358173. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1358173

FISCHER MA, MAZOR KM, BARIL J, ALPER E, DEMARCO D, PUGNAIRE M. Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. J Gen Intern Med. 2006 ;21(5) :419-23

GALAM E. Burnout des médecins libéraux. Médecine Nov. 2007-Janv. 2008

GALAM E, KOMLY V, LE TOURNEUR A, JUND J. Burnout among French GPS in training : a cross-sectional study. Br. J. Gen. Pract. 2013 ;63(608) :217-224

GALAM, E. (2014). Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. *Presse Médicale*, 43(4), 358-362.

GARCERAN N, ROBERT J. Evaluation des facteurs de décompensation des internes en région Centre. *exercer* 2010 ; 90 : 10-4.

GOMBAULT A. La méthode de cas. Management des ressources humaines : Méthode de recherche en sciences humaines et sociales, p. 31-64 2005

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. DOI : 10.4000/rfp. 9806

JARZABKOWSKI, P., LE, J. K., & VAN DE VEN, A. H. (2013). Responding to competing strategic demands : How organizing, belonging, and performing paradoxes coevolve. Strategic Organization, 11(3), 245-280.

JORRO, A. (2009). La construction de l'éthos professionnel en formation alternée. *Travail et Apprentissage*, 3(1), 13-25.

JOSSERAND E, PERRET V. Pratiques organisationnelles du paradoxe. Le paradoxe : Penser et gérer autrement les organisations, Ellipses, p. 165-187, 2003.

KERINS J, SMITH SE, TALLENTIRE VR. 'Just pretending' : Narratives of professional identity transitions in internal medicine. Med Educ. 2023 ;57(7) :627-636

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

KERRIEN M, POUGNET R, GARLANTEZEC R, POUGNET L, LE GALUDEC M, LODDE B, ET AL. Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine. La Presse Médicale. avr 2015 ;44(4) :e84-91.

KOBAYASI R., AMARAL E., POLYDORO S. A. J., & MARTINHO T. P. (2018). Gender differences in the perception of quality of life during medical residency : A mixed-method study. *BMC Medical Education, 18*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1378-9

LEWIS M. W. (2000) "Exploring Paradox : Toward a More Comprehensive Guide," *Academy of Management Review* 25 : 760–76.

LÜSCHER L., LEWIS M. W. (2008) "Organizational Change and Managerial Sensemaking : Working through Paradox," *Academy of Management Journal* 51(2) : 221–40

MUCCHIELLI A. Les méthodes qualitatives, Paris, Presses universitaires de France ; 1991

OUTRAM S, KELLY B. « You teach us to listen… but you don't teach us about suffering » : self-care and resilience strategies in medical school curricula. Perspect Med Educ (2014)3 :371-378

PACHE A. C. SANTOS F. « When Worlds Collide : The Internal Dynamics Of Organizational Responses To Conflicting Institutional Demands ». Academy Of Management Review. 2010 ;

35, 3, P.455-476

PEREZ-ROUX, T. Des identités professionnelles au carrefour de transactions : fondements théoriques et perspectives empiriques. In M. Kaddouri, M.-C. Vermelle, Z. Zeroulou & A. Mardon (dir.), *Claude Dubar : une sociologie pour l'intelligibilité du social* (p. 171-194). Lille : Presses universitaires du Septentrion. 2022

PEREZ-ROUX, T. Construction professionnelle, représentations et rapport à la formation des étudiants en masso-kinésithérapie. In M.-H. Jacques (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés*, 2023, vol. 9, No. 1. Paris : Editions des archives contemporaines, 95-114.

POOLE M-S., VAN DE VEN A-H. « Using paradox to build management and organization theories », Academy of Management Review, 14(4), p. 562-578 1989

PRATT, M.G. ET FOREMAN, P.O. (2000). « Classifying managerial responses to multiple organizational identities », *The Academy of Management Review*, 25 (1), p. 18-42

PY T, GEORGET N, DUVAL D, FAYOLLE A-V, PETIT A, AND AL. Quality of life for residents in general practice. Exercer, 2021 ;169 :4-10

SCOTT, W. R. Lords of the Dance : Professionals as Institutional Agents. Organization Studies, 2008 ;29(2) :219-38.

SCOTT, W. R. Institutions and organizations,3rd edn. Thousand Oaks, CA : Sage.2008

SEJOURNE A, DENIS-DELPIERRE N, BOUDOUKHA A-H. Souffrances psychologiques chez les internes : vulnérabilités et préconisations. [Thèse d'exercice]. Nantes, France ; 2012

SHANAFELT T, BRADLEY K, WIPF J, BACK A. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann. Intern. Med. 5 mars 2002 ;136(5) : 358-367.

SMITH W.K., LEWIS M. W. « Toward a theory of paradox : A dynamic equilibrium model of organizing », Academy of Management Review, 2011 ;36(2) :381-403

STRAUSS A. CORBIN J. M, Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for developing Grounded Theory, Thousand oaks ; 1998

THORNTON PH AND OCASIO W. Institutional logics. The Sage Handbook of Organizational Institutionalism, 2008.

THORNTON PH, OCASIO W, AND M. LOUNSBURY M. The institutional logics perspective : A new approach to culture, structure, and process, 2012

TOURNAY V (2011). Sociologie des institutions. Presses universitaires de France

VALESTRAND EA, HOKSTAD LM, SCHEI E, OFSTAD EH, STENFORS T, KVERNENES M. The liminal landscape of mentoring – Stories of physicians becoming mentors. Med Educ. 2023 ;57(10) :1020-1027

VIOLET, D (1996). Paradoxes, Autonomie et Réussites scolaires. L'Hartmattan

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

WEST, C. P., HUSCHKA, M. M., NOVOTNY, P. J., SLOAN, J. A., KOLARS, J. C., HABERMANN, T. M., ET AL. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy : a prospective longitudinal study. *JAMA*, 296(9), 1071-1078.

WESTENHOLZ, A. (1993). Paradoxical Thinking and Change in the Frames of Reference. Organization Studies, 14(1), 37-58

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243