



Thèse de Doctorat en Sciences de l'éducation et de la formation

présentée à l'École Doctorale en Sciences Humaines et Sociales (ED 586)

de l'Université de Picardie Jules Verne

par

Céline LETU RAULT

pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Picardie Jules Verne

***LE TEMPS DES CONCOURS :
Enjeux et effets d'un dispositif de réorientation
vers les formations paramédicales,
mis en place à l'université
pour les étudiants de la Première année commune
des études de santé.***

Soutenue le 26 septembre 2022, après avis des rapporteurs, devant le jury d'examen :

M^{me} Sandrine GARCIA , Professeur, Université de Bourgogne,	Rapporteure
M. Stéphane BONNERY , Professeur, Université Paris VIII,	Rapporteur
M. Renaud d'ENFERT , Professeur, Université de Picardie Jules Verne,	Président du jury
M^{me} Sophie DIVAY , Maîtresse de conférences, Université de Reims,	Examinatrice
M. Frédéric CHARLES , Professeur, Université de Picardie Jules Verne,	Directeur de thèse



REMERCIEMENTS

À mon directeur de thèse, Frédéric Charles, pour avoir eu la patience d'attendre la fin d'un travail « au scalpel » et pour avoir soutenu positivement mes nombreuses demandes de réinscription en thèse.

À Sandrine Garcia, Stéphane Bonnery, Renaud d'Enfert et Sophie Divay, membres du jury qui ont accepté de juger mon travail et me font l'honneur de participer à la soutenance de cette thèse.

À Marlaine Cacouault et Sophie Divay, pour m'avoir soumis des idées stimulantes en comité de suivi de thèse.

Aux membres de l'UFR de médecine et du CHU, universitaires MCU-PH et PU-PH, responsables et directrices des soins, personnels administratifs, pour avoir autorisé mes allées et venues sur le terrain, m'avoir accordé du temps pour des entretiens ou des discussions informelles, et m'avoir permis de collecter les données indispensables à ce travail de thèse.

Aux étudiants qui m'ont fait confiance en me laissant tous ces morceaux d'histoire de vie, matériau précieux qui rend vivante cette recherche.

Aux membres du séminaire « Le champ médical », et à Patrice Pinell en particulier, pour l'émulation intellectuelle des discussions mensuelles sur nos travaux en cours.

Aux enseignants universitaires, MCU et PU en sociologie et en médecine, pour leur écoute et leurs conseils en début de thèse.

A mon laboratoire d'accueil, le CURAPP, et à son équipe, pour m'avoir offert un environnement propice pour ce travail de thèse, des moments inspirants à travers « les cuisines de la recherche » ou le séminaire général, et l'opportunité de me rendre à chaque colloque qui nourrissait ma thématique de recherche.

A mes co-doctorants, équipe mouvante au fil des années, pour le travail à la bibliothèque universitaire ou en visioconférence grâce à des associations étudiantes inventives et réactives dans les temps épiques de pandémie de Covid-19, la régularité du mardi et du jeudi durant toute la période de rédaction même pendant les vacances... Soutien indispensable pour maintenir l'effort.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	5
LISTE DES ACRONYMES	9
INTRODUCTION GÉNÉRALE	15
Construction de l'objet d'étude	23
Une interrogation dans mon exercice professionnel comme point de départ	23
La problématique	33
Les choix conceptuels pour éclairer la réflexion	41
L'enquête : Méthode, populations et terrain	70
La phase exploratoire et le choix des outils méthodologiques	70
L'enquête principale	75
1 DU LYCEE A L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR : SE DECIDER A « FAIRE MEDECINE »	93
1.1 L'orientation : trouver la « bonne » porte d'entrée de l'enseignement supérieur	97
1.1.1 L'orientation, un processus complexe	99
1.1.2 Évolution de l'orientation et évolution des politiques publiques	100
1.1.3 L'orientation active : outils, ressources et moyens mis en œuvre pour s'orienter	112
1.1.4 L'orientation active en PACES ou comment choisir son projet en connaissance de cause	116
1.2 Flux des étudiants, sélection non-sélection, harmonisation européenne : quid des formations en santé ?	126
1.2.1 Sélection ou non sélection à l'université : le cadre législatif de la loi Edgar Faure à la loi ORE	129
1.2.2 Le processus de Bologne : un processus qui impacte les études de santé	133
1.3 Les études de médecine : entrer dans le champ médical	141
1.3.1 Un petit détour par l'histoire	141
1.3.2 Le numerus clausus	157
1.4 Le sous-champ de l'enseignement médical traversé par des instances influentes	170
1.4.1 La Conférence des doyens de médecine : instance symbolique pour la triple mission hospitalo-universitaire	171
1.4.2 La commission pédagogique nationale des études de santé	175
1.4.3 D'autres instances mobilisables dans le capital social des hospitalo-universitaires	177

2	LA PACES ET LES FORMATIONS EN SANTE : DES REFORMES SUCCESSIVES, JUXTAPOSEES, TOUJOURS EN COURS	183
2.1	La réforme de la première année commune des études de santé, un processus jalonné par de multiples rapports	187
2.1.1	« De la médecine à la santé »: en 1997, un rapport en décalage avec l’agenda politique mais qui prépare la réforme	188
2.1.2	Le rapport Debouzie en Juillet 2003 : une « première brique » posée au nom de la commission pédagogique nationale des études de santé	194
2.1.3	Le rapport Thuillez en Juillet 2006: organiser l’intégration des formations médicales et pharmaceutiques dans le cursus LMD	197
2.1.4	Le rapport Bach en Février 2008: l’exigence scientifique renforcée en première année des études de santé.	199
2.1.5	Le rapport Couraud en Novembre 2008: un dernier rapport sur le contenu des enseignements de la nouvelle première année	203
2.2	La première année des études de santé issue de la réforme	205
2.2.1	Le vote de la loi pendant l’année universitaire 2008/2009	205
2.2.2	A l’issue de la réforme: un contenu harmonisé et la réorientation instituée	208
2.3	Les évolutions de la PACES : Expérimentations, alternatives et passerelles	212
2.3.1	Les expérimentations : une déconstruction progressive de la PACES	214
2.3.2	Et la réflexion continue sur le regroupement de toutes les formations de santé	218
2.4	Les autres formations en santé dans le jeu des réformes	221
2.4.1	Les formations paramédicales : une grande diversité difficile à harmoniser	221
2.4.2	La démographie des professions de santé et l’évolution des métiers invitent à une démarche prospective sur les différentes formations	234
2.4.3	La construction d’un modèle d’ingénierie pédagogique répliqué pour les formations paramédicales	237
3	UNE REFORME DECLINEE LOCALEMENT : LES RAISONS ET LES RESSORTS DE L’EMERGENCE D’UNE SINGULARITE	247
3.1	De l’école des officiers de santé au Campus santé : Une socio-histoire locale des UFR de médecine et de Pharmacie	251
3.1.1	Émergence de l’enseignement médical à Amiens dans la première moitié du XIXe siècle	251
3.1.2	Dans la seconde moitié du XIXe siècle, l’Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie	256
3.1.3	Le début du XXe siècle : une implantation qui se confirme	258
3.1.4	La transformation de l’École nationale en Faculté de médecine en 1966	260
3.1.5	Adapter le patrimoine immobilier aux dimensions des promotions d’étudiants	261
3.1.6	Envisager une « Université de santé » ou un Campus Santé au XXIe siècle	262
3.2	Le champ local des formations en santé	265
3.2.1	Les formations médicales et pharmaceutiques du Pôle santé	266
3.2.2	Les instituts de formation paramédicale : un espace qui continue de se développer	279

3.3	Le dispositif de réorientation de la PACES dans l'université étudiée	289
3.3.1	Faciliter la réorientation : l'origine du projet	290
3.3.2	Les Journées de réorientation : un large dispositif	298
3.3.3	Le « parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux » : un dispositif spécifiquement conçu pour la réorientation	306
3.3.4	Les enjeux d'un projet : entre responsabilité sociale et stratégies hospitalo-universitaires	315
4	LES ETUDIANTS EXCLUS DE PACES : DES TRAJECTOIRES CONTRARIEES	319
4.1	L'orientation en PACES à la lumière des déterminants de la trajectoire antérieure	323
4.1.1	La contrainte des facteurs socio-scolaires dans les trajectoires étudiantes	323
4.1.2	La motivation : expression personnelle ou expression des déterminants sociaux ?	332
4.1.3	Un premier choix d'orientation	335
4.1.4	Le poids des stages de découverte ou d'immersion dans les choix d'orientation	340
4.1.5	L'influence de la famille et des pairs sur l'orientation	344
4.1.6	Le rôle des conseillers d'orientation	351
4.1.7	Les pratiques d'orientation variables selon les lycées	353
4.1.8	APB et les choix stratégiques	359
4.1.9	La profession de santé envisagée suite à la PACES	363
4.2	Six mois pour se dépasser ou être dépassé : le premier semestre des étudiants en PACES	366
4.2.1	L'entrée à l'université : une socialisation à l'université et à la médecine	367
4.2.2	Les cours en « amphis » : aux frontières de l'explicite et de l'implicite	375
4.2.3	Une rude compétition	383
4.2.4	Le tutorat, les 'conf', les prépas : des stratégies pour mettre toutes les chances de son côté ?	391
4.2.5	La dynamique de travail	413
4.2.6	Le concours du premier semestre : un rite scolaire éprouvant	427
4.2.7	Facteurs multiples, configurations plurielles : les déterminants de l'échec en PACES	446
4.3	Le moment de la réorientation : un turning point de la trajectoire étudiante	451
4.3.1	Les voies privilégiées lors d'une réorientation en première année de médecine	453
4.3.2	Le deuxième choix d'orientation et ses déterminants	456
4.3.3	Autrui significatifs et groupes de référence : le cercle des influents pour le nouveau choix d'orientation	461
4.3.4	Rester dans le domaine de la santé	466
4.3.5	Le second choix : un plébiscite pour la formation infirmière	468
4.3.6	Effets et bénéfices du dispositif sur les étudiants : des ressources pour un nouveau projet et pour de nouvelles perspectives	475
4.4	Un rapport différencié à la nouvelle formation	492
4.4.1	Trajectoires préalables à l'entrée en formation paramédicale	492
4.4.2	Choix par « dépit » ou « roue de secours » : le vocabulaire du déclassement	495

4.4.3	Une nouvelle socialisation avec de nouveaux agents et une formation par compétences	499
4.4.4	Des représentations des métiers de la santé différenciées	507
4.4.5	Projet professionnel et perspectives des enquêtés: le début d'une carrière	514
	CONCLUSION	523
	BIBLIOGRAPHIE	535
	TABLE DES MATIERES	561
	INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES	568
	ANNEXES	571

LISTE DES ACRONYMES

ADELI Automatisation Des Listes (répertoire national des professionnels de la santé, du social et des psychologues)

AERES Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur

AMS test d'Aptitudes pour les études de Médecine en Suisse

APB Admission Post Bac

AP-HM Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

AP-HP Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARS Agence régionale de santé

AS Aide-soignant(e)

ASS Assistant(e) de service social

BEP Brevet d'études professionnelles

BTS Brevet de technicien supérieur

BU Bibliothèque universitaire

BUIO Bureau Universitaire d'Information et d'Orientation, devenu BIOIP : Bureau d'Information, d'Orientation et d'Insertion Professionnelle

CEREQ Centre d'étude et de recherche sur les qualifications

CEV Commission d'examen des vœux

CEVU Conseil des Études et de la Vie Universitaire devenu CFVU : Commission de la Formation et de la Vie Universitaire

CIO Centre d'Information et d'Orientation

CM Cours magistral

CNEMMOP Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie

CNESER Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche

CNRS Centre National de la Recherche Scientifique

COMUE Communauté d'Universités et d'Établissements

CPGE Classe préparatoire aux grandes écoles

CPNES Commission Pédagogique Nationale des Études de Santé

CPU : Conférence des présidents d'université

DAEU Diplôme d'accès aux études universitaires
DCEM Deuxième cycle des études médicales
DES Diplôme d'études spécialisées
DESC Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DFASM Diplôme de formation approfondie en sciences médicales
DFGSM Diplôme de formation générale en sciences médicales
DHOS Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DPC Développement professionnel continu
DU Diplôme Universitaire (DIU Diplôme Inter universitaire)
DUT Diplôme universitaire de technologie (remplacé par le BUT ou Bachelor universitaire de technologie)
EBM Evidence Based Medicine
ECTS European credits transfer system
EEES Espace Européen de l'Enseignement Supérieur
EGFRM États Généraux de la Formation et de la Recherche Médicale
ENT Espace numérique de travail
EPP Évaluation des pratiques professionnelles
EPSM Établissement Public de Santé mentale
ESI Étudiant en Soins Infirmiers
FMC Formation médicale continue
FNESI Fédération Nationale des Étudiants en Soins Infirmiers
FTLV Formation tout au long de la vie
GCS Groupement de Coopération Sanitaire
HAS Haute Autorité de Santé
HCEEE Haut comité éducation économie emploi
HCERES Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
HCSP Haut conseil de la santé publique
HEGP Hôpital Européen Georges Pompidou
IADE Infirmier anesthésiste diplômé d'État
IBODE Infirmier de Bloc Opératoire diplômé d'État
IDE Infirmier diplômé d'État
IEP Institut d'Études Politiques

IFAS Institut de Formation d'Aides-Soignants

IFMEM Institut de Formation de Manipulateurs d'Électroradiologie Médicale

IFMK Institut de Formation en Masso-kinésithérapie

IFPP Institut de Formation en Pédicurie-Podologie

IFSI Institut de Formation en Soins Infirmiers

IFTLM Institut de Formation de Techniciens de Laboratoire Médical

INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IPA Infirmier en Pratique Avancée

IPEPS Initiative Pédagogique pour les Étudiants Picards en Santé

IRFFE Institut Régional de Formation aux Fonctions Educatives (formations sociales)

IUT Institut universitaire de technologie

LRU Loi relative aux Libertés et Responsabilités des Universités

MEM Mini Entrevues Multiples

MESR(I) Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche (et de l'innovation)

MMOP Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie

ONDPS Observatoire national de la démographie des professions de santé

ONISEP Office national d'information sur les enseignements et les professions

OPECST Office Parlementaire d'Évaluation des Choix Scientifiques et Technologiques

PCEM1 Premier cycle des études médicales 1^o année

PCB certificat d'études physique, chimie et biologie

PCN certificat d'études physiques, chimiques et naturelles

PDMF Parcours de découverte des métiers et des formations

PFRS Pôle de formation et de recherche en santé

PRREL Programme Régional de Réussite en Études Longues

QCM Questions à Choix Multiples

QROC Question à Réponse Ouverte Courte

RAVEL Recensement Automatisé des Vœux des Élèves

RBP Recommandations de bonne pratique

RGPD : Règlement général sur la protection des données

RNCP Répertoire national de certification professionnelle

RPPS Registre Partagé des Professionnels intervenant dans le Système de santé (remplace progressivement le répertoire ADELI pour les professionnels de santé)

S1 premier semestre universitaire
S2 deuxième semestre universitaire
SISE Système informatisé de suivi de l'étudiant
ST2S Sciences et technologies de la santé et du social
STAPS : Sciences et techniques des activités physiques et sportives
STL Sciences et technologies de laboratoire
STS : Section de techniciens supérieurs
TCEM troisième cycle des études médicales
TD Travaux dirigés
TP Travaux pratiques
TPG Travaux personnels guidés
UFR Unité de formation et de recherche
UER Unité d'enseignement et de recherche
URCA Université Reims Champagne Ardennes
VP Vice-président

« Nous supposons que celui qui s'engage sur la voie de la médecine a une certaine idée au sujet de ce qu'est le travail (les qualifications et les tâches) du médecin, au sujet de ce qu'est le rôle, ce que sont les diverses carrières médicales, et au sujet de lui-même en tant que personne qui peut apprendre les qualifications, jouer un rôle, et suivre l'une des carrières possibles.

Nous supposons également que, excepté dans des cas extraordinaires de contact précoce avec la profession, les conceptions de l'aspirant médecin à propos de toutes ces choses sont légèrement plus simples que la réalité »

INTRODUCTION GÉNÉRALE

En septembre 2018, Thomas Lilti, réalisateur de cinéma et médecin généraliste, sort un film intitulé « Première année » dont l'histoire se déroule tout au long d'une année de PACES¹ à l'université Paris-Descartes. Sur le mode de la tragi-comédie, ce film donne à voir le parcours de deux étudiants socialement différents.

Antoine sort de terminale. Avec un père chirurgien, une mère chercheuse en histoire et un frère qui a fait l'École Normale Supérieure, il est issu d'un milieu intellectuel dont il connaît les codes. Il a réussi au lycée sans trop travailler, mais fait médecine sans beaucoup de conviction, d'ailleurs « c'est un beau métier qui ouvre plein de perspectives » lui a dit sa conseillère d'orientation. Benjamin a obtenu une dérogation pour tripler sa première année parce qu'il désire au plus haut point devenir médecin, et non dentiste ou pharmacien comme cela lui était possible après son redoublement. Il est issu d'une famille de classe moyenne de banlieue et doit travailler pour améliorer son niveau, sans relâche, partout, y compris dans les transports en commun.

Assis l'un à côté de l'autre le jour de la rentrée, ils vont constituer un binôme de travail pour affronter les difficultés de cette première année. Ensemble, ils assistent aux cours dans des amphis surchargés, travaillent intensément et s'entraident pour préparer le concours. Pour réussir à « ingurgiter » un volume conséquent de connaissances, ils acquièrent une routine mécanique qui leur fait dire « Faut qu'on devienne des machines à répondre ». Le binôme éclate après les résultats du premier semestre, alors que le « primant » sort bien mieux classé que le « triplant », révélant toute l'âpreté de la concurrence en PACES. Antoine, de nouveau seul pour travailler, fait un syndrome d'épuisement pour lequel il est momentanément hospitalisé. On suit les deux personnages jusqu'à « l'amphi de garnison », rituel d'attribution des places en deuxième année, où l'un va obtenir sa deuxième année et l'autre pas. Ce film concentre en un peu plus d'une heure les éléments-clés de la PACES : de la compétition entre étudiants aux incongruités d'une année de sélection par concours à l'université.

Ces situations vécues par les personnages de cinéma sont connues des étudiants et des agents universitaires qui ont bien voulu partager leurs expériences pour mettre en lumière

¹ Première année commune des études de santé

des éléments de réponse au questionnement sur le devenir des étudiants de PACES, présent dans ce travail de thèse.

L'interrogation a émergé dans un contexte de réformes des études de santé : principalement la mise en place de la PACES² en septembre 2010 et en parallèle, la réforme des études paramédicales de bac +3 à bac +5, le tout s'inscrivant, suite au processus de Bologne, dans la généralisation progressive du schéma Licence Master Doctorat à l'ensemble des formations citées et « l'universitarisation » des professions paramédicales.

La réforme de la PACES (première année commune aux études de santé) est intervenue pour tenter d'apporter des solutions aux candidats classés en dehors du *numerus clausus* lors du concours de première année et pour organiser la gestion des flux d'étudiants sortant de la formation médicale. Une disposition a été inscrite dans la loi prévoyant la réorientation des candidats les plus mal placés (au plus 15%) en cours d'année universitaire, dès la fin du premier semestre, après les épreuves de classement.

Face à cette disposition, la déclinaison de la réforme dans l'université observée s'est appuyée sur un dispositif original, le « parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux ». Partant de l'observation du phénomène des vases communicants, de la médecine vers les formations paramédicales, pour une proportion importante de candidats malheureux au concours, les responsables hospitalo-universitaires ont réfléchi à une configuration interstitielle qui fait le lien, au second semestre, entre l'université et les instituts de formation recrutant sur concours. Cette expérimentation n'est pas un modèle universitaire, même si la référence existe déjà ailleurs dans le secteur privé notamment. Elle est originale à l'université et elle a un caractère propre.

Ce parcours à l'intérieur de l'université, son émergence, ses évolutions, ses enjeux et ses effets sont l'objet principal de cette recherche. Ce dispositif se déploie sur quelques mois au cours du second semestre après les journées de réorientation, véritable rite qui suit la promulgation des résultats du concours. Parmi les étudiants classés dans les derniers 15%, certains choisissent de faire un autre métier de la santé qui ne nécessite pas de réussir en

² Loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants.

A noter que la PACES représente la première année du DFGSM ou Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (ou Pharmaceutiques, Odontologiques, Maïeutiques). La réforme se poursuivra par le DFASM (diplôme de formation approfondie aux sciences médicales) puis avec la réforme du troisième cycle.

PACES : c'est le cas des formations paramédicales. Toutefois l'entrée est subordonnée à un concours d'entrée pour lequel un temps de préparation s'avère utile.

Le temps de cette recherche s'étend d'une réforme à une autre : en effet, à la rentrée 2020, la PACES est remplacée par le PASS « Parcours spécifique accès santé » et par les L.AS, licences à mineure santé, qui donnent accès aux études MMOP (médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie). Les nombreuses expérimentations menées pendant les années PACES aboutissent à « la suppression du *numerus clausus* », transformé en *numerus apertus*³. Ensuite, la mise en place de la plateforme Parcoursup, en 2018, met fin aux concours d'entrée pour les études paramédicales. Le temps des concours est alors dépassé : en conséquence, cette recherche couvre la période 2010-2018 en s'intéressant à la réorientation suite à un échec en PACES et plus généralement à la socialisation aux études de santé, à la division du travail au sein du champ médical.

Différents travaux dans la littérature se sont penchés sur les études médicales. En dehors des travaux fondateurs de la sociologie américaine des professions au milieu du XXe siècle⁴, David Saint Marc a traité de la sociologie des études médicales dans sa thèse⁵ mais sans aborder la première année. Le travail de recherche mené par Hardy-Dubernet, Gadéa et al.⁶ auprès d'étudiants et de médecins en exercice avait pour objectif de mieux comprendre la formation médicale. Le rapport qui en est issu présente une analyse fine des divers aspects des études médicales avec un aspect comparatif entre une faculté de province et une faculté parisienne, mais l'échec en première année ne faisait pas partie de la problématique. Pour sa part, Mathias Millet s'est attaché à étudier les rapports des étudiants avec le travail

³ Le *numerus apertus* est un nombre minimal, et non plus maximal, d'étudiants à admettre en 2^e année, en fonction des capacités de formation, en concertation avec les agences régionales de santé.

⁴ MERTON R.K., READER G.G., KENDALL P.L., 1957, *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Harvard University Press.

PARSONS T., 1951, *The social system*, New York, Free Press.

FREIDSON E., 1984, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 369 p.

HUGUES E. C., 1955, « The making of a Physician », *Human Organization*, 14, pp 21-25

BECKER H.S., GEER B., HUGHES E.C., STRAUSS A.L., 1961, *Boys in white : student culture in medical school*, New Brunswick; London, Transaction.

⁵ SAINT-MARC D., 2011, *La formation des médecins: Sociologie des études médicales*, Editions L'Harmattan, 268 p.

⁶ HARDY-DUBERNET A.-C., GADEA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, « De « faire médecine » à « faire de la médecine » », *Série Etudes*, 53, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement. Ministère de la santé et des solidarités, DREES.

universitaire⁷ en comparant les usages et les pratiques d'étudiants en médecine et en sociologie. Tous ces travaux spécifiques se sont intéressés aux études de médecine et aux étudiants avant la réforme de la PACES sans adopter la perspective de l'échec et de la réorientation.

Des ouvrages traitent de l'entrée et des premiers temps à l'université⁸, de la socialisation aux études supérieures et de la condition étudiante⁹, mais restent éloignés des caractères spécifiques de l'année de sélection placée au début des études de santé.

D'autres travaux abordent la réussite universitaire comme celui d'Emmanuelle Annot avec les politiques publiques de lutte contre l'échec à l'université et les pratiques d'aide à la réussite¹⁰ ou encore ceux d'Isabelle Borrás sur les dispositifs de soutien pour la réussite étudiante comme le tutorat¹¹. Plus précisément pour les études médicales, des recherches en pédagogie médicale se sont penchées sur les facteurs prédictifs de réussite¹² à partir des procédures d'admission et les évaluations en cours de formation, voire même des critères de réussite en première année de médecine¹³. Il faut alors faire une lecture en creux pour analyser les facteurs de non-réussite.

Enfin concernant les dispositifs conçus pour la PACES, les travaux de Sylvia Marquès à l'université d'Angers ont analysé une expérimentation réorientant les étudiants vers les autres filières de l'université, forme encore différente de celle étudiée ici, en s'appuyant sur les notions de flux universitaires et de captation des publics. D'autres travaux menés à l'université

⁷ MILLET M., 2003, *Les étudiants et le travail universitaire : étude sociologique*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 253p

⁸ COULON A., 1997, *Le métier d'étudiant: l'entrée dans la vie universitaire*. Paris: Presses universitaires de France, 240p.

PINTE G., 2018, *100 premiers jours à l'université: Éléments pour comprendre la réussite et l'échec à l'université*, Louvain-La-Neuve, EME Editions S.P.R.L, 110p

⁹ FELOUZIS G., 2001, *La condition étudiante : sociologie des étudiants et de l'Université*, Paris, Presses universitaires de France (Sociologie d'aujourd'hui).

GRUEL L., GALLAND O., HOUZEL G., 2009, *Les étudiants en France histoire et sociologie d'une nouvelle jeunesse*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (Le sens social).

¹⁰ ANNOT E., 2014, *La réussite à l'université : du tutorat au plan licence*, Bruxelles, De Boeck Supérieur, 166 p.

¹¹ BORRAS I., 2012, « Peut-on forcer les étudiants à la réussite? Evaluation du "non-recours" au tutorat à l'université. », *Relief 36, Echanges du CEREQ*, pp. 85-105.

¹² FAYOLLE A.-V., PASSIRANI C., LETERTRE E., RAMOND A., PERROTIN D., SAINT-ANDRE J.-P., RICHARD I., 2016, « Sélection des étudiants en médecine : facteurs prédictifs de réussite ; une revue systématique de la littérature », *La Presse Médicale*, 45, 5, p. 483-494.

¹³ FLAHAULT A.T., COUTURIER P.-L., CHATELLIER G., 2006, « Critères de réussite en première année de médecine (PCEM 1) à Paris V », *La Revue du Praticien*, 56, p 1513-1520.

de Bourgogne ont évalué les effets d'un dispositif intitulé « Semestre Rebond »¹⁴ pour les étudiants exclus de PACES au second semestre. Bien qu'une option vers les formations paramédicales ait été proposée, le devenir des étudiants n'a été examiné que sur la réinscription l'année suivante à l'université : les données sont manquantes pour les formations paramédicales.

En conséquence, cette recherche menée sur un dispositif original de réorientation s'avère utile pour permettre de mieux décrire son processus d'élaboration et les enjeux sous-tendus, l'accompagnement qu'il permet aux étudiants, ainsi que les trajectoires qui en résultent. En parallèle, l'objectif est aussi de mieux comprendre les déterminants locaux des trajectoires étudiantes et de la mise en place de cet accompagnement.

Le plan de la thèse

Le cheminement argumentatif qui soutient la démonstration de la thèse s'appuie sur le plan suivant. Cette recherche part du constat, présenté dans l'introduction générale, selon lequel environ 15 à 20 % des étudiants de première année des études de santé (PCEM1 puis PACES) passent en seconde année. Pour les autres, certains redoublent, d'autres bifurquent notamment dans les autres métiers de la santé accessibles après le Baccalauréat.

Les études de médecine sont ouvertes à tout bachelier et elles recrutent chaque année un nombre important de candidats. Le premier chapitre commencera par questionner l'orientation vers l'enseignement supérieur, la façon dont elle se déroule à partir du lycée et les politiques publiques qui en dessinent le cadre. Puis il s'agira de circonscrire les spécificités des études supérieures rencontrées en médecine. Au cours de la première année des études de santé, les étudiants sont confrontés au verrou du concours et au *numerus clausus* (NC) qui, sur la période 1971-2020, a régulé le flux des étudiants vers la deuxième année. C'est pourquoi ce chapitre sur les études de médecine revient plus largement sur l'histoire de l'enseignement médical, le *numerus clausus* et la façon dont elles façonnent et contribuent à reproduire le champ médical.

Le second chapitre est centré sur la PACES et les formations en santé. Il dresse d'abord le cadre législatif et institutionnel de l'élaboration de la première année commune aux études

¹⁴ PERRET C., VIENNEY F., HENRY M., 2018, « Le « Semestre Rebond » après la réorientation obligatoire en première année commune des études de santé (PACES) en France - Quels apports et quels devenirs pour les étudiants ? », *Pédagogie Médicale*, 19, 1, p. 3-13.

de santé, de la réforme et ses transformations. Il met en perspective la formation médicale et les formations paramédicales, puisque cette enquête se propose de restituer le phénomène de réorientation de la première vers les secondes.

Le troisième chapitre analyse la déclinaison locale de la réforme en s'appuyant sur le contexte historique de l'enseignement en santé dans l'université étudiée. Il donne l'occasion de dessiner le champ local des formations en santé. L'entrée en vigueur de la PACES impose, par une disposition législative, la réorientation dès la fin du premier semestre pour les étudiants arrivés dans les derniers 15% du classement. L'étude de la mise en place d'un dispositif spécifique de réorientation permet d'analyser le dispositif lui-même, les enjeux pour les agents qui l'ont mis en place et pérennisé, et les effets escomptés quant à la population d'étudiants concernés.

En écho à la position institutionnelle, le quatrième chapitre explore la dimension étudiante dans le cadre de cette réorientation. Les résultats de la recherche permettent de rendre compte en quatre temps de la trajectoire des étudiants. Il s'agit premièrement d'explorer les conditions de leur entrée en Première année des études de santé et la façon dont ils se sont orientés : la recherche s'attarde aussi bien sur les pratiques déployées que sur les propriétés socio-scolaires détenues. Dans un second temps, il est question de la socialisation étudiante pendant le premier semestre de PACES : le processus de transformation du lycéen en étudiant en médecine, des efforts déployés jusqu'aux résultats obtenus. Troisièmement, la recherche se focalise sur le point précis de la bifurcation dans la trajectoire étudiante et l'émergence d'une nouvelle direction dans la poursuite d'études. C'est l'occasion d'examiner les effets produits par le dispositif auprès des étudiants. Dans un quatrième et dernier temps, les perspectives professionnelles des enquêtés seront analysées tant sur le nouveau projet de formation que sur le projet d'exercice professionnel à moyen terme.

Enfin, la conclusion permet de tirer des enseignements de cette recherche qui n'a pas été conduite comme l'évaluation d'un dispositif mais plutôt centrée sur une compréhension du phénomène de réorientation, des positions et des pratiques des acteurs qui y participent, ce qui correspondait à mes attentes en commençant ce travail de recherche.

Le chapitre introductif qui suit va permettre de situer le contexte de mon questionnement, de justifier mes choix conceptuels et mes choix empiriques.

CONSTRUCTION DE L'OBJET D'ETUDE

Dans un premier temps, cette section va revenir sur les conditions d'émergence de mon questionnement. Au cours de mon activité professionnelle, le contact d'étudiants paramédicaux ayant suivi une ou deux premières années de médecine a contribué à mon intérêt pour ces trajectoires non linéaires qui commençaient en médecine avec beaucoup d'espoir et se continuaient par un second cursus et une part de renoncement à une profession idéalisée. Dans un second temps, le questionnement qui en émerge sera étayé et argumenté dans la problématique. Enfin, dans un troisième temps, les apports théoriques et conceptuels qui me paraissent opérationnels et qui nourrissent ma réflexion viendront compléter les fondements de cette recherche.

Une interrogation dans mon exercice professionnel comme point de départ

Le constat d'un nombre important d'étudiants issus d'une première année de médecine parmi les étudiants paramédicaux a été le phénomène déclencheur de l'idée de recherche. Le lecteur trouvera ici les conditions et le contexte de la construction progressive de l'objet de recherche.

Objet initial

Les prémices de cette recherche ainsi que son contexte sont inscrits dans mon activité professionnelle. En effet, suite à ma formation initiale en pédicurie-podologie, j'exerce comme professionnelle de santé depuis 40 ans. Les pédicures-podologues font partie des auxiliaires médicaux dans la division du travail médical, ils appartiennent aux personnels paramédicaux. Le pédicure-podologue traite les affections cutanées et unguéales du pied et réalise des orthèses pour les troubles stato-dynamiques de l'appareil locomoteur, les déformations du pied, des ongles et des orteils.

Lorsque j'ai commencé mes études, l'entrée à l'école de podologie¹⁵ se faisait sur dossier et entretien de motivation. Le dossier comportait les relevés de notes de terminale et

¹⁵ A la fin des années 70, la dénomination « institut de formation » n'existe pas encore : les formations paramédicales se déroulent dans des écoles : on dit également « école d'infirmières ». De même, la rhétorique professionnelle dans les années 80 tend à préférer le mot podologue (suite à la réunion du 'brevet de technicien d'orthopédiste et prothésiste en podologie' au diplôme d'État de pédicure en 1974) au mot pédicure.

l'entretien cherchait davantage à repérer les moteurs de cette orientation qu'à effectuer une quelconque sélection. Les trois conditions nécessaires à l'entrée étaient l'obtention du baccalauréat de préférence scientifique, un âge minimum de 18 ans et la nationalité française. Les études d'une durée de deux ans étaient sanctionnées par des épreuves finales théoriques et pratiques qui permettaient la délivrance d'un diplôme d'État de pédicure, obligatoire pour exercer la profession. Le titre de « pédicure-podologue » ne sera effectif qu'à partir de 1984.

Le début de mon exercice professionnel est marqué par un évènement qui va durablement impacter ma carrière¹⁶ : l'institut dans lequel j'ai fait mes études me propose le jour de la promulgation des résultats de rejoindre l'équipe pédagogique à la rentrée suivante. C'est ma première place au classement des épreuves finales qui me vaut ce recrutement : la profession de pédicure-podologue ne possède alors ni formation ni statut de « moniteur »¹⁷, l'activité d'enseignement s'apprend « sur le tas ». Mais comme le pédicure-podologue conserve le plus souvent une activité libérale¹⁸ de consultations et de soins auprès des patients, l'enseignement ne s'effectue dans sa grande majorité qu'à temps partiel, au contraire de la profession infirmière. Cette situation permet à l'enseignant de continuer de développer ses compétences professionnelles au contact des patients, ces mêmes compétences qui vont nourrir son *ethos* et ancrer ses enseignements dans la réalité du métier. Mon activité professionnelle va alors se partager entre des temps d'exercice libéral en cabinet, des temps d'enseignement de travaux pratiques, de cours théoriques et des temps d'encadrement des étudiants lors de leurs stages hospitaliers à Bichat-Beaujon (AP-HP) ou

¹⁶ La carrière professionnelle peut être entendue au sens de Hughes : « *dans sa dimension objective, une carrière se compose d'une série de statuts et d'emplois clairement définis, de suites typiques de positions, de réalisations, de responsabilités et même d'ouvertures. Dans sa dimension subjective, une carrière est faite de changements dans la perspective selon laquelle la personne perçoit son existence comme une totalité et interprète la signification de ses diverses caractéristiques et actions, ainsi que tout ce qui lui arrive* »

Hughes E., 1937, « Institutional Office and the Person », *American journal of Sociology*, 43, 3

¹⁷ Le certificat de moniteur/ monitrice existe pour les infirmières à partir de 1958, pour les masseurs-kinésithérapeutes à partir de 1967 et pour les sages-femmes à partir de 1970 (MONET J., 2003, *Émergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle Une spécialité médicale impossible*, Thèse de doctorat, Paris I- Panthéon Sorbonne, p9)

¹⁸ L'exercice libéral de la profession a toujours été prépondérant : en 2019, encore, seuls 1,2% des pédicures podologues sont salariés à temps plein en France, soit 163 individus sur les 13 900 que compte la profession (<https://www.onpp.fr/exercice/la-profession/demographie-professionnelle.html>)

dans des structures d'hébergement pour personnes âgées. Le diplôme de cadre de santé viendra renforcer mon parcours peu de temps après sa création¹⁹.

Durant toutes ces années, en équipe, avec des professionnels de santé, du soin et de la rééducation (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, ostéopathes depuis peu), nous avons accompagné les étudiants vers l'exercice de la pédicurie-podologie. Deux constats principaux ont marqué cette période.

Le premier constat est celui des réformes de la formation depuis 1950. Le plus souvent mises en place pour plusieurs formations paramédicales à la fois, elles n'ont pas eu un rythme effréné, mais ont modifié les modalités d'admission, les curricula et la durée des études. Les textes fondateurs datent du lendemain de la Seconde Guerre mondiale²⁰ et ils réglementent à la fois la profession de masseur-gymnaste médical (qui deviendra masseur-kinésithérapeute) et celle de pédicure. Dans leur grande majorité, les premières écoles de pédicurie sont créées à Paris et la plupart sont également des écoles de kinésithérapie²¹. Ces deux professions restent liées, de nos jours, par des dispositions législatives dans le Code de la Santé Publique²² et elles appartiennent toutes les deux aux métiers de la rééducation.

À ses débuts, la formation de pédicurie dure deux ans. À partir des années 50, il est possible de suivre une année d'études supplémentaires pour obtenir un brevet de technicien de prothèse. Diplôme d'État de pédicure et brevet de technicien sont réunis en 1974, non plus sur trois ans mais sur deux, avec l'intégration des enseignements d'examen clinique et de prothèse dans les études de pédicurie. Ce programme condensé est perçu comme une hérésie pour les enseignants qui considèrent « que cette nouvelle réforme va appauvrir la qualité de la professionnalisation »²³. Il faut attendre 1977 pour que les conditions d'admission, le

¹⁹ Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé et arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Ce diplôme remplace le certificat d'aptitude aux fonctions de moniteur, il est ouvert à davantage de professions paramédicales.

²⁰ Loi n°46-857 du 30 avril 1946 tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur-gymnaste médical et de pédicure.

²¹ L'établissement dans lequel j'enseigne a d'abord été une école privée et il est devenu fondation reconnue d'utilité publique et établissement d'enseignement supérieur privé à but non lucratif en 2010. Il a été créé en mars 1895 par le Docteur Archambault : Ecole française d'orthopédie et de massage. L'orthopédie est alors réservée aux médecins et étudiants en médecine, le massage est destiné aux « aides masseurs ». La pédicurie sera enseignée dans un second temps. (Source personnelle et MONET J., 2003, *op cit*, pp 474-496)

²² Code de la Santé Publique. Quatrième partie. Livre III. Titre II : Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue (Articles L4321-1 à L4323-6)

²³ GAUD CASAS C, 2012, Devenir pédicure-podologue, Mémoire Master 1 Sciences de l'Éducation Université René Descartes Paris V et <https://www.onpp.fr/exercice/la-profession/histoire-de-la-profession.html>

contenu des enseignements, les modalités de passage en année supérieure, les épreuves du diplôme soient actés par un texte législatif²⁴.

L'année 1987²⁵ voit l'instauration d'un concours d'entrée dans les écoles paramédicales : il a été précédé d'une première version en 1985. Celui qui vise les études de pédicurie-podologie comprend une épreuve de biologie – de façon facultative, un entretien de motivation peut compléter la procédure d'admission – et celui de masso-kinésithérapie comprend une épreuve de biologie, une de physique et une de chimie. Ce mode de sélection à l'entrée va durer plus de 30 ans. Nous verrons que ce concours joue un rôle de premier plan dans cette recherche, il sera appelé ici « concours interne » car il est organisé par chacun des instituts qui procèdent ainsi au recrutement de leurs étudiants.

Néanmoins, dès 1989, les épreuves d'admission pour l'entrée en masso-kinésithérapie peuvent être organisées par les facultés de médecine après une année préparatoire commune avec les étudiants en médecine et en odontologie (PCEM1) pour les instituts qui le désirent : principalement ceux qui ont un statut public, parfois associatif²⁶. Progressivement, ce mode de sélection par la première année de médecine va s'étendre en kinésithérapie, l'autre première année de licence possible est le plus souvent celle des Sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS). D'autres formations paramédicales, notamment en psychomotricité ou en ergothérapie vont suivre cette voie, mais de façon dispersée. Certains y recherchent un mode de sélection simplifié et unifié avec d'autres professions de santé, mais d'autres y voient un gain en matière de prestige (passage par l'université et sélection par le concours de PCEM1) voire un supplément de légitimité vis-à-vis de la profession médicale. Les instituts de soins infirmiers, les plus nombreux, vont continuer à sélectionner leurs candidats par leur propre concours, souvent regroupés par région ou territoire. La fin du concours pour entrer en formation paramédicale se concrétise, en 2019, avec Parcoursup qui réinstaura la sélection sur dossier et y adjoint un parcours d'orientation. Les kinésithérapeutes, à l'inverse,

²⁴ Décret n°77-299 du 22 mars 1977 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure

²⁵ Arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'État d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien.

Arrêté du 3 décembre 1985 modifié relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'État d'ergothérapeute, d'infirmier, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue

²⁶ MONET J., 2003, *op cit*, p 14

voient leur mode de sélection par une première année de licence (PACES, STAPS ou STS)²⁷ se généraliser à partir de 2017, le concours interne étant supprimé.

À partir de 1991, les pédicures-podologues sont formés à nouveau en trois ans. L'allongement de la durée des études était réclamé depuis la fusion en 1974 du DE de pédicure avec le brevet de technicien de prothèse. La formation est validée par un DE qui comporte deux épreuves de mise en situation professionnelle et une épreuve orale portant sur la totalité du programme de formation²⁸. C'est une formation plus complète et un diplôme plus exigeant qui vont subsister jusqu'aux réformes des formations en santé suite au processus de Bologne. Sur la base de la construction de référentiels d'activités, de compétences et de formation, différents groupes de travail avec le Haut conseil des professions paramédicales²⁹, le Ministère de la Santé, les syndicats de directeurs d'instituts paramédicaux et étudiants, etc. bâtissent alors un nouveau type de formation, véritable changement de paradigme³⁰, permettant aussi d'entrer dans le modèle Licence Master Doctorat. La formation infirmière a été la première à inaugurer ce changement à la rentrée 2009, la pédicurie-podologie a suivi à la rentrée 2012. La réforme suivante, non encore finalisée, concerne l'universitarisation de toutes les professions paramédicales.

Le deuxième constat, au cours de ces années d'enseignement, concerne le nombre croissant d'étudiants paramédicaux ayant suivi la première année de médecine.

Dans l'institut de formation en pédicurie-podologie où j'enseigne, je vois arriver chaque année à la rentrée un nombre parfois important de jeunes ayant déjà derrière eux plusieurs années effectuées dans un cursus non abouti, et spécialement ceux ayant tenté de

²⁷ Arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

²⁸ Arrêté du 2 octobre 1991 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure-podologue

Arrêté du 30 mai 1997 modifiant l'arrêté du 2 octobre 1991 modifié relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure-podologue

²⁹ Le Haut conseil des professions paramédicales (HCPP) fait suite en 2007 au conseil supérieur des professions paramédicales créé dans les années 1970. C'est une instance interprofessionnelle chargée de réfléchir et d'émettre des avis concernant l'exercice des professions paramédicales, la formation et les diplômes, entre autres attributions. Il est composé de quatre familles de métiers : les métiers du soin, de la rééducation, les métiers medicotechniques et les métiers de la vision, de l'audition et de l'appareillage.

³⁰ L'approche par compétence remplace l'approche par objectifs et le transfert de savoir.

« faire médecine ». C'est souvent à l'occasion d'un premier face à face pédagogique, lorsque je leur demande d'exprimer les motivations qui les ont amenés à faire ce choix précis de profession (pédicurie-podologie), qu'ils expliquent leur parcours précédent. Ils n'ont pas été admis à continuer, ou n'ont pas été reçus au concours à l'issue de la première année en faculté de médecine et de ce fait, ils tentent un autre cursus. Pour certains, leur idée première était d'intégrer la kinésithérapie par la voie de sélection PCEM1 ou PACES. Ils ont ensuite suivi une, voire deux années de préparation aux concours paramédicaux dans le but d'entrer dans un institut recrutant sur concours interne. Finalement, ils n'ont pas été reçus non plus par cette voie et le nombre des années post-bac augmentant, ils se décident pour une autre formation après avoir ouvert plus largement l'éventail des choix. Ce constat n'est pas nouveau, il est persistant et interroge.

Pour exemple, sur l'année 2010/2011 dans l'institut où j'exerce, cela représentait 25 étudiants sur les 84 inscrits en première année de pédicurie-podologie, soit pratiquement 30% de l'effectif total. Un travail de recherche, mené par une collègue au cours de son Master en Sciences de l'éducation, a mis en lumière que le choix des études de pédicurie-podologie « est rarement de première intention puisque la majorité des étudiants qui s'engagent dans la formation a préalablement échoué au concours d'entrée en kinésithérapie, en médecine, et ceci, parfois à deux reprises ou plus³¹ ». Il s'agit donc très souvent d'un choix par défaut.

En effet, chaque année, près de 80% d'étudiants ne parviennent pas à se classer au concours de fin de première année de médecine, certains tentent un redoublement mais d'autres non, d'autres encore ont déjà doublé et sont exclus de la formation. En 2010-2011, le taux de réorientation ou d'abandon est de 63% après deux tentatives en première année des études de santé pour accéder aux quatre formations : médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique³².

Ainsi, au départ de ce travail, je m'intéresse aux choix de réorientation des étudiants qui ont suivi la première année des études médicales (PCEM1 puis PACES) et à la façon dont se détermine ce nouveau choix : il existe une phase de réflexion qui va déboucher sur la nouvelle orientation, de nombreux paramètres vont entrer en jeu. Comment se fait le

³¹ GAUD CASAS C, 2012, *op.cit.*, p 4

³² FAUVET L., JAKOUBOVITCH S., MIKOL F., 2015, « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », MESR-SIES-DREES, n° 15-05, p. 6.

basculement vers une profession paramédicale pour un étudiant classé hors numerus clausus en médecine?

Objet repensé ou secondaire ou comment le terrain influence et réoriente l'objet d'étude

Si ce deuxième constat n'est pas nouveau, la situation s'est trouvée modifiée par la réforme de la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) à la rentrée 2010/2011. Cette réforme a été mise en place pour tenter d'apporter des solutions à l'afflux massif de bacheliers³³ dans cette formation et trouver des passerelles³⁴ permettant une sortie car, dès la fin du premier semestre, une proportion de l'ordre de 15% d'étudiants ayant des résultats faibles n'est alors plus autorisée à suivre le second semestre.

C'est donc une situation nouvelle par rapport à la précédente première année (PCEM1) qui permettait aux étudiants de suivre la totalité de l'année universitaire sans filtre et d'envisager un redoublement, parfois un triplement. Si cette réforme modifie le cursus universitaire de la première année des études de santé au niveau national, elle a eu des incidences au niveau de la Région étudiée: en effet il existe une faculté de médecine ou Unité de Formation et de Recherche (UFR) médecine et une UFR pharmacie au sein du Pôle Santé de l'Université de Picardie Jules Verne (UPJV) et une quarantaine d'instituts de formations paramédicales, dont une quinzaine recrutent au niveau Bac. Pour les étudiants inscrits en Première année commune aux études de santé, particulièrement ceux qui sont amenés à se réorienter vers les filières paramédicales, un « parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux » a été mis en place dès le début de la réforme au sein de l'UPJV.

Différents acteurs étaient mobilisés et le Conseil Régional avait été sollicité sur le versant de la préparation aux formations paramédicales car cela représentait une possibilité de réorientation. Toute réforme des formations aux professions de santé, et *a fortiori* ici la PACES, peut avoir une incidence sur les autres formations paramédicales et provoquer une sorte de réaction en chaîne.

³³ La volonté d'amener « 80% d'une classe d'âge au niveau du Baccalauréat » émise par J-P Chevènement, en 1985, et un accès élargi au Bac par les filières technologiques et professionnelles, ont conduit à une augmentation de bacheliers dans l'enseignement supérieur, les études de santé n'échappant pas à ce phénomène.

³⁴ Passerelle : « mot utilisé pour imager les processus de réorientation au cours des parcours d'études à l'intérieur d'une filière et entre différentes filières » ANNOOT E., 2014, *Op. cit.*, p148

Les Conseils régionaux, depuis la loi de décentralisation du 13 août 2004, ont compétence pour la mise en œuvre des politiques de formation dans le domaine « sanitaire et social » et plus spécifiquement pour les autorisations de capacités, les agréments des directeurs d'établissements de formation sanitaires et sociaux, le financement de ces établissements et le versement des aides aux étudiants de ces filières.

Le Conseil régional de Picardie était intéressé à connaître les implications de cette réforme : la façon dont était envisagée la réorientation des jeunes vers une formation paramédicale et les flux possibles d'étudiants venant de PACES. De même, il s'interrogeait sur les enjeux et l'impact de la réforme sur les différents cursus régionaux. Une autre préoccupation du Conseil régional portait sur le phénomène récurrent d'abandon de parcours en cours de formation qui touche plus particulièrement les étudiants infirmiers, le phénomène étant repéré nationalement. Plusieurs enquêtes avaient été réalisées sur cette problématique³⁵. L'interrogation portait sur les risques d'interruption de parcours de formation pour des étudiants venant de PACES autrement dit : les 'déçus' de médecine ne risquaient-ils pas d'être des étudiants susceptibles d'abandonner leur nouveau cursus parce que celui-ci aurait été choisi par défaut ?

Toutes ces préoccupations institutionnelles m'ont offert l'opportunité d'accéder à un terrain d'enquête sur lequel appuyer le début de cette recherche, par le biais d'un stage au sein de la Direction de la formation et de l'apprentissage du Conseil Régional de Picardie, dont dépend le Département sanitaire et social. L'étude que j'ai menée pendant l'année universitaire de Master³⁶ visait à mieux comprendre ce qui se passe lorsqu'un étudiant en première année des études de santé est stoppé dans son projet et comment il reconstruit une autre idée de métier à la suite de cette bifurcation dans sa trajectoire.

Pour ma part, je désirais travailler sur les raisons qui amènent à choisir une profession paramédicale, surtout parmi les étudiants en échec à l'issue du concours de première année de médecine. Cette thématique de recherche se situant à la croisée entre le domaine de la

³⁵ ALLIOT S., CUBAS C., HAMMAR H., NOEL M., EL FAHSI R., 2006, *Les causes d'abandon et de sortie anticipée des étudiants en IFSI dans la Région Nord-Pas de Calais: recherche action*, Master Sociologie et développement social, Université Charles de Gaulle Lille 3, 265 p.

FALL F., 2009, *Enquête sur les ruptures de parcours de formation en soins infirmiers en Picardie : mise en place d'une commande sociale*, Master Ingénierie des politiques sanitaires et sociales, Université de Picardie Jules Verne, Amiens, 90p

ORSS, DRASS Picardie, Conseil Régional Picardie, décembre 2009, *Les ruptures de parcours des étudiants infirmiers en cours de formation*

³⁶ Master Ingénierie des politiques sanitaires et sociales

santé et le domaine de l'éducation donnait également une cohérence à mon parcours de formation continue au vu de mon expérience professionnelle.

Pour le Conseil Régional, l'objectif était de faire réaliser une étude sur ce parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux mis en place par l'UFR de médecine : l'ampleur du flux des réorientations, la population accueillie au sein du module, c'est-à-dire le profil des étudiants susceptibles d'être intéressés par un métier de la santé et leurs motivations, l'organisation de ce parcours et les ressources à mobiliser. Le but était d'avoir une meilleure visibilité pour que le Conseil Régional puisse se positionner sur un partenariat éventuel et se déterminer sur la forme du partenariat. Cette étude devait prendre la forme d'une enquête sur le phénomène des réorientations vers une formation paramédicale après une première année de santé non aboutie³⁷. Elle était balisée en tant que commande institutionnelle : elle devait comprendre un état des lieux nécessaire pour appréhender le contexte dans lequel la réorientation pouvait être ancrée, avec notamment le cadre réglementaire des formations paramédicales et de la première année des études de santé. Une analyse de situation devait suivre pour étudier les mesures mises en place, connaître les caractéristiques de la population étudiante susceptible de suivre le module et essayer de déterminer les facteurs influant sur le second choix d'orientation professionnelle.

La restitution de l'enquête était attendue sous la forme de deux productions. Une fois les nouvelles dispositions officielles de la PACES appréhendées et le parcours de réorientation mis en place, une note d'information a été rédigée pour apporter aux directeurs de service du Conseil Régional susceptibles d'être concernés, un éclairage sur ce nouveau dispositif dans le cadre de la loi portant réforme de la première année des études de santé. Le but de cette note était de donner une visibilité de la situation en apportant des éléments concrets sous la forme d'indicateurs de suivi construits pour l'occasion. Dans un deuxième temps, au regard de la recherche, quelques leviers pour une réponse à un partenariat Université – Conseil Régional ont été formalisés sous la forme d'une note de faisabilité, ou d'opportunité de soutien, qui a été doublée d'une présentation orale.

Le terrain influence et réoriente l'objet de l'étude. Cette enquête a été l'occasion d'investir la problématique de la première année à l'université, en UFR de médecine-

³⁷ La méthodologie de l'enquête est décrite plus loin dans ce chapitre : les outils construits pour cette première étude ont constitué une base de réflexion pour la recherche de terrain au cours de la thèse

pharmacie, et de la réorientation mais il restait des points à investiguer. La durée de l'étude avait permis d'enquêter auprès d'une promotion d'étudiants de PACES réorientés, ce qui représentait un petit effectif et de plus la réforme en était à ses débuts. Ma décision a été de poursuivre ce travail pour la thèse et d'envisager la construction de l'objet d'étude centré sur le dispositif de réorientation et ses effets. De même, le terrain a été resserré et le choix a été fait de travailler sur la période d'application de la PACES. Il convient à présent d'exposer la réflexion sur laquelle s'appuie la problématique, la question de recherche puis les hypothèses qui en découlent.

La problématique

Au début de ce travail de recherche, la question initiale était : Comment se fait le basculement vers une formation paramédicale après un échec en PACES ? Peut-on identifier les déterminants qui président au choix d'une nouvelle filière ? La problématique constante de l'entrée dans les études médicales est marquée par la gestion des flux d'étudiants.

La question de la réorientation des étudiants après la première année des études de santé, et plus encore après le premier semestre de PACES, repose sur une situation qui voit d'un côté des promotions pléthoriques d'étudiants en santé (par exemple, à la rentrée 2015-2016, 57 731 étudiants, dont 35 425 nouveaux bacheliers, s'étaient inscrits en PACES en France³⁸) et de l'autre un petit nombre d'élus, accédant à la deuxième année de formation après la sélection du concours (le *numerus clausus* est alors de 7 676 pour la médecine et de 12 976 pour le total des quatre formations médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, soit un taux d'accession en deuxième année de 22,47%). Avec ce taux de réussite, les candidats malheureux dès la première partie du concours au S1 (15% situés dans le bas du classement) et à la fin de l'année (tous les étudiants classés au-delà de 2,5 fois le *numerus clausus*) doivent renoncer à la profession choisie, réfléchir à un autre projet d'études et ouvrir de nouvelles perspectives.

Ce travail de thèse vise à explorer une double dimension.

La première dimension va s'intéresser du point de vue institutionnel, au champ médical et universitaire. Il s'agit d'essayer de déterminer quelles sont les logiques à l'œuvre au sein du groupe professionnel des médecins, particulièrement des hospitalo-universitaires, et d'observer comment cette réforme de la PACES, avec la mise en place de la réorientation, révèle la position et le jeu des acteurs dans le champ.

La loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 réformant la première année des études de santé arrête un cadre national et prévoit que les étudiants les moins bien classés, dans la proportion

³⁸ DELAPORTE A, MARLAT D, « Les étudiants inscrits dans les universités françaises en 2015-2016 », *Note d'Information enseignement supérieur et recherche*, MENESR-DGESIP/DGRI-SIES, Novembre 2016.

de 15%, à l'issue du premier semestre ne puissent poursuivre le semestre 2 de PACES. En éliminant au plus tôt les sujets les plus faibles, cette loi, portée par une partie des médecins, est censée lutter contre le « gâchis humain »³⁹, mais elle maintient la sélection induite par le *numerus clausus* ce qui permet aussi, d'une certaine manière, la reproduction sociale de ce groupe professionnel dominant.

Pour les universités, cette loi impose de mettre en place des actions de réorientation à l'issue du premier semestre. Il est alors nécessaire de se demander de quelle façon ont été pris en charge, au sein de l'Université, ces étudiants qui échouent ? De même, comment cette injonction nationale s'est-elle déclinée au niveau local ? Si les autres composantes de l'Université ont réfléchi à une offre adaptée à ce public, localement comment un véritable néo-dispositif fléché vers les formations paramédicales a-t-il vu le jour ? La question qui se pose est aussi de savoir pourquoi, à ce moment-là, une fraction de décideurs a-t-elle eu intérêt à mettre en place ce système de dérivation vers les formations paramédicales ?

La genèse du dispositif de réorientation en PACES dans l'université observée semble avoir été portée par quelques agents et un ou deux décideurs, essentiellement à l'UFR de médecine, avec l'idée partagée de « *ne pas mettre sur le trottoir des jeunes en plein milieu d'année universitaire* ». Comment est envisagée la réorientation de ces étudiants vers une formation paramédicale ? Quels sont les enjeux ? De quelle marge de manœuvre ces agents disposaient-ils ?

Concernant ce projet, une fois monté et mis en place, il a accueilli chaque année depuis 2010 une population d'étudiants. Comment les étudiants sont-ils dirigés vers ce dispositif ? Et quelle place tient-il dans les choix de réorientation des étudiants de PACES ? Vers quelles formations débouche-t-il ? Est-ce du fait de la connotation fortement genrée des débouchés proposés que le dispositif mis en place semble attirer davantage les filles que les garçons ?

Ce parcours a été pérennisé d'année en année jusqu'à présent. De « Parcours d'aide à la préparation aux concours paramédicaux » il est devenu « Formation aux concours des professions paramédicales » puis avec la loi ORE « Renforcement des prérequis pour l'entrée dans les formations paramédicales » et enfin « Préparation aux formations des métiers liés à

³⁹ MATTEI J.-F., ETIENNE J.-C., CHABOT J.-M., 1998, *De la médecine à la santé : Pour une réforme des études médicales et la création d'universités de la santé*, Paris, Flammarion, p. 102

la santé ». Avec le temps, il devient moins difficile à reproduire : appel aux intervenants, duplication des plannings, réunions de mise en place, tout s'est routinisé. L'organisation a été délaissée par ceux qui ont initié le projet au profit de responsables paramédicaux et administratifs et d'autres enseignants-chercheurs. Ceci a été favorisé par un changement d'équipe en place, mais peut aussi traduire la distance que la profession médicale prend avec ceux qui n'ont pas été élus et ne deviendront pas médecins.

De même, la visibilité de ce parcours de réorientation n'est pas spécialement mise en avant par l'UFR de médecine. L'évaluation du dispositif n'a pas été prévue lors du montage du projet prenant en compte, par exemple, l'indicateur du taux de réussite aux concours paramédicaux de ces étudiants. Ces données sont complexes à réunir : jusqu'à présent, les jeunes qui réussissent à intégrer une formation paramédicale ne sont plus inscrits à l'Université⁴⁰, changent parfois de région et sortent des statistiques. Mais on peut se demander si le désintérêt des responsables hospitalo-universitaires à promouvoir ce parcours ne vient pas aussi du fait qu'il concerne une population déclassée par rapport au flux des étudiants qui pourront continuer en deuxième année dans ce cursus élitiste.

La structure qui contribue à la visibilité de ce dispositif est le Bureau d'information, d'orientation et d'insertion professionnelle ou BIOIP (depuis la nouvelle gouvernance : DOIP). L'orientation et la réorientation prenant une place de plus en plus importante dans l'offre de services proposés aux étudiants, on assiste à une montée en puissance de son activité. Ceci correspond aux missions de l'Université en matière d'orientation et d'insertion professionnelle fixées par la loi du 10 août 2007 "relative aux libertés et responsabilités des universités" dite LRU renforcé par la loi pour l'enseignement supérieur et la recherche du 22 juillet 2013 (dispositif bac -3 / bac +3) et encore par la loi sur l'Orientation et la Réussite des Etudiants (ORE)⁴¹. Les étudiants tendent à être considérés comme des usagers et clients du service public d'enseignement supérieur. Ce service prend en charge davantage de tâches et de missions lors des journées de réorientation en PACES. Cette structure est mise en avant : les étudiants y sont redirigés pour bâtir un nouveau projet. Le BIOIP est également chargé des

⁴⁰ La mission du comité de suivi de l'universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique pilotée par Stéphane Le Bouler a travaillé, en 2018 sur l'intégration universitaire de ces filières de formation en préconisant plusieurs scénarii dont l'intégration fonctionnelle et l'intégration organique.

⁴¹ Loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants

enquêtes sur l'insertion professionnelle des diplômés de licence professionnelle et de master. L'exposition et la diffusion des résultats à travers l'évaluation font partie du *new public management* qui s'impose progressivement et à des degrés divers dans les institutions publiques depuis une vingtaine d'années⁴². Mais rassembler les données et construire l'indicateur du taux de réussite aux concours paramédicaux ne semble pas être plus simple pour ce service de l'université que pour l'UFR de médecine.

À sa création, en 2010, le dispositif « Parcours d'aide à la préparation aux concours paramédicaux » entrait en concurrence avec les classes préparatoires publiques et privées de l'Académie (lycées publics, lycées privés, prépas privées) préparant à l'entrée dans les formations paramédicales. L'arrivée de Parcoursup en 2018 et la suppression des concours d'entrée en instituts paramédicaux, institués depuis 30 ans, modifie le contexte. Dès lors, on peut se demander quelles sont la finalité et la fonction sociale de ce dispositif au sein de l'université ? Le tutorat en PACES, absent en 2010, a été mis en place également. Cela montre-t-il une volonté de compléter l'offre de formation pour permettre aux étudiants de rester dans le service public et d'éviter une charge financière supplémentaire aux étudiants et à leur famille ? Depuis la Grande Conférence Santé du 11 février 2016, le rapprochement des universités et des instituts de formation paramédicale est envisagé. Les rapports se succèdent pour finaliser l'universitarisation des formations paramédicales. De la même façon qu'au niveau national, la réunion à termes de toutes les formations médicales et paramédicales sur un « Campus Santé » est un projet d'actualité dans l'université observée. Ces différentes actions peuvent être une façon d'anticiper une première année de licence en santé et faire la démonstration que les étudiants se destinant à un métier de la santé sont déjà accueillis à l'université. Inclure les formations paramédicales, dont les référentiels de formation sont pour certains, comme les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), déjà opérationnels et inscrits dans le système LMD, ne serait plus alors qu'un chantier complémentaire ?

Pour la deuxième dimension, le point de vue se porte sur la population étudiante concernée par l'échec en première année des études de santé. La recherche explore la

⁴² BEZES P., 2005, « Le modèle de « l'État-stratège » : genèse d'une forme organisationnelle dans l'administration française », *Sociologie du Travail*, 47, 4, pp. 431-450.

BEZES P., DEMAZIERE D., LE BIANIC T., PARADEISE C., NORMAND R., BENAMOZIG D., PIERRU F. et EVETTS, J. (2011). New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? *Sociologie du Travail*, 53,3, pp. 293-348.

trajectoire socio-biographique d'étudiants qui ont suivi les enseignements de la première année en UFR de médecine puis ont fait l'expérience de l'échec lors des épreuves de classement, ont été contraints de changer d'orientation et ont finalement choisi de continuer leurs études dans une formation paramédicale. Il semble intéressant d'identifier les facteurs communs à l'échec en première année des études de santé, de déterminer les caractéristiques socio-scolaires des étudiants dans cette situation.

La première question renvoie donc aux étudiants et à leurs caractéristiques. Peut-on isoler des caractéristiques liées à leurs propriétés scolaires et sociales ? Marie Duru-Bellat reconnaît que : « Certes, les lycéens sont un peuple d'inégaux, et on retrouve à ce stade des scolarités le solde des processus qui ont engendré progressivement ces inégalités : ils ont depuis l'école primaire réussi de manière inégale et ces inégalités de réussite se sont accumulées jusqu'aux paliers d'orientation qui les ont sanctionnées. Ils ont de plus élaboré des projets plus ou moins ambitieux... »⁴³.

La filière suivie dans le secondaire détermine un socle de pré-acquis validé officiellement par le baccalauréat, mais la notion de prérequis est devenue de plus en plus prégnante à chaque rentrée universitaire face au flux d'étudiants entrant à l'université - le prérequis étant le facteur sur lequel les étudiants et les enseignants peuvent agir, il déborde le pré-acquis⁴⁴. Depuis septembre 2018, l'entrée à l'université à travers Parcoursup et la loi ORE comporte une « appréciation portée sur les acquis de la formation antérieure du candidat ainsi que sur ses compétences » prononcées par les équipes pédagogiques de la filière demandée.

Chaque année, les étudiants de première année de médecine sont issus d'un baccalauréat scientifique à plus de 90%⁴⁵. Ce diplôme est censé assurer une base de connaissances scientifiques nécessaire pour suivre le programme de PACES. Le type de bac,

⁴³ DURU-BELLAT M, 2009, *Préface*, in CHEVAILLIER T, LANDRIER S, NAKHILI N « Du secondaire au supérieur : continuités et ruptures dans les conditions de vie des jeunes » Paris, La Documentation Française, p.3

⁴⁴ HOFFMANN C, DOUADY J, « Test initial de prérequis et stratégies de régulation de l'effort : quelles corrélations avec la réussite en première année universitaire ? » N°282, Congrès AREF, Montpellier, 27-30 Août 2013

⁴⁵ HERAULT D. LABARTHE G., « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », *Note d'Information 03.48*, MEN-DEP, août 2003.

FAUVET L., JAKOUBOVITCH S., MIKOL F., 2015, « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », MESR-SIES-DREES, n° 15-05, p. 4.

l'âge au bac et la mention sont des variables fortement discriminantes dans la réussite au concours et qu'il faut prendre en compte pour mieux cerner notre population d'étudiants.

Il faut aussi se demander comment le projet d'études de ces jeunes a-t-il été réfléchi et accompagné ? Quelles étaient leurs motivations lorsqu'ils étaient au lycée ? Quelles représentations des études médicales avaient-ils ? Toute cette partie de la réflexion qui précède la décision d'entrée en médecine pour un long cursus d'études mérite d'être explorée. Bodin et Millet disent par exemple que : « tous les étudiants ne se trouvent pas « du premier coup » à la place qui leur est « socialement destinée »⁴⁶ et ce, pour deux raisons principales, tout d'abord, du fait du décalage entre leurs aspirations et leurs caractéristiques sociales et scolaires et ensuite compte tenu du nombre de places limitées dans les filières hors Université.

De nombreux travaux⁴⁷ montrent que les étudiants qui continuent en médecine sont très majoritairement issus des catégories sociales supérieures. A contrario, ceux qui échouent sont-ils majoritairement d'origine sociale modeste ? Ces propriétés socio-scolaires sont attendues : une lecture plus fine qui mêle les différentes propriétés des individus de cette population permettrait de mettre en lumière le caractère multifactoriel de l'échec et ainsi de pouvoir répondre à la question suivante : en quoi le parcours antérieur des étudiants influence-t-il sur la réussite ou l'échec en PACES ?

Par ailleurs, au cours de la PACES, la dynamique de travail et la socialisation au métier d'étudiant⁴⁸ sont des dimensions importantes. Quelles ont été leur vie étudiante, leurs habitudes et leurs stratégies face au nouveau contenu à apprendre ? Quelles formes de travail ont-ils privilégiées ? Sur quelles ressources se sont-ils appuyés ? Comment ont-ils été transformés par l'expérience de leur passage en première année des études de santé ?

À propos de leur échec, peut-on déceler les aspects d'un décrochage progressif ? Y-a-t-il un seuil perceptible de l'échec annoncé ? Certains étudiants ont-ils trébuché lors des épreuves de classement sans avoir eu des signes avant-coureurs ? Comment analysent-ils leur

⁴⁶ BODIN R, MILLET M, 2011, « La question de l'abandon et des inégalités dans les premiers cycles à l'Université » *Savoir/Agir*, 17, pp. 65-73.

⁴⁷ BREUIL-GENIER P, SICART D., 2006, « L'origine sociale des professions de santé » *Études et Résultats* n°496, DREES
GUILLERM M., TOMASINI M., 2007, « Devenir des bacheliers deux ans après leur première inscription en première année de médecine : réussite et réorientation », *Note d'information 07.12*, MEN-DEP

⁴⁸ COULON A., 1997, *Le métier d'étudiant: l'entrée dans la vie universitaire*. Paris: Presses universitaires de France.

échec ? Pour leur poursuite d'études, ils envisagent de préparer un concours, jugé plus facile, et d'intégrer une formation paramédicale. Ce choix est-il mûri ? Est-ce un choix par dépit ? Ou bien était-ce déjà un autre vœu lors de l'orientation de terminale ?

Quelles sont les stratégies envisagées pour réussir et pour « rebondir », ou en d'autres termes lutter contre leur échec ? En résumé, cette dimension de la recherche s'attachera à objectiver les propriétés socio-scolaires et les parcours des étudiants pour comprendre les facteurs à l'œuvre dans leur échec en PACES.

En définitive, quel est le poids de l'institution sur la construction des parcours de formation en santé ? Comment les trajectoires et les choix d'orientation des étudiants rencontrent-ils les logiques institutionnelles ? On peut alors poser la question plus précise qui va traverser cette recherche :

Comment la mise en place à l'université d'un dispositif de réorientation vers les formations paramédicales parvient-elle à concilier les perspectives des étudiants en situation d'échec en PACES et les logiques de l'institution hospitalo-universitaire ?

On peut supposer que malgré les discours d'ouverture à des profils étudiants plus variés⁴⁹ de la part des agents institutionnels dans le champ hospitalo-universitaire, l'organisation des études (sur la période considérée 2010 – 2018) en particulier le début du cursus avec le *numerus clausus* et la sélection par concours, a contribué à maintenir une reproduction élitiste des professions médicales tout en offrant l'illusion d'une démocratisation de l'accès aux études de médecine, ces dernières étant ouvertes en première année a priori à tous les bacheliers sans sélection scolaire spécifique. Certains étudiants se trouvent donc en situation d'échec, en particulier ceux qui n'ont pas les droits d'entrée requis pour accéder dans le champ.

Le processus qui permet d'accueillir tous les étudiants au début de la PACES mais n'en retient qu'un petit nombre produit un phénomène d'élimination. Ce mécanisme de sélection sociale se double parfois du clivage qui s'effectue entre les étudiants en fonction de leur

⁴⁹ C'est-à-dire venant de philosophie ou des sciences humaines, de mathématiques ou de l'informatique, ou encore ayant déjà un diplôme d'ingénieur par un système de passerelle.

proximité avec le monde médical : la socialisation au « monde de l'hôpital » par l'exemple familial d'un parent y exerçant une profession paramédicale ne suffit pas pour mener à bien des études de médecine⁵⁰. Si les propriétés socio-scolaires sont un facteur explicatif souvent déterminant, la prise en compte plus large du contexte permet une compréhension de la dimension multifactorielle de l'échec en PACES.

Arrivés à ce point de bifurcation, les étudiants toujours désireux d'exercer dans le domaine de la santé ont la possibilité de reconstruire un projet de formation vers un métier paramédical. C'est la fonction première du dispositif. Les stratégies de réorientation des étudiants sont rendues possibles, car elles rencontrent les logiques institutionnelles de l'enseignement médical avec, à la fois, une large ouverture de la première année aux lycéens, puis une fermeture par le *numerus clausus* vers les disciplines médicales, réalisant de ce fait la fermeture de ce groupe professionnel. Une large ouverture nécessite ensuite de proposer des solutions aux étudiants de PACES ajournés, en même temps qu'elle permet de s'engager dans la création de nouveaux cursus universitaires par la captation de nouveaux publics et, à terme, d'assurer la division du travail médical et le renouvellement du personnel paramédical, y compris dans les secteurs déficitaires. C'est la fonction sociale du dispositif étudié. Ce cheminement réflexif nécessite maintenant de poser le cadre théorique et de présenter les concepts sur lesquels s'appuyer.

⁵⁰ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p.13.

Les choix conceptuels pour éclairer la réflexion

Ce projet de recherche initié par ma pratique professionnelle trouve sa place dans mon parcours de formation continue en sciences sociales et croise celui de la santé. Il est inscrit en sciences de l'éducation et emprunte aussi à la sociologie de l'éducation.

J'ai ainsi été amenée à me référer à plusieurs approches théoriques pour éclairer mon objet de recherche et à emprunter différents outils conceptuels qui sont utiles à la compréhension de l'analyse des données de terrain présentées dans les chapitres suivants.

Le choix a été de faire appel au concept de socialisation dans le sens où l'étudiant qui arrive à l'université, qui plus est en première année des études de santé, va connaître une période qui va engendrer des transformations dans sa façon de vivre, de penser et d'agir, ces transformations étant induites par le nouveau monde dans lequel il va désormais évoluer et qui possède ses règles, normes et valeurs .

La socialisation

Définir la socialisation nécessite de se pencher sur les auteurs qui ont travaillé ce concept. Durkheim, le premier, avait souligné que la société a « une nature différente des individus qui la composent » et que, parce qu'ils font société, « les groupes humains ont une manière de penser, de sentir, de vivre différente de celle qui est propre à leurs membres, quand ceux-ci pensent, sentent, vivent isolément »⁵¹.

Muriel Darmon donne une définition synthétique de la socialisation : « façon dont la société forme et transforme les individus »⁵² qui est accompagnée par une autre plus complète, même si l'auteur convient que le fait de figer la définition risque d'entraîner plus de questionnements encore et que l'analyse doit se poursuivre. Néanmoins, il est possible de s'arrêter sur cette proposition : la socialisation peut se comprendre comme « l'ensemble des processus par lesquels l'individu est construit (...) par la société globale et locale dans laquelle il vit, processus au cours desquels l'individu acquiert (...) des façons de faire, de penser et

⁵¹ DURKHEIM E., 2002, *L'éducation morale*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1934, pp. 48-49
Edition électronique : Chicoutimi, J.-M. Tremblay (Classiques des sciences sociales), disponible sur http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/education_morale/education_morale.pdf

⁵² DARMON M., 2016, *La socialisation*, 3e édition, Paris, Armand Colin (128), p 6

d'être, qui sont situées socialement ». La notion de « processus » est centrale dans le sens où est sous-entendue une dynamique, une construction évolutive et non pas un fait qui s'impose à l'individu ; de même que l'individu peut être construit, il peut être également « fabriqué »⁵³ ; de même qu'il « acquiert des façons de faire, de penser et d'être (...) » il intériorise, incorpore ces façons. L'analyse peut donc se pencher sur la façon dont la socialisation se produit et les effets induits, mais aussi les instances socialisatrices qui sont à l'œuvre.

Dubet et Martucelli insistent davantage sur la notion de mouvement plutôt que de processus en soutenant que « la socialisation désigne le double mouvement par lequel une société se dote d'acteurs capables d'assurer son intégration, et d'individus, de sujets, susceptibles de produire une action autonome »⁵⁴. L'étude qu'ils font de ce concept les amène à considérer quatre familles de théories de la socialisation au croisement de deux types de socialisation et de deux mécanismes d'intégration : les types de socialisation pouvant être soit une *intériorisation normative et culturelle*, soit une « *distanciation*, un écart entre l'acteur et le système », ces deux types croisés avec deux mécanismes d'intégration : soit une intégration sociale ou bien une intégration systémique⁵⁵.

D'une façon générale, la socialisation est souvent décrite en deux temps difficilement sécables mais il est souvent fait mention d'une socialisation primaire et d'une socialisation secondaire, la seconde venant après la première. La socialisation primaire débute à la naissance, elle est sous l'influence de plusieurs instances de socialisation que sont la famille et l'école principalement, mais d'autres agents socialisateurs interviennent également comme le mode de garde du jeune enfant ou les groupes de pairs à l'adolescence par exemple. Cette socialisation est donc plurielle car différentes influences, variations et « *formes de pluralité* » sont à l'œuvre lors des processus de socialisation, tout en étant concomitants⁵⁶. L'éducation par les parents et par l'école fait partie intégrante de cette première socialisation. Selon Durkheim, l'éducation a pour vocation de créer un être social. « L'éducation consiste en une socialisation méthodique de la jeune génération. En chacun de nous, peut-on dire, il existe deux êtres qui, pour être inséparables autrement que par abstraction, ne laissent pas d'être

⁵³ HUGHES E.C., 2003,(1955), « La fabrication d'un médecin », (Traduit de l'anglais par Eliane ROTHIER-BAUTZER), *Les sciences de l'éducation-Pour l'ère nouvelle*, 36, 2, p. 57-70.

⁵⁴ DUBET F., MARTUCCELLI D., 1996, « Théories de la socialisation et définitions sociologiques de l'école », *Revue Française de Sociologie*, 37, 4, p. 511.

⁵⁵ DUBET F., MARTUCCELLI D., 1996, *op. cit.*, p 523

⁵⁶ DARMON M., 2016, *La socialisation*, 3e édition, Paris, Armand Colin (128), p51

distincts. L'un est fait de tous les états mentaux qui ne se rapportent qu'à nous-même et aux événements de notre vie personnelle : c'est ce qu'on pourrait appeler l'être individuel. L'autre est un système d'idées, de sentiments et d'habitudes qui expriment en nous, non pas notre personnalité, mais le groupe ou les groupes différents dont nous faisons partie (...). Leur ensemble forme l'être social »⁵⁷.

Selon Dubet et Martuccelli, la socialisation par l'école ou socialisation scolaire permet de dégager quatre modèles et définitions sociologiques de l'école, en fonction du modèle théorique retenu. L'école comme *institution*, modèle inspiré de Durkheim « socialise les acteurs aux valeurs laïques et universelles des sociétés modernes » en permettant à chacun d'occuper une place dans la société, tout en préservant l'intégration sociale. Ainsi, l'école-institution socialise l'individu qui reste en capacité d'exercer son propre jugement, se dégageant de l'autorité du maître et de l'influence du groupe de pairs. Second modèle, l'école comme *appareil* repose notamment sur des travaux de Bourdieu. L'école-appareil est un système puissant de domination systémique, bien plus que d'intégration sociale. La socialisation scolaire est régie par la théorie de la reproduction : l'école ne dispense pas une culture universelle et neutre, mais perpétue la domination de classe. L'école *multiple* prône des fonctions diverses et autonomes pour l'école. Celle-ci assure alors « une fonction d'intégration qui procède du modèle 'classique' de la socialisation par intériorisation ; une fonction de distribution qui conduit à considérer l'école comme un 'marché' ; une fonction de subjectivation tenant au rapport particulier que les individus construisent avec la culture scolaire ». Enfin, l'école entendue comme un *marché de l'éducation* s'appuie sur les travaux de Boudon et l'individualisme méthodologique. La formation des individus y dépend de leur rationalité : ils « décident et choisissent en fonction de la perception de leurs intérêts et des ressources de leur situation »⁵⁸.

La socialisation secondaire ne débute pas à un âge précis, ce qui semble la faire émerger c'est la préparation à la vie d'adulte et à la vie professionnelle. Ce point est important dans le cadre de cette recherche. Elle se poursuit ensuite tout au long de la vie avec des

⁵⁷ DURKHEIM E., 2002 (1922), *Education et sociologie*, Paris: Les Presses universitaires de France, 1968, 121 p
Edition électronique : Chicoutimi, J.-M. Tremblay (Classiques des sciences sociales), disponible sur http://www.uqac.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/classiques/Durkheim_emile/education_socio/education_socio.html

⁵⁸ DUBET F., MARTUCCELLI D., 1996, *op cit.*, pp 527-531

moments socialisateurs et des moments d'actualisation. Néanmoins, ce découpage de la vie en deux périodes de socialisation ne semble pas aller de soi et il peut être intéressant d'envisager une socialisation continue, comme une continuité de l'action de la société dans la socialisation des individus. Comme le soutient Darmon, « vu la diversité des instances et des mécanismes socialisateurs à l'œuvre, la variation des calendriers socialisateurs, elle-même produite socialement, et enfin la force indéniable de la société dans son modelage des individus, il semble beaucoup plus réaliste de présupposer une continuité de l'action de cette dernière »⁵⁹. La socialisation peut alors se comprendre comme un processus ordonné, succession de différentes expériences au cours du temps, qui sont progressivement incorporées : « La socialisation primaire est la première socialisation que l'individu subit dans son enfance, et grâce à laquelle il devient un membre de la société. La socialisation secondaire consiste en tout processus postérieur qui permet d'incorporer un individu déjà socialisé dans des nouveaux secteurs du monde objectif de sa société »⁶⁰. Ainsi, ces moments de socialisation divers s'éprouveront dans le milieu du travail mais aussi par les engagements de la vie d'adulte, vie conjugale comme vie associative ou syndicale, engagements politiques ou religieux, montrant ainsi des socialisations plurielles⁶¹.

Darmon insiste sur les trois dimensions ou « grands principes de variations des socialisations »⁶² que sont l'histoire ou la période historique dans laquelle le processus de socialisation s'exerce sur l'individu, l'origine sociale dont découle une socialisation de classe et enfin l'effet différencié de l'éducation et de la socialisation en fonction du genre. Ces trois dimensions sont présentes au cours de notre recherche. L'importance de la période dans laquelle se déroule la recherche, la borne temporelle des réformes des études de médecine⁶³, le phénomène de générations (Y ou Z ou Millenials) ; l'effet du genre sur le choix du type d'études et de métiers, la féminisation des métiers de la santé⁶⁴ et enfin l'effet de la

⁵⁹ DARMON M., 2016, *La socialisation*, 3e édition, Paris, Armand Colin (128), p.99.

⁶⁰ BERGER P.L., LUCKMANN T., 2018, *La construction sociale de la réalité*, Malakoff, Armand Colin (Individu et société), p 215.

⁶¹ DURKHEIM E., 2002 (1922), *Education et sociologie*, op. cit.

⁶² DARMON M., 2016, *Op. cit.*, p.25.

⁶³ La période de la recherche s'étendant de 2010 à 2018, elle s'inscrit dans la succession des réformes de la première année en faculté de médecine.

⁶⁴ LAPEYRE N., LE FEUVRE N., 2005, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, 1, pp 59–81.

BESSIERE S., 2005, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 1, p.15.

socialisation de classe sur les trajectoires, particulièrement sur les trajectoires étudiantes. Le caractère explicatif de l'origine sociale reste intéressant à explorer dans notre recherche, car « on peut dire que toute enquête statistique qui fait apparaître l'origine sociale (...) comme facteur explicatif d'une pratique sociale quelconque sous-entend l'existence d'effets liés à la socialisation primaire(...). Les catégories socio-professionnelles peuvent donc être considérées comme des « résumés » de socialisations de classe, qui condensent les traits communs de ces socialisations, et toute enquête qui met en lumière l'effet différentiel de l'appartenance sociale sur les pratiques ou les représentations réaffirme le poids de la socialisation primaire »⁶⁵.

Les étudiants, justes sortis du lycée, sont encore imprégnés par leur socialisation primaire, leur socialisation scolaire et par les pairs qui va se continuer tout en se transformant à l'université ou dans les formations de l'enseignement supérieur. Du choix de la filière d'études découle une socialisation étudiante différenciée, puisqu'en agissant comme une « matrice de socialisation des pratiques » l'instance de formation influence le rythme de travail étudiant, l'organisation du temps et la projection dans l'avenir ⁶⁶.

La socialisation primaire est « forte et rémanente », la socialisation secondaire peut être moins prégnante, mais surtout elle est relative aux deux domaines principaux où elle est ancrée : « le monde du travail et le monde scolaire comme propédeutique au monde du travail » ⁶⁷. Et il s'agit bien là des études et de la formation qui préparent à un métier et l'entrée dans la vie active. Ainsi la socialisation secondaire repose en grande part sur la socialisation professionnelle qui amène par sa dimension scolaire, dans un premier temps, et l'entrée dans le monde du travail ensuite, à opérer une nouvelle construction de l'individu. C'est une des spécificités de la socialisation secondaire professionnelle : elle engage l'individu dans un champ particulier en lui permettant de participer à la société et d'en être un constituant. Selon Berger et Luckmann, «la socialisation secondaire est l'acquisition de connaissances spécifiques de rôle, les rôles étant directement ou indirectement enracinés dans la division du travail »⁶⁸.

⁶⁵ DARMON M., 2016, *Op. cit*, p.28.

⁶⁶ MILLET M., 2003, *Les étudiants et le travail universitaire : étude sociologique*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 253p

⁶⁷ DARMON M., 2016, *Ibid.*, pp.73-75

⁶⁸ BERGER P.L., LUCKMANN T., *Op. cit*, pp.225-226

La socialisation médicale a marqué durablement l'étude de la socialisation professionnelle par des travaux préfigurateurs : ceux de Merton, Kendall, Reader inscrits dans le fonctionnalisme et ceux de Hughes, Becker et Geer marqués par l'interactionnisme. Les premiers ont envisagé la socialisation médicale du point de vue de la finalité, c'est-à-dire le résultat à obtenir : devenir médecin, en même temps que les normes et les valeurs de la culture médicale pour devenir un « bon » médecin ; alors que les seconds rendent compte des processus à l'œuvre pendant la formation médicale, tout aussi bien ce que l'institution fait aux étudiants que ce que les étudiants font à l'institution. Ces deux approches ont donné une importance à l'apprentissage scolaire professionnel pour « un type bien particulier d'activité professionnelle à haut statut »⁶⁹, car pour ces deux courants, la médecine a été envisagée comme le prototype des professions.

Néanmoins, dans ce travail de recherche, seul le début de la formation médicale est mis en lumière ; il ne s'agit pas d'analyser les processus de la socialisation secondaire des médecins mais celle d'étudiants cherchant leur voie dans le monde professionnel et plus spécifiquement ici de la santé. La socialisation médicale viendra étayer les données issues du terrain dans le chapitre 4.2 : le premier semestre des étudiants de PACES.

Dans cette socialisation, il faut aussi réfléchir au rôle de l'institution qui accueille les étudiants. Darmon attribue un rôle central aux institutions, véritables « points d'ancrage capitaux d'une socialisation continue »⁷⁰ mais elle avance également qu'il peut être intéressant d'étudier analytiquement et « au cas par cas » le pouvoir de transformation – et ses limites - de l'institution visée. Sans être une institution totale au sens de Goffman⁷¹, comme l'asile, ou encore une institution disciplinaire, au sens de Foucault⁷² comme la prison, l'université est même parfois pensée comme une institution faible⁷³. En étudiant les parcours d'étudiants de premier cycle à l'université, G Felouzis tente de comprendre les transformations engendrées par ce « système d'action » et mieux comprendre « la nature de

⁶⁹ DARMON M., 2016, *Op. cit.*, p.90

⁷⁰ DARMON M., 2016, *Ibid.*, pp.101-102

⁷¹ GOFFMAN E., 1968, *Asiles: Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Editions de Minuit.

⁷² FOUCAULT M., 1975, *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 318 p.

⁷³ SAINT-MARC D., 2011, *La formation des médecins: Sociologie des études médicales*, Editions L'Harmattan, 268 p.
FELOUZIS G., 2001, *La condition étudiante: sociologie des étudiants et de l'Université*, Paris, Presses universitaires de France (Sociologie d'aujourd'hui), 300p

l'université comme organisation et comme institution de formation »⁷⁴. D'après ses travaux, il pense que les étudiants, en entrant à l'université, pénètrent dans un monde flou dont les buts, et les moyens pour y arriver, ne sont pas clairement explicités ; de plus, les liens avec les enseignants – et les autres étudiants au début – sont faibles et distants. C'est dans ce sens qu'il postule que l'université est une institution faible. « Les étudiants arrivent dans un univers où il faut voir ce qui n'est pas montré et entendre ce qui n'est pas dit ». Face à la liberté accordée pour organiser son temps et son travail personnel, l'étudiant doit trouver ses propres ressources et réussir à décoder ce qui est implicite. Dans un contexte d'incertitude sur les normes qui ne sont pas imposées et les valeurs universitaires difficiles à cerner, les étudiants doivent « construire un nouveau rapport à eux-mêmes ». C'est pour toutes ces raisons que Felouzis qualifie l'université « d'institution faible, c'est-à-dire une institution dans laquelle la socialisation des individus se construit 'par défaut', malgré l'institution, et dans laquelle on n'observe pas vraiment de valeurs stables »⁷⁵. C'est aussi ce que démontre David Saint Marc dans sa recherche sur la formation des médecins : il en déduit que c'est un « système de formation peu contrôlé et fortement soumis aux stratégies des étudiants ». C'est au fur et à mesure de la formation et des années que les étudiants parviennent à des ajustements, car « si l'université intègre mal les étudiants, l'hôpital le fait à sa place »⁷⁶ ce qui ne peut pas être le cas en première année où la formation reste uniquement universitaire.

Il apparaît que, pour étudier la socialisation à l'œuvre pendant la première année des études de santé et les bifurcations qui suivront, il sera intéressant d'observer les instances socialisatrices, institutions, groupes de pairs, professionnels ; les socialisations antérieures, les socialisations successives et les effets produits sur l'individu aussi bien que les effets produits par les étudiants sur l'institution. Tenter de vouloir comprendre et décrire ce qui se joue avec le dispositif de réorientation vers les professions paramédicales au sein de l'UFR de médecine et de pharmacie est l'occasion de mobiliser un autre concept : celui de « champ ».

⁷⁴ FELOUZIS G., 2001, *Op cit*, p.1.

⁷⁵ FELOUZIS G., 2001, *Ibid.*, pp.12-20.

⁷⁶ SAINT-MARC D., 2011, *op. cit.*, p. 251

Le champ

Au fur et à mesure de cette recherche, il a fallu circonscrire l'espace à investiguer tout en faisant apparaître les relations et le rôle des acteurs dans cet objet précis qu'est le dispositif de réorientation étudié, mais sans éluder la dynamique de l'objet lui-même. C'est pourquoi il est apparu nécessaire de se pencher sur le concept de champ⁷⁷, car il ne s'agissait pas seulement d'un objet dans un espace géographique mais également d'un espace social.

Les propriétés opératoires du champ pour cette recherche

Le choix a été fait de souligner les propriétés fortes de ce concept à partir de quelques écrits de Pierre Bourdieu, sans retracer de façon exhaustive les usages et les transformations du concept de champ dans son œuvre puisqu'en reprenant ce concept de Kurt Lewin dans les années 1970⁷⁸, Bourdieu l'a travaillé dans un nombre d'espaces ou de milieux conséquents. Les caractéristiques qui nous intéressent dans la construction de sa théorie sur l'espace social sont reprises ci-après. Ces mêmes caractéristiques sont mobilisables pour comprendre le champ médical, hospitalo-universitaire et des autres professions de santé tel qu'il se présente sur le terrain.

Un premier point mérite l'attention : le concept de champ a été développé par Bourdieu pour rendre compte des **relations** entre les agents au sein de groupes et dans le monde social. Il invite à « penser relationnellement », c'est-à-dire envisager le monde social non pas en termes de catégories sociales figées mais en termes de relations objectives entre des positions sociales⁷⁹.

Pour le deuxième point, il est donc question de **positions**. Le champ est un espace structuré de positions occupées par les agents, c'est un espace multi dimensionnel de

⁷⁷ L'utilisation du concept de champ dans ce travail de recherche doit beaucoup aux apports et à la réflexion qui émanent du séminaire « Champ médical » animé par Patrice Pinell (CSE-CNRS). Ce lieu d'échanges entre doctorants et chercheurs permet d'entrevoir la diversité des domaines d'activité et des pratiques, les rapports entre les disciplines et les agents qui les investissent au travers des travaux présentés. De même, le choix d'utiliser entre autres les restitutions des séminaires sur le champ de P Bourdieu comme source pour traiter de ce concept se fonde aussi sur l'intérêt de mobiliser la mise en discussion et la fabrication des idées pour alimenter une recherche.

⁷⁸ CHAMPAGNE P., CHRISTIN O., 2019, « Champ », dans *Pierre Bourdieu : Une initiation*, Lyon, Presses universitaires de Lyon (Sociologie), p. 148.

⁷⁹ CHAMPAGNE P., CHRISTIN O., 2019, *Ibid.*, p. 152.

positions différenciées : « On peut ainsi représenter le monde social sous la forme d'un espace (à plusieurs dimensions) construit sur la base de principes de différenciation ou de distribution constitués par l'ensemble des propriétés agissantes dans l'univers social considéré (...). Les agents et les groupes d'agents sont ainsi définis par leurs positions relatives dans cet espace »⁸⁰.

Ensuite, pour rendre compte des relations entre les positions, Bourdieu soutient qu'il faut privilégier une analyse de la structure de l'espace plutôt qu'une analyse par typologie. La typologie enferme dans des habitudes de classement et ne permet pas toujours de s'interroger sur les présupposés. Cette analyse de la structure et des relations entre les différentes positions des agents dans le champ étudié présente un intérêt dans la recherche menée ici : plutôt que d'établir une typologie des acteurs et de leurs actions, il semble préférable de s'interroger sur les enjeux à l'œuvre à l'intérieur du champ en termes de droit d'entrée pour les étudiants dans le champ médical, en termes de pouvoir et de rapports de force des agents dans le champ hospitalo-universitaire. « Au lieu de traiter une population donnée comme une addition d'individus (...), l'analyse structurale traite les relations entre les individus, ou plus exactement, les relations entre des positions qui peuvent être occupées par un nombre variable d'individus (...). Ce qui est important, c'est la **structure des relations** entre ces **positions** »⁸¹. De cette façon, l'analyse structurale permet de lier positions et relations dans le champ, tout en gardant à l'esprit que l'analyse de l'espace social en termes de champ suppose de tenir compte de deux niveaux : le champ des positions et celui des prises de positions, les deux étant liés par un lien de causalité : la prise de positions d'un agent ou d'un groupe est dépendante de la position sociale occupée. Dans la recherche dont il est question ici, la prise de position d'un responsable de formation, que ce soit à l'UFR ou dans les instituts de formation paramédicale, dépend de sa position dans le champ hospitalo-universitaire, et comme nous allons le voir, de ses propriétés agissantes.

Par ailleurs, pour le troisième point, si les notions de champ et de positions sont « interdépendantes », il apparaît qu'il n'est pas possible de dissocier le concept de champ de celui de **capital** et de propriétés agissantes. Pour rappel, Bourdieu établit une relation étroite

⁸⁰ BOURDIEU P., 1984, « Espace social et genèse des "classes" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 52, 1, p. 3.

⁸¹ BOURDIEU P., 2013, « Séminaires sur le concept de champ, 1972-1975 », Introduction de Patrick Champagne », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 200, 5, p. 13.

entre ces concepts (et aussi celui d'habitus) pour appuyer la structuration du monde social en sous-espaces. La position occupée par un agent dans l'espace social dépend des différentes formes de capital qu'il possède. « On peut ainsi construire un modèle simplifié du champ social dans son ensemble qui permet de penser, pour chaque agent, sa position dans tous les espaces de jeu possibles »⁸². En fonction de sa dotation dans les différentes espèces de capital, un agent peut être 'multi positions'.

Pour Bourdieu, le capital économique peut être représenté de façon objective par les revenus et les propriétés matérielles obtenus de différentes façons (par le travail, l'héritage, etc...). Le capital culturel peut se présenter sous une forme objective, mais sous la forme incorporée c'est un ensemble de savoirs et de savoir-être qui peut être « juridiquement garanti » au travers de titres scolaires⁸³, mais également issu de dispositions acquises par chacun dans son milieu social d'origine. Le capital social s'apparente à un réseau de connaissances, plus ou moins institutionnalisé, qu'un agent peut mobiliser pour l'acquisition ou le maintien d'une position sociale. Ce capital social peut aussi s'entendre comme l'appartenance à un groupe dont les membres ont des liens de caractère permanent et utile. Enfin, le capital symbolique est une propriété agissante reconnue par les agents sociaux, qui est dotée d'une valeur symbolique (force, richesse, prestige...) et qui, dans le même temps, valorise les autres formes de capital. « Les espèces du capital, à la façon des atouts dans un jeu, sont des pouvoirs qui définissent les chances de profit dans un champ déterminé »⁸⁴.

À ces différentes espèces du capital s'ajoute le capital spécifique, utile et nécessaire pour le champ dans lequel un ou des agents se situent, propriété spécifique dont ce champ a le monopole. Par exemple, le « monopole médical » est *juridiquement garanti* par le cadre légal de l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé⁸⁵ en s'appuyant notamment sur les diplômes ou titres. La loi⁸⁶ autorise aux seuls médecins les

⁸² BOURDIEU P., 1984, *Op. cit.*, p. 3.

⁸³ Les titres scolaires sont éminemment importants dans cette recherche aussi bien pour les responsables hospitalo-universitaires (spécialité et type de spécialité) que pour les futurs étudiants en santé (type de baccalauréat et mention)

⁸⁴ BOURDIEU P., 1984, *Op. cit.*, p. 3.

⁸⁵ Code de la Santé Publique, Partie Législative, Quatrième partie : Professions de santé (Articles L4001-1 à L4444-3) y compris les actes dérogatoires dans le cadre de coopération entre professionnels de santé (Articles L4011-1 à L4011-5) et le monopole des pharmaciens : Livre II Titre 1° (Articles L4211-1 à L4212-8)

⁸⁶ Code Civil, Art 16-3 « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »

interventions sur le corps humain pouvant entraîner une atteinte à l'intégrité corporelle des personnes dans le cadre de leur exercice et dans le but de préserver la santé : cette exonération légale cristallise le monopole médical, les autres professions de santé voyant leur périmètre d'exercice défini en fonction et en dérogation à ce monopole. Et ce monopole établit la position dominante de la profession médicale sur les autres professions de santé dans un champ médical élargi, contribuant à renforcer le capital spécifique de ceux qui le possèdent. Ainsi, se trouvent déjà dessinés les contours des rapports de forces entre les groupes professionnels, positions dominantes et dominées au sein du champ médical. Bourdieu souligne que, dans chaque champ, il existe une forme de lutte pour le monopole de biens rares ou de capital : « La lutte pour ce monopole risque toujours de s'organiser autour de l'opposition entre les détenteurs du monopole et ceux qui veulent entrer sur le marché sans le capital adéquat »⁸⁷.

Le quatrième point montre que la structure du champ est **polarisée**. Le volume et la structure du capital possédé par les agents déterminent la position des agents dans l'espace social. Des positions peuvent être plus ou moins importantes ou dominantes, à l'opposé d'autres positions peuvent se retrouver en position dominée, et entre les deux une kyrielle de positions. Bourdieu avait l'habitude de faire des représentations graphiques de la théorie des champs⁸⁸ pour y distribuer les agents : la première dimension est verticale et permet de représenter le capital global de bas en haut, les moins dotés se trouvant en bas. La seconde dimension est horizontale, allant de gauche à droite d'un pôle principalement composé de capital culturel vers un pôle bien doté en capital économique, ces deux espèces de capital ayant une croissance inversement proportionnelle selon ses travaux. Ses graphiques incluaient des sous-espaces ou sous-champs lorsque la différenciation des capitaux spécifiques faisait apparaître d'autres espaces, distincts, peu à peu autonomes, ce qui est décrit par Pinell dans la genèse du « champ médical »⁸⁹.

Cinquièmement, le champ est parcouru par des **rapports de forces**. En fonction de l'enjeu du champ, les acteurs luttent pour acquérir ou conserver le capital spécifique à ce champ. Il existe un rapport de forces entre les agents dont le but pour chacun est d'accroître

⁸⁷ BOURDIEU P., 2013, *Op cit*, p. 21.

⁸⁸ BOURDIEU P., 2013, *Ibid.*, p. 16 et pp. 34-35.

⁸⁹ PINELL P., 2009, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, pp. 315-349.

son capital. Néanmoins, il s’y développe aussi des formes de transactions entre des agents qui occupent les différentes positions de cet espace : chaque champ est un espace de jeu avec un enjeu particulier et la poursuite de buts spécifiques. Et cet enjeu commun peut être un enjeu de luttes pour lesquelles il existe des règles du jeu propres au champ. La métaphore du jeu était employée par Bourdieu. Un champ devient autonome lorsque seules les règles édictées par les membres du champ deviennent le principe de fonctionnement légitime. Ce degré d’autonomie conditionne « la force et la forme du droit d’entrée imposé aux nouveaux entrants »⁹⁰. Ainsi, pour intégrer le champ médical, l’investissement exigé pour prétendre s’y faire une place nécessite de surmonter les différentes sélections : le concours de fin de première année et les épreuves classantes nationales (ECN) qui ont fait suite au concours de l’internat sont les formes les plus visibles du droit d’entrée.

En sixième point, la notion de frontières ou de **limites** du champ est une question essentielle et un enjeu important. Bourdieu souligne que ce n’est pas une frontière réelle mais un objet de lutte constante. « Cette question des limites (...) est donc toujours posée dans le champ lui-même, car les acteurs travaillent sans cesse à exclure des concurrents potentiels ou actuels, à produire des critères de reconnaissance, des droits d’entrée susceptibles de favoriser leur emprise sur le champ et le pouvoir de dire ce qui est légitime ou pas »⁹¹. De même, en traitant des limites, il faut réfléchir aux relations entre les champs et aux relations entre les champs et les sous-champs. Les limites ne sont pas fixées puisqu’elles sont toujours à définir, les champs se divisent, peuvent avoir des frontières poreuses à certains moments, être en échanges constants avec d’autres champs, être à l’intersection de deux champs⁹², ce qui est observable sur le terrain d’enquête dans les relations entre les différentes formations en santé.

Selon Bourdieu « En fait, toutes les transformations de la définition des enjeux légitimes et des moyens légitimes pour atteindre les enjeux entraînent une redistribution de la structure du capital »⁹³. Droit d’entrée, règles du jeu et légitimité sont à l’œuvre dans cette redistribution. Il ne faut pas s’y tromper : les agents transforment le champ sans cesse. Il s’agit alors de détenir suffisamment de capital spécifique, de connaître les règles du jeu pour ne pas

⁹⁰ CHAMPAGNE P., CHRISTIN O., 2019, *Op cit*, p. 172

⁹¹ CHAMPAGNE P., CHRISTIN O., 2019, *Ibid.*, p. 155

⁹² BOURDIEU P., 2013, *op cit*, p. 16

⁹³ BOURDIEU P., 2013, *Ibid*, p. 36

être hors-jeu. « Et les nouveaux entrants, dès lors qu'ils n'ont pas tout à fait les mêmes propriétés que ceux qui y sont déjà (niveau de diplôme plus élevé, origine sociale plus basse, etc.), tendent à modifier le rapport de forces à l'intérieur du champ parce que c'est la distribution des propriétés des agents d'un champ qui contribue à définir la structure de celui-ci. C'est pourquoi, également, le recrutement dans ces univers est toujours l'objet d'une attention toute particulière et prend souvent la forme d'une cooptation quasi déclarée parce que ce qui est en question, c'est la reproduction du champ »⁹⁴. Il faut ici penser aux propriétés des candidats désireux d'entrer dans le champ médical et du droit d'entrée qui leur est imposé.

Quelques caractéristiques du champ universitaire

Si on regroupe sous l'appellation **champ universitaire** les niveaux supérieurs de l'enseignement – c'est-à-dire les formations après le baccalauréat, qui s'adressent aux étudiants – il apparaît que ce champ comprend au moins : un champ proprement universitaire, un champ des grandes écoles et un autre pour les formations professionnelles (qui n'appartiennent ni à l'un ni à l'autre au temps de Bourdieu, mais tendent depuis les années 2000 à entrer dans le modèle universitaire par le phénomène d'*universitarisation*). Ce champ de l'enseignement supérieur est lui-même compris dans un espace plus vaste qu'il est possible de qualifier de champ scolaire qui comprend toutes les étapes de la formation, de l'entrée à l'école jusqu'à la diplomation débouchant sur l'entrée dans le monde du travail.

C'est dans *Les héritiers* et *La reproduction* que Bourdieu et Passeron fondent les bases de la théorie de la reproduction sociale par les effets de la scolarisation, chaque agent allant occuper une place qui lui est destinée dans l'espace social, en fonction de ses dispositions, de son habitus largement conditionné par son origine sociale. L'école ajuste le classement scolaire avec le classement social. Le champ scolaire attribue titres et diplômes qui permettent la valorisation du capital scolaire en capital social et économique. Ici, la recherche met en lumière les propriétés socio-scolaires des étudiants de PACES.

À propos du champ universitaire, Bourdieu relate dans *Homo academicus* les divisions disciplinaires à l'université qui font apparaître un champ hétérogène avec des facultés

⁹⁴ CHAMPAGNE P., CHRISTIN O., 2019, *Op. cit.*, p. 159.

dispensant des contenus de savoirs différents, source de classement et de hiérarchisation. De même à l'intérieur de chaque faculté, les positions occupées par les différentes disciplines contribuent à construire l'espace des positions universitaires et l'emboîtement des espaces sociaux. Dans les facultés de médecine, l'espace est constitué d'un ensemble de positions entre les cliniciens ayant des dispositions proches du pôle du pouvoir et les médecins pratiquant la recherche fondamentale, plus proches du pôle du savoir ; les rapports de force semblent s'établir entre les partisans d'un ordre médical censé assurer la reproduction du corps et les partisans d'innovations et de réformes tendant à vouloir occuper des positions sociales dominantes.

Quant au champ des grandes écoles, c'est plutôt dans *La Noblesse d'État Grandes écoles et esprit de corps* que Bourdieu en aborde les caractères spécifiques. Il va expliquer la notion d'esprit de corps, en rappel aux grands corps d'état, qui est insufflé aux étudiants par le biais de la formation : une entrée sélective sur concours, un passage par les classes préparatoires, le partage d'un même univers fonctionnant en système fermé et un recrutement dans des milieux sociaux proches. Si les écoles d'élite consacrent ceux qui sont passés par elles, elles n'en sont pas moins diversifiées. En tant qu' « écoles intellectuelles » ou « écoles du pouvoir », elles préparent leurs étudiants à exercer des fonctions dominantes dans la société, mais différentes en termes de prestige intellectuel ou de « pouvoirs temporels »⁹⁵.

Cette polarisation dans chaque sous-champ (universitaire / grandes écoles) entre le prestige intellectuel et le pouvoir économique est un cadre d'analyse que Bourdieu a utilisé dans les deux cas. Il reste toujours intéressant de réfléchir aux propriétés des facultés de médecine qui dispensent des disciplines techniques et scientifiques et, tout en appartenant à l'université, sélectionnent sur concours les étudiants qu'elles accueillent ensuite dans le cursus long, les préparent à remplir des fonctions de services médicaux dans la société.

L'espace de la médecine abordé sous l'angle du champ médical

La pertinence de convoquer, dans cette recherche, le concept de champ et plus particulièrement de « champ médical » réside dans l'intérêt de ne pas traiter la question du

⁹⁵ BOURDIEU P., 1989, *La noblesse d'état: grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Les Éd. de Minuit (Le sens commun)

début des études de médecine en termes de moyens d'accéder à la profession médicale, mais de considérer à la fois :

- les étudiants comme de « nouveaux entrants » dans le champ
- l'Université et sa faculté de médecine comme l'institution qui agit et qui est agie par les différents acteurs, leurs positions et leurs relations
- les enjeux et les reconfigurations qui s'y développent.

Pinell envisage la médecine actuelle et son phénomène de spécialisation comme « la résultante d'un **processus de différenciation des activités médicales** qui est engagé depuis plusieurs siècles »⁹⁶ de la même façon que Bourdieu l'a émis dans sa théorie générale. C'est un processus historique qui permet de saisir comment un univers social s'est progressivement différencié et autonomisé. Même si Bourdieu a utilisé le concept de champ dans de nombreux domaines : l'art, la haute couture, la religion, les grandes écoles, la science, etc..., il n'a pas fait l'analyse de la médecine comme le souligne Pinell. Il convient alors d'étudier les luttes et les enjeux autour desquels s'est construit le champ médical, avec une perspective historique, pour mieux appréhender sa configuration actuelle.

Les contributions de Pinell permettent de comprendre l'émergence et la construction d'un « champ médical » en France. Cet espace est d'un abord compliqué parce qu'il est constitué d'une multitude d'activités, de pratiques s'exerçant sur des objets eux aussi diversifiés avec une « très grande hétérogénéité des types de savoirs et de pratiques produits⁹⁷ ». C'est donc un espace complexe pour lequel il faut également tenir compte de l'importance de la construction historique, de la combinatoire des facteurs d'émergence de nouvelles spécialités médicales, mais aussi des positions et des relations des « producteurs » de « biens de santé »⁹⁸, c'est-à-dire les soignants, médecins ou non, les administratifs, les scientifiques, etc...

Pinell situe la naissance du « champ de la médecine moderne »⁹⁹ de la période Postrévolutionnaire jusqu'à la guerre de 1870. La géographie du champ médical présente

⁹⁶ PINELL P., 2005, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157, 1, p 5.

⁹⁷ PINELL P., 2009, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 50, 2, p 316.

⁹⁸ PINELL P., 2009, *Ibid*, p317

⁹⁹ PINELL P., 2009, *Ibid*, p317

alors plusieurs espaces : l'un produit de la médecine clinique, un autre de la médecine sociale et le troisième de la médecine biologique ou scientifique. Ces trois espaces sont institutionnellement différents, mais restent interdépendants, ce qui constitue « un champ médical différencié »¹⁰⁰.

La médecine clinique

La Révolution en France a entraîné la désorganisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine et de la chirurgie tels qu'ils étaient sous l'Ancien Régime. La reconstruction des institutions médicales au début du XIXe siècle¹⁰¹ favorise l'émergence du champ médical et le début du processus de spécialisation de la médecine clinique. Ce phénomène est porté par un renouvellement des savoirs médicaux qui privilégie davantage l'observation clinique et la localisation de la maladie en fonction des organes – la nouvelle « médecine anatomo-clinique » – que la théorie humorale ancestrale, mais aussi par un renouveau pour l'hôpital qui se voit « assigner une triple fonction de soins aux malades indigents, de terrain privilégié d'observation des maladies et de lieu de formation clinique des étudiants »¹⁰². Ces trois domaines que sont le soin, la recherche et l'enseignement restent présents aujourd'hui sous le terme de « triple mission » évoqué par les hospitalo-universitaires lors de notre enquête de terrain.

Progressivement, le champ médical se voit modifié par son expansion et les rapports de force engendrés par le processus de spécialisation. Tout d'abord, des formes de spécialisation clinique émergent à l'hôpital entraînant des enjeux de définition et de reconnaissance. C'est le regroupement de populations particulières (femmes enceintes, enfants malades, vieillards, fous...) dans des hôpitaux spécialisés à Paris, doublé d'une activité scientifique s'appuyant sur la construction d'un savoir clinique spécifique à chaque population, qui permettent l'émergence des spécialisations hospitalières.

Vient ensuite l'ancrage des spécialisations au travers de la création de chaires de spécialités cliniques à l'université. Ainsi, la chaire de spécialité représente elle-même une institution capable de déterminer, d'infléchir les positions des agents à l'intérieur du champ médical. Pour Pinell, « l'ouverture d'une chaire consacre la reconnaissance par les autorités

¹⁰⁰ PINELL P., 2009, *Ibid*, p319

¹⁰¹ Ce point historique est détaillé dans le paragraphe 2.3.1 qui concerne les études de médecine

¹⁰² PINELL P., 2005, *Op. cit*, pp.7-8

académiques de la spécificité du domaine médical dont elle dessine les contours 'officiels' ; elle constitue un facteur important de structuration et de reproduction institutionnelle de ce domaine ; enfin, elle modifie la structure d'ensemble du champ médical et, de ce fait, les conditions d'émergence de nouvelles spécialités »¹⁰³. Il souligne que si la création de chaires de spécialités s'accompagne de jalons repérables (regroupement de malades dans un hôpital particulier, développement de l'activité scientifique, création de cours spéciaux, d'une revue, d'une société savante), le processus possède une hétérogénéité qui peut être temporelle (la chaire est créée plus ou moins tôt que d'autres) de prestige (disciplines jugées plus ou moins nobles, luttes d'influence entre spécialités) La constitution d'une chaire sous-entend l'émergence d'une élite hospitalo-universitaire par la création de postes de professeurs agrégés, issus du concours de l'internat des hôpitaux de Paris et exerçant comme médecin ou chirurgien dans ces mêmes hôpitaux – Paris formant l'élite nationale, le prestige reste inférieur en province. Ainsi, le « sous-espace hospitalier » génère le pôle dominant de la médecine clinique : par le biais du concours de l'internat des hôpitaux, il désigne l'élite qui peut accéder aux plus hautes fonctions et établit ainsi une hiérarchie parmi les médecins de l'espace clinique. La hiérarchie part des officiers de santé exerçant en milieu rural et ayant reçu une formation plus courte et de moindre valeur que les docteurs en médecine qui exercent en ville, jusqu'aux médecins et professeurs de l'élite parisienne.

La formation médicale se développe à la fois à l'hôpital et dans le « sous-espace universitaire » représenté par la faculté de médecine. Passés par la filière sélective du concours de l'internat, les médecins hospitaliers qui accèdent au poste de professeur, concrétisent ainsi la domination d'une institution locale (l'hôpital) sur une institution étatique (l'université) et favorisent une reproduction de l'élite.¹⁰⁴

Enfin, l'encadrement juridique par les pouvoirs publics régule l'exercice des spécialités médicales ; ceci achève de donner une reconnaissance officielle par des titres et diplômes qui constituent tout autant des attributs de pouvoir symbolique pour leurs détenteurs à l'intérieur du champ médical. Le « capital clinique » se constitue au fur et à mesure de la trajectoire, de la sélection par concours, du parcours de praticien hospitalier et d'enseignant clinicien, puis

¹⁰³ PINELL P., 2005, *Op. cit.*, pp. 8-9.

¹⁰⁴ PINELL P., 2009, *Op cit.*, p.329.

du rayonnement académique à partir de sa propre discipline. L'accumulation de capital clinique détermine les positions dominantes.

La médecine sociale

L'espace de la médecine sociale répond à des préoccupations d'hygiène et de prévention des maladies. À côté des médecins hygiénistes, interviennent des groupes professionnels extérieurs au champ médical (chimistes, ingénieurs...) ayant chacun des enjeux spécifiques et se mobilisant autour d'un enjeu socio-politique commun. Ces préoccupations politiques de contrôle sanitaire sur les populations comme les campagnes de vaccination ou la protection de la mère et de l'enfant font, elles aussi, intervenir des groupes professionnels différents (docteurs et officiers de santé, sages-femmes, etc...). L'élite hospitalo-universitaire est beaucoup moins présente dans la médecine hygiéniste.

La médecine légale, sous-espace de la médecine sociale, est une discipline jeune au XIXe siècle et elle évolue avec la médecine mentale. À cette période est créé le groupe professionnel des médecins fonctionnaires de l'institution asilaire. La médecine aliéniste « se construit comme un espace hybride où médecine clinique et médecine sociale s'articulent »¹⁰⁵, mais n'empêchera pas la médecine sociale de représenter le pôle dominé du champ médical.

Les sciences accessoires

Le dernier espace du champ médical, qualifié par Pinell d'« espace des sciences accessoires »¹⁰⁶, comporte les disciplines (parmi lesquelles la pharmacie, la chimie, la physique, l'histoire naturelle...) qui, au XIXe siècle, sont utiles à la médecine soit comme sciences expérimentales, soit comme sciences appliquées. La caractéristique principale de cet espace est qu'il se construit à partir du champ médical et du champ scientifique. Par conséquent, ses agents peuvent avoir une trajectoire qui passe de l'un à l'autre avec, pour conséquence, de brouiller les limites de cet espace.

La médecine biologique naît dans le sillage de l'évolution de la physiologie expérimentale et de l'étude du vivant et va permettre de remettre en cause l'approche

¹⁰⁵ PINELL P., 2009, *op cit*, p 324

¹⁰⁶ PINELL P., 2009, *Ibid*, p 336

anatomo-clinique. Le capital scientifique et universitaire de ses agents, professeurs à la faculté de médecine, « favorise son autonomie vis-à-vis de la médecine clinique »¹⁰⁷. Elle continuera d'évoluer plus tard grâce à la théorie microbienne de Pasteur qui révolutionne alors la clinique, la chirurgie, l'hygiène. La pratique clinique s'enrichira encore par la suite de la bactériologie dans la lutte contre les maladies infectieuses et de l'immunologie¹⁰⁸.

Les XXe et XXIe siècles continuent la marche en avant : le développement de cet espace comme médecine scientifique doit beaucoup à l'innovation et à la technologie. Il faut remarquer qu'elle partage toujours de la même façon des frontières souples avec d'autres champs (physique nucléaire, génétique, informatique, robotique et médecine 2.0). Le diagnostic en médecine clinique, de même que la chirurgie ont recours de façon récurrente aux technologies de ces sciences considérées autrefois comme accessoires.

Ainsi, la structure et la polarisation du champ médical actuel sont l'héritage de la construction de ce champ au XIXe siècle. Il conserve une médecine clinique qui partage une partie de ses positions avec la médecine scientifique, la médecine sociale semblant toujours être la fraction dominée de ce champ. Si les relations de l'État avec la médecine sociale étaient déjà prégnantes autrefois, le pouvoir étatique a développé son influence sur la médecine clinique à la fois par des institutions comme la Sécurité Sociale, ou des agences qui régulent les pratiques (Haute autorité de santé) et le développement de la profession ou encore la gouvernance des hôpitaux (les Agences Régionales de Santé). Même le sous espace des agents hospitalo-universitaires, pourtant dans le pôle dominant, doit aussi lutter pour préserver autonomie et autorité¹⁰⁹.

En résumé, le champ médical en France s'est construit par extension et notamment par un processus de spécialisation, processus d'ensemble, entendu comme « le produit de la dynamique d'un jeu social complexe »¹¹⁰. La façon dont l'espace est structuré permet de

¹⁰⁷ PINELL P., 2009, *op cit*, p 343

¹⁰⁸ PINELL P., 2005, *Ibid*, p 28

¹⁰⁹ THOMAS F, 19 décembre 2014, *Réformes hospitalières et rationalisation, remise en cause du pouvoir médical*, Présentation et discussion d'un chapitre de thèse, Séminaire « Champ médical » Patrice PINELL, Centre de Sociologie Européenne CNRS, Paris 17

THOMAS F, 2015, *L'évolution des modes de légitimation de l'autorité clinique au sein du champ médical : les hiérarchies médicales hospitalo-universitaires dans le contexte de réformes des hôpitaux*, Thèse de sociologie Université de Limoges

¹¹⁰ PINELL P., 2005, *ibid*, p 6

comprendre les rapports de forces qui peuvent modifier la polarisation à l'intérieur du champ, et l'autonomie réelle ou relative de chaque sous-espace. De nos jours, les médecins hospitalo-universitaires ont hérité de la position dominante du sous-espace hospitalier, et la moindre valeur de la formation des officiers de santé marque durablement tout groupe professionnel aux limites de l'espace qui peut entrer en concurrence avec une partie du travail médical.

Pour la suite de la réflexion, les interactions entre les différents métiers et professions en santé observés dans cette recherche, ainsi que les formations qui les supportent, conduisent à mobiliser la notion de division du travail et de groupe(s) professionnel(s).

Division du travail et groupes professionnels

La division du travail : quelques notions pour mieux aborder le travail médical

« Parler en termes de champ, c'est aussi prendre en compte la division sociale du travail et chercher à en rendre compte, tenter de rappeler que dans des sociétés différenciées la différenciation des capitaux s'accroît parallèlement »¹¹¹. La division du travail médical amène à faire travailler ensemble différents groupes professionnels : outre le groupe professionnel des médecins, les personnels paramédicaux forment, eux aussi des groupes professionnels avec des intérêts parfois divergents, mais qui partagent une même position dominée dans le champ médical.

Durkheim, à la fin du XIXe siècle, avait déjà traité de la division du travail. Il nous dit que « la division du travail ne peut s'effectuer qu'entre les membres d'une société déjà constituée »¹¹². Même s'il ne parle pas de groupe social ou de « champ » particulier comme dans cette recherche, il soutient que, si les individus sont isolés, en dehors de la société, ils sont davantage séparés encore en cas de concurrence. « Or, la division du travail unit en même temps qu'elle oppose ; elle fait converger les activités qu'elle différencie ; elle rapproche ceux qu'elle sépare »¹¹³. Il faut remarquer également qu'elle permet un partage des tâches même

¹¹¹ CHAMPAGNE P., CHRISTIN O., 2019, *Op. cit.*, p. 167

¹¹² DURKHEIM É., (1893)2013, *De la division du travail social*, Presses Universitaires de France. p259

¹¹³ DURKHEIM É., (1893)2013, *Ibid*, p.259.

si celles-ci étaient communes jusqu'alors, et que cette division des tâches est sous la contrainte de multiples facteurs. Pour deux parties qui se spécialisent, la division ne peut se faire que progressivement dans l'interaction et dans le temps car : « il n'y a pas d'autre moyen pour que l'une reçoive tout le mouvement que l'autre abandonne et qu'elles s'adaptent l'une à l'autre »¹¹⁴. Pour Durkheim, il faut d'abord que la société préexiste avec ses liens, juridiques, sociaux et moraux, pour que le travail puisse être divisé entre ses membres. « Il y a donc une vie sociale en dehors de toute division du travail, mais que celle-ci suppose »¹¹⁵. Selon Durkheim – chez qui l'ordre moral et l'intégration sociale traversent une grande partie de son œuvre – les individus au travail, parce qu'ils ont en commun des occupations et des intérêts, entrent en relation et forment un groupe, une corporation ; et ce groupement professionnel exerce une action morale sur ses membres. Il souhaitait que l'organisation de la société ne repose pas uniquement sur une base territoriale mais aussi sur des formes de groupes secondaires entre l'État et les individus, et que les groupements professionnels soient cet « élément essentiel de notre structure sociale » car il doutait que « la corporation soit une sorte de panacée qui puisse servir à tout »¹¹⁶.

Classiquement, à partir du taylorisme, la division du travail est présentée sur deux échelles : verticale et horizontale. L'échelle verticale distingue le travail intellectuel de conception du travail d'exécution : la division y est forte si la séparation est importante entre les activités de conception et celles de réalisation, avec un nombre conséquent d'échelons ou de postes intermédiaires. L'échelle horizontale représente la décomposition du travail en tâches élémentaires ou parcellisation du travail : la division y est forte si les tâches sont élémentaires et répétitives, et faible si les tâches sont diversifiées¹¹⁷. Si les différents agents se partagent le travail au sein d'un secteur d'activité, ils n'en forment pas moins des groupes professionnels différents.

¹¹⁴ DURKHEIM É., *Op. cit*, p 260

¹¹⁵ DURKHEIM É., *ibid*, p 261

¹¹⁶ DURKHEIM É., *ibid*, p XXXIV

¹¹⁷ VEZINAT N., 2016, *Sociologie des groupes professionnels*, Malakoff, Armand Colin (128), 125 p.

Groupes professionnels et division du travail : des théories exemplifiées par la médecine

La sociologie des professions a été développée par le courant fonctionnaliste et le courant interactionniste au XXe siècle aux États-Unis, la profession médicale ayant servi d'exemple au sein de ces travaux. Cet héritage anglo-saxon a influencé la sociologie française sur les professions et les groupes professionnels¹¹⁸.

Le courant fonctionnaliste s'est attaché à opérer une distinction entre les « *professions* » instituées et les « *occupations* » de type métier et s'est davantage penché sur les premières avec une vision restrictive et normative de la *profession*. Dans un article des années post 1968, Jean-Michel Chapoulie se propose de faire l'examen des différentes théories sur les groupes professionnels et d'en tirer des grands principes pour les étudier¹¹⁹. Il ne réfute pas les approches interactionniste et fonctionnaliste dans leur totalité, mais préfère garder à l'esprit ce qui peut être utile à l'analyse, et propose de s'interroger sur « les propriétés que les corps professionnels doivent à leur position dans la structure de classe »¹²⁰ autrement dit sur les capitaux que les groupes professionnels doivent à leur position dans le champ.

La théorie fonctionnaliste des professions travaille à partir d'un objet théorique, idéaltype des professions. Selon Chapoulie, « les propriétés suivantes sont très généralement retenues comme définissant complètement le type-idéal des professions :

1. Le droit d'exercer suppose une formation professionnelle longue, délivrée dans des établissements spécialisés.
2. Le contrôle des activités professionnelles est effectué par l'ensemble des collègues, seuls compétents pour effectuer un contrôle technique et éthique. La profession règle donc à la fois la formation professionnelle, l'entrée dans le métier et l'exercice de celui-ci.
3. Le contrôle est généralement reconnu légalement, et organisé sous des formes qui font l'objet d'un accord entre la profession et les autorités légales.

¹¹⁸DUBAR C., TRIPIER P., 2003, *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin.

VEZINAT N., 2010, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique », *Sociologie*, 1, 3, p. 413.

¹¹⁹ CHAPOULIE J.-M., 1973, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue Française de Sociologie*, 14, 1, p. 86-114

¹²⁰ CHAPOULIE J.-M., 1973, *Op. Cit*, p 114

4. Les professions constituent des communautés réelles dans la mesure où, exerçant leur activité à plein temps, n'abandonnant leur métier qu'exceptionnellement au cours de leur existence active, leurs membres partagent des « identités » et des intérêts spécifiques.

5. Les revenus, le prestige, le pouvoir des membres des professions sont élevés : en un mot ils appartiennent aux fractions supérieures des classes moyennes »¹²¹.

Ces caractéristiques spécifiques dans les travaux fonctionnalistes sont celles des professions établies, comme les avocats ou les médecins. La profession est un objet théorique qui comprend un savoir théorique contrôlé par le groupe professionnel, et l'acceptation et l'intériorisation des règles morales de la conduite professionnelle. Le fonctionnalisme fait référence au « modèle professionnel » or les métiers ne sont pas concernés par ce modèle.

Le courant interactionniste postule que les professions sont des objets de la pratique quotidienne, et ne se fonde pas sur une théorie générale *a priori*. Les travaux interactionnistes ne s'appuient plus uniquement sur les professions établies, mais s'intéressent à une variété de métiers différents. C'est une rupture avec les représentations de rôles comme modèle professionnel¹²². De même, ce courant ne s'attache plus à étudier la fonction sociale d'une profession, mais préfère partir de travaux empiriques pour étudier le processus de constitution de groupes professionnels et la façon dont ces groupes parviennent à acquérir la qualité de profession. Les travaux comparatifs ont fait remarquer que d'autres métiers – les plombiers, les agents immobiliers, etc... – ont également des savoirs professionnels, tendent à s'organiser pour défendre leur autonomie, recherchent des protections légales pour leur activité. Ainsi, la recherche de caractères spécifiques aux *professions* perd de son intérêt.

À ce niveau, les concepts de *licence* et de *mandat* développés par Hughes¹²³ permettent d'étayer la question de la division du travail dans la société et l'accès au statut de profession. La *licence* est une forme d'autorisation pour un métier ou *occupation*, obtenue au regard des compétences à exercer certaines activités. L'exclusivité permet de limiter la concurrence sur ces activités et de sécuriser les emplois. « On peut dire qu'un métier existe quand un groupe

¹²¹ CHAPOULIE J.-M., 1973, *Op. cit.*, pp. 92-93.

¹²² CHAPOULIE J.-M., 1973, *Ibid.*, p. 89.

¹²³ HUGHES E.C., 1996, *Le regard sociologique: essais choisis*, Paris, Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (Recherches d'histoire et de sciences sociales), p 99.

s'est fait reconnaître la licence exclusive d'exercer certaines activités en échange d'argent, de biens ou de services »¹²⁴. Le *mandat* accompagne la *licence*, c'est la mission spécifique qui permet aux membres de la profession de juger de la façon dont les tâches doivent être exécutées, en d'autres termes l'autonomie. Le mandat permet aussi de « définir les comportements que devraient adopter les autres personnes à l'égard de tout ce qui touche à leur travail »¹²⁵. Le mandat valorise le groupe qui accède ainsi au statut de *profession*.

Division du travail et délégation des tâches peu valorisées

Hughes nous a aussi légué la notion de *dirty work* ou de sale boulot qui fait directement référence à la division du travail. Cette fois, la division se fait sur une échelle verticale du haut vers le bas en fonction du prestige social et de la « désirabilité de chacune des tâches » aboutissant à une « échelle non plus technique, mais de valeurs du travail »¹²⁶. À la division technique et sociale du travail s'ajoute une division morale et psychologique, avec des enjeux de légitimation et de délégation du travail. Le sale boulot renvoie aux activités considérées comme salissantes, dégradantes, humiliantes ou bien dévalorisantes, indignes : ce sont des tâches qui font « l'objet de tentatives de délégation »¹²⁷ et qui peuvent s'accompagner d'une stigmatisation des activités ou du métier et d'une hiérarchisation des professions. Dans le travail d'Anne-Marie Arborio sur les aides-soignantes à l'hôpital, cette hiérarchisation est bien présente. La division du travail, qui existe dans l'organisation hospitalière, aboutit à une hiérarchisation des métiers paramédicaux, subordonnés aux médecins, exerçant sous leur contrôle¹²⁸. Il s'agit d'une réaction en chaîne de délégation de tâches des médecins vers les infirmières pour des activités d'exécution non valorisées, puis des infirmières vers les aides-soignantes. Les infirmières gardent les activités techniques et délèguent aux aides-soignantes les soins d'hygiène et de confort qui ne nécessitent pas une haute technicité. Dans cette

¹²⁴ HUGHES E.C., 1996, *Op. cit.*, p 99.

¹²⁵ HUGHES E.C., 1996, *Ibid.*, p 100

¹²⁶ LHUILLIER D., 2005, « Le "sale boulot" », *Travailler*, 2, 14, p. 77

¹²⁷ LHUILLIER D., 2005, *Ibid.*, p.78

¹²⁸ ARBORIO A.-M., 1996, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, 22, 1, p. 87-106.

ARBORIO A.-M., 2009, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot » », dans *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte (Recherches), p. 51-61.

hiérarchie, les aides-soignantes occupent une position intermédiaire entre les infirmières et les agents de service hospitalier en charge des tâches matérielles de l'entretien des locaux : « elles sont clairement séparées du travail médical »¹²⁹.

En s'appuyant sur Hughes, Chapoulie fait un parallèle entre les activités chirurgicales jugées dégradantes et délaissées par les médecins avant le XIXe siècle et la division du travail médical actuellement : « Dans la période contemporaine, les relations entre les médecins et les professions médicales mineures (kinésithérapeutes, infirmières, psychothérapeutes, etc.) obéissent, selon Hughes, à une logique analogue : ces professions se sont vu progressivement confier certaines des activités idéologiquement dévalorisées et économiquement peu rémunératrices abandonnées par les médecins »¹³⁰.

Convoquer la notion de groupes professionnels dans cette recherche permet de mieux comprendre le partage des tâches entre les professionnels au sein du champ médical, plus précisément entre médecins et paramédicaux, mais aussi la concurrence entre domaines de compétences et les mesures de protection des intérêts professionnels, ou encore la recherche de légitimité ou de reconnaissance, autrement dit « une analyse en termes de valorisation de l'activité, des savoirs, d'un statut, en termes de coopérations, conflits et concurrences entre groupes, en termes d'acquisition de prestige extérieur et de reconnaissance par les pairs, voire en termes d'accomplissement »¹³¹.

Groupes professionnels, un éclairage contemporain

Après une oscillation entre la sociologie des professions, intensément imprégnée par les travaux anglo-saxons, et la sociologie du travail, il semblerait que la notion de groupes professionnels soit plus opérationnelle à présent dans le cadre national. Les groupes professionnels sont « des ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une

¹²⁹ ARBORIO A.-M., 2009, *Op. cit.*, p. 52.

¹³⁰ CHAPOULIE J.-M., 1973, *Op. cit.*, p. 102.

¹³¹ VEZINAT N., 2016, *Op. cit.*, 125 p.

reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique »¹³². Cette notion permet d'élargir l'analyse à d'autres segments que les professions établies ou instituées et de prendre en compte les évolutions et les mouvements qui existent à l'intérieur et aux frontières supposées mouvantes de ces groupes professionnels. Chapoulie préconisait déjà de ne pas confondre les catégories associées aux professions : juridiques pour les médecins, administratives pour les enseignants du secondaire... avec les « groupes réels, ensemble des professionnels qui sont les acteurs sociaux dans les situations concrètes et qui apparaissent comme les supports des propriétés ou des intérêts spécifiques d'un corps professionnel »¹³³.

À cette approche en termes de groupes professionnels, il faut ajouter celle que Florent Champy développe à partir du constat qu'il fait des insuffisances des théories fonctionnaliste et interactionniste. Pour dépasser le clivage, en s'appuyant sur son travail empirique effectué sur la profession d'architecte, il propose une troisième voie en construisant un idéaltype de pratique professionnelle qu'il nomme *professions à pratique prudentielle*. L'exercice de ces professions est confronté à l'incertitude générée à la fois par la « singularité du matériau humain sur lequel le travail porte » et par la complexité des situations rencontrées¹³⁴. La réponse fait alors appel à la *prudence* « mode d'action pertinent quand l'application directe de savoirs scientifiques ou de routines est mise en défaut par la complexité et la singularité de la situation ou du problème à traiter »¹³⁵.

La maîtrise de la situation nécessite alors une analyse et une délibération appuyées sur un processus réflexif et une inférence dans l'action :

« L'architecture actuelle des formations en santé fait appel à cette approche en pédagogie : les étudiants infirmier(e)s travaillent les analyses de pratique en fonction des situations prévalentes ou plus ou moins complexes, rencontrées auprès des patients, sur la base d'un processus réflexif ; et les étudiants en médecine s'entraînent

¹³² DEMAZIERE, D., GADEA, C. (dirs.), 2009, *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Découverte (Recherches), p. 20.

¹³³ CHAPOULIE J.-M., 1973, *Op. cit.*, p. 89.

¹³⁴ CHAMPY F., 2012, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, p. 81.

¹³⁵ CHAMPY F., 2012, « Grand résumé de Nouvelle théorie sociologique des professions », *SociologieS*, p. 8. [En ligne], mis en ligne le 09 mai 2012, consulté le 23 mars 2018. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/3922>

sur les tests de concordance de script, outils destinés à mesurer la capacité à résoudre des problèmes mal définis et à évaluer le raisonnement clinique, là aussi sources de délibération »¹³⁶.

Les professions à pratique prudentielle bénéficient aussi d'autonomie, portant sur la « marge d'interprétation des cas étudiés » et « la capacité à délibérer sur la hiérarchie et le contenu des fins de l'activité » professionnelle¹³⁷. Cette autonomie est néanmoins menacée par le déclin de l'autorité des professionnels (face à l'information et à l'augmentation des compétences des patients à propos de leur maladie dans le champ médical), l'accroissement du contrôle managérial (rencontré par exemple dans l'institution hospitalière), l'éloignement des lieux de régulations qui deviennent supranationaux¹³⁸ (avec l'édiction de réglementations européennes dans le domaine juridique par exemple) et la normalisation des pratiques¹³⁹.

Les exemples convoqués par Champy restent encore largement sur les professions instituées : architectes, médecins, avocats, juges mais aussi enseignants, travailleurs sociaux, journalistes... Mais il propose une typologie qui lui permet de couvrir l'ensemble des métiers. Ainsi, il distingue les *professions à pratique prudentielle*, les *professions assermentées* qui prêtent serment pour exercer et qui bénéficient parallèlement d'une délégation de service public, mais ont une pratique prudentielle mineure, les *métiers à marché fermé* bénéficiant de protections contre la concurrence extérieure et qui mettent en œuvre une régulation interne de leur démographie et enfin les *petits métiers* où la pratique prudentielle est marginale et le groupe professionnel ne bénéficie pas de protection de son activité¹⁴⁰.

Bien que la typologie développée par Champy soit intéressante dans le cas des professions de santé et mérite d'être développée lorsqu'il s'agit de pratiques professionnelles, l'analyse au cours de cette recherche fera majoritairement appel à la division du travail entre les groupes professionnels au sein du champ médical.

¹³⁶ GIET D., MASSART V., GAGNON R., CHARLIN B., 2013, « Le test de concordance de script en 20 questions », *Pédagogie Médicale*, 14, 1, pp. 39-48.

CHARLIN B., GAGNON R., SIBERT L., VAN DER VLEUTEN C., 2002, « Le test de concordance de script, un instrument d'évaluation du raisonnement clinique », *Pédagogie Médicale*, 3, 3, p. 135-144.

¹³⁷ CHAMPY F., 2012, *Op. cit.*, p. 90.

¹³⁸ VEZINAT N., 2010, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009) », *Sociologie*, 1, 3, p. 418.

¹³⁹ Les exemples sont nombreux dans le champ médical : Evidence Based Medicine (EBM), amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Recommandations de bonne pratique (RBP) ou guide lines, etc...

¹⁴⁰ CHAMPY F., 2012, *Ibid*, pp 186-190.

De l'évolution de la division du travail à la recherche de reconnaissance et d'autonomie

Si la profession médicale jouit de prestige et d'autonomie, il n'en est pas de même pour les autres métiers de la santé. Comme le rappellent Danièle Carricaburu et Marie Ménoret¹⁴¹, les professions paramédicales sont dépendantes de la profession dominante : le savoir et les connaissances nécessaires à l'exercice du métier découlent en grande partie du savoir médical et ce sont les médecins qui assurent une partie des enseignements les plus pointus auprès des étudiants paramédicaux. Ensuite, le diagnostic et la thérapeutique restent du ressort du travail médical. Celui du personnel paramédical, dans l'organisation de l'hôpital par exemple, consiste le plus souvent en actes techniques complémentaires ou à l'application de traitement, même si le développement d'un champ de compétence spécifique accorde à certains un « diagnostic infirmier », à d'autres un « diagnostic kinésithérapique ». Enfin, le travail et les tâches restent sous le contrôle du médecin.

Selon Chapoulie, l'évolution de la division du travail entre les groupes professionnels se fait suivant deux tendances : « D'une part de nouvelles professions tendent, sur la base d'une spécialisation plus étroite, à se séparer institutionnellement des professions existantes, en imposant des filières de formation séparées (moyen propre à assurer une base objective à la séparation des activités), en constituant des associations professionnelles distinctes; parallèlement les professions dont le statut social est le meilleur abandonnent à d'autres corps de métier les tâches les moins valorisées qu'elles accomplissaient antérieurement. D'autre part, les professions anciennement établies cherchent à maintenir et, parfois, à étendre leur monopole sur un ensemble d'activités aussi large que possible, ne serait-ce que pour des raisons économiques »¹⁴². La recherche de la reconnaissance et d'une certaine autonomie pour les infirmières s'inscrit dans un processus de professionnalisation. En parallèle du diagnostic infirmier, elles revendiquent aussi un « rôle propre » obtenu au début des années 1980 qui concrétise un domaine de compétences et des connaissances spécifiques. Enfin, et nous y reviendrons un peu plus loin, sur le modèle des pays anglo-saxons, la concrétisation d'un savoir spécifique tels que les « sciences infirmières », élevées au rang de discipline

¹⁴¹ CARRICABURU D., MENORET M., 2004, *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, pp. 64-71.

¹⁴² CHAPOULIE J.-M., 1973, *Op. cit.*, p. 103.

universitaire, accompagnées d'une recherche infirmière et d'une formation universitaire, se manifeste sous la forme d'un Master¹⁴³ et autorise une autonomie professionnelle relative. Une formation longue et des pratiques sélectives mettent en valeur les compétences en même temps qu'elles assurent d'un savoir scientifique. Pour l'autonomie, le contrôle par les pairs avec un code de déontologie et un Ordre infirmier permet une régulation interne plutôt qu'un contrôle direct par l'État et une autonomie relative de la profession. L'accès au statut de profession pour les infirmiers semble imprégné de la théorie fonctionnaliste sur les professions par analogie à celle des médecins¹⁴⁴.

En résumé, l'étude des différents métiers de la santé doit tenir compte des frontières parfois floues qui définissent le rôle des groupes professionnels dans la division du travail médical, aussi bien que de leur position dans l'espace social, leurs relations avec les autres groupes professionnels mais aussi les institutions.

L'objectif premier de l'argumentation n'est pas de tester l'ensemble du cadre théorique dans toutes ses dimensions, mais de comprendre les enjeux et les effets d'un dispositif avec diverses clés de lecture. Le cadre conceptuel permettra de soutenir l'analyse et de situer les éléments retenus dans une perspective plus large. Pour étudier les professions, Chapoulie comme Bourdieu, et Pinell, pensent qu'on ne peut faire l'économie ni d'un passage par l'histoire ni de l'étude du champ au risque de ne voir que les différences des pratiques et des techniques entre les groupes professionnels. C'est cette approche qui sera suivie dans les chapitres suivants lors de la restitution de cette recherche.

Il faut à présent détailler la construction de la méthode pour recueillir des données à même de pouvoir répondre à notre question de recherche et de vérifier les hypothèses.

¹⁴³ Diplôme d'infirmier en pratique avancée de grade Master
Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée
¹⁴⁴ CARRICABURU D., MENORET M., 2004, *Op. cit.*, pp. 68-69.

L'ENQUETE : METHODE, POPULATIONS ET TERRAIN

Pour contribuer à la réflexion sur les logiques qui ont conduit à la mise en place d'un dispositif de réorientation en PACES, sur les trajectoires des étudiants qui l'ont suivi, cette recherche s'appuie surtout sur une approche compréhensive. En interrogeant les expériences, les stratégies des étudiants au cours de leur parcours et plus généralement, les pratiques à l'œuvre pendant cette première année d'études de santé et autour du dispositif de réorientation, l'analyse traverse diverses dimensions qu'elles soient sociales, temporelles, spatiales... Le travail de terrain recouvre ainsi une pluralité de moyens expliqués ci-dessous.

La phase exploratoire et le choix des outils méthodologiques

Dans une perspective exploratoire, ce travail de recherche a commencé par un recueil de données sur les conditions d'entrée et le vécu de la première année de médecine ainsi que les conditions de l'orientation initiale et de la réorientation des étudiants. Cette campagne de recherche couvre la période janvier- mars 2011, en deux vagues successives et a été menée sous la forme d'entretiens semi-directifs pour la première vague et sous la forme d'un questionnaire pour la seconde.

Pour le premier travail de collecte, les choix ont été les suivants : de façon à connaître les caractéristiques de la population étudiante susceptible de se réorienter vers une formation paramédicale et essayer de déterminer les facteurs influant sur leur second choix d'orientation professionnelle, l'idée retenue a été de travailler sur un échantillon d'étudiants déjà en formation dans les instituts paramédicaux, mais ayant expérimenté au moins une première année en UFR de médecine.

Le périmètre de l'enquête se situant en Région Hauts de France, idéalement, les entretiens exploratoires auraient dû se dérouler avec des étudiants des instituts de formation de cette région. Il était initialement envisagé de recueillir l'avis d'étudiants infirmiers de 2^o année ayant fait une année en UFR de médecine rencontrés sur le site même d'un IFSI. Ils étaient d'accord sur le principe, mais n'ont pas donné suite aux demandes de rendez-vous.

Dans le but d'obtenir rapidement ces premières données, la stratégie adoptée a été de privilégier l'entrée, cette fois, sur un terrain accessible sans difficultés, à savoir l'institut de formation dans lequel j'enseigne. Celui-ci est situé en région Île-de-France : à cette date, les étudiants y sont recrutés sur concours après le baccalauréat. Dans les faits, ils sont souvent issus d'un premier cursus dans l'enseignement supérieur et/ou de classes préparatoires aux concours paramédicaux, et sont originaires de la plupart des régions françaises. Le choix du mode d'accès aux enquêtés a été fait de façon pragmatique, mais les défauts engendrés par ce choix sont de deux ordres.

Tout d'abord, il faut noter le biais possible de la connaissance entre interviewer et interviewé, mais aussi de la position enseignant-enseigné comportant une part de relation dominant-dominé à ne pas occulter et pouvant influencer sur le déroulement de l'entretien et le matériau obtenu. Deuxièmement, le lieu géographique étant différent du terrain d'enquête principal, un décalage était à craindre avec le risque de ne pouvoir exploiter les mêmes variables et les mêmes données sur l'expérience de la première année de médecine. Or, l'organisation du cursus médical est dépendante d'un cadre légal s'exerçant au niveau national et de directives des ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ce qui implique des programmes et des contenus nationaux, l'autonomie laissée aux UFR s'exerçant davantage sur la forme des études que sur le fond¹⁴⁵. La variété des UFR de médecine d'origine a permis, en définitive, une richesse des situations vécues et une meilleure appréhension des conditions d'études lors de la première année de médecine. Et troisièmement, compte tenu que le cursus en pédicurie-podologie s'effectue majoritairement dans l'enseignement supérieur privé avec des coûts élevés, l'origine sociale des étudiants de la phase exploratoire avait de fortes chances d'être différente de celle des étudiants de l'enquête principale¹⁴⁶.

Ces biais étant dûment soulignés et intégrés dans la réflexion, il n'en restait pas moins que la problématique de l'échec en première année de médecine et la réorientation vers une

¹⁴⁵ Les expérimentations d'alternatives à la PACES proposées par plusieurs universités, et qui sont détaillées dans le chapitre I, n'existent pas alors.

¹⁴⁶ Seuls 2 instituts sont publics avec des frais de scolarité sensiblement moins élevés que pour les instituts de formation privés. Les étudiants boursiers sont rares dans les instituts privés contrairement à l'université observée.

formation paramédicale touchait aussi cet échantillon et qu'il faudrait exercer un point de vigilance pour ne pas amalgamer les deux populations.

La construction de l'échantillon

Ces entretiens exploratoires ont été réalisés de façon à identifier des déterminants socio-scolaires dans la biographie des étudiants et des éléments communs et récurrents dans leur trajectoire.

Un échantillon a été construit pour ces entretiens. Le critère préalable et obligatoire pour l'inclusion dans l'échantillon était d'avoir effectué toute ou partie d'une année en UFR de médecine, voire deux pour certains d'entre eux¹⁴⁷ et de n'avoir pas été admis en deuxième année dans aucune des filières possibles (médecine, odontologie, maïeutique, kinésithérapie...).

Les sujets à inclure ont été sélectionnés à partir du listing des étudiants de l'institut comprenant trois promotions. Le choix s'est porté sur des étudiants de deuxième année et de première année. Ont été exclus les étudiants de troisième année à plus fort risque de biais de mémorisation sur leur cursus antérieur et dont la socialisation à leur future profession était déjà bien avancée, ce qui pouvait interférer dans leurs représentations et leurs jugements sur la première année de médecine et la formation paramédicale. Ont été exclus également les étudiants n'ayant pas effectué d'études en UFR de médecine préalablement à leur entrée en formation paramédicale.

Sur une population totale de 254 étudiants répartis en 17 groupes de TD, nous avons conservé les 6 groupes de première année et les 5 groupes de deuxième année. L'échantillon a été construit de façon probabiliste. Les groupes de TD n'étant pas constitués par niveau

¹⁴⁷ Le début de cette recherche correspond à la mise en place de la PACES sur l'année 2010/2011. Les étudiants qui étaient alors en formation paramédicale après un échec en médecine sont issus de la première année (PCEM1) avant réforme. Le passage en deuxième année était conditionné par un classement dans le *numerus clausus* à l'issue des deux parties du concours, sans seuil à atteindre pour effectuer le second semestre. De même, le redoublement était beaucoup plus fréquent, n'étant pas soumis à la proportion de 2,5 à 3 fois le *numerus clausus* comme c'est le cas depuis la PACES. Le triplement pouvait être également accordé de façon exceptionnelle, les dérogations existent toujours sous le régime de la PACES, mais semblent attribuées avec plus de circonspection.

mais par ordre alphabétique, les étudiants ne subissaient pas d'autre principe de classement. Un tirage au sort a permis de déterminer le groupe cible pour chaque promotion. Puis un sondage¹⁴⁸ à l'intérieur de ce groupe a déterminé les individus à interviewer. Les étudiants ainsi sélectionnés étaient au nombre de neuf pour ce premier temps. Les entretiens se sont déroulés dans des petites salles de travaux dirigés à l'intérieur de l'établissement, où il était possible de ne pas être dérangé, sur un créneau horaire à la convenance de chaque étudiant. Un entretien a été mené, mais n'a pas été retenu, car il s'est déroulé dans un autre endroit, avec beaucoup de pollution sonore, ce qui a entraîné la perte de longues portions du discours par des bruits parasites pour la retranscription. Un autre a été éliminé du corpus, car le contenu était trop pauvre : la parole de l'interviewé a été inhibée par la position hiérarchisée enquêteur-enquêté.

Le guide d'entretien

Ces entretiens semi-directifs ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien. « Le degré de formalisation » de ce premier guide était suffisamment souple pour permettre l'acquisition des éléments prépondérants de la trajectoire des étudiants, tout en suivant la progression chronologique de leur parcours¹⁴⁹. Les grands items exploraient le parcours du lycée, le projet initial pour les études (les différents choix et les motivations), le travail étudiant au cours de la première année, le nouveau projet et les propriétés sociales des étudiants. Le but de ce travail était de faire émerger des lignes de réflexion et de pouvoir se détacher des présupposés. En effet, « les entretiens exploratoires ont pour fonction de compléter les pistes de travail suggérées par les lectures préalables et de mettre en lumière les aspects du phénomène auxquels le chercheur ne peut penser spontanément »¹⁵⁰. Ils ont duré de 30 à 40 minutes. Ils ont été enregistrés après présentation de l'enquête et accord des interviewés, puis retranscrits.

¹⁴⁸ À partir de la liste de tous les étudiants de ce groupe, ont d'abord été repérés ceux qui répondaient aux critères d'inclusion. Puis, de façon systématique, on a retenu une personne sur trois. Si l'étudiant ne désirait pas être interviewé, il était remplacé par l'étudiant situé immédiatement ensuite sur la liste, ce qui n'a pas toujours permis de respecter le ratio hommes/femmes des étudiants en formation.

¹⁴⁹ BLANCHET A, GOTMAN A, 2009, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, 2^e édition, Paris, Armand Colin (128), pp. 58-59

¹⁵⁰ BLANCHET A, GOTMAN A, 2009, *Ibid.*, p. 39.

Ce travail de nature inductive a permis une première analyse et il s'est révélé être aussi la phase préparatoire pour l'élaboration d'un questionnaire à distribuer auprès de la première promotion des étudiants qui suivent la préparation aux concours paramédicaux dans l'université observée. Cette pré-enquête par entretiens semble nécessaire pour la conception d'un questionnaire selon F de Singly : il recommande « d'écouter ce que les acteurs sociaux disent de leurs propres pratiques afin de se familiariser avec les pratiques à analyser. Il faut non seulement savoir comment parler aux individus, comment les interroger mais aussi être sensible à la manière dont ils décrivent leurs activités »¹⁵¹.

Le questionnaire

Une fois les entretiens exploratoires effectués et exploités, un questionnaire a été construit, portant sur le cursus étudiant de la fin du lycée à la formation suivie actuellement. Cette seconde étape de recherche a été menée au sein de l'université observée, terrain principal décrit un peu plus bas.

Il comprenait une vingtaine de questions fermées pour la plupart, parfois à réponses multiples ou ordonnées. Cette première version du questionnaire précisait la justification pour chaque question de façon à expliciter les critères retenus pour chaque dimension étudiée. Le choix des thèmes a principalement été déterminé à partir de l'analyse des entretiens. Les questions abordaient l'orientation en fin de lycée, les motivations, le déroulement du premier semestre de PACES, les conditions de travail personnel, le nouveau choix, les concours envisagés ainsi que des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, série du bac, origine sociale à travers la profession des deux parents, différents recours aux aides financières). À côté des questions fermées, des espaces avaient été ménagés pour que les étudiants puissent compléter leurs réponses (Autres, Précisez, Lesquels, Si oui, pourquoi ?) pour avoir des caractéristiques plus fines que les données quantitatives brutes. Ce choix a été fait pour éviter la complexité de gestion des questions ouvertes tout en laissant une part de liberté aux enquêtés pour exprimer la façon dont ils perçoivent la réalité sociale de leur situation. Cette option permet d'améliorer un questionnaire comportant une majorité de questions fermées si « deux procédures sont adoptées :

¹⁵¹SINGLY F. DE, 2016, *Le questionnaire*, Paris, Armand Colin (128), p 27.

- Procéder au préalable à des entretiens afin de recueillir la palette des catégories mentales et des mots utilisés par des personnes dont le profil social correspond à celui des individus de l'échantillon pour l'enquête quantitative.
- Prévoir, dans la liste des réponses, une catégorie « autres » avec de la place pour ces réponses libres imprévues »¹⁵².

Ce questionnaire a été distribué en mars 2011 aux étudiants de PACES en réorientation pendant un intercour. Les autorisations nécessaires à la passation ont été obtenues à la suite d'échanges de mails avec le directeur de l'UFR de médecine dont dépendaient les enquêtés. Il a été autogéré par chacun des répondants et ramassé avant le cours suivant pour éviter les déperditions. L'effectif total des inscrits était de 48 et il y avait déjà 5 « *perdus de vue* » le jour de l'enquête. Les étudiants présents ce jour-là, au nombre de 31, ont tous rempli le questionnaire, soit un taux de retour de 64,6% par rapport au nombre total d'étudiants inscrits dans le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux. Les réponses ont fait l'objet d'une lecture approfondie. Le traitement a été effectué à l'aide du logiciel Sphinx Lexica-V5®. L'objectif de cette première enquête était d'établir un état des lieux et une analyse de situation selon la commande effectuée par l'institution d'accueil en Master 2. Mais ce préalable a aussi permis d'effectuer une phase-test du questionnaire pour la poursuite de la recherche.

L'enquête principale

L'enquête a été menée sur une période longue, pour autant il ne s'agit pas d'une enquête longitudinale avec un suivi de cohorte mais plutôt d'une étude transversale répétée à visée descriptive et compréhensive. Pour étudier cette situation complexe de l'échec à l'université en première année des études de santé, où les facteurs explicatifs sont multiples et interdépendants, nous avons choisi d'articuler les approches qualitatives et quantitatives, déjà expérimentées lors de la phase exploratoire. Le questionnaire permet d'enquêter la population des étudiants réorientés vers le parcours de préparation aux concours paramédicaux de façon exhaustive et les entretiens apportent des données plus fines sur le

¹⁵²SINGLY F. DE, 2016, *op cit*, p 68

mode des « *mixed methods* ». F de Singly précise que « les questionnaires rendent visibles certains déterminants sociaux des trajectoires, les entretiens la construction individuelle de ces trajectoires, et notamment l'appréhension de certains moments-clés ¹⁵³» et ce sont aussi ces moments-clés qui sont intéressants pour comprendre le déroulement et les événements de cette période et la façon dont le social influence les positions et les décisions des acteurs.

En parallèle, dans le but de connaître les pratiques des étudiants de PACES, des étudiants réorientés et des agents qui contribuent à la formation, une première série d'observations a été réalisée. Ce travail ethnographique a permis d'observer les interactions, le rôle des différents acteurs et surtout d'identifier progressivement les codes et les rituels en vigueur. Puis les observations ont été poursuivies pendant tout le travail de thèse : aussi bien au niveau local que national. « Le choix d'une méthode de recherche n'est jamais neutre (...) mais toujours orientée théoriquement, pratiquement voire politiquement ; (...) dans le cadre de recherches qualitatives, le moment de dévoilement et d'explicitation des choix méthodologiques est à la fois préalable à l'entrée sur le terrain et permanent, accompagnant l'ensemble de la démarche de recherche, de la définition de la question à la diffusion des résultats »¹⁵⁴.

Le terrain d'enquête

Le terrain d'enquête a été centré sur un espace cohérent. Cet espace comprenait différents éléments constitutifs de l'université observée. En premier lieu, les UFR de médecine et de pharmacie qui accueillent en Première Année Commune aux Études de Santé les bacheliers de l'Académie et ses principaux agents impliqués dans la réflexion sur le processus de réorientation, tout en incluant aussi les acteurs de terrain : certains enseignants ou personnels administratifs. Puis, débordant le cadre de l'UFR proprement dite, le Pôle Santé ou Campus santé selon les deux appellations successives rencontrées au cours de l'enquête¹⁵⁵.

¹⁵³ SINGLY F. DE, 2016, *Op. cit.*, p 114

¹⁵⁴ KIVITS J., BALARD F., 2016, « La problématisation ou l'importance de penser sa question de recherche », dans *Les recherches qualitatives en santé*, Malakoff, Armand Colin (Collection U), p 44-45.

¹⁵⁵ Le Pôle santé est historiquement plus ancien et implanté au centre-ville. En s'installant au cours de cette recherche sur le site du Campus universitaire à proximité du CHU, il est devenu Campus santé.

Au sein de l'université toujours, le service chargé de l'orientation et de la réorientation des étudiants a été inclus également.

Chaque UFR de médecine ayant un fonctionnement hospitalo-universitaire avec un CHU, ce dernier a été intégré dans l'espace de l'enquête, mais principalement pour les différents instituts de formation paramédicale qu'il abrite. D'autres instituts paramédicaux ont pu être inclus : le principe retenu était celui de la convention de partenariat signée entre eux et l'université observée. Enfin localement, les actions d'orientation ou de réorientation portées par l'Académie comme le salon étudiant, ou d'autres acteurs pour des journées Portes ouvertes ont permis de compléter l'espace.

La présence sur le terrain a été négociée auprès des responsables pour les lieux à accès limité de l'université ou des instituts, comme les amphithéâtres ou les réunions concernant le dispositif par exemple. Le choix a donc été celui d'un territoire avec plusieurs lieux, mais des acteurs en interconnaissance, avec le complément d'observations ponctuelles au niveau national lorsque l'intérêt le nécessitait : États généraux de la formation et de la recherche médicale, Assises de l'enseignement supérieur et de la recherche... Cette enquête présente ainsi les caractéristiques d'une étude monographique à propos d'un espace circonscrit.

La construction de l'échantillon

La population enquêtée comporte deux types d'acteurs. Premièrement, des agents responsables de la réflexion et de la mise en œuvre du parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux, ceux-ci sont désignés par la lettre R suivi d'un numéro d'ordre dans la liste des enquêtés. Deuxièmement, des étudiants ayant suivi ce parcours : ils sont identifiés par la lettre E suivie du numéro d'ordre dans la liste des enquêtés. Au regard des objectifs de la recherche, interroger ces deux populations est pertinent.

L'échantillon des étudiants présente les caractéristiques suivantes : ils sont issus de PACES, ont été classés dans les 15% derniers à la fin du premier semestre et ont intégré le parcours étudié. Ils ont répondu au questionnaire et un sous-groupe a été recruté pour des entretiens suite à la passation du questionnaire par le biais d'une question prévue à cet effet, puis interviewés avant la fin du second semestre - c'est-à-dire avant la fin du parcours mis en

place à l'université. Ce sous-groupe n'a pas été recruté de manière aléatoire, mais il s'agit plutôt d'un échantillon de convenance : le chercheur sélectionne un échantillon à sa portée – ici, les étudiants volontaires - de manière à recueillir l'information.

D'autres étudiants, également issus du parcours de préparation, ont été interviewés pendant leur formation paramédicale : ils ont été choisis de façon raisonnée afin de couvrir différentes formations suivies après ce parcours. L'échantillon raisonné est choisi en fonction de sa capacité à fournir une information variée et fiable. Ces entretiens permettent de recueillir un discours rétrospectif mais aussi de faire état de la nouvelle socialisation en cours après l'échec en PACES. L'échantillon est donc structuré, il est homogène quant à l'appartenance des étudiants au groupe, mais peut sembler insatisfaisant en matière d'exhaustivité. Les résultats ont une valeur contextuelle.

La population comprend également les acteurs institutionnels qui ont mis en place, ou assuré, tout ou partie de l'organisation du parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux. Cet échantillon a été construit de façon raisonnée pour couvrir les missions et responsabilités différentes. Ainsi, on retrouve les directeurs de différentes composantes : UFR de médecine, directeur(trice)s d'instituts paramédicaux ; mais aussi plusieurs enseignants intervenant dans le parcours et/ou en responsabilité à l'Université, et des membres du personnel administratif.

Volet quantitatif : le questionnaire

« Un questionnaire ne décrit jamais exhaustivement une pratique. Le réel auquel renvoie l'objet de l'enquête est soumis à quatre principales transformations qui constituent les temps de la recherche : la délimitation opérée par la définition de l'objet, la sélection des éléments jugés pertinents au travers des questions, le tri par activité de codage et de recodage des informations recueillies, la lecture d'une partie seulement des données »¹⁵⁶. Même si chacune de ces opérations semble opérer des tris successifs, l'outil reste pertinent pour enquêter sur les pratiques et les conditions étudiantes, car il permet une standardisation. En effet, toutes les questions sont posées de la même façon à tous les étudiants année après

¹⁵⁶ SINGLY F. DE, 2016, *Op. cit.*, p 17

année. Cela évite les variations et donne un corpus qui semble plus homogène que dans la situation d'entretien où la relation interviewé-enquêteur est plus prégnante.

En conséquence, un questionnaire a été élaboré pour être distribué à ces étudiants. La première version du questionnaire, construite pour la phase exploratoire, a été modifiée par le retour du terrain. Les items de celui-ci ont été conservés de façon à pouvoir collecter des données comparables et pouvoir traiter les mêmes paramètres sur plusieurs années, mais il a été complété et restructuré. Par exemple, le questionnaire a été enrichi de nouvelles questions pour obtenir des variables contextuelles : sur le lieu d'habitation pour questionner l'incidence du temps de trajet sur le travail universitaire¹⁵⁷, également le lycée d'origine car « l'espace géographique n'est pas un terrain neutre, il cristallise des inégalités d'équipement et des stratégies d'implantation des groupes sociaux »¹⁵⁸. Le fait de faire apparaître l'origine sociale des étudiants donne des indications sur la socialisation primaire de ces jeunes : elle a été précisée pour pouvoir coder la catégorie socio-professionnelle du père et de la mère ; tout comme l'ajout d'autres dimensions sociales : le niveau de diplôme de chaque parent par exemple. Pour enquêter sur le rapport que les étudiants entretiennent avec le parcours dans lequel ils sont inscrits, il est nécessaire d'articuler plusieurs questions autour d'une notion. En effet, « le recours à de multiples indicateurs est nécessaire lorsqu'il s'agit d'approcher une notion centrale pour l'objet de l'enquête »¹⁵⁹. De Singly précise aussi qu'en enquêtant sur le rapport des étudiants à leurs études, il ne suffit pas, par exemple, de questionner leur assiduité en cours mais qu'il faut aussi interroger sur « le nombre d'heures de travail à la maison ou à la bibliothèque », « sur la prise de notes en cours » aussi bien que l'utilisation qui en est faite. C'est dans ce sens que le questionnaire final a été augmenté en questions, en variables et dimensions complémentaires.

Quant à sa construction, une attention a été portée sur l'intitulé des questions pour qu'elles soient facilement appréhendables. Les questions complexes ont été dédoublées. Cette dernière version comprend quarante-neuf questions alors que le questionnaire de la phase exploratoire en comprenait une vingtaine. Certaines questions fermées dichotomiques

¹⁵⁷ FLAHAULT A.T., COUTURIER P.-L., CHATELLIER G., 2006, « Critères de réussite en première année de médecine (PCEM 1) à Paris V », *La Revue du Praticien*, 56, pp 1513-1520.

¹⁵⁸ SINGLY F. DE, 2016, *Op. cit.*, p 59

¹⁵⁹ SINGLY F. DE, 2016, *Ibid*, p. 26.

ont été modifiées en questions à échelle, c'est-à-dire que de deux réponses possibles (oui/non) les réponses se sont étendues du positif au négatif en incluant des positions centristes, même si celles-ci « sont critiquées, car elles peuvent servir de position refuge »¹⁶⁰. Néanmoins, cette option permet d'explorer plus finement une opinion ou une attitude.

Ce questionnaire a été administré pendant cinq campagnes consécutives, entre février et avril, auprès des étudiants présents dans le parcours le jour de la passation. De façon à recueillir un nombre maximal de réponses, la passation a eu lieu pendant un cours suivi par le plus grand nombre d'étudiants, après le début du cours ou avant la fin du cours, ce qui correspond à une population dite « captive », pour éviter les déperditions. Les conditions de cette passation ont été négociées auprès d'un responsable administratif et de l'enseignant concerné. Le contenu du questionnaire a été approuvé par le directeur de l'UFR. Le temps de réponse nécessaire pour les étudiants était estimé à 15 minutes environ : dans les faits, il était compris entre 12 et 20 minutes.

C'est un questionnaire autogéré qui explore différents thèmes suivant cette logique (cf le questionnaire en annexe 1 page 572) :

- le parcours antérieur des étudiants :

Les questions déployées ici sont destinées à récolter les propriétés scolaires factuelles comme le type de bac et la mention, mais aussi notes et moyennes dans les matières valorisées en PACES, ou encore l'âge au bac et le nombre de redoublements.

- leur projet initial d'études, orientation et motivations :

Cette partie revient de façon rétrospective sur leur trajectoire et le cheminement de leur orientation pendant le lycée et fait appel aux ressources utilisées pour déterminer un premier choix d'orientation et éventuellement la part d'« autrui significatif ».

- leur travail étudiant, les ressources employées pendant le semestre 1 de PACES :

Les questions s'appuient ici sur les pratiques et les attitudes de travail aussi bien que sur les représentations et les valeurs à l'œuvre pendant le premier semestre de PACES

- leur nouveau projet d'études après réorientation :

¹⁶⁰ SINGLY F. DE, 2016, Ibid, p. 82.

Cette partie aborde une projection dans un avenir professionnel repensé et aborde les attitudes, l'engagement et la réflexion autour de ce nouveau projet

- leurs propriétés sociologiques :

Sont abordées ici l'origine sociale et la composition de la famille ainsi que la proximité avec le milieu médical.

L'enquête par questionnaire doit permettre de « rendre compte d'une activité ou d'une opinion en dévoilant les facteurs qui influent sur celle-ci » ou encore de « rendre visible l'action des déterminants sociaux sur les pratiques »¹⁶¹. De façon à recueillir des données le plus exhaustives possibles, l'ambition était d'enquêter auprès de la totalité des étudiants qui suivaient le parcours de préparation aux concours paramédicaux dans l'Université observée car il s'agissait d'une sous-population d'effectif modeste. En effet, les étudiants de PACES qui font partie des 15% les plus mal classés à la suite des épreuves de classement du semestre 1 ne sont pas autorisés à poursuivre en semestre 2, mais tous ne s'inscrivent pas dans le parcours de préparation aux concours paramédicaux, certains vont faire d'autres choix lors de la réorientation. Ces autres choix sont le plus souvent l'UFR de sciences, puis les IUT et l'UFR de Droit. Néanmoins, une forte proportion concerne le parcours préparant à l'entrée dans les instituts de formation paramédicale, de l'ordre de 35 à 50% depuis que ce dispositif existe.

Tableau 1 : Évolution du taux des étudiants PACES inscrits dans le parcours et taux des étudiants du parcours interrogés entre 2010 et 2015

	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18
Inscrits classés	1 162	1 386	1 318	1 306	1 308	1 498*	1 341*	1 409
Ajournés fin du S1	142	208	198	152	160	200	201	211
Inscrits au Parcours	48 34%	94 45%	81 41%	98 64%	81 50%	105 52%	70 35%	73 34%
Enquêtés	30	35	47	23	62	-	-	-
Taux de retour %	62,5	37,2	58	23,5	76,5			

Sources : données internes UFR médecine sauf * : source MESRI / data.education.gouv.fr.
Pour le parcours : données UFR médecine, CHU ou données personnelles.

¹⁶¹ SINGLY F. DE, 2016, *Op.cit.*, pp. 12-15.

Cette recherche s'est heurtée à des difficultés empiriques en étudiant une population d'étudiants qui se trouvent dans un entre-deux : appartenant à l'enseignement supérieur donc « dedans » mais aussi « dehors » car n'étant plus admis à continuer le cursus d'études dans lequel ils se sont inscrits initialement. C'est une population à l'avenir mal défini. Un petit nombre d'étudiants sont accueillis dans ce parcours chaque année. Ce chiffre oscille entre 70 et 100 inscrits par année, mais il existe un absentéisme important parmi ces étudiants. L'effectif a tendance à fluctuer au cours de la période et aussi en fonction de l'intérêt que les étudiants portent à la matière enseignée, malgré une présence obligatoire vérifiée, en théorie, par un émargement à chaque cours.

En prenant le parti de la cumulativité année après année dans le recueil de données, il a été possible d'élargir l'échantillon. Pour les questionnaires par ex : 30 la première année, puis 35, 47, 23 et 62. À la suite des cinq campagnes de passation du questionnaire, le nombre de répondants s'élève à près de 200 étudiants : 197 personnes ont répondu à l'enquête, et 185 ont finalement été retenues pour l'analyse ; les 12 étudiants non inclus venaient d'une autre filière que PACES¹⁶². Le taux de retour moyen sur les cinq campagnes d'enquête est de 51,5%.

Volet qualitatif : les entretiens

« Si les enquêtes statistiques rendent compte des causes et des facteurs de réussite ou d'échec, il est plus difficile d'analyser le vécu des étudiants et de comprendre la façon dont ils se transforment au cours de ces premiers mois»¹⁶³. Pour compléter plus finement les données issues de l'enquête par questionnaire, des entretiens ont été menés auprès d'étudiants inscrits dans le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux. La technique de l'entretien permet d'approcher les enquêtés dans leur contexte social et de mieux saisir les interactions et les liens qu'ils entretiennent entre eux et avec l'institution. Pour comprendre la façon dont les étudiants vivent le premier semestre et les conséquences de ce cursus

¹⁶² Le parcours de préparation à l'entrée en formation paramédicale a été progressivement ouvert par le BIOIP à l'ensemble des étudiants de l'université qui désiraient se réorienter à l'issue du premier semestre : certains venaient par exemple d'une première année de licence de psychologie.

¹⁶³ PINTÉ G, 2018, *100 premiers jours à l'université : Éléments pour comprendre la réussite et l'échec à l'université*, Louvain-La-Neuve, EME Éditions S.P.R.L, p 93

inachevé sur leur dynamique de formation, mais aussi pour appréhender la combinaison de représentations et de symboles qu'ils mettent en place, la conduite d'entretiens « centrés sur les conceptions des acteurs et sur les descriptions des pratiques » permet de mieux appréhender la connaissance du système lui-même¹⁶⁴. L'entretien donne à connaître le point de vue de l'acteur et les différents aspects de l'expérience vécue - même s'il faut garder à l'esprit qu'il s'agit toujours de la production d'un discours. De plus, cette technique « offre à l'enquêteur l'opportunité de rebondir sur des bouts d'anecdotes (...) dont l'intérêt peut se révéler majeur pour la compréhension de l'univers social auquel appartient l'interviewé »¹⁶⁵.

Pour ces entretiens, le recrutement s'est fait par mail ou par téléphone, la demande d'entretien figurant à la fin du questionnaire distribué. Ces entretiens ont été réalisés un peu avant la fin du parcours. D'autres entretiens ont complété ce panel : ils ont été réalisés auprès d'étudiants ayant suivi toute ou partie d'une première année de médecine. Par exemple, par la méthode 'de proche en proche', un entretien a été obtenu auprès d'une étudiante qui a démarré PACES en septembre mais a profité de l'opportunité de la désinscription pour faire une année zéro en cours préparatoire privé, appelée L0. En effet, les étudiants ont la possibilité de se désinscrire jusqu'au 31 octobre de l'année en cours, s'ils jugent déjà que leur année est compromise et ainsi ne pas obérer une chance de redoublement (un seul redoublement de la PACES est autorisé, le suivant est soumis à la décision du Président de l'Université sur proposition du directeur de l'UFR). Cette stratégie est parfois utilisée par les étudiants qui se voient rapidement en situation d'échec.

Enfin, des entretiens ont été menés auprès d'étudiants ayant suivi le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux une fois qu'ils avaient intégré un institut de formation paramédicale, celui de leur choix ou celui dans lequel ils ont pu être admis. La possibilité d'enquêter sur un temps relativement long, sur plusieurs campagnes a permis d'observer la part d'invariant du système et des pratiques mais aussi de repérer les transformations au cours du temps. (cf. le guide d'entretien annexe 2 page 579)

De façon à explorer le versant institutionnel et de recueillir le point de vue des acteurs engagés dans le parcours de préparation des concours paramédicaux, d'autres entretiens ont

¹⁶⁴ BLANCHET A, GOTMAN A, 2009, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, 2^e édition, Paris, Armand Colin (128), p. 30.

¹⁶⁵ BLANCHET A, GOTMAN A, 2009, *Ibid*, p. 19.

été négociés avec les responsables ou intervenants. (cf. le guide d'entretien annexe 3 page 580) Cette population étant beaucoup plus restreinte, l'enquête par entretiens était la plus pertinente surtout « lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsqu'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent ». L'entretien permet alors d'explorer, par des séquences narratives, « les systèmes de représentation (pensées construites) et les pratiques sociales (faits expérimentés) »¹⁶⁶. Étudiants et acteurs institutionnels ont été interrogés dans le même espace d'action qui s'étend de la communauté universitaire étudiée aux instituts de formation qui gravitent en périphérie.

Tous ces entretiens semi-directifs ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien, différencié pour les étudiants ou les professionnels. Ils ont une durée qui va de 52 minutes à 1 heure 23 minutes et ont été enregistrés après accord des interviewés puis retranscrits. (cf. Tableau des entretiens annexe 4 page 581). Pour les étudiants, le guide d'entretien souple, construit lors des entretiens exploratoires, a constitué un document de départ qui a été retravaillé. Comme l'enquête par entretien intervenait après l'enquête par questionnaire, elle avait pour objectif de « contextualiser les résultats obtenus préalablement par questionnaire (...) et permettre l'interprétation des données déjà produites »¹⁶⁷. Chaque entretien étudiant a donc été conduit après avoir exploité les réponses du questionnaire le concernant pour aller plus loin et approfondir certains aspects qui méritaient attention dans les informations déjà collectées.

Pour les étudiants, ils se sont déroulés majoritairement à la bibliothèque universitaire, dans les carrels, petits espaces qui peuvent être réservés pour travailler au calme. L'avantage du choix de la BU est qu'il est plus neutre car ouvert à tous, bien que les carrels soient moins connus des étudiants. Les étudiants qui avaient déjà intégré un institut de formation paramédicale ont été interviewés dans leur établissement, le plus souvent dans une salle de TD inoccupée pour pouvoir y être au calme, parfois dans une salle dédiée aux réunions, ce qui a parfois engendré des interruptions par des personnes entrant sans prendre garde.

¹⁶⁶ BLANCHET A, GOTMAN A, 2009, *Op. cit.*, pp. 23-24

¹⁶⁷ BLANCHET A, GOTMAN A, 2009, *Ibid.*, p.43.

Les acteurs institutionnels ont été interrogés le plus souvent sur leur lieu de travail, dans leur bureau. Ce lieu était moins neutre et a nécessité parfois de surmonter les difficultés d'une relation d'enquête asymétrique où il n'est pas toujours simple de « s'imposer aux imposants ». Ces entretiens se sont déroulés de manière cordiale, mais « rencontrer une personne imposante, c'est saisir un ensemble d'*attributs* et d'*attitudes* qui fondent le prestige social »¹⁶⁸. Le trait principal des enseignants de l'UFR de médecine est qu'ils sont tous chargés d'une triple mission : soigner, enseigner et faire de la recherche. Lorsqu'ils cumulent à cette triple mission des responsabilités pédagogiques au sein de l'UFR et/ou des responsabilités de service hospitalier, voire des missions supérieures dans les instances de décision de l'université et/ou du centre hospitalier universitaire, ces *attributs* sont connus de l'enquêteur et ils sont une des raisons principales de l'intérêt de l'entretien. L'enquête autorise alors l'accès aux informations détenues par un tout petit nombre d'acteurs et permet de dessiner l'espace des positions de chacun. Il n'en reste pas moins que l'effet de domination peut aussi s'exercer dans les *attitudes*. Un des enquêtés, agent multi positionnel, avait accordé un entretien en fin de semaine un vendredi après-midi, mais n'était toujours pas arrivé une heure plus tard. Ce retard n'était pas un oubli mais lié à une surcharge de son agenda caractérisé par superpositions de ses tâches. Cette attente n'a pas été vaine : ceci a permis de moissonner un contenu riche en matière de conceptions et représentations et aussi sur la description des pratiques. Le choix d'interviewer tel ou tel acteur institutionnel a été motivé par son expertise et la nature des informations recherchées, que ce soit dans ses opinions, son raisonnement ou son système de représentations¹⁶⁹, de la même façon que sa connaissance de la population étudiante, autre versant de l'enquête par entretiens.

Il n'a pas été compliqué d'obtenir un rendez-vous avec chacun de ces interlocuteurs. En effet, la construction du parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux étant leur création, la demande d'entretien était légitime et avait été négociée. Le mode d'accès indirect à ces agents s'est fait par l'intermédiaire d'un premier *informateur relais* ¹⁷⁰ institutionnel, ce qui a permis d'accéder à cette population spécifique de manière ciblée et en augmentant les chances d'obtenir l'interview. De façon spontanée, certains enquêtés ont

¹⁶⁸ CHAMBOREDON H., PAVIS F., SURDEZ M., WILLEMEZ L., 1994, « S'imposer aux imposants. À propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, 16, 1, p. 116.

¹⁶⁹ BLANCHET A, GOTMAN A, 2009, *Op. cit.*, p.74.

¹⁷⁰ BLANCHET A, GOTMAN A, 2009, *Ibid.*, p.53.

ensuite mobilisé leur réseau pour élargir le panel. Même si cela présentait un biais dans les critères de choix des personnes à enquêter, il reste que l'espace de l'enquête étant local et restreint, toutes ces personnes étaient en interconnaissance et leur position, chacune avec leur spécificité, permettait de répondre aux questions qui constituaient les différentes interrogations de cette recherche.

Les campagnes d'entretiens ont été closes lorsque la diversité des acteurs a été explorée et que le degré de saturation suffisant était atteint. Si la taille du corpus des entretiens (34) peut sembler modeste, cette « réduction relative du corpus nécessaire à une enquête par entretien tient au statut de l'information obtenue (...) informations qui sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence »¹⁷¹.

Volet qualitatif : les observations

Ce volet intègre des observations ethnographiques de situations d'enseignement vécues par les étudiants, de multiples actions pour leur orientation et leur réorientation, mais aussi des observations, au niveau local ou national, lors de réunions de diverses instances de prises de décision sur le suivi et l'avenir de la PACES.

Dans le but de connaître les pratiques au sein de la population des étudiants de PACES, des observations ont été réalisées au premier et au deuxième semestre dans les amphithéâtres. L'effectif étant de près de 1 400 étudiants, ils occupent plusieurs amphis. Pendant les premières années de l'enquête, ils étaient répartis sur deux sites : l'UFR de lettres et sciences humaines et l'UFR de sciences pendant tout le 1^{er} semestre, puis ils suivaient leurs cours à l'UFR de sciences après les examens du S1. Depuis la construction d'un bâtiment dédié, ils occupent deux amphithéâtres contigus. Au premier semestre, une matinée de trois cours de radiologie, neurologie avec des rappels de physique sur l'électricité et de biologie moléculaire a été observée et au second semestre, une matinée de cours de sciences humaines.

Les actions d'orientation et de réorientation ont également fait l'objet d'observations. L'orientation concerne essentiellement les lycéens, mais aussi les étudiants de PACES qui

¹⁷¹ BLANCHET A, GOTMAN A, 2009, *Ibid*, p.50.

doivent se réorienter : plusieurs manifestations ont fait l'objet d'observations pour connaître l'attitude des différents acteurs, la teneur des discours exprimés en situation.

La fréquentation du « Forum du lycéen à l'étudiant » courant janvier est un moment qui permet de prendre connaissance des pratiques et des discours délivrés à cette occasion aux lycéens souhaitant s'orienter vers un métier de la santé. Au cours du second semestre, les établissements de l'enseignement supérieur font connaître leur offre de formation au travers de « Journées Portes ouvertes » ou JPO. Ils accueillent les bacheliers et les lycéens, réalisent des actions d'ouverture au public et de vulgarisation. Pour ces observations sur le terrain, le recueil de données s'est effectué au cours des journées du Pôle Santé de l'université observée pour l'offre de formation universitaire. Pour l'offre de formation paramédicale, il s'agit de la journée de deux instituts de formation en soins infirmiers qui recrutent leurs étudiants à l'issue d'un concours et d'un centre de formation pour les préparateurs en pharmacie. Une autre observation s'est tenue lors de la journée d'un lycée public qui propose une préparation en un an aux épreuves des concours paramédicaux pour étudier l'offre qui existe localement¹⁷².

Concernant les actions de réorientation à l'université, des journées sont organisées début janvier après les résultats des épreuves de sélection du S1 à l'UFR de médecine. La réunion inaugurale de mise en place de ces actions a été objet d'observation. Ces journées de réorientation mobilisent toutes les composantes de l'université et le bureau d'information, d'orientation et d'insertion professionnelle (BIOIP puis DOIP). Pendant ce travail de recherche, toutes les journées, à l'exception d'une année, ont pu être observées.

Le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux est alors proposé aux étudiants de PACES ayant été classés dans les derniers rangs à l'issue du S1. La mise en place de ce parcours nécessite une préparation dont une réunion de coordination préalable en janvier et une réunion bilan en juin, objets d'observation également.

À l'intérieur de ce parcours, des plages horaires sont aménagées pour la présentation des métiers de la santé accessibles sans avoir validé l'année de PACES. Un créneau m'a été attribué chaque année pour présenter le contenu de la formation dans laquelle j'enseigne, les

¹⁷² L'offre de formation pour préparer les concours paramédicaux est déjà présente localement tant dans les lycées (public ou privé) que dans les établissements d'enseignement supérieur privés à but lucratif appelés « prépas privées ». Ces formations se déroulent en général sur un an.

conditions d'entrée, mais aussi les aspects de l'exercice professionnel et les liens entre les différentes professions de santé dans le parcours du patient. Ces interventions ont permis une forme d'observation participante.

De la même façon, les formations en santé recherchent des intervenants pour compléter l'offre de formation ou venir en soutien à l'équipe de formateurs permanents et des directeurs de mémoire. Il m'a été possible, d'une part, d'assurer les enseignements de sciences humaines (sociologie et psychologie sociale) auprès des étudiants en soins infirmiers de première année (ESI 1). Cette expérience a permis l'immersion dans la formation la plus demandée par les étudiants inscrits dans le parcours étudié et des entretiens informels avec les formateurs à propos du profil de leurs étudiants, particulièrement ceux ayant tenté la PACES. D'autre part, sollicitée pour les travaux dirigés du module d'initiation à la recherche et la direction de mémoires des étudiants cadres de santé, je me suis vue confier plutôt les travaux de recherche des cadres formateurs d'étudiants paramédicaux que ceux des cadres managers d'équipes, les travaux dirigés mêlant les deux voies¹⁷³. Cette autre expérience a permis des échanges fructueux avec les futurs cadres de santé pour appréhender les pratiques et les représentations sur la hiérarchie des professions de santé, l'organisation et la division du travail médical, l'évolution des formations paramédicales et surtout leur expérience de cadres formateurs faisant fonction. Leurs expériences, qu'ils ont bien voulu partager, ont permis de comprendre comment les cadres de santé formateurs gardent la maîtrise de la sélection du groupe professionnel au travers du concours d'entrée, dispositif d'évaluation des aptitudes du futur professionnel¹⁷⁴.

L'actualité des formations en santé a été suivie en parallèle par la recherche ciblée d'informations et la veille législative. Le recueil des différents rapports concernant la réflexion et les débats sur la création et la mise en place de la PACES ont permis d'obtenir un corpus volumineux. Les évolutions de la PACES, et celles des autres formations en santé, sur le temps

¹⁷³ La formation cadre de santé s'effectue dans un institut de formation des cadres de santé (IFCS) pour des candidats souvent déjà sous le statut « faisant fonction » et ayant réussi le concours d'entrée. La formation concerne aussi bien ceux qui se destinent à l'enseignement que ceux qui vont encadrer les équipes paramédicales dans les établissements de soins (hôpitaux, cliniques, EHPAD, etc.). Pour les futurs enseignants des formations en santé, il s'agit d'une formation de formateurs. Dans l'attente de la réingénierie de la formation, le diplôme équivaut au grade master ou au niveau master 1 en fonction de l'université partenaire.

¹⁷⁴ GIRARD L., 2018, *Des femmes en blanc - La « fabrication » des infirmières*, Thèse de doctorat en sociologie, Dijon, Bourgogne Franche-Comté, 292 p.

de cette recherche ont été réunies par la veille législative et aussi sur le site des deux ministères (Enseignement supérieur et Santé). Les statistiques récoltées par ces deux institutions ont fait l'objet d'un traitement secondaire en fonction de leur disponibilité et de la pertinence au regard des données du terrain.

Un moyen d'information plus spécifique encore existe. En effet, tous les deux ans depuis 2011 et le début de la réforme des études de santé initiée par la PACES, la Conférence des Doyens de médecine organise les « États généraux de la formation et de la recherche médicale » ou EGFRM. Ce congrès réunit les doyens, vice-doyens, enseignants et étudiants en médecine, mais aussi des chercheurs français et étrangers, des politiques et hauts fonctionnaires et des professionnels paramédicaux. C'est à chaque fois un congrès très dense avec de nombreuses conférences, des plages de communications orales se succédant toutes les dix minutes, des ateliers et des communications affichées placées sur l'heure du déjeuner pour ne pas laisser un espace-temps inutilisé. Des temps de débats et de controverses sont aménagés. La réussite des étudiants, le devenir de la PACES et plus généralement la réforme des études médicales sur tout le cursus sont des thèmes récurrents. Trois congrès sur cinq ont pu être observés. Ainsi, le corpus des observations s'élève à une trentaine (cf. le tableau des observations en annexe 5 page 585)

Le traitement des données – analyse

Le traitement des données quantitatives

Le but de l'enquête par questionnaire était d'explorer l'association entre les pratiques étudiantes et les caractéristiques socio-scolaires, ou encore de « rendre visible l'action éventuelle de déterminants sociaux ¹⁷⁵» propre à leur parcours universitaire.

Le travail de traitement a consisté à organiser les données, les analyser et décider de leur place et de leur rôle dans la validation des hypothèses. Le traitement des réponses au questionnaire a été effectué avec le logiciel IBM SPSS Statistics 20. Celui de la phase exploratoire avait été traité avec le logiciel Sphinx.

¹⁷⁵ SINGLY F. DE, 2016, *op cit*, p 88

Les données ont été saisies : le codage des questions fermées a suivi la liste des réponses possibles et lorsqu'il existait une option « autre » « précisez » les réponses ont été agrégées pour synthétiser les données. En cas de questions fermées à réponses multiples ordonnées (classement des préférences par exemple) ou de questions à échelle, l'ordre des préférences a été maintenu.

La détermination de l'origine sociale a été faite à partir du codage des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE qui sert de référence car si « la démarche de l'INSEE ne supprime pas l'arbitraire du classement, elle offre l'avantage de la standardisation et de la stabilité des critères »¹⁷⁶. Le niveau 2 a d'abord été utilisé, car il comporte 29 catégories, ce qui a permis de classer plus finement les réponses fournies par les étudiants, puis le regroupement a été effectué suivant le niveau 1 qui ne comporte que 6 catégories, plus commode pour traiter cette variable. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et en pourcentages, les variables quantitatives sous la forme de moyenne et d'écart-type lorsque nécessaire. Les résultats ont été organisés sous forme de tris à plat et de tableaux croisés dynamiques entre variables pertinentes.

Le traitement des données qualitatives des entretiens

L'analyse repose, d'une part, sur le récit des trajectoires étudiantes et d'autre part, sur les expériences, les pratiques et les représentations des agents institutionnels. Dans le but de confronter les hypothèses à la réalité des faits, l'analyse consiste à sélectionner et à extraire des données pour produire des résultats répondant aux questionnements de la recherche, aboutissant ainsi à la production de sens. L'analyse de contenu permet de dépasser les incertitudes « pour mettre en évidence le message effectivement contenu et pouvoir valider et généraliser ce qu'on en a tiré » et aussi un « enrichissement de la lecture(...) par la découverte de contenus et de structures confirmant ou infirmant ce qu'on cherche à démontrer à propos des messages ou par la mise à jour d'éléments de significations

¹⁷⁶ SINGLY F. DE, 2016, *op cit*, p. 46.

susceptibles de conduire vers une description de mécanismes dont on n'avait pas à priori la compréhension »¹⁷⁷.

L'analyse thématique utilisée dans ce travail « découpe transversalement » le discours obtenu dans les entretiens. Les fragments de discours sont repérés par thème, et chaque thème est « défini par une grille d'analyse élaborée empiriquement ». Ce mode de découpage se reproduit d'un entretien à l'autre et la stabilité du mode de découpage est une condition de la validité de la démarche. Ce type d'analyse permet d'élaborer des « modèles explicatifs de pratiques ou de représentations »¹⁷⁸. Dans les entretiens menés auprès des étudiants, onze thèmes ont été dégagés.

Les entretiens en face à face ont donné lieu à des retranscriptions systématiques. Ils ont été menés jusqu'à saturation, ce qui veut dire que l'échantillon a été clos lorsque les entretiens ne donnaient plus d'informations complémentaires à celles déjà obtenues par les précédents interviewés. Les entretiens étant le complément qualitatif des résultats obtenus par le questionnaire, le but était d'avoir exploré suffisamment la variété des situations sans chercher à obtenir une représentativité statistique et un échantillon complet¹⁷⁹. L'ensemble des méthodes qualitatives et quantitatives employées permet d'avoir une assise empirique variée et complémentaire et renforce la validité des résultats par un phénomène de triangulation¹⁸⁰.

Éthique de la recherche

Cette recherche a été menée selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur. De façon à respecter l'éthique de la collecte de données, plusieurs démarches ont été suivies :

- Les autorisations d'enquêter ont été recueillies auprès des directions des établissements de formation et composante universitaire.

¹⁷⁷ BARDIN L., 2013, *L'analyse de contenu*, Paris, Presses universitaires de France (Quadrige manuels), p. 32

¹⁷⁸ BLANCHET A, GOTMAN A, 2009, *Op.cit.*, pp. 89-96.

¹⁷⁹ Il faut préciser que les entretiens exploratoires n'ont pas été éliminés, mais conservés à côté du corpus. Comme ils se sont déroulés hors du cadre géographique de l'enquête principale, le choix a été de les utiliser uniquement pour venir étayer les données issues de l'enquête principale ou bien en contrepoint pour établir des comparaisons entre la première année en UFR de médecine avant et après la réforme de la PACES.

¹⁸⁰ ROMELAER P, 2005, *L'entretien de recherche*, in ROUSSEL P., WACHEUX F, « Management des ressources humaines: méthodes de recherche en sciences humaines et sociales », Bruxelles, De Boeck Supérieur, p 106-126

- Une validation du questionnaire avant passation a été obtenue de la part de la direction de l'UFR de médecine.
- Une demande pour les entretiens d'étudiants paramédicaux a été adressée aux responsables de promotion et directeurs d'instituts en vue de leur accord pour mener ces interviews auprès de leurs étudiants et dans leurs locaux.

Concernant les entretiens, une demande d'autorisation d'enregistrement a été formulée pour chacun des enquêtés et une mise à disposition des contenus des retranscriptions a été proposée. La finalité de la recherche avait été précisée lors de la demande d'entretien.

Concernant la protection des données, un codage lettre – numéro a été adopté pour chaque participant. Cette pseudonymisation a été choisie, car le remplacement du nom par un prénom fictif ne suffit pas à garantir la protection des données personnelles des enquêtés¹⁸¹ : les données collectées ont été stockées sur un support différent de la liste de correspondance entre l'identité et le code pour préserver la confidentialité et la sécurisation des fichiers a été respectée. Cette disposition a été appliquée à tous même s'il existe dans cette recherche des personnes possiblement identifiables par un élément spécifique propre à leur statut.

Ma responsabilité de chercheur concerne également la fin du cycle de vie des données en assurant la suppression des données à caractère personnel.

¹⁸¹ Règlement général sur la protection des données, règlement Européen n° 2016-679 applicable à partir du 25 mai 2018

1 DU LYCEE A L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR : SE DECIDER A « FAIRE MEDECINE »

L'objectif de ce chapitre est d'exposer le contexte du passage du secondaire au supérieur, plus spécifiquement pour les études de santé. Il s'agit de présenter le cadrage des politiques publiques qui interviennent dans l'orientation mais aussi sur les études supérieures avec un focus sur la médecine, en le complétant par une dimension socio-historique concernant l'enseignement médical.

Aborder la réorientation, moment spécifique de transition, dans une recherche pose beaucoup de questions en matière de choix d'orientation, d'acquis scolaires et d'attendus, d'inégalités sociales y compris devant l'information en matière d'orientation, mais aussi en termes de politiques de formation et de gestion des flux d'étudiants dans l'enseignement supérieur.

La lecture des divers processus d'orientation montre une évolution dans les théories de l'orientation. D'une approche marxiste dans les premiers travaux de Pierre Naville¹⁸² peu après la Seconde Guerre mondiale, à l'influence du capital culturel et économique des catégories dominantes¹⁸³ et l'habitus de classe avec Bourdieu et Passeron¹⁸⁴ dans les années 70 – 80, cette théorie a aussi emprunté les chemins de l'individualisme où les individus sont sommés de construire eux-mêmes leur propre parcours de manière réflexive¹⁸⁵; les choix étant également influencés par l'importance des nouveaux modes de communication chez les jeunes et par la socialisation par les pairs. Il est encore possible d'analyser les processus d'orientation, à la suite de Géraldine André, en termes « d'identité culturelle de classes (...) c'est-à-dire de l'identité culturelle partagée par des individus qui occupent dans l'espace social une position proche »¹⁸⁶.

Si la réorientation des étudiants en première année des études de santé et son dispositif spécifique sont au cœur de ce travail de recherche, il convient d'abord d'observer comment l'orientation est construite en France. Il est donc nécessaire de faire un état des lieux de l'orientation, de ses mécanismes et des multiples dispositions qui entourent cette orientation.

¹⁸² NAVILLE, P., (1945) 1972. *Théorie de l'orientation professionnelle*. Gallimard, Paris.

¹⁸³ BOURDIEU P., PASSERON, J.-C., 1985. *Les héritiers. Les étudiants et la culture*. Les éditions de Minuit, Paris.

¹⁸⁴ BOURDIEU P., PASSERON, J.-C., 1970. *La reproduction*. Les éditions de Minuit, Paris.

¹⁸⁵ BECK U., 2008, *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion (Champs), p.7.

¹⁸⁶ ANDRE G, 2012. *L'orientation scolaire. Héritages sociaux et jugements professoraux*. Coll Education et société, PUF, Paris, p.15.

Puis la suite du chapitre aborde le contexte de deux grands sujets de l'enseignement supérieur ayant un impact dans les études de médecine et de santé : la sélection ou la non sélection à l'université et le processus de Bologne qui engage les formations en santé à s'aligner sur un standard de l'enseignement supérieur, appelé en France système LMD.

Ensuite il reste à dessiner l'espace de l'enseignement médical tel qu'il a évolué depuis la reconfiguration de la médecine jusqu'à l'époque contemporaine, ce qui va permettre de revenir sur le *numerus clausus*, objet de lutte dans le champ médical et symbole de sélection des études de médecine. Cet éclairage permet de mieux comprendre l'univers contraint du passage en deuxième année des études médicales, ses enjeux et la façon dont il s'impose à la fois aux promotions d'étudiants comme aux responsables hospitalo-universitaires depuis quarante ans. Pour finir, il est intéressant de se pencher sur les différentes instances de décision, de concertation qui traversent le sous-champ de l'enseignement médical pour mieux appréhender les influences à l'œuvre lors des réformes qui seront abordées dans le chapitre qui suivra celui-ci.

1.1 L'ORIENTATION : TROUVER LA « BONNE » PORTE D'ENTREE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

La question qui se pose ici est : comment se passe l'orientation ? Quels sont les changements récents et les spécificités qui concernent les études de médecine ? Des notions générales vont permettre de saisir le sujet.

Dès lors que l'on parle d'entrée dans l'enseignement supérieur, il est nécessaire d'observer ce qui se passe en amont. En effet, avant d'accéder aux études supérieures, le passage dans l'enseignement secondaire balise l'éventail des choix futurs ; l'influence de facteurs multiples, allant du type d'établissement fréquenté aux résultats scolaires mais aussi du jugement des professeurs lors des différentes phases d'orientation en passant par l'influence du milieu social d'origine et des pairs, tous ces facteurs impriment des directions à la trajectoire des lycéens et conditionnent les possibilités de cursus supérieur.

Si une des définitions de l'orientation peut s'établir comme suit : « Ensemble des moyens mis en œuvre pour orienter un jeune, un adulte dans une voie scolaire ou professionnelle en fonction de ses aptitudes, de ses goûts et des débouchés.¹⁸⁷ » cela ne rend pas compte de l'effet de dynamique que revêt l'orientation. S'orienter, c'est prendre une direction et trouver sa direction ; c'est aussi un processus qui détermine une position dans l'univers scolaire d'abord et social ensuite. Le ministère de l'Éducation Nationale en donne la définition suivante : « L'orientation est le résultat du processus continu d'élaboration et de réalisation du projet personnel de formation et d'insertion sociale et professionnelle que l'élève du collège, puis du lycée mène en fonction de ses aspirations et de ses capacités »¹⁸⁸. Il faut remarquer que, si la notion de processus intègre l'effet dynamique dans cette définition, l'élève n'est plus l'objet sur lequel un « ensemble de moyens » s'applique de façon plutôt passive mais il lui est demandé d'être acteur de son orientation. Cette injonction s'accompagne de la formulation « d'un projet autonome, rationnel et cohérent tant avec l'état du marché du travail qu'avec ses résultats scolaires » car l'orientation des élèves est sous la contrainte d'« un double enjeu contradictoire : articuler la gestion des flux des élèves sortant

¹⁸⁷ Dictionnaire Le Trésor Informatisé de la Langue Française. Laboratoire ATILF Université de Lorraine. Disponible sur : <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=2874426045>

¹⁸⁸ Orientation, les mots clés de l'orientation. Ministère de l'Éducation Nationale. Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/cid2586/les-mots-cles-de-l-orientation.html>

du système scolaire aux besoins du marché de l'emploi, tout en prenant en compte leurs aspirations personnelles »¹⁸⁹. Ce caractère contraint de l'orientation n'apparaît pas forcément aux yeux des lycéens. Ils ont pour la plupart l'impression de faire un choix et sont inquiets des possibilités d'intégration dans leur filière d'élection. Les parents qui les accompagnent ne sont pas toujours informés de l'état du marché de l'emploi et du système éducatif.

Majoritairement, deux paliers d'orientation se détachent : le premier à la fin du collège, en classe de troisième vers la voie professionnelle ou vers le lycée général et technologique – dans ce cas, les élèves doivent choisir en seconde parmi les options et spécialités pour la poursuite en première et en terminale, ce qui participe aussi d'une forme d'orientation – et le second palier se situe en terminale.

Les évolutions du système scolaire et la diversification du baccalauréat ont dessiné une répartition des bacheliers entre les filières professionnelles, technologiques et générales. Si on assiste à une démocratisation qui se traduit entre autres par une augmentation des effectifs de lycéens qui accèdent au bac, il s'agit d'une « démocratisation ségrégative » selon Pierre Merle¹⁹⁰, car c'est un phénomène de répartition inégale des élèves puis des étudiants dans les filières où les enfants de milieu populaire sont nettement moins présents dans les séries générales du bac et davantage présents dans les séries professionnelles et technologiques que les enfants issus de milieu favorisé. Le baccalauréat permettant l'accès à l'enseignement supérieur, la poursuite d'études s'est accrue très fortement depuis les années 1960 tout en se diversifiant, l'offre de formation en filières courtes et professionnalisantes s'est développée en même temps que les effectifs de bacheliers augmentaient¹⁹¹. Toutefois, les effets des deux vagues de la massification scolaire, dans les années 1960 et 1980, ne seront pas détaillés dans cette recherche.

¹⁸⁹ OLLER A-C., Orientation des élèves. In : VAN ZANTEN A., RAYOU P., 2017, *Dictionnaire de l'éducation*. 2e édition, Paris, PUF. pp 646-648

¹⁹⁰ MERLE P, 2017 (2002), *La démocratisation de l'enseignement*, coll. « Repères sociologie », Ed La Découverte, Paris, 125 p

¹⁹¹ CHEVAILLIER T, LANDRIER S, NAKHILI N, 2009, « Du secondaire au supérieur : continuités et ruptures dans les conditions de vie des jeunes » Paris, La Documentation Française, p.23.

1.1.1 L'orientation, un processus complexe

Dans une école démocratique, « l'orientation serait alors le processus par lequel s'opèrent les ajustements nécessaires entre les souhaits exprimés et les possibilités offertes. » Or l'école perpétue l'inégalité des chances et des conditions, et de ce fait « orientation rime alors avec sélection ». Berthelot nous dit que « l'orientation est un extraordinaire exemple d'articulation de déterminations sociales globales et de logiques de décision spécifiques » car la société dans laquelle nous vivons est « un espace d'action et de choix d'une multitude d'acteurs »¹⁹².

Au cours de la scolarité, la réflexion sur l'avenir est déterminée par un espace objectif et un espace subjectif. « L'espace objectif est ce que l'origine sociale et le parcours scolaire concret constituent comme possibles (...) l'espace subjectif est ce à quoi il est accordé sens et valeur ». Ainsi l'orientation est « un processus par lequel une génération donnée opère son passage du milieu familial initial au monde professionnel adulte »¹⁹³. C'est pourquoi, origine sociale, famille et amis, propriétés scolaires sont des variables qui ont été recueillies au cours de cette enquête.

Le processus d'orientation est sous la dépendance de facteurs à chaque fois qu'il y a un palier. Deux de ces facteurs sont incontournables : il existe une forme de « **droit de passage** » pour accéder au niveau supérieur. C'est le plus souvent la possession d'un diplôme (par exemple le Baccalauréat, ou le DAEU, pour l'accès aux études supérieures) et/ou la décision d'orientation formulée par le conseil de classe. L'autre facteur est représenté par la décision d'« **admission formelle** »¹⁹⁴ rendue par l'instance de décision dans la filière envisagée (filières sélectives comme les CPGE, les BTS ou les DUT). Ce facteur a pris de l'importance depuis l'instauration de Parcoursup en 2018.

Berthelot théorise cette règle par la formule suivante :

$$O = f [(d(o) \text{ ou } D) + d(a)]^{195}$$

¹⁹² BERTHELOT J.-M., 1993, *Ecole, orientation, société*, 1°, Paris, PUF (Pédagogie d'aujourd'hui), pp8-10

¹⁹³ BERTHELOT J.-M., 1993, *Op. cit.*, pp.21-22.

¹⁹⁴ BERTHELOT J.-M., 1993, *Ibid.*, p.93.

¹⁹⁵ BERTHELOT J.-M., 1993, *Ibid.*, p.93.

Ce qui signifie que l'orientation réelle (O) dépend de la décision d'orientation d(o) ou de l'obtention du diplôme (D) et de la décision d'admission d(a). Il faut remarquer que si le paramètre D est une variable dichotomique – le diplôme est obtenu ou non – la décision d'orientation ou la décision d'admission sont sous la dépendance de facteurs humains représentés par les acteurs concernés. Il s'agit donc de « construction négociée » entre les différents acteurs pour arbitrer des choix dépendants à la fois du cadre institutionnel (capacité d'accueil d'une filière, affectation de moyens...) et des logiques de décision portées par les acteurs eux-mêmes (les élèves ou étudiants et leur famille porteurs d'un projet ; les enseignants, chefs d'établissement, responsables de filières, conseillers d'orientation...)

À chaque palier d'orientation à l'école, l'espace des possibles est hiérarchisé sur une échelle opposant d'un côté les filières courtes et professionnelles et de l'autre les filières générales du lycée – et préférentiellement les baccalauréats scientifiques – et les filières supérieures, surtout celles faisant appel à une part importante de sciences fondamentales (CPGE, filières scientifiques, filières ultra sélectives). Mais la hiérarchie des filières n'est pas figée. Cette segmentation doit être relativisée en fonction des choix, plus ou moins contraints, opérés par les élèves et les étudiants, de ce qu'ils perçoivent de leurs aptitudes à s'engager dans un cursus d'études menant à tel secteur d'activité, de leurs goûts ou de leurs dégoûts, des débouchés professionnels et de l'accès à l'emploi.

1.1.2 Évolution de l'orientation et évolution des politiques publiques

Cette sous-section montre que la gestion des flux, le rôle des filières sont prépondérants dans l'orientation. Pour mener à bien cette tâche, des outils ainsi que des ressources et des moyens humains sont mis en œuvre. Les lycéens qui désirent entrer en PACES suivent les étapes d'une procédure d'orientation censée trouver l'adéquation entre leurs capacités et leurs aspirations d'une part et les exigences et capacités d'accueil des filières de l'enseignement supérieur d'autre part.

Avant de se pencher sur les dispositifs APB et Parcoursup, il est intéressant de comprendre que l'orientation est en perpétuel renouvellement au gré des politiques

publiques et des réformes scolaires et universitaires, que les deux vagues de massification scolaire des années 1960 et 1980 sont également venues impacter.

Berthelot fait remonter les prémices de l'orientation actuelle à la réforme de Berthoin en 1959¹⁹⁶, même s'il avoue que l'orientation a un ancrage plus profond dans le XXe siècle. Auparavant, jusqu'après la Deuxième Guerre mondiale, et malgré plusieurs tentatives de réforme, l'enseignement comportait essentiellement deux voies : l'enseignement primaire ordinaire ouvert à tous et l'enseignement secondaire menant aux études supérieures et investi par l'élite sociale. La sélection se faisait principalement en fonction de son milieu d'appartenance et de sa classe sociale, ce qui révèle le côté inégalitaire de ce système d'enseignement et soulève un problème politique. De même, éthiquement, se pose la question de la justice et, économiquement, celle de l'efficacité à former les jeunes générations d'une façon suffisamment adaptée aux évolutions de la société¹⁹⁷.

Dès cette période, l'intégration du primaire et du secondaire dégage trois cycles : un premier cycle dit élémentaire pour les enfants de 6 à 11 ans ; un cycle d'observation, de 12 à 13 ans, qui est censé permettre de formuler un avis sur les goûts et les aptitudes des élèves à travers un conseil d'orientation qui peut s'appuyer sur le Conseil départemental d'orientation scolaire et professionnel ; un dernier cycle pour confirmer l'orientation. Ainsi, « dès lors que l'enseignement primaire est commun alors que l'enseignement secondaire se segmente en filières diverses, l'orientation est le processus institutionnel par lequel s'opère le tri » Ce tri est destiné à lutter d'une part contre une entrée massive, au lycée, d'élèves qui n'en n'auraient pas les aptitudes et d'autre part contre la relégation en classe de fin d'études, ou dans l'enseignement technique court, d'élèves qui auraient le potentiel d'effectuer des études. « Orienter, dès 1959, c'est donc pour le législateur, gérer des flux »¹⁹⁸. Depuis, cette notion de gestion des flux reste un élément prépondérant dans l'orientation.

« La réforme Berthoin de 1959 inaugure (...) une problématique de l'orientation scolaire : à la situation antérieure où primait une scolarisation de classe et où les flux étaient constitués dès le primaire elle oppose le principe de 'l'observation et de la détection des aptitudes' »¹⁹⁹. A partir de cette date, les réformes successives vont déplacer progressivement

¹⁹⁶ Décret N° 59-57 du 6 janvier 1959 portant réforme de l'enseignement public

¹⁹⁷ BERTHELOT J.-M., 1993, *Op cit.*, p.71.

¹⁹⁸ BERTHELOT J.-M., 1993, *op cit.* p.73

¹⁹⁹ BERTHELOT J.-M., 1993, *Ibid.*, p.80

le palier de l'orientation. D'abord situé à la fin de l'école primaire en 1959, il se place ensuite après les deux premières années de collège : la cinquième ; puis à la fin du collège, dès la réforme Haby de 1975. Ce palier détermine la suite de la scolarité : des études courtes et professionnelles comme le BEP pour certains, et des années de lycée menant au baccalauréat et à des études supérieures pour d'autres.

Le début des années 70, après mai 68, voit l'instauration d'un véritable dispositif d'orientation. Grâce à différentes institutions, parfois nouvelles, une double mission d'information et d'orientation s'installe au sein même du système éducatif. C'est le Centre d'étude et de recherche sur les qualifications (CEREQ) qui est chargé de recueillir l'information sur les qualifications et le milieu professionnel. Les données qu'il publie sont utilisées par les Centres d'information et d'orientation (CIO) au niveau local et par l'Office national d'information sur les enseignements et les professions (ONISEP) chargés l'un et l'autre de missions de conseil et d'information sur les contenus et les débouchés des filières. « L'information ainsi mise à la disposition des CIO constitue le réservoir des réponses aux questions factuelles posées par les utilisateurs et l'un des supports essentiels des diverses actions spécifiques entreprises au sein des établissements scolaires »²⁰⁰. Ces organismes perdurent de nos jours et il faut remarquer que les conseillers d'orientation assurent leur mission de conseil sur un matériau essentiellement théorique, ce qui implique le risque de les voir un peu éloignés de la réalité du terrain. Ils sont obligés de s'appuyer sur d'autres acteurs. Ce sont, par exemple, les professionnels de terrain qui viennent en support lors de carrefours des métiers pour aborder les aspects concrets des métiers et de la vie active dans leur secteur d'activité. Et ce sont le plus souvent des rencontres avec les responsables universitaires ou pédagogiques des filières de l'enseignement supérieur qui permettent aux lycéens de se renseigner sur les études ultérieures. Cette dynamique commune a été formalisée par le dispositif d'orientation active que nous reverrons un peu plus loin.

Au début du 20^e siècle, on assiste à l'émergence d'une professionnalisation de l'orientation. Avec l'essor de la psychologie expérimentale, les aptitudes des élèves sont évaluées à travers des tests et des épreuves construits scientifiquement. La profession de conseiller d'orientation se dote d'un Institut national d'orientation professionnelle (INOP) et d'une formation véritable. Le rôle du conseiller d'orientation au sein de l'institution scolaire

²⁰⁰ BERTHELOT J.-M., 1993, *op cit.*, p.79

se développe au fil des décennies dans les établissements scolaires, surtout à partir des années 70. Tout récemment en 2017, un nouveau corps a été formé pour les métiers de l'orientation. Le corps des 'psychologues de l'Education Nationale' regroupe le métier de psychologue scolaire qui officie dans le premier degré et celui de conseiller d'orientation-psychologue du second degré.

Berthelot explique qu'à partir du moment où il existe deux sections ou deux variantes envisageables pour la poursuite d'un cursus, cela instaure une alternative qui engendre des « comportements spécifiques de la part des intéressés »²⁰¹ et qui établit une hiérarchie entre les deux orientations même si c'est de façon transitoire. Le choix privilégié par les élèves et les familles, au collège et au lycée, est le plus souvent l'enseignement général et les études longues, même s'il faut user de stratégies de redoublement pour tenter d'obtenir *in fine* la filière choisie plutôt qu'une orientation en filière courte. « La voie scientifique des lycées joue clairement un rôle de filière d'excellence, sommet d'une hiérarchie créée par les pratiques d'orientation des enseignants du secondaire et renforcée par la demande des familles »²⁰² Pour certains lycéens, c'est le souci de « se garder le plus possible de portes ouvertes » qui préside au choix de la filière S. Chez les bacheliers S, le goût pour les sciences ne représente que 44% des raisons du choix de cette filière, ce qui explique les poursuites d'études dans des filières non scientifiques dans lesquelles ils réussissent souvent mieux que les autres bacheliers²⁰³. En effet, si la probabilité de sortir sans diplôme de l'enseignement supérieur est de 9 % pour les titulaires d'un baccalauréat général, pour les bacheliers S elle n'est que de 6%²⁰⁴ ce qui illustre à nouveau le statut de « valeur sûre » de la filière scientifique dans les choix d'orientation. Selon le rapport de l'inspection générale de l'Education nationale, en 2012, les poursuites d'études après un bac S se répartissent de façon équilibrée entre les filières sélectives et les filières non sélectives. « Plus d'élèves sont admis en PACES (24,2 % en 2012) qu'en CPGE (20,3 %). Les L1 autres que PACES recueillent 26,3 % des admissions dont seulement 12,1 % en « sciences, technologie et santé », ce qui confirme la désaffection des bacheliers scientifiques pour les « sciences dures ». Les écoles d'ingénieurs représentent 7,5%

²⁰¹ BERTHELOT J.-M., 1993, *Op cit.* p92

²⁰² CHEVAILLIER T, LANDRIER S, NAKHILI N, 2009, *Op cit.* p. 29

²⁰³ LEMAIRE S, LESEUR B, 2005, « Les bacheliers S : motivations et choix d'orientation après le baccalauréat », *Note d'Information 05.15*, MEN-DEPP, p.2

²⁰⁴ FOUQUET S, 2013, « Réussite et échec en premier cycle », *Note d'Information 13-10*, MESR-SIES, p.6

des admissions »²⁰⁵. La première année des études de santé draine ainsi près du quart des bacheliers S.

1.1.2.1 APB : un algorithme décisionnel

Cette enquête a commencé alors qu'APB était la procédure en vigueur pour les étudiants interrogés. Il est donc intéressant de se pencher sur sa teneur pour mieux comprendre les choix, hésitations et stratégies retrouvés sur le terrain.

APB ou Admission Post Bac est un portail qui a permis l'orientation des lycéens de terminale (et les candidats titulaires d'un DAEU) vers l'enseignement supérieur entre 2009 et 2017. Initialement créé en 2003 par Bernard Koehret²⁰⁶ à la demande du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche pour gérer le recrutement en Classes Préparatoires aux Grandes Écoles (CPGE) et pour quelques écoles d'ingénieurs, cet outil a ensuite été testé sur l'Académie de Nantes en 2004 puis généralisé en France à partir de 2008 pour les formations universitaires et post-bac des lycées. La région Ile de France a rejoint ce système en 2009 en abandonnant RAVEL, son propre système d'affectation des bacheliers. Géré par une équipe de l'Institut National Polytechnique de Toulouse, installé sur le site du ministère et accessible via Internet, ce service ambitionnait de simplifier les démarches d'inscription grâce à un dossier unique informatisé regroupant 24 possibilités de « vœux » de poursuite d'études, (de 24 à 36 vœux en fonction des modifications que le système a subi au fil des années).

²⁰⁵ INSPECTION GENERALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, 2012, « Analyse de l'orientation et des poursuites d'études des lycéens à partir de la procédure admission post-bac », Rapport n°2012-123, Ministère de l'Éducation Nationale, p. 50.

²⁰⁶ DE TARLE S., Interview de Bernard Koehret, 9 janvier 2014, Educpros, disponible sur <https://www.letudiant.fr/educpros/entretiens/2014-bernard-koehret-createur-d-admission-post-bac-apb-est-un-observatoire-extraordinaire-de-l-orientation-en-france.html>, consulté le 10/01/2014.

Bernard Koehret a fait ses études à l'Institut de génie chimique de Toulouse. Après un séjour à l'Université de Sherbrooke, il développe la modélisation en chimie à son retour en France. S'intéressant au traitement informatisé des concours d'entrée, il crée un système de gestion des affectations à partir d'une liste unique de vœux hiérarchisés, préfigurateur d'APB.

1.1.2.1.1 Le fonctionnement d'APB : réalités, intentions, stratégies

Cet outil pour l'admission dans les études supérieures a été conçu dans le but de recueillir efficacement les candidatures, en essayant de satisfaire les vœux émis et les propositions d'affectations, dans le cadre d'un traitement équitable des candidats²⁰⁷. Il s'agit là d'un outil de rationalisation pour la gestion des flux d'entrée dans l'enseignement supérieur, ce qui fait dire à Leila Frouillou à la suite de Lascoumes et Le Galès qu'il s'agit d'un « instrument de gouvernement » : dispositif de régulation « porteur d'une conception concrète du rapport politique - société » et qui dispose d'une « force d'action propre »²⁰⁸.

L'intérêt pour les établissements d'accueil était de rendre visibles leurs formations à destination de tous les candidats, d'optimiser les taux de remplissage et de viser une meilleure répartition des bacheliers sur les formations disponibles. Toutes les formations post bac ne recrutaient pas via le portail APB : premièrement, c'est le ministère qui décide de l'entrée d'un établissement d'enseignement supérieur dans le dispositif, sous condition de préparer les étudiants à un diplôme reconnu par l'État, ou un titre certifié par le Répertoire national de certification professionnelle (RNCP) pour l'apprentissage par exemple. Toutes les universités²⁰⁹ ont l'obligation d'être sur APB. Si elles en ont fait le choix, les autres formations publiques ou privées sous contrat y sont présentes : CPGE, écoles de commerce, d'ingénieurs, d'architecture. Font exception certaines écoles d'art, les Instituts d'études politiques (IEP) et la grande majorité des instituts de formation paramédicale et les écoles du travail social qui recrutent le plus souvent après une année de préparation au concours d'entrée.

Le fonctionnement d'APB pour les lycéens est décrit de façon synthétique ci-dessous puisqu'il est couplé à l'orientation active qui retient davantage l'attention dans la sous-section suivante. La procédure d'inscription pour les élèves suit un séquençage en trois étapes principales²¹⁰. La première s'étale en général du 20 janvier au 20 mars de chaque année. Elle consiste pour le candidat à créer son dossier sur la plateforme et à enregistrer ses vœux : il peut saisir au maximum 36 vœux, dont 12 au plus par type de formation. Le « vœu » est ainsi

²⁰⁷ INSPECTION GENERALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, 2012, *Op. cit.*, p. 2.

²⁰⁸ LASCOUMES cité par FROUILLOU L., 2016, « Admission post-bac: un `` libre choix '' sous contrainte algorithmique », *Justice Spatiale - Spatial justice*, 10, p. 25.

²⁰⁹ L'université Paris-Dauphine fait alors exception

²¹⁰ INSPECTION GENERALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, 2012, *Op cit*, pp.67-68.

le choix d'une formation donnée dans un établissement donné. Cette liste de vœux doit être hiérarchisée. Les étudiants adoptent des stratégies au moment de ce classement qu'il a été possible de mettre en lumière lors de l'enquête de terrain.

La deuxième étape de la procédure APB du 20 mars au 31 mai concerne surtout les dossiers de candidature. Les inscrits sur APB doivent avoir validé leurs candidatures et envoyé les dossiers aux établissements de leur choix pour début avril (progressivement les dossiers seront dématérialisés). La liste devient définitive. Après le 31 mai, il n'est plus possible de changer l'ordre des vœux.

La troisième étape concerne le cycle des propositions d'admission : au cours de la seconde semaine de juin (du 8 au 15 juin), le lycéen doit se connecter sur la plateforme pour connaître le retour des établissements du supérieur. Si une proposition lui est faite, il peut l'accepter par un « oui » définitif si elle lui convient, ce qui libère les autres vœux acceptés. S'il espère obtenir une proposition à un vœu de rang supérieur dans lequel il est classé, il peut émettre un « oui mais » dans une position attentiste. Enfin, si la proposition ne lui convient pas, il peut refuser par un « non mais » et attendre une réponse pour ses vœux de rang supérieur où il est classé. Le deuxième cycle de réponses des établissements intervient la quatrième semaine de juin, le candidat doit se positionner de la même manière, mais l'éventail des choix se réduit. Une dernière phase de propositions des établissements d'accueil intervient mi-juillet après avoir tenu compte des réponses des candidats précédents et des résultats du baccalauréat. Une procédure complémentaire se poursuit jusqu'en septembre pour les candidats qui n'ont obtenu aucune réponse. La procédure s'achève par l'inscription administrative dans la filière où le candidat a formulé un oui définitif²¹¹.

²¹¹ INSPECTION GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE, 2012, *Op cit*, pp. 67-68.

1.1.2.1.2 APB : ses problèmes, son algorithme

Berthelot disait déjà dans les années 1990 « La décision d'orientation est une chose ; l'affectation définitive en est une autre. Elle dépend de deux facteurs : le nombre de places réellement disponibles ; la politique de sélection menée par les établissements dès lors que la demande l'emporte sur l'offre »²¹².

La procédure APB a été mise en place dans un but de rationalisation et de régulation des flux d'entrée dans l'enseignement supérieur. Le rapport produit par l'IGEN, en 2012, suite à la lettre de mission du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, se défend de réduire APB à une « technique administrative » et la considère plutôt comme « porteuse d'enjeux sociaux et économiques »²¹³.

Or cette procédure est longue car elle s'étale sur plusieurs mois pendant lesquels le lycéen doit rester vigilant et ne pas négliger la validation des étapes car il n'est pas possible de revenir en arrière. Comme l'algorithme de traitement des demandes – algorithme dit « des mariages stables »²¹⁴ – repose sur l'ordre de classement des vœux, le candidat se voit proposer la formation la mieux classée dans sa liste. Pendant la phase des propositions d'admission, il n'y a donc qu'une seule réponse et non pas un choix de formations, parmi lesquelles le candidat peut choisir, ce qui entraîne des déceptions.

Dans les formations non sélectives comme les L1 universitaires, la capacité d'accueil de certaines universités ou de certaines filières, comme la PACES, a été confrontée à une demande excédentaire. Ceci a d'abord conduit à privilégier les candidats ayant passé leur baccalauréat dans l'académie avant d'ouvrir au reste du territoire national. Plus encore, les L1 dites « à capacité insuffisante » – comme STAPS, psychologie, PACES ou droit en fonction des académies – se sont vues appliquer de nouvelles règles et un traitement par algorithme en fonction d'une gradation en plusieurs groupes de candidats, ce qui a ajouté de la complexité et une opacité au mode de gestion des affectations. Selon Leïla Frouillou, « le fonctionnement

²¹² BERTHELOT J.-M, 1993, *Op cit*, p. 116.

²¹³ INSPECTION GENERALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, 2012, *op cit*, p. 4.

Laurent Wauquiez est alors Ministre de l'Enseignement supérieur sous la Présidence Sarkozy

²¹⁴ L'algorithme calcule un appariement entre trois types d'informations recueillies sur APB : les capacités d'accueil des formations, les vœux hiérarchisés des candidats et les classements des candidats par les formations d'accueil. (Lenoir N et al, 2019, « Rapport au Parlement du Comité éthique et scientifique de Parcoursup », MESRI-MENJ, p 16)

de l'algorithme crée ainsi un classement fictif des candidats à une filière pour laquelle l'accès est non sélectif selon la législation. Ce classement découle de priorités de plus en plus restrictives »²¹⁵. Pour le groupe appelé G3, le plus restrictif en termes de critères de classement (premier vœu absolu), si le nombre de candidats est encore supérieur à la capacité d'accueil, le système procède à un tirage au sort aléatoire pour ne pas dépasser cette capacité. Leila Frouillou montre dans sa recherche que les lycéens entretiennent un rapport plus ou moins familier avec APB en fonction de leur capital scolaire en tenant compte à la fois de leur lieu de scolarisation et des pratiques concernant l'orientation au sein de ces lycées (dimension socio-spatiale), mais aussi du rôle du groupe de pairs « dimension éminemment collective des choix d'orientation post-bac »²¹⁶.

Le principe d'équité étant mis à mal, l'arbitraire du tirage au sort dans ces « filières en tension » a été vécu par les candidats comme une perte de chances et une sélection qui ne dit pas son nom. Des aménagements ont été mis en place pour tenter d'améliorer le système d'affectation. Les innovations allaient de la création d'un « vœu groupé » pour les filières en tension à l'intérieur d'une académie à la proposition de « délocalisation » inter académique à travers les communautés d'universités et d'établissements (COMUE). Ces aménagements chaque année ont surtout consisté à « bricoler des solutions techniques » dans un « contexte de pression démographique »²¹⁷.

À force de modifier les règles de fonctionnement, le système est devenu de plus en plus incompréhensible aboutissant à un manque de lisibilité du dispositif. L'arbitraire du tirage au sort a conduit à des critiques virulentes, accompagné d'une levée de boucliers contre le système algorithmique de la part des lycéens et de leurs parents, relayées médiatiquement. La CNIL a pointé du doigt un défaut concernant les bases juridiques du dispositif avec des manquements sur l'information au public du fonctionnement de l'algorithme²¹⁸ et en juin

²¹⁵ FROUILLOU L., 2016, « Admission post-bac: un `` libre choix ' ' sous contrainte algorithmique », *Justice Spatiale - Spatial justice*, 10, p. 18.

²¹⁶ FROUILLOU L., 2016, *Ibid.*, p. 22.

²¹⁷ FROUILLOU L., PIN C., VAN ZANTEN A., 2019, « Le rôle des instruments dans la sélection des bacheliers dans l'enseignement supérieur. La nouvelle gouvernance des affectations par les algorithmes », *Sociologie*, 10, 2, p. 211.

²¹⁸ LENOIR N., BERRY G., DAUCHET M., 2019, « Rapport au Parlement du Comité éthique et scientifique de Parcoursup », MESRI-MENJ, pp. 17-20

2016, le tribunal administratif de Bordeaux rend un jugement considérant comme illégale cette pratique du « loto administratif »²¹⁹.

Malgré divers aménagements pour améliorer la gestion des vœux, APB connaît encore un problème : un défaut d'affectation des lycéens se trouvant sans formation à la rentrée 2017 oblige à modifier le dispositif. APB devra céder la place à Parcoursup.

1.1.2.2 Parcoursup : une nouvelle plate-forme pour apparier candidats et formations

Si, lors de l'enquête de terrain, les étudiants et les responsables ont été interrogés pendant la période APB, l'intérêt de présenter brièvement les grandes lignes de la plateforme Parcoursup réside dans les transformations majeures qu'elle va générer pour les conditions d'entrée en formation paramédicale. Nous avons vu précédemment que tous les établissements d'enseignement supérieur ne recrutent pas via la plateforme APB, dont les formations sanitaires et sociales qui, dans leur grande majorité, sélectionnaient leurs candidats sur le mode d'un concours d'entrée. C'est cette forme de recrutement qui avait présidé à l'élaboration d'un parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux pour les candidats de PACES réorientés dès le second semestre, objet de la présente recherche.

Depuis un certain temps déjà, ce type de recrutement faisait l'objet de réclamations²²⁰ de la part des syndicats et représentants des étudiants infirmiers qui le considéraient comme obsolète et source de sélection sociale, souhaitant également être considérés comme des étudiants de l'université et non plus comme des « élèves infirmiers ». Parcoursup a sonné la fin des concours d'entrée pour les instituts de formation paramédicale.

La plateforme APB s'était révélée progressivement inadaptée au traitement équitable des candidatures d'entrée dans l'enseignement supérieur. A la rentrée 2017, une réforme est engagée, reposant sur deux outils : un projet de loi qui aboutira à la loi « Orientation et

²¹⁹ BEAUD O., VATIN F., 2018, « « Orientation et réussite des étudiants » : Une nouvelle loi pour les universités (I) », *Commentaire*, 3, 163, p. 690

²²⁰ Cahier de thèse. Observation de l'Audition publique « Quelles conclusions législatives et réglementaires tirer des Assises de l'Enseignement supérieur et de la recherche ? » Mardi 04 décembre 2012, Assemblée nationale - Salle Lamartine - 101 rue de l'Université - Paris 7ème

réussite des étudiants » ou loi ORE²²¹, et une nouvelle plateforme d'appariement nommée Parcoursup après une consultation publique. Parcoursup entre en vigueur en janvier 2018 pour la campagne d'inscription des bacheliers de cette même année, la loi ORE sera votée en mars 2018²²². Un vote de la loi postérieur à la mise en place de l'outil semble incohérent et sera l'objet de remous parmi le public étudiant et les médias.

L'objectif annoncé de la loi ORE est de mettre fin à l'échec en première année dans l'enseignement supérieur et de favoriser la réussite par une orientation adéquate. La plateforme Parcoursup, outre les fonctions d'organisation et de régulation de l'entrée dans le supérieur, doit être aussi être au service de cet objectif. L'ambition est de concilier deux idées antinomiques : la liberté d'accès à l'université²²³ et les capacités d'accueil limitées de certaines filières.

Pour ce faire, les établissements d'enseignement supérieur doivent définir les critères d'accès pour chacune de leurs formations. Ces critères sont portés à la connaissance des candidats par leur mise en ligne sur Parcoursup : il s'agit du contenu de la formation, des « attendus » ou prérequis (ce qui correspond à la définition des qualités requises des candidats et jugées nécessaires pour réussir), des critères d'examen du dossier et des débouchés professionnels de façon à faire un choix en connaissance de cause.

Suit un temps de saisie des vœux par les candidats de janvier à mars, les vœux sont limités à dix mais n'ont plus besoin d'être hiérarchisés. Puis vient une phase d'examen des dossiers par des CEV, ou commissions d'examen des vœux, au sein des établissements d'accueil y compris dans les formations non sélectives, en avril-mai. Ceci aboutit à un classement des candidats à partir de leurs dossiers ou « fiche Avenir » qui doivent comprendre en plus des notes obtenues en terminale et lors des épreuves anticipées du bac, une lettre de motivation appelée « projet de formation motivé ». La rédaction de ce projet et la nécessité de se connecter très régulièrement sur Parcoursup pour mettre à jour les réponses aux propositions d'affectation renforce la « responsabilisation » des lycéens, ce qui avait déjà débuté dans le dispositif précédent d'orientation active sur APB²²⁴.

²²¹ Loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants

²²² Cette loi s'inscrit dans le « Plan étudiants » Ministre de l'enseignement supérieur Frédérique Vidal, Premier Ministre Édouard Philippe, Présidence Emmanuel Macron

²²³ Article L. 612-3 du Code de l'éducation « tout candidat est libre de s'inscrire dans l'établissement de son choix »

²²⁴ FROUILLOU L., PIN C., VAN ZANTEN A., 2019, *Op cit.*, p.213

Pendant la phase suivante, phase d'admission, plusieurs types de réponses émanent des établissements d'accueil suite à la commission d'examen des vœux : un « oui » qui permet de s'inscrire dans la filière, un « oui, si » qui permet de faire savoir que le niveau n'est pas adapté au cursus choisi et qui s'apparente à un dispositif de dissuasion. Cette réponse est formulée par les universités qui n'ont pas le droit de sélection de leurs candidats contrairement aux filières sélectives qui peuvent au contraire prononcer un « non ». Comme la hiérarchisation des vœux n'a plus cours sur Parcoursup, les candidats peuvent rester sur la plateforme tant qu'ils ont l'espoir d'une meilleure proposition à celles déjà reçues.

La loi ORE acte une « différence structurale entre les établissements sélectifs et les universités non sélectives » : les premiers *sélectionnent*, les secondes *orientent* grâce au « oui, si »²²⁵. Il faut encore noter que la loi délègue « des responsabilités opérationnelles aux échelons locaux, et s'appuie sur des outils numériques à des fins de gestion et de transparence à l'égard des usagers »²²⁶.

Pour éviter les déboires déjà vécus avec APB, le ministère a communiqué sur les transformations apportées à l'ancien dispositif : le code de l'algorithme rendu public, « la transparence et la généralisation de l'accès à l'information » témoignant d'une volonté de montrer la prise en compte des attentes et des besoins des usagers²²⁷. Néanmoins la différence notable réside dans l'abandon de l'affectation par tirage au sort pour les formations non sélectives en tension, remplacé par un classement « en raison »²²⁸.

Reste le problème moral d'une opération de tri réalisée par la hiérarchisation des candidatures faisant dire à certains que « Parcoursup serait antidémocratique, parce qu'il introduirait une sélection généralisée à l'entrée dans l'enseignement supérieur »²²⁹.

²²⁵ BEAUD O., VATIN F., 2018, *Op cit*, p.691

²²⁶ FROUILLOU L., PIN C., ZANTEN A. VAN, 2019, *Op cit.*, p.214

²²⁷ FROUILLOU L., PIN C., ZANTEN A. VAN, 2019, *Ibid.*, pp.212-213

²²⁸ BEAUD O., VATIN F., MARQUES S., 2018, « Parcoursup : la loi en pratique », *Commentaire*, 4, 164, p. 918

²²⁹ BEAUD O., VATIN F., MARQUES S., 2018, *Op cit*, p. 913.

1.1.3 L'orientation active : outils, ressources et moyens mis en œuvre pour s'orienter

De façon à aider les lycéens à effectuer leurs choix d'études supérieures, des mesures regroupées sous l'appellation « orientation active » – dispositif d'accompagnement à l'orientation, complémentaire au portail APB – ont été instaurées dès 2007. Ce dispositif a été inscrit dans la loi LRU²³⁰ qui définit notamment l'orientation et l'insertion professionnelle comme l'une des missions clefs du service public d'enseignement supérieur. Après avoir été expérimentée au cours de l'année précédente, suite au débat 'Université-Emploi' et au rapport Hetzel²³¹, l'orientation active a été étendue à toutes les formations universitaires en 2008 et s'est progressivement mise en place. Ce dispositif s'inscrit dans le plan « Réussite en licence », datant aussi de 2007, visant à mener 50% d'une classe d'âge vers un diplôme de l'enseignement supérieur²³².

Le principe général est de permettre aux lycéens d'obtenir une information éclairée sur leur poursuite d'études ainsi que des conseils et un accompagnement pour leur inscription dans l'enseignement supérieur. L'objectif est de mieux faire coïncider le cursus envisagé avec le profil du lycéen et son projet d'insertion professionnelle, mais aussi de lutter contre l'échec ou l'abandon des études et de tenter d'assurer l'égalité des chances dans les études supérieures. Néanmoins, pour que l'orientation active ne soit pas assimilée à un dispositif de sélection à l'entrée dans l'enseignement supérieur, elle est toujours qualifiée de « démarche d'orientation active » laissant signifier par-là que c'est une possibilité offerte au lycéen d'avancer dans la réflexion pour élaborer son projet d'études et son avenir professionnel, et que le conseil apporté reste un simple avis donné au lycéen qui reste libre de s'engager dans le cursus de son choix. Il y a là une véritable injonction au projet pour les lycéens, même si la projection dans des études, et surtout un métier futur, reste problématique pour une partie d'entre eux. Pour le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche : « L'orientation active, c'est un meilleur accompagnement en amont afin de réduire le taux d'échec »²³³. Dans les faits, l'orientation active comporte quatre phases successives :

²³⁰ Loi du 10 août 2007 relative aux Libertés et aux Responsabilités des Universités

²³¹ SAINT-GIRONS B., 2009, Rapport « Renforcer l'orientation active: pour une transition réussie du lycée vers l'enseignement supérieur », Ministère de l'Education Nationale, La Documentation Française, p.1

²³² Valérie Pécresse étant Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche sous le gouvernement Fillon, la présidence Sarkozy.

²³³ MESR, consulté le 18/07/2019, disponible sur : <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid23484/orientation-active-et-admission-post-bac-questions-reponses.html>

D'abord, **une phase d'information** sur les formations, les métiers auxquels elles préparent et les débouchés ultérieurs. C'est le parcours de découverte des métiers et des formations ou PDMF. Les lycéens doivent pouvoir obtenir des renseignements sur les contenus et les prérequis (connaissances, aptitudes et compétences) des formations envisagées. Cette information repose sur les acteurs de l'orientation, les établissements d'enseignement supérieur, les représentants des milieux professionnels au cours des moments dédiés comme les forums des métiers dans les lycées, les journées portes ouvertes dans les établissements supérieurs mais aussi les interventions de conseillers d'orientation, d'enseignants du supérieur, d'étudiants ou d'anciens élèves, et encore de professionnels dans les lycées.

Initialement, cette phase d'information était située au début de la classe de terminale. Puis à partir de 2011, elle démarre en classe de première. Elle s'appuie idéalement sur une relation lycée-université renforcée, mais ces deux espaces peinent parfois à développer une dynamique coordonnée. Le délégué interministériel à l'orientation Bernard Saint-Girons précise dans son rapport qu'il «subsiste une marge de progrès dans la construction d'un véritable partenariat entre établissements d'enseignement secondaire et supérieur »²³⁴.

La phase suivante est celle de la pré-inscription. Cette étape consiste pour le lycéen à constituer un dossier de pré-inscription sur le portail « Admission Post-Bac », vu précédemment, en indiquant ses choix pour les formations de l'enseignement supérieur qui y sont éligibles. Comme le lycéen peut formuler 36 vœux au plus et 12 maximum par type de formation, ceci laisse encore la place à une certaine indécision quant au choix définitif, mais aussi à des stratégies de placement des vœux en fonction des filières sélectives ou non, de la renommée de telle ou telle formation, ou encore en médecine, à tenter l'inscription dans une université réputée plus facile ou avec un meilleur taux de réussite par le biais d'une demande de dérogation. Il y a là un risque de présupposés non déconstruits, parfois empreints d'une tradition véhiculée par le bouche à oreille ou les réseaux sociaux. Les rumeurs de dérogations circulent mais les responsables se défendent de trop de laxisme. C'est un jeu dans le champ des positions et le champ des prises de position²³⁵, comme celle du doyen de l'UFR de médecine interrogé pendant l'enquête :

²³⁴ SAINT-GIRONS B., 2009, *Op. cit.*, p.1.

²³⁵ BOURDIEU P., 2013, « Séminaires sur le concept de champ, 1972-1975 », *Op cit*, p.16

Je refuse les dérogations. Ce qui est stupide, on est dans un système... Les dérogations ! Bien sûr, il y a des gens qui veulent venir de Marseille, parce qu'ils savent très bien qu'à Marseille, ils ne seront pas reçus et qu'ici ils seront reçus, mais on est dans une telle difficulté matérielle (...) donc je ferme les verrous : il y a des gens qui ont le malheur d'habiter à 5 km de la frontière de la Région – ça en gêne certains qui ne sont pas dans l'aisance matérielle – je leur dis : « Non » alors que pour eux, ce serait beaucoup plus simple. Alors, ça, c'est déjà pas très sympathique, surtout pour ceux qui ont des moyens limités et la deuxième chose, c'est que, dedans, j'en refuse des bons, en plus, qui sont visiblement d'un parcours d'excellence et que j'aimerais bien prendre... (R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

Vient ensuite **la phase de conseil**. Cette phase est, à l'origine, associée seulement aux formations universitaires en vertu de la non-sélection à l'entrée à l'université inscrite dans la loi Faure de 1968. En effet, si l'inscription dans une filière universitaire est libre, il est alors possible pour l'étudiant de s'engager dans une filière mal adaptée, par méconnaissance des exigences ou du type de débouchés professionnels par exemple. C'est donc l'université qui assure cette fonction de conseil. La procédure complète voudrait que le dossier du lycéen soit examiné par l'université et qu'un retour, sous la forme d'un avis, soit formulé au lycéen au cours du deuxième trimestre de terminale. Cet avis repose sur le profil du candidat, ses aptitudes face aux exigences de la formation, mais est aussi fonction de son projet professionnel ; l'avis pouvant être en accord avec le choix du lycéen, mais également consister en un conseil de filière différente et mieux adaptée à son profil, ou bien le lycéen peut se voir proposer un entretien par le service d'information et d'orientation de l'université. Cette démarche s'est vérifiée dans les filières en tension comme les STAPS ou la médecine par exemple.

Quand on voit leur préinscription – qui ne sert à rien, qui est un peu gadget, l'inscription en ligne qu'ils doivent faire à partir du début de l'année (*il s'agit d'APB*) – bon, cette inscription en ligne, on ne donne qu'un avis consultatif c'est L (directrice administrative de l'UFR médecine) qui la gère, c'est-à-dire qu'elle regarde : bac S, et s'il n'y a pas de problème. Puis elle me parle simplement des tangents. Elle dit oui sans réserve, en fonction, elle dit non s'il y a un bac technique, des choses comme ça, des gens dont on sait qu'ils n'ont aucune chance et puis elle me parle un peu des 'moyens'. Alors, la première année où ils ont instauré cette pré-orientation, là, on avait regardé tous les dossiers ! Moi, les bras m'en étaient tombés parce

qu'on avait des gens, derniers de leur classe et ayant redoublé une fois dans le lycée, 03/20 en maths et avec avis du professeur titulaire : avis très favorable pour l'inscription en médecine !
Ils ne savent pas !!!

(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

La quatrième phase est celle de l'admission. Le lycéen finalise son dossier et son inscription dans la filière et l'établissement d'enseignement supérieur de son choix. L'accueil des nouveaux étudiants est du ressort de l'établissement d'enseignement supérieur qui peut prévoir toute forme de modalités pour un soutien et un accompagnement des étudiants, et surtout les plus fragiles, dans le cadre du plan Réussite en licence où « l'université doit leur offrir, en cas de difficultés, un accompagnement pédagogique et, si nécessaire, une solution de réorientation en interne ou en mobilisant le réseau des acteurs de la formation et de l'insertion professionnelles »²³⁶.

Ceci ouvre la perspective d'une **cinquième phase** possible dans cette démarche d'orientation active : la réorientation en première année de licence. De façon à limiter le décrochage et l'échec sec en première année, l'accent est mis sur la possibilité de construire un parcours à l'université : la notion de parcours se différencie du cursus linéaire, il évolue et peut permettre à l'étudiant de poursuivre un second semestre dans une filière différente de celle choisie à la rentrée. Nous verrons qu'à côté du parcours étudié dans cette recherche, un dispositif de réorientation incluant d'autres composantes de l'université permet davantage de choix pour les étudiants non autorisés à poursuivre en PACES au S2. Ces cinq phases sont alors décrites comme une démarche globale.

Au fil des années, le dispositif a évolué. L'orientation active est restée une démarche d'accompagnement et de conseil, elle a été anticipée en première à partir de 2011 pour tenir compte du temps nécessaire au murissement d'un projet d'études. De même, un entretien dédié à l'orientation avec le professeur principal a été mis en place en première et un conseil de classe au premier trimestre de terminale y est consacré. D'autre part, le lycéen a été invité à prendre une part active dans cette démarche : il peut tracer les actions engagées pour la construction de son projet de formation dans un portfolio ou passeport numérique pour

²³⁶ SAINT-GIRONS B., 2009, *op cit*, p15

l'orientation. Ceci a été initié avec le « parcours Avenir »²³⁷ défini comme un parcours individuel d'information, d'orientation et de découverte du monde économique et professionnel : il s'étend de la sixième à la terminale et l'orientation active y a été intégrée.

Progressivement, cette démarche d'information a été développée année après année par les universités. L'implication des responsables de filières universitaires dans l'information aux lycéens et le développement des missions des services universitaires d'information et d'orientation ont permis le déploiement d'actions variées et innovantes. Les plus classiques et les plus connues sont les « Journées Portes ouvertes » ou JPO qui permettent aux lycéens de mettre pour la première fois un pied à l'université et les salons de l'étudiant déjà cités. Outre la mise à disposition du public d'informations sur les contenus de formations, les attendus, les taux de réussite et d'insertion professionnelle, ces services peuvent innover en proposant JPO, café accueil, journées d'immersion ou d'insertion des lycéens au sein de filières supérieures²³⁸.

Le rapport établi en 2009 par le délégué interministériel à l'orientation à la demande de la ministre de l'ESR avait pour objectif de faire évoluer l'orientation active après deux ans de fonctionnement. Il invitait alors à développer « des outils de suivi et de dialogue permettant à l'élève d'élaborer un projet de poursuite d'études fondé sur la découverte progressive des parcours et des formations de l'enseignement supérieur, de leurs prérequis et de leurs débouchés »²³⁹. Ce processus d'orientation active était donc destiné à être pérennisé et amélioré. Nous allons voir comment il a été décliné en PACES.

1.1.4 L'orientation active en PACES ou comment choisir son projet en connaissance de cause

En PACES, l'orientation active revêt aussi une fonction de sensibilisation au caractère sélectif de la filière et au fonctionnement de la première année à l'université. Informer et conseiller les lycéens sont les deux actions de fond menées pour tenter de mettre en adéquation l'orientation pressentie par le lycéen et la réalité de la première année des études de santé.

²³⁷ Loi N°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République

²³⁸ PISTOLESI N., 2015, « L'orientation active : une aide efficace pour choisir ses études ? », *Regards croisés sur l'économie*, 16, 1, p. 110

²³⁹ SAINT-GIRONS B., 2009, *Op. cit.*, p. 2.

C'est l'objectif du parcours de découverte des métiers et des formations auquel les responsables de l'UFR de médecine apportent leur contribution :

Moi, je pense qu'il faudrait qu'ils aient – je le fais, je le faisais, le vice-doyen l'a fait aussi – on a porté 'la bonne parole' dans les lycées (...) et aussi que les conseillers d'orientation des lycées sachent quand même à quoi correspondent les études de médecine, mais aussi les enseignants (R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

Cet autre responsable a, lui aussi, participé à ce parcours de découverte en allant présenter les études de médecine dans les lycées. Il soulève le caractère complexe de la motivation et du projet, les deux pouvant être l'objet d'autocensure pour des étudiants :

C'est important : on a fait...on est allés dans les lycées pour expliquer ce qu'était l'université. Et les directeurs de lycées ont retourné fréquemment...pas tous... mais fréquemment, et notamment dans les lycées un peu perdus, ce qu'ils avaient le plus de mal : les bons étudiants, les motiver pour faire des études longues. (...) Et puis, les étudiants des milieux défavorisés n'arrivent pas obligatoirement à se projeter dans médecine, qui apparaît comme un milieu confisqué par une classe sociale.

(R29, homme 50 ans environ, MCU-PH, Exploration fonctionnelle neuro-pédiatrie, Vice-président Université)

C'est ce que soulignaient Baudelot et Establet lorsqu'ils parlaient d'auto-élimination à propos des filles qui ont intériorisé « les modèles de comportement » traditionnels²⁴⁰, ou plus près de nous, la modération des aspirations engendrée par « une censure extérieure, construite par l'institution et la socialisation familiale », observée dans une étude sur Parcoursup qui révèle les « effets d'exclusion sur les publics les plus sensibles aux verdicts scolaires »²⁴¹ c'est à dire les jeunes issus de milieux populaires et à nouveau, les filles.

Il n'en reste pas moins que le Baccalauréat est le premier grade de l'enseignement supérieur et que le bachelier garde la liberté de s'inscrire dans la formation de son choix, même si ses acquis et son niveau scolaire semblent fragiles. Pour tenter de remédier à l'afflux de bacheliers de niveau trop juste en PACES, la réflexion des Doyens de médecine penchait pour mettre en place un entretien complémentaire:

²⁴⁰ BAUDELLOT C., ESTABLET R., 1992, *Allez les filles!*, Paris, Editions du Seuil (L'épreuve des faits), pp. 139-140.

²⁴¹ BUGEJA-BLOCH F., COUTO M.-P., 2018, « Le Parcoursup des filles. Classe et genre à l'université », *La Vie des idées*, p.8.

L'entrée en PACES, c'est un gros problème (...) il reste une proposition des doyens qui est l'**orientation active** à la sortie du lycée. C'est-à-dire que, très clairement, il y a des gamins qui s'inscrivent en PACES et dont on sait que, par leur passé scolaire, ils ne sont pas du tout dans les clous pour réussir. Donc, l'avis des doyens... Alors il ne faut pas prononcer ce nom de *sélection*, il faut parler *d'orientation active*.... Comment sélectionner les gens ? On sait le profil des gens qui vont réussir – on peut être d'accord ou pas d'accord – mais le profil, il est bac S avec plutôt un parcours d'excellence en terminale et donc, les très bons, on les sélectionne – on n'est pas obligé d'attendre le bac, on peut le faire sur le parcours du lycée – ceux qui sont moyens, dans une incertitude, c'est à ce moment-là de dire, comme on le fait dans les pays développés comme le Canada : « votre carnet scolaire est un peu tangent, on vous fait un entretien de motivation ». Ça permet de ne pas faire un millier d'entretiens... et de ne pas faire un couperet...Moi, je pense que c'est vers ça qu'il faut essayer de tendre. (...) Ça n'est pas la peine qu'ils aillent perdre un an, il vaut mieux à ce moment-là les orienter vers des formations adaptées et qu'ils peuvent suivre

(R30, 63 ans, PU-PH, Doyen UFR médecine)

Cet enseignant en pharmacie et en PACES est lui aussi favorable aux entretiens avant l'entrée en première année :

Q : Donc, il faudrait des entretiens avant de rentrer en 1^o année de médecine ?

R33 : Logiquement, ça devrait être pour toute filière, pas que médecine. On n'a pas le droit de sélectionner. Logiquement, le bac, dans les années qui précèdent, devait sélectionner, il ne le fait plus, donc après ça conduit à des échecs. Disons qu'il faudrait au moins un entretien, pas pour sélectionner mais pour voir quelle est la motivation, pousser la personne à réfléchir par rapport à des données qu'on lui indiquerait. Après, si elle veut s'inscrire, elle veut s'inscrire, hein...ça ne peut être que du conseil...

(R33, homme 40 ans environ, PU Chimie, UFR Pharmacie, cours chimie dans le parcours)

Un autre responsable en PACES aurait plutôt tendance à ne privilégier que l'admission sur dossier en favorisant les prérequis scientifiques :

Non, mais l'entretien, moi, je veux bien mais : le bac ! Et comme on fait dans les grandes écoles, c'est-à-dire les 3 bulletins de première et les 2 premiers bulletins de terminale, parce qu'en général le troisième... si on veut sélectionner vraiment en amont et que les gens sachent bien

où ils vont, on pourrait le faire vraiment en amont, donc, là-dessus simplement, sur la filière du bac. En général, quand il y a un très bon dossier en première et en début de terminale, on est à peu près certain du résultat. (...) bon, les IUT sélectionnent sur dossier, mais je vais dire : c'est quand même un peu dommage qu'en médecine, on ne puisse pas le faire. Donc, ça, ça serait l'idéal. (...) Et déjà, je dirais, on ne va prendre que les bacs S, ce serait déjà une petite avancée, voilà par exemple...

(R28, Homme 60 ans environ, PU-PH, médecine et biologie de la reproduction, Vice-doyen UFR médecine)

Pour résumer, les responsables hospitalo-universitaires connaissent les exigences du concours et ont l'expérience des dispositions socio-scolaires les plus à même de mener les candidats à la réussite, compte tenu des modalités de sélection en vigueur au moment de l'enquête. Toutefois, ils sont pratiquement unanimes sur l'utilité d'un entretien qui peut permettre un échange sur la motivation du lycéen aussi bien que de donner un avis ou alerter sur divers aspects du cursus envisagé.

1.1.4.1 L'exemple d'une expérimentation d'orientation active à l'université de Lille

Une analyse et une évaluation d'un outil d'orientation active²⁴² ont été réalisées à l'Université de Lille 2 qui accueille l'UFR de médecine. L'exemple de cette université a été choisi car c'est celle qui compte le plus grand nombre d'inscrits en première année (PCEM1 puis PACES) en France²⁴³.

De même qu'au niveau national, à Lille, le constat de l'afflux de bacheliers en PACES et du taux d'échec consécutif au *numerus clausus* a conduit l'UFR de médecine à proposer un dispositif d'orientation active pour les élèves de terminale souhaitant s'inscrire en PACES. Il s'agissait d'une procédure d'auto-évaluation de compétences du candidat par questionnaire,

²⁴² AZZOUZ R., 2015, *L'orientation active en PACES : évaluation et perspectives du dispositif de la Faculté de Médecine Henri Warenbourg – Université Lille 2*, Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine, Université de Lille 2 Droit et médecine, 31 p.

²⁴³ BROUILLET F., 2011, « Que deviennent les étudiants qui s'inscrivent en premier cycle des études de médecine ? », *Note d'information 11-09*, MESR DGESIP, p. 3

suivie d'une phase de conseil (cf. le questionnaire en annexe 6 page 586). C'est au moment où, sur APB, le lycéen saisissait le vœu de PACES à l'université de Lille que l'ouverture du questionnaire se déclenchait : il fallait alors l'imprimer, le remplir et l'envoyer au secrétariat de PACES (ce questionnaire existe toujours, il est maintenant possible de le remplir en ligne). Le questionnaire était ensuite traité par l'équipe administrative.

Dans le cas de ce dispositif, une note seuil de 70/100 a été décrétée : il ne s'agit pas de la moyenne mais on peut remarquer que c'est un niveau d'exigence calqué sur la valeur basse (14/20) de la mention bien au baccalauréat (et probablement aussi à cause du biais de déclaration possible lorsqu'il s'agit d'auto-évaluation). La note seuil n'était pas portée à la connaissance des candidats. Il faut souligner que chaque UFR est libre de définir ses propres critères pour conseiller les futurs bacheliers qui désirent s'inscrire dans l'une de ses filières, de même que les modalités de définition des avis et les messages retournés aux lycéens²⁴⁴. Pistolesi ajoute que les stratégies institutionnelles sont visibles : un établissement réputé ou une filière qui attire un grand nombre de lycéens ont tendance à se montrer plus exigeants sur les critères d'attribution d'un avis « favorable ». Dans le cas de la PACES, le taux de réussite à l'issue du concours étant aux alentours de 15 à 20%²⁴⁵ en raison du *numerus clausus*, le choix a été de placer le curseur assez haut pour cette filière très plébiscitée.

Le questionnaire commençait par 4 items concernant les notes obtenues au lycée (en classe de seconde, première et au premier trimestre de terminale) puis se continuait par 16 autres items destinés à une auto-évaluation des compétences du futur étudiant (capacités de travail, autonomie, gestion du stress, organisation, concentration, etc.) Si le lycéen obtenait un score supérieur à la note seuil, un avis favorable était prononcé pour l'inscription en PACES. En revanche si le score était en dessous du seuil, l'équipe prononçait un avis défavorable et recommandait au lycéen de faire un autre choix d'orientation : le lycéen avait la possibilité de solliciter un entretien avec l'équipe pédagogique. Néanmoins, le candidat restait libre de poursuivre ou non son inscription sur APB, cette démarche d'orientation active étant facultative. Ainsi, comme le rapporte l'auteur de la thèse : « La question de l'orientation

²⁴⁴ PISTOLESI N., 2015, « L'orientation active : une aide efficace pour choisir ses études ? », *Regards croisés sur l'économie*, 16, 1, pp. 110-111

²⁴⁵ FOUQUET S, 2013, « Réussite et échec en premier cycle », *Note d'Information 13-10*, MESR-SIES, p2

contourne avec soin la question de la sélection et fait reposer sur le lycéen, devenu acteur réfléchi de son parcours, la pleine responsabilité de son inscription dans la filière »²⁴⁶.

Les résultats de l'étude montrent que, parmi les étudiants qui avaient passé ce test, ceux qui ont finalement réussi le concours PACES avaient obtenu en moyenne un score supérieur à celui de ceux qui ont échoué (81,36 vs 76,79), ces derniers étant également mieux placés que les bacheliers qui avaient finalement renoncé à s'inscrire en PACES suite au test. C'est la moyenne générale du premier trimestre de terminale qui était la variable la plus discriminante. Par ailleurs, de cette étude, il ressort que les filles ont davantage utilisé le dispositif. Parmi les utilisateurs, on compte 65% des filles contre 35% de garçons, alors qu'elles sont 59% en PACES et les garçons 41. De même, ce sont des bacheliers S (à 99%) qui ont massivement utilisé le questionnaire. Au final, le taux de réussite en PACES, pour les étudiants ayant participé au dispositif d'orientation active, s'élève à 57% alors qu'il n'est que de 37% dans la population générale de PACES. Il faut néanmoins remarquer que cette étude repose sur un faible taux de réponse et présente un biais de sélection manifeste puisque la participation au dispositif est facultative et sous le mode du volontariat.

Le rapport de l'IGEN soulignait déjà que la proportion de candidats qui s'engagent dans une démarche d'« orientation sollicitée » est faible parce que cela nécessite de faire la démarche et parfois même une demande explicite ²⁴⁷, comme pour l'entretien avec l'équipe pédagogique dans le cas de l'UFR de Lille.

1.1.4.2 D'autres expériences de régulation des flux d'entrée pour les études de médecine à l'étranger

Des tentatives de régulation à l'entrée des études de médecine existent à l'étranger : la possibilité de faire passer un entretien de motivation comme au Canada séduisait déjà le Doyen de l'UFR. Selon lui, l'idéal serait de n'accueillir en PACES qu'un nombre raisonnable d'étudiants, pas plus de trois fois le *numerus clausus*²⁴⁸ en se donnant la possibilité de pouvoir les inscrire après examen du dossier scolaire et un entretien de motivation. Un autre

²⁴⁶ AZZOUZ R., 2015, *op cit*, p.4

²⁴⁷ INSPECTION GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE, 2012, *op cit.*, p. 39

²⁴⁸ Ce qui était néanmoins le cas l'année où a lieu l'entretien le concernant : le NC toutes filières confondues était de 374 et le nombre d'inscrits à la première partie du concours de 1 184

enseignant en PACES souligne l'intérêt de l'entretien en même temps que les difficultés logistiques que cela entraîne :

Au Canada, ils ont fait autrement. Ils ont fait des examens avec des entretiens individuels de motivation. Alors ça, ça coûte. Ça coûte du temps, il faut voir 1200 étudiants ... à l'entrée. Et ça, c'est peut-être une alternative, ça peut être une alternative, mais on n'a pas les moyens de le faire en France : on a trop de...les cohortes sont trop importantes, quoi... (...)

Des solutions, il y en a, je veux dire : faire passer des entretiens individuels pour 1 000 personnes, on peut bloquer, on peut le faire, c'est faisable. Simplement, il faut des moyens, il faut du temps, il faut...Et ça, on n'en a pas, en médecine, on n'en a plus de temps, je veux dire, tout est pressé, serré.

(R29, homme 50 ans environ, MCU-PH, Exploration fonctionnelle neuro-pédiatrie, Vice-président Université)

Appelée « entrevue de sélection », sa forme la plus courante repose sur les Mini Entrevues Multiples (MEM). C'est l'université de Mac Master qui a créé cet outil en 2002. Pour ce type d'épreuve, le candidat doit se déplacer entre plusieurs « stations » ou étapes : pour chacune d'elles, l'étudiant tire une question, bénéficie d'un temps de préparation puis expose sa réponse. Les questions permettent d'évaluer la pensée critique, l'agir en situation, la communication, l'éthique, etc. Certaines stations peuvent comporter des jeux de rôles où les candidats réagissent face à un acteur. Le jury est composé le plus souvent d'un binôme d'examineurs et l'évaluation de chaque entretien se fait au moyen d'une grille d'évaluation standardisée. Depuis le début de leur existence, les MEM ont fait l'objet d'études qui ont montré leur validité et leur reproductibilité. Acceptabilité, faisabilité et éthique ont aussi été testées dans le monde anglo-saxon²⁴⁹. Il faut noter que cet outil est intégré dans les examens du second semestre depuis le PASS et les L.AS, mais toujours pas pour la sélection à l'entrée des études de santé.

Cet autre membre de l'UFR médecine témoigne de son expérience en Suisse où le système scolaire est différent de celui de la France avec un tri progressif des jeunes en fonction

²⁴⁹ JACQUET A., RIOU J., LETERTRE E., PASSIRANI C., SAINT-ANDRE J.-P., 2017, « Fidélité, équité et impact des mini entretiens multiples dans le processus de sélection des étudiants en santé en France », *Pédagogie Médicale*, 18, 4, pp. 179-188.

de leurs performances au fur et à mesure de la scolarité et où l'entrée en médecine est conditionnée à un test d'aptitudes :

Pour postuler sur un poste de PU-PH, il faut partir à l'étranger pour un an. En fait, je rentre de l'étranger, je suis allée un an en Suisse où tout est très organisé. Là-bas, (...) à la fin du collège, ils mettent une barrière et puis, eux, ils n'ont pas de problèmes : en Suisse tout est normé, prévu, etc... Les jeunes, et bien ils ne choisissent pas ! Parce que, s'ils sont mauvais, ils vont faire ce qu'on leur dit de faire **ET** où il y a du travail : on va les former et où il y aura du travail : c'est déjà pas mal ! Et puis, on ne se pose pas ces questions de l'orientation et de la réorientation, et tout ça ! Donc, les meilleurs vont au lycée, mais au lycée, il n'y a que des gens 'bons'... qui vont faire une université derrière. Dès le collège, tous ceux qui ont un niveau moyen, ils vont les orienter vers... je pense ce qui est l'équivalent de ce qu'on appelle nous l'alternance... avec des plans de formation **ET** de travail par canton. (...) Par contre les gens, ils sont formés, pas toujours dans ce qu'ils veulent, mais ils ont un travail ! C'est ce qu'ils font miroiter, parce qu'il n'y a pas de chômage là-bas. Et vous ne trouvez au lycée que les gens qui ont le niveau ; par contre, c'est sévère pour ceux qui arrivent à la fin du collège, parce que là, il n'y a pas de rattrapage ; c'est soit : ou ça passe, ou ça ne passe pas. Et puis, au fur et à mesure, ils les classent comme ça, au fur et à mesure des années, ils regroupent les meilleurs, ce que nous en France... hou là là, là là... Eh bien, là, ils regroupent les meilleurs : ils prennent toujours les meilleurs pour en faire une classe de meilleurs (...) et puis, les plus mauvais, ils vont être orientés vers autre chose... Et à la fois, eux ils disent : « voilà, ces formations-là, c'est payé par l'État. L'État, il offre des places, il faut qu'elles soient prises ». Les gens n'ont pas à dire si ça leur plaît ou pas, hein... (...) Chez eux, le canton a une fonction de formation ; et derrière la formation, ils ont la fonction de donner un travail.

(R34, femme 40 ans environ, MCU-PH, cours d'histologie embryologie en PACES, référent médecine pour le dispositif réorientation)

Le cadre institutionnel et socioéconomique de la Suisse diffère de la France. Le contexte national général tient compte de l'existence de vingt-six cantons qui ont tous une relative indépendance politique, ce qui permet un fonctionnement de l'orientation en fonction « des spécificités et des besoins particuliers de la région ». La scolarité obligatoire y est organisée par niveaux et, dès la sixième année, « les élèves sont évalué-e-s et réparti-e-s dans la filière correspondant à leurs performances scolaires. » Il s'agit d'une sélection qui

impacte durablement le parcours des élèves et la scolarité postobligatoire accorde une place centrale à la formation professionnelle²⁵⁰.

Les modalités d'accès aux études médicales en Suisse revêtent également des particularités et des différences par rapport à la France. Le *numerus clausus* y a été introduit dans certaines universités à partir de la fin des années 1990 dès que le nombre d'inscrits dépasse la capacité d'accueil. D'autres universités romandes (Genève, Lausanne et Neuchâtel) ont opté pour une « sélection intra-universitaire renforcée après la première année d'études ». La limitation des admissions intervient quand la Conférence universitaire suisse recommande d'appliquer un NC et les candidats doivent avoir effectué un « test d'aptitudes aux études médicales » ou AMS pour pouvoir être admis dans une Haute école. Ce test est inspiré du test TMS²⁵¹ pratiqué en Allemagne et aussi en Autriche. Il est destiné à évaluer les capacités d'études : non pas les connaissances acquises, mais les capacités à acquérir de nouveaux savoirs, à la résolution de problèmes et à appréhender des matières inconnues. C'est une « procédure concurrentielle de classement en fonction des aptitudes pour étudier ». Le test a été structuré autour neuf à dix groupes de questions construites sur le principe du choix multiple sauf pour l'exercice « Travail avec soin et concentration ». Ce test a lieu une seule fois par an, début juillet, sur une même journée pour tous les élèves. Les résultats aux tests sont notifiés aux candidats par décision des Hautes écoles et l'« attribution des places d'études » a lieu jusqu'en août : des transferts d'universités sont possibles pour respecter les capacités d'accueil. L'utilisation du test comme critère d'admission pour les études médicales a été validée après évaluation du lien au test d'admission et la réussite des études, cette évaluation étant reconduite chaque année pour vérifier la valeur prédictive du test. L'objectif de cette procédure est d'admettre les étudiants qui ont la plus haute probabilité de terminer « leurs études dans un temps raisonnable et avec de bons résultats ». La plupart des pays industrialisés ont introduit une forme de limitation aux études de médecine, le plus souvent avant l'admission dans le cursus. La Suède, le Japon, Israël et l'Australie ont opté pour les tests d'aptitudes²⁵².

²⁵⁰ MASDONATI J., MASSOUDI K., ROSSIER J., 2012, « Introduction: L'orientation scolaire et professionnelle en Suisse », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 41/2. p 1-2

²⁵¹ TMS : Test für Medizinische Studiengänge.

²⁵² HÄNSGEN K.-D. (DIR), 2008, « Questions fréquemment posées à propos de l'AMS et du Numerus clausus », ZTD Centre pour le développement de tests et de diagnostic, Université de Fribourg Suisse, 30 p

Au terme de cette section, il faut remarquer que l'orientation est une dimension importante dans la vie des lycéens. Mais elle revêt un sens différent selon la position de l'agent dans le champ. Ce sera l'expression d'un projet personnel et de stratégies familiales pour l'étudiant et ses parents, considérés comme usagers du système d'orientation et d'éducation. Les acteurs de l'enseignement supérieur et les décideurs politiques seront davantage portés par la sélectivité ou l'attractivité des établissements ou encore la régulation des flux entrants et sortants de formation. Les stratégies institutionnelles s'expriment en fonction des positions des agents. Les prises de position reflètent l'ajustement entre les tensions engendrées par le cadre légal, les nécessités et les contraintes opérationnelles de la formation et la façon dont ces agents envisagent la reproduction du champ médical. Par conséquent, ce que l'on observe « n'est donc pas un intérêt pour l'orientation mais l'expression d'intérêts multiples et parfois antinomiques pour cette question. »²⁵³

Test-Info 2020, Centre pour le développement de tests et le diagnostic à l'Université de Fribourg sur mandat de la Conférence Suisse des Hautes écoles, consulté le 20/11/2020, disponible sur :

https://www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/Lehre/Medizin/TestInfo2020_fr.pdf

²⁵³ INSPECTION GENERALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, 2012, *op cit*, p 26

1.2 FLUX DES ETUDIANTS, SELECTION NON-SELECTION, HARMONISATION EUROPEENNE : QUID DES FORMATIONS EN SANTE ?

L'objectif de cette section est de se pencher sur quelques spécificités du cadre général de l'enseignement supérieur de façon à mieux comprendre pourquoi un grand nombre de lycéens sont accueillis en première année des études de santé alors qu'un nombre restreint de places est disponible en deuxième année. Puis dans un deuxième temps, on reviendra sur les conséquences de l'harmonisation européenne des cursus universitaires dans les formations en santé.

Le paragraphe précédent a permis d'établir que le bac constitue un point important de passage, en tant que palier d'orientation. Il représente le sésame pour l'entrée dans l'enseignement supérieur, mais en fonction des disciplines et des spécialités choisies au lycée, l'espace de choix des filières supérieures est déjà sous l'influence du parcours antérieur. « Ainsi, pour un élève de terminale, l'espace théorique de choix est-il simultanément totalement ouvert, et pratiquement, doublement segmenté par la section d'appartenance et l'opposition entre filières courtes et filières longues »²⁵⁴. De plus, pour les filières dites sélectives : les Classes Préparatoires aux Grandes Écoles (CPGE), les Sections de Techniciens Supérieurs (STS), les Instituts Universitaires de Technologie (IUT) et les écoles professionnelles spécialisées, deux critères entrent en jeu : le nombre de places disponibles et le niveau requis. L'entrée à l'université, en filières générales, ne nécessitait que la possession du baccalauréat ou du DAEU, sans aucune forme de sélection ou de filtrage, mis à part ce que nous avons déjà évoqué avec APB. Ceci se trouve redéfini depuis le dispositif Parcoursup.

La massification de l'enseignement supérieur, conjuguée à la problématique du chômage de masse, a entraîné un phénomène d'inquiétude sur l'avenir et une hiérarchisation des choix d'orientation qui privilégient les formations dont le taux d'insertion professionnelle est élevé, incitant de fait les filières à publier ces données. Cette hiérarchie a tendance à opposer davantage les filières en matière de sélectivité ou d'ouverture qu'en matière de filières courtes ou longues. Berthelot²⁵⁵ nous dit qu'est ainsi apparue une « concurrence précoce, généralisée et perverse » qui fait intervenir des logiques d'admission de la part des

²⁵⁴ BERTHELOT J.-M., 1993. *École, orientation, société*, 1^o. éd, Pédagogie d'aujourd'hui. PUF, Paris. p.127

²⁵⁵ BERTHELOT, J.-M., 1993, *Op cit*, p.129

établissements d'enseignement supérieur basées sur trois piliers. Tout d'abord, un « élitisme abstrait », c'est-à-dire l'évaluation voire le classement des capacités et aptitudes en trois critères : « à admettre, à discuter, à rejeter »²⁵⁶ ; puis une « routine partagée » par les enseignants et responsables de filières ou d'établissement dont « le jugement évaluatif mobilise tout un ensemble de règles implicites et de références coutumières dont la permanence fait office de légitimation » ; enfin un « pragmatisme étroit » rendant compte de la réalité du nombre de places disponibles. Toujours selon Berthelot, le processus qui conduit à l'intégration des étudiants dans les filières valorisées à la rentrée universitaire comporte trois opérations. Tout d'abord, une sélection sur dossier est effectuée en fonction des critères d'un parcours d'excellence. Puis, la sélection se matérialise par un classement et une place que les individus acceptent ou non en fonction de cette opportunité dans leurs choix d'orientation. Enfin, le tout forme « une juxtaposition d'institutions et de décisions autonomes (...) dont aucun acteur ne maîtrise le fonctionnement global »²⁵⁷.

Les filières de l'enseignement supérieur présentent une diversité qui tient à la fois au type d'établissement d'accueil et au secteur d'activité professionnelle auquel se préparent les étudiants. L'université accueille le plus grand nombre d'étudiants : en 2016-2017, sur une population étudiante de 2 609 700 individus, l'université comptabilisait 1 623 500 inscrits, soit plus de 62% d'entre eux²⁵⁸. L'offre de formation suit le schéma Licence-Master-Doctorat (LMD) et démarre par la première année universitaire menant à une licence générale au bout de trois ans, après validation de 180 ECTS, et déclinée en licence professionnelle pour une entrée dans la vie active. Le diplôme de master, après validation de 120 ECTS supplémentaires, vient sanctionner les deux années d'études suivantes : le master professionnel est à visée d'insertion dans le monde du travail alors que le master recherche prédestine davantage à la poursuite vers un doctorat, lequel représente 180 ECTS supplémentaires.

A l'université, en 2016-2017, les trois filières médecine, odontologie et pharmacie réunies accueillaient, toutes années confondues, 225 668 étudiants dont 57 134 en PACES²⁵⁹.

²⁵⁶ Il est possible ici de faire un parallèle entre ces trois critères en vigueur dans les années 90 et les critères utilisés dorénavant dans Parcoursup : oui, oui si, non

²⁵⁷ BERTHELOT, J.-M., 1993, *op cit*, pp.134-135

²⁵⁸ LIEVRE A, 2017, «Les effectifs d'étudiants dans le supérieur en 2016-2017 en forte progression», MESR-DGESIP/DGRI-SIES, *Note d'information n° 17-12*, p.1

²⁵⁹ DELAPORTE A., MARLAT D., 2017, « Les étudiants inscrits dans les universités françaises en 2016-2017 », *Note d'information n°13*, MESRI-SIES, p.4.

Les filières universitaires de médecine et de pharmacie sont venues plus tardivement que les autres au schéma LMD. La répartition des cycles suivait une autre logique²⁶⁰, car il n'y avait pas d'autre diplomation pour l'exercice que le doctorat.

L'université propose aussi la préparation d'un Diplôme Universitaire de Technologie (DUT) en deux ans, au sein des Instituts Universitaires de Technologie (IUT) créés en 1966²⁶¹. Les classes supérieures des lycées accueillent ensuite les Sections de Techniciens Supérieurs (STS) qui préparent les étudiants en deux ans à un Brevet de Technicien Supérieur (BTS). Certains lycées disposent de Classes Préparatoires aux Grandes Écoles (CPGE) qui préparent les lycéens aux concours d'entrée des Grandes Écoles ou d'écoles d'ingénieurs. Ces formations accueillaient respectivement 257 200 étudiants pour les BTS et 86 500 pour les CPGE en 2016-2017²⁶². Le reste des étudiants se répartit ensuite dans les autres formations : écoles d'ingénieurs (122 800), écoles paramédicales et sociales (135 200), écoles de commerce, gestion (152 100) ; et enfin les autres formations (art et culture, journalisme...) pour 232 400 inscrits²⁶³.

Ainsi, l'enseignement supérieur comporte une multitude d'« espaces de jeu » offrant autant de possibilités de trajectoires, la trajectoire étant ici entendue comme l'enchaînement des positions successives d'un individu qui, mêlées aux capacités acquises permettent de dégager un profil²⁶⁴.

Pour comprendre comment les trajectoires des étudiants de cette enquête se sont construites après leur orientation, il faut déjà examiner le principe de non sélection à l'entrée de l'université, la diversité de l'offre en santé à la lumière de l'unification du système européen et le paradoxe des études de médecine qui se referment au bout d'une année avec le principe du NC qui sera détaillé dans la section suivante.

²⁶⁰ Un schéma explicatif est présent dans le paragraphe 1.3.1.5

²⁶¹ CHEVAILLIER T, LANDRIER S, NAKHILI N, *op cit*, p.12

²⁶² LIÈVRE A, *op cit.*, p. 2

²⁶³ LIÈVRE A, *Ibid.*, p. 2

²⁶⁴ BERTHELOT, J.-M., 1993, *Op cit*, p127

1.2.1 Sélection ou non sélection à l'université : le cadre législatif de la loi Edgar Faure à la loi ORE

Les études de santé attirent chaque année des dizaines de milliers d'étudiants. Les formations paramédicales accueillent les candidats en fonction des quotas ou des capacités qui leur sont allouées, devenant par là même des filières sélectives. Les formations universitaires en santé quant à elles, doivent faire face à un afflux de bacheliers, entraînant des promotions volumineuses, conséquence du droit pour tout bachelier de s'inscrire à l'université. La mise en place d'un numerus clausus a autorisé une sélection en fin de première année de 1971 à 2020 pour contrebalancer les effets de la liberté d'inscription dans l'enseignement supérieur, avec en contrepartie, chaque année, plus de 45 000 étudiants ajournés²⁶⁵, sans toujours de réorientation. Il est intéressant de se pencher sur ce principe de non-sélection à l'université qui semble bien être une spécificité de notre système universitaire.

Suite aux événements de mai 68, la nécessité d'un changement profond dans le système universitaire amène la préparation d'une loi d'orientation par le ministre de l'Education Edgar Faure. Pour instituer ce changement, de grands principes sont retenus comme, par exemple, l'autonomie financière et pédagogique des établissements universitaires ou la participation des personnels enseignants et administratifs, des étudiants et de personnalités extérieures au travers de conseils chargés de gérer les établissements.

Lors des réunions de préparation de la loi, un consensus semblait se dégager sur ces grands principes de réforme, mais des questions sensibles et éminemment politiques restaient : « comment concilier l'autonomie des établissements dans le recrutement de leurs étudiants et les droits des bacheliers ? La question, qui n'est pas tranchée, est celle de la sélection »²⁶⁶. La première version comportait une mention explicite sur l'inscription de droit

²⁶⁵ Source Le quotidien du médecin, 17/07/2019, disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/fin-du-numerus-clausus-et-de-la-paces-trois-voies-dacces-aux-etudes-de-sante-la-reforme-se-dessine>

Pour les quatre filières, médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, 12659 places étaient proposées en 2010-2011 et 14018 en 2017-2018, soit un peu plus de 13000 par an en moyenne sur la durée de cette recherche.

²⁶⁶ PROST A., 2018, « La loi Faure, de Matignon à l'Élysée », dans POUCKET B., VALENCE D. (dirs.), *La loi Edgar Faure : Réformer l'université après 1968*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (Histoire), pp. 61-77.

des bacheliers dans l'enseignement supérieur. La formulation devra être retravaillée mais Edgar Faure résiste « avec succès à toutes les tentatives pour instituer une sélection, notamment la reconnaissance aux universités du droit de recruter leurs étudiants au nom de leur autonomie »²⁶⁷ si bien que cette mention est formulée de façon elliptique dans un alinéa de l'article premier : « Les universités doivent s'attacher à porter au plus haut niveau et au meilleur rythme de progrès les formes supérieures de la culture et de la recherche et à en procurer l'accès à tous ceux qui en ont la vocation et la capacité »²⁶⁸.

La loi d'orientation de l'enseignement supérieur, dite « loi Edgar Faure » est votée le 12 novembre 1968. A partir de cette date, il devient difficile d'instituer une quelconque sélection à l'entrée de l'université : « Résultat de multiples compromis politiques, tant entre le gouvernement et les acteurs mobilisés en mai 1968 qu'entre les différentes composantes de la majorité gouvernementale, la loi « Edgar Faure » est très rapidement apparue comme difficile à remettre en cause »²⁶⁹. Lorsque se pose la question du numerus clausus en médecine au début 1970, les réticences sont fortes par crainte de nouvelles agitations.

Alice Saunier-Seïté, secrétaire d'État aux Universités, prépare un projet de loi, en 1976, qui prévoit la sélection à l'université après les deux premières années : la troisième année de licence ne devenait plus accessible de droit aux détenteurs d'un DEUG. Quelques semaines de manifestations suffiront à le faire retirer. Mais c'est véritablement la loi sur l'enseignement supérieur, dite « loi Savary » du 26 janvier 1984 qui inscrit le principe de la liberté d'inscription dans son article 14 : « tout candidat est libre de s'inscrire dans l'établissement de son choix » et encore « Les dispositions relatives à la répartition entre les établissements et les formations excluent toute sélection »²⁷⁰ à l'exception de l'admission des étudiants en deuxième année des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques.

En 1986, un projet de loi présenté par Alain Devaquet, ministre délégué à l'enseignement supérieur²⁷¹, prévoit plusieurs mesures dont la possibilité de faire varier les droits d'inscription selon les universités, une sélection à l'entrée de l'université en vertu de l'autonomie dont elles disposent, la modification de la composition des conseils

²⁶⁷ PROST A., 2018, *op cit*, p.63.

²⁶⁸ Loi n°68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur

²⁶⁹ DEPLAUDE M.-O., 2009, « Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, N° 2, 1, p. 87.

²⁷⁰ Article 14 Loi n°84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur

²⁷¹ Sous le gouvernement de Jacques Chirac et la Présidence de François Mitterrand

d'universités... Les remous et les manifestations contre ce projet sont endeuillés par le décès d'un manifestant si bien que le texte sera finalement retiré le 10 décembre 1986²⁷².

La fin des années 1990 est marquée par une succession de débats et rapports en vue d'une réforme de l'université, mais c'est surtout le processus de Bologne que nous retiendrons pour les modifications dans les cursus universitaires en fixant les paliers de formation au niveau européen. Le paragraphe suivant revient sur ce processus et les conséquences sur les formations en santé au sein de l'enseignement supérieur.

A partir de 2003-2004, un projet de loi dit de " modernisation universitaire " sur l'autonomie des universités est en discussion mais il sera ajourné et c'est seulement en 2006 que la commission du débat national « Université-Emploi » va se pencher sur les missions de l'université, la modernisation du système universitaire et faire des préconisations selon six grandes orientations :

- lutter contre l'échec principalement dans le premier cycle universitaire
- repenser l'information et l'orientation
- améliorer la professionnalisation
- rapprocher durablement l'université du monde du travail
- créer un partenariat universités/employeurs pour la croissance
- faire évoluer le système universitaire dans son ensemble²⁷³.

L'année suivante, la loi relative aux libertés et responsabilités des universités dite loi LRU ou loi Pécresse est promulguée le 10 août 2007. Il n'y est pas question de sélection à l'entrée de l'université mais l'orientation et l'insertion professionnelle des étudiants font désormais clairement partie des missions des établissements d'enseignement supérieur ce qui va accélérer le développement et la montée en puissance de ces services universitaires. La constatation a pu en être faite sur le terrain au cours de cette recherche.

Le texte de loi suivant va être initié par une démarche de concertation : les Assises de l'enseignement supérieur et de la recherche²⁷⁴ sont lancées en juillet 2012, elles vont durer six mois et faire remonter des rapports et des propositions de tout le territoire. Après un

²⁷² BEAUD O., VATIN F., 2018, « « Orientation et réussite des étudiants »: Une nouvelle loi pour les universités (I) », *Commentaire*, 3, 163, pp. 687-698

²⁷³ HETZEL P, 24 octobre 2006, Rapport final « de l'université à l'emploi »

²⁷⁴ Geneviève Fioraso est ministre de l'ESR, sous le gouvernement Ayrault et la Présidence de François Hollande

rapport au Président de la République et un autre au Premier ministre puis une dernière phase de concertation avec les acteurs de l'ESR, un projet de loi est présenté en conseil des ministres en mars 2013. Il comporte une vingtaine de mesures en quatre volets :

- Une priorité : la réussite des étudiants
- Une nouvelle ambition pour la recherche
- Le décroisement comme outil du changement
- Une ouverture à l'Europe et à l'international²⁷⁵

Dans le premier volet, l'ambition de 50% d'une classe d'âge diplômée du supérieur est réaffirmée en s'appuyant sur divers leviers. Pour améliorer l'orientation, le continuum de la seconde à la licence, parfois appelé bac-3/bac+3, est décrit comme un « enjeu majeur » de la réussite des étudiants avec la découverte des métiers et des formations. Une des mesures vise à confier au ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche la coordination de l'ensemble des formations post-bac. Ainsi pas moins de 414 établissements de formation paramédicale, sous tutelle conjointe du ministère de la Santé, sont identifiés comme hors universités.

Le rapprochement des formations post-bac avec des conventions de partenariat universitaires doit permettre aux étudiants de bénéficier d'équivalences ou de passerelles et également de faciliter les réorientations. Ce point est important dans le cadre de cette recherche : les passerelles entrantes ou sortantes sont un point de vigilance en PACES et plus généralement pour les UFR de médecine. Des expérimentations sont envisagées sur une durée de six ans avec à terme un rapport d'évaluation au CNESER. Pour les « passerelles entrantes », ceci consiste à expérimenter des modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de maïeutique. Il s'agit de construire un premier cycle adapté conduisant à un diplôme de licence, permettant aux étudiants de bénéficier d'une admission différée en 2ème ou en 3ème année, dans le périmètre du *numerus clausus*. Pour les « passerelles sortantes », la réorientation est la disposition majeure : il est envisagé une réorientation précoce en PACES avec des épreuves organisées au plus tôt huit semaines après la rentrée. Cette disposition, proposée par Olivier Véran – alors

²⁷⁵ MESR, mars 2013, Projet de loi d'orientation pour l'enseignement supérieur et la recherche, consulté le 04 octobre 2014, disponible sur : https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Loi_ESR_2013/90/7/dossier-presse-final-projet-loi-esr-mars-2013_244907.pdf

député et rapporteur de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale – visait à améliorer la réorientation existant depuis 2009. Inscrite dans le texte final, elle a soulevé les craintes des syndicats étudiants. Elle n'a pas été expérimentée dans l'université observée, car trop lourde sur le plan organisationnel.

Une autre disposition dans l'article suivant prévoit une expérimentation qui concerne cette fois les formations paramédicales avec la réapparition d'une première année commune de formation. Seraient exclues de cette expérimentation les formations préparant au diplôme français d'État d'infirmier ou d'infirmière, les contingents de ces formations étant trop importants pour que ce soit réalisable. Ce « serpent de mer » à nouveau sorti dans ce texte de loi, n'a jamais vu ni arrêté, ni décret pour son application.

La loi relative à l'enseignement supérieur et à la recherche dite « loi ESR » ou loi Fioraso²⁷⁶ est finalement votée en juillet 2013. La loi suivante est la loi relative à l'orientation et à la réussite des étudiants ou loi ORE du 8 mars 2018 : « La loi ORE est bien plus modeste. Elle se limite à légiférer sur l'accès à l'enseignement supérieur ; elle ne vise pas à abroger la dernière loi sur l'enseignement supérieur de 2013 (loi Fioraso), ni les dispositions en mille-feuille des lois antérieures »²⁷⁷

L'intérêt pour la problématique de s'intéresser au principe de non sélection à l'entrée des études supérieures à l'université permet de comprendre l'importance numérique des entrants en PACES. Il reste à se pencher sur le processus de Bologne pour comprendre les particularités des formations médicales et paramédicales face à la répartition des cycles universitaires.

1.2.2 Le processus de Bologne : un processus qui impacte les études de santé

L'éclairage porté ici sur le processus de Bologne tend à montrer qu'il n'est pas possible de s'affranchir du cadre supranational lorsqu'on parle de réformes et que le processus de Bologne vient impacter également les formations en santé. L'harmonisation européenne des diplômes concerne toutes les formations en santé car aucune n'était construite sous une forme Licence-Master-Doctorat. De même, la dimension de la mobilité était absente, les

²⁷⁶ Loi n°2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche

²⁷⁷ BEAUD O., VATIN F., 2018, « « Orientation et réussite des étudiants »: Une nouvelle loi pour les universités (I) », *Commentaire*, 3, 163, p. 689

formations délivrant un diplôme d'État qui avait, avant tout, une valeur hexagonale. Comme le souligne un rapport commandé par la Haute autorité de santé de 2007, « depuis le premier décembre 2006, existe une volonté, affichée par la signature d'une lettre commune de cadrage des deux ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, de faire entrer les diplômes des professions paramédicales, et celui de sage-femme, dans le dispositif mis en place par les accords de Bologne »²⁷⁸. Nous verrons plus loin que les études médicales ne suivent pas non plus le schéma LMD.

1.2.2.1 *Des conférences qui jalonnent le processus*

Le premier jalon est constitué par la conférence de la Sorbonne en mai 1998 où les ministres allemand, français, italien et britannique de l'enseignement supérieur se réunissent avec l'objectif d'harmoniser l'architecture du système européen d'enseignement supérieur. Chacun des quatre ministres ayant des préoccupations inhérentes au système de son propre pays, il existe des convergences mais qui sont partielles²⁷⁹. Néanmoins, il en ressort une déclaration commune – Déclaration de la Sorbonne – qui met l'accent sur un espace européen ouvert de l'enseignement supérieur (EEES) et sur l'harmonisation des diplômes.

L'espace européen de l'enseignement supérieur « vise à promouvoir la reconnaissance internationale des diplômes et l'attractivité des systèmes, la mobilité et l'employabilité »²⁸⁰. Il doit être opérationnel à l'horizon 2010. La mobilité des enseignants et des étudiants est souhaitée pour développer la coopération et la diversification et, plus spécifiquement pour les étudiants, la mobilité à travers les universités européennes se concrétise par un système souple de validation de crédits (ECTS) et de semestres qui autorise une scolarité en dehors de son université d'accueil et à son propre rythme. L'harmonisation de la structure des diplômes est pensée autour de deux cycles principaux, pas encore définis : pré-licence et post-licence qui s'orienteront vers le modèle plus couramment usité de 3 + 2 ans soit 180 et 120 ECTS, puis un doctorat. La reconnaissance internationale s'appuie sur une lisibilité extérieure des diplômes permettant comparaison et équivalence et sur une attractivité qui reste à déployer.

²⁷⁸ BERLAND Y., BONNEL G., CHABOISSIER M., GRANGER J.-M., JOVIC L., QUILLET E., RAPEAU M.-T., COUDRAY M.-A., 2007, « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », Haute Autorité de santé, p.71.

²⁷⁹ RAVINET P., 2009, « Comment le processus de Bologne a-t-il commencé? La formulation de la vision de l'espace européen d'enseignement supérieur en 1998 », *Education et sociétés*, 2, 24, pp. 29-44.

²⁸⁰ RAVINET P., 2009, *ibid.*, p.39.

Ces débuts correspondent à l'« activation d'un dispositif (au sens de Foucault) européen de l'enseignement supérieur » par Claude Allègre²⁸¹ qui « a agencé des éléments épars installés avant 1998 et les a intégrés pour les constituer en dispositif ». Ceci se fait sans la participation de la Commission Européenne qui deviendra acteur par la suite. « Ce dispositif a une force inouïe, personne n'ira à l'encontre de l'EEES »²⁸².

En juin 1999, la déclaration de Bologne est signée par 29 pays d'Europe, le processus est en marche. De grandes conférences ministérielles se succèdent tous les deux ans, dans les capitales ou villes universitaires en Europe. Un document vient à chaque fois concrétiser l'avancée du processus. Outre la commission européenne, des associations représentant les universités, les étudiants, le monde académique, les organisations patronales deviennent partenaires. Jusqu'à quarante-huit pays vont rejoindre le processus.

Ces différents jalons permettent de poser au fur et à mesure des objectifs complémentaires : Bologne (1999) inscrit l'assurance qualité dans l'enseignement supérieur comme intention européenne. Prague (2001) dresse un premier bilan et a pour ambition de promouvoir la formation tout au long de la vie. Berlin (2003) réunit quarante pays et encourage la mise en œuvre de la structure des études en deux cycles et le niveau doctoral en tant que troisième cycle.

En France, en 2002, l'instauration du système LMD²⁸³ traduit l'adaptation des cursus universitaires aux principes des accords de Bologne. L'organisation des études en cinq niveaux : DEUG, Licence, Maitrise, DEA ou DESS, Doctorat mise en place lors de la réforme de l'université en 1966 est remplacée par trois grades : Licence, Master, Doctorat. Si la réforme LMD apparaît comme le point le plus visible, le principe de la validation de crédits ECTS est tout aussi important dans la construction de l'offre de formation : ces crédits sont basés sur les acquis de l'apprentissage et sur la charge de travail de l'étudiant.

²⁸¹ Claude Allègre ministre de l'Éducation et de la Recherche, gouvernement Jospin, sous la présidence de Jacques Chirac

²⁸² CROCHE S., 13 novembre 2012, « Approche socio-historique du processus de Bologne (ou réforme du LMD) et de ses effets en France et au-delà » Séminaire Université de Picardie Jules Verne.

CROCHE S., 2012, *Le pilotage du processus de Bologne*, Louvain la Neuve, Bruylant-Academia (Collection Thélème 3), 395 p.

²⁸³ Décret 2002-484 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'espace européen de l'enseignement supérieur.

Bergen (2005) insiste sur l'évaluation de la qualité ainsi que sur la mise en conformité des cadres nationaux avec le cadre global des qualifications pour l'enseignement supérieur. C'est l'affirmation de l'équivalence : une année égale 60 ECTS et le début de l'approche par compétences. Londres (2007) réitère les objectifs de qualité et comporte une dimension internationale sur la base d'une stratégie de développement global de l'enseignement supérieur européen. Louvain (2009) réaffirme les missions des universités autour du triangle européen : éducation, recherche et innovation²⁸⁴. À Budapest-Vienne (2010) l'existence de l'espace européen de l'enseignement supérieur est actée. Suivront Bucarest 2012, Erevan 2015, Paris 2018.

Les effets du processus de Bologne en France ont souvent tendance à se résumer au « système LMD » qui reste la partie la plus visible, mais les efforts sur l'évaluation de la qualité des enseignements sont un chantier non moins important (même si les tentatives de benchmarking ont été décriées) assez peu mis en place dans les universités et leurs UFR. La visibilité des formations à l'international a permis des flux d'étudiants étrangers venant surtout de pays émergents. Enfin, la pratique européenne des droits d'inscription n'est pas uniformisée : la France pratique des frais de scolarité très faibles, voire la gratuité, dans l'enseignement supérieur public alors que la Grande Bretagne permet aux universités de fixer et de moduler les frais d'inscription comme le modèle étasunien.

1.2.2.2 Quelques effets visibles du processus de Bologne sur les études de santé

C'est pour les études de médecine, d'architecture et d'ingénieurs que les difficultés de mise en place sont les plus importantes dans plusieurs pays européens. En France, les études de médecine avant la réforme de la PACES étaient organisées en trois cycles. Le premier cycle des études médicales ou PCEM se déroulait en deux ans avec un concours à la fin de la première année, le deuxième cycle ou DCEM en quatre ans se terminant par un concours et le troisième cycle ou TCEM pour un diplôme d'études spécialisées ou DES en trois ans pour la

²⁸⁴ CROCHE S, 13 novembre 2012, « Approche socio-historique du processus de Bologne (ou réforme du LMD) et de ses effets en France et au-delà » Séminaire Université de Picardie Jules Verne

médecine générale et en cinq ans pour d'autres spécialités, soit un parcours en 2+4+ 3 pour les futurs médecins généralistes ou 2+4+5 pour les internes se spécialisant.

L'entrée en vigueur de la PACES, en 2010, inaugure une série de réformes qui vont se diffuser dans le cursus à partir de la première année²⁸⁵. Il faut d'abord remarquer que l'adaptation se fait à distance de la mise en place du système LMD en 2002. Ensuite, si le nouveau premier cycle comporte trois ans et s'adapte en quelque sorte au cursus licence, le deuxième cycle a aussi trois ans : le but n'est pas une lisibilité avec le Master, que les étudiants préparent souvent dans une spécialité (biologie, mathématiques-informatique, etc. dans le cadre d'un double diplôme) mais le deuxième cycle conserve sa vocation d'approfondissement et d'activité hospitalo-universitaire se terminant par l'examen classant national ou ECN qui permet de choisir sa spécialité pour le troisième cycle. Ce dernier débouche toujours sur un DES ou DESC et une thèse d'exercice. On remarque que les réformes des études médicales ne sont pas complètement dépendantes du processus de Bologne et qu'elles conservent une dynamique propre et leurs spécificités, ce qui ressort en entretien :

« la médecine est maintenant très clairement dans l'université... depuis la loi LRU, mais reste dérogatoire pour certaines choses » (R30, 63 ans, PU-PH, Doyen UFR médecine)

Un autre exemple concerne l'adaptation des études de masso-kinésithérapie. La formation initiale était fixée à trois ans depuis 1989 alors que la formation infirmière avait obtenu une reconnaissance du grade de licence²⁸⁶ depuis 2009 avec la nouvelle architecture de sa formation autour d'un référentiel d'activités et de compétences ainsi que la validation de 180 ECTS. Il faudra attendre 2015 pour que le nombre d'années d'études en kinésithérapie soit porté à quatre ans. L'obligation à partir de 2017 d'avoir effectué une première année de licence (STAPS, PACES ou STS) pour intégrer un institut de formation entraîne cinq années d'études. Cette architecture en 1+4 ans basée là aussi sur un référentiel d'activités et de compétences validant 240 ECTS a fait œuvrer les organisations étudiantes et professionnelles pour un reclassement au RNCP de la formation non plus au grade de la Licence mais au grade du Master.

²⁸⁵ Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales

²⁸⁶ C'est la formation infirmière qui inaugure en France l'adaptation de son cursus au système LMD en 2009, dans un mouvement appelé réingénierie des formations paramédicales.

D'autres conséquences du processus de Bologne concernent cette fois la reconnaissance des diplômes des professions de santé au sein de l'Europe et l'exercice professionnel qui en découle. Le processus de Bologne a conduit à la création d'un Espace européen de l'enseignement supérieur et à la délivrance de diplômes harmonisés sur un modèle LMD ou BMD (pour Bachelor, Master, Doctorat) autorisant leur reconnaissance dans les autres pays européens hors de l'université d'accueil. Or les professions de santé sont des professions réglementées en France ce qui signifie que l'accès et l'exercice sont soumis à conditions. Une profession réglementée est une « activité ou ensemble d'activités professionnelles dont l'accès, l'exercice ou une des modalités d'exercice, est subordonné directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives, à la possession de qualifications professionnelles déterminées »²⁸⁷ dont seuls les détenteurs peuvent se prévaloir de l'utilisation du titre professionnel.

Pour les professions paramédicales, si la formation et le diplôme sont délivrés par un État de l'union européenne – ou d'un État partie prenante à l'accord sur l'espace économique européen – l'exercice en France est soumis à une demande d'autorisation d'exercice. Cette autorisation est donnée après avis d'une Commission régionale d'autorisation d'exercice (CRAE) au niveau de l'Agence régionale de santé : de façon formelle, l'autorisation est délivrée par le Préfet de Région. C'est elle qui permet l'inscription au tableau de l'Ordre de la profession visée, s'il existe.

Pour les médecins à diplôme européen, ils bénéficient du régime de la reconnaissance automatique inscrite dans une directive européenne de 2005, mais sont soumis à cette même demande d'autorisation d'exercice. Ils doivent également s'inscrire au tableau de l'Ordre des médecins. Selon une étude du CNOM de 2014, un médecin sur dix environ est titulaire d'un diplôme européen ou extra-européen et un peu plus de 40 % des médecins titulaires d'un diplôme non français l'ont obtenu en Roumanie et 19% en Belgique. Pour contourner le *numerus clausus*, des étudiants français vont se former à l'étranger : depuis l'entrée de la Roumanie dans l'union européenne en 2007, le nombre de médecins formés dans ce pays a augmenté de 520%²⁸⁸.

²⁸⁷ Directive Européenne 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

²⁸⁸ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, « Les flux migratoires et trajectoires des médecins : situation en 2014 » p. 83, disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1akb8r6/flux_migratoires_trajectoires_des_medecins_2014.pdf

Après les difficultés d'adaptation de l'architecture des formations en santé et les contraintes à l'installation des professionnels, il apparaît aussi que l'espace européen de l'enseignement supérieur ne permet pas toujours la simple exportation d'un modèle existant dans un autre pays de l'UE.

L'installation du CLESI (Centre libre d'enseignement supérieur international) nous fournit un exemple. En convention de partenariat avec l'université privée portugaise Fernando-Pessoa, ce centre proposait des formations en odontologie et kinésithérapie avec les deux premières années en France et les trois suivantes au Portugal. Entre 2012 et 2014, il a commencé à s'installer sur deux sites dans le sud de la France. Les implantations nouvelles de structures privées à but lucratif ont souvent pour objectif d'attirer les étudiants non admis dans les cursus publics sélectifs. Créant un effet d'aubaine pour les recalés de PACES, l'entrée se faisait sans concours moyennant des frais d'inscription élevés. Critiqué par les associations étudiantes qui dénonçaient la sélection par l'argent, étroitement surveillé par le MESR, les autorités de tutelle comme l'ARS et attaqué en justice par les syndicats professionnels, il ne respectait pas les obligations légales en formation dentaire et d'autre part, n'a jamais obtenu son agrément, obligatoire pour tout établissement désirant dispenser une formation paramédicale pour la kinésithérapie. Cette tentative s'est soldée par une condamnation à la fermeture en 2016 et 2017 pour chacune des deux formations.

L'exemple n'est pas révélateur de la totalité de l'offre de formation du supérieur, mais montre qu'il reste une part de souveraineté aux États. Selon Sarah Croché, il semble que « malgré les discours officiels, les réformes engagées sous le couvert de Bologne et de Lisbonne ont peu harmonisé les systèmes européens d'enseignement supérieur »²⁸⁹.

L'éclairage porté dans cette section sur des dispositions générales de l'enseignement supérieur présente un intérêt pour la problématique : nous avons vu qu'en vertu du principe de non sélection à l'entrée de l'université un nombre conséquent de lycéens peut s'inscrire en première année des études de santé. Ce principe conjugué à la fermeture par le *numerus clausus* de la deuxième année amène une proportion importante d'étudiants à devoir changer de projet d'études. Le pendant de ce principe est celui la réussite et la lutte contre l'échec en

²⁸⁹ CROCHE S., CHARLIER J.-E., 2008, « AGCS et processus de Bologne. Des modalités différentes d'un même projet de commercialisation de l'enseignement supérieur », *Distances et savoirs*, 6, 1, p. 14

première année dans le cadre plus large de la responsabilité des universités. Dans le cas qui nous intéresse, l'accueil d'un large public en PACES nécessite ensuite de proposer des solutions aux étudiants ajournés.

Ceux d'entre eux qui désirent reconstruire un projet de formation vers un métier paramédical vont se trouver devant une offre renouvelée : le processus de Bologne fait entrer les formations paramédicales dans une dimension universitaire avec

- l'accès à un grade de Licence ou de Master et l'enjeu pour les groupes professionnels de la poursuite d'études,
 - l'intégration universitaire des formations (passer du statut de formation professionnelle reconnue par le ministère de la santé à un statut de formation universitaire)
 - l'ouverture européenne qui permet la poursuite de la formation dans un autre pays européen. Les kinésithérapeutes peuvent ainsi effectuer deux semestres d'études à l'étranger. Jusqu'alors, les professions réglementées ne bénéficiaient pas des mêmes conditions que les cursus universitaires, même si les ajournés en PACES avaient déjà la possibilité d'aller faire médecine ailleurs en Europe, en Roumanie par ex.
-

1.3 LES ETUDES DE MEDECINE : ENTRER DANS LE CHAMP MEDICAL

Cette section sert à mettre en évidence que l'entrée dans le champ médical a été de tout temps difficile, qu'elle obéit à certaines règles édictées par l'État et les agents principaux et dominants du champ en fonction des différents temps politiques. Il est intéressant de traiter maintenant des dimensions socio-historiques générales avant d'entrer dans les détails de la réforme de la PACES qui sera au centre du chapitre suivant. Pour parvenir à une compréhension plus fine, un premier développement historique va explorer l'espace de l'enseignement médical et les réformes qui le traversent, suivi d'un focus sur le verrou du *numerus clausus*.

1.3.1 Un petit détour par l'histoire

Les ouvrages d'histoire de la médecine font un panorama sur une longue période de l'Antiquité à la période contemporaine²⁹⁰, ou bien donnent des éléments de compréhension et d'analyse des différents aspects de la médecine : de la conception des maladies à l'importance des découvertes scientifiques en passant par l'organisation du système de soins et des hôpitaux, et par les différents aspects sociologiques de la profession médicale²⁹¹. Il apparaît que la formation des médecins a évolué au cours du temps avec une prédominance pour les savoirs théoriques ou pour les savoirs pratiques. L'évolution ne s'est pas faite de façon linéaire²⁹². Le choix, fait ici, de démarrer une histoire succincte de l'enseignement médical à partir de l'époque contemporaine, et de ne pas détailler les périodes d'Hippocrate ou de Galien par exemple, permet d'aller plus directement sur les différents aspects de la formation des professions médicales²⁹³. Une autre raison de ce choix est que les historiens s'accordent pour faire de la Révolution française un jalon important des changements de la médecine et de son enseignement.

²⁹⁰ SOURNIA J.-C., 2004, *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte, 364 p.

²⁹¹ FAURE O., 1994, *Histoire sociale de la médecine*, Paris, Anthropos : Diffusion Economica, 272 p.

²⁹² SAINT-MARC D., 2011, *Op. cit.*, p.26

²⁹³ Les sections 1.3.1 et 1.3.2 s'appuient sur une thèse et une communication :

NEMITZ E, 2004, « *Histoire de l'École de santé d'Amiens : De l'école pratique aux Facultés de Médecine et de Pharmacie* », Amiens, Thèse de doctorat d'exercice en médecine

RAULT C, 20 mars 2015 « *Entre études de médecine et études paramédicales* » Communication pour le séminaire « Champ médical » Patrice PINELL, Centre de Sociologie Européenne CNRS, Paris 17

L'intérêt de cette sous-section est de voir à grands traits les modifications de l'enseignement médical en France depuis la Révolution, d'en observer les particularités et de faire la démonstration que, si l'organisation de l'enseignement médical et les modalités de recrutement des prétendants participe au maintien des intérêts du champ médical, elles le font aussi au détriment d'une fraction des candidats qui, en fait, n'auraient jamais dû pouvoir se présenter en première année de médecine.

Les lieux où la médecine est enseignée ont été appelés Universités – à partir d'*universitas* ou « ensemble des écoliers qui suivaient les cours » – ou encore Écoles de médecine en tant que « lieu où se donnait un enseignement » ou « ensemble formé par des professeurs et des étudiants ». La création des universités en Europe s'établit entre le XIIe et le XIIIe siècle, y prédominent la théologie, le droit et enfin la médecine. Auparavant, la médecine s'apprenait auprès de praticiens ou par la fréquentation des lieux de soins, prenant la forme d'un « compagnonnage non sanctionné » par examens et diplômes. Parmi les universités françaises créées à partir de cette époque, seules Paris et Montpellier ont une faculté de médecine. Montpellier est la plus ancienne, mais c'est à Paris que va s'élaborer l'enseignement de la médecine contemporaine. Leur développement tient entre autres à la recherche et aux écrits qui en font part, puis au fur et à mesure du temps à la reconnaissance de leurs diplômes et l'exclusivité de la pratique conférée à leurs détenteurs²⁹⁴.

1.3.1.1 La Révolution entraîne la désorganisation de la médecine dans un premier temps

Deux périodes vont se succéder après 1789, d'abord un temps de « radicalisation » où successivement des mesures vont venir abolir l'ordre qui était établi et, de ce fait, l'organisation de la médecine également. Puis un second temps de reconstruction des institutions médicales verra le jour²⁹⁵.

Au niveau national, c'est le décret d'Allarde du 2 mars 1791 qui instaure le libre exercice des métiers et des professions au nom de la liberté d'entreprendre et de la suppression des privilèges. Dans son article 7, est précisé : « A compter du 1^{er} avril prochain, il sera libre à toute personne de faire tel négoce ou d'exercer telle profession, art ou métier

²⁹⁴ COMITI V.-P., 2007, « Histoire des universités de médecine : quelques jalons », *Les Tribunes de la santé*, n° 16, 3, p. 19-23

²⁹⁵ PINELL P., 2005, *op cit*, p 9

qu'elle trouvera bon, mais elle sera tenue de se pourvoir auparavant d'une patente, d'en acquitter le prix d'après les taux ci-après déterminés et de se conformer aux règlements de police qui sont, ou pourront être faits ». La loi Le Chapelier la suit de près (14 juin 1791). Elle interdit toute association professionnelle et vient conforter le décret d'Allarde. Les corporations sont supprimées pour abolir leurs privilèges et libérer le marché du travail, selon une idéologie libérale. Au sein de la médecine, la suppression des corporations concerne les médecins, les chirurgiens et les apothicaires. La corporation est une organisation sociale qui contrôle tout à la fois l'accès au métier suivant une procédure d'admission propre, l'installation et ses conditions et enfin la formation au métier²⁹⁶.

Les deux textes sont complémentaires et le résultat est que, pour exercer la médecine, il n'est plus nécessaire d'avoir suivi une formation médicale théorique, l'enseignement est libre. Le décret du 18 août 1792, relatif à la suppression des Congrégations séculières, des confréries et des corporations savantes entraîne la dissolution des congrégations qui intervenaient dans les hôpitaux. Les facultés de médecine disparaissent avec le décret 15 septembre 1793 qui précise que « les facultés de théologie, de médecine, des arts et de droit seront supprimées de toute la surface de la République ». Dès lors, « la suppression entre 1790 et 1794 de toutes les institutions médicales de l'Ancien régime opère définitivement la rupture avec le clergé en supprimant la tutelle des évêques sur l'université et celle des congrégations sur les hôpitaux »²⁹⁷ ainsi la médecine prend ses distances avec l'Église mais va progressivement se rapprocher de l'État.

Néanmoins, la France étant en guerre, dès 1793 (an II), le Comité de Salut public prévoit de former des officiers de santé, de pratique plus élémentaire, pour subvenir aux besoins de santé des armées. La politique révolutionnaire concernant la médecine est plutôt un échec : puisqu'il n'existe plus de facultés, pour exercer la médecine, il suffit de payer une patente ce qui entraîne une augmentation importante du nombre de médecins en fonction des patentes accordées. De plus, la formation n'étant plus réglementée, il y a alors un grand nombre de médecins charlatans. Un plan de refondation de la médecine va être élaboré. C'est Fourcroy qui en est chargé, il reprend les bases d'un projet de 1790 élaboré par Vicq d'Azir alors Président de la Société Royale de médecine. Ce projet initial prévoyait de supprimer la

²⁹⁶ PINELL P, 2006-2007, séminaire « Histoire de la médecine », Université de Picardie Jules Verne

²⁹⁷ PINELL P., 2009, *Op cit*, p. 317

division entre médecine et chirurgie pour en faire une formation commune et de supprimer les facultés de médecine jugées trop nombreuses pour les remplacer par quatre Écoles (Paris, Montpellier, Bordeaux et Strasbourg) contrôlées par l'État. En définitive, le décret du 4 décembre 1794 crée trois Écoles de santé : Paris, la plus importante, Montpellier à cause de son ancienneté historique et Strasbourg pour sa proximité avec les champs de bataille et les besoins de santé des armées. Dans ces écoles, la formation est validée par un certificat de fin d'année puis de capacité. En 1795, ces écoles reprennent le nom d'Écoles de médecine et en 1797, elles réintègrent l'Université nouvellement réinstituée. Les premières thèses seront soutenues vers 1798. Dès 1802 trois nouvelles Écoles de médecine sont autorisées dont deux voient le jour : Turin et Mayence, alors sur le territoire de la République. Ainsi, après un temps de démantèlement des institutions de l'Ancien régime, l'organisation de l'enseignement médical se trouve sous le contrôle de l'État.

1.3.1.2 La refondation de la médecine au début du XIXe siècle

Le 10 mars 1803 est promulguée la loi relative à l'exercice de la médecine. C'est la loi du 19 ventôse an XI. Celle concernant la pharmacie le sera le 11 avril 1803, ou 21 germinal an XI. L'article 1 précise : « A compter du 1^o vendémiaire de l'an 12, nul ne pourra embrasser la profession de médecin, chirurgien ou officier de santé sans être examiné et reçu comme il sera prescrit par la présente loi ». Cette loi définit la profession médicale et les conditions de son exercice. Elle contribue à constituer une profession fermée et libérale. Par cette loi, la construction du champ médical est possible ; les règles, le principe de fonctionnement légitime se mettent en place. Dorénavant, les pratiques de médecine et de chirurgie seront réservées aux personnes qui auront étudié, acquis des compétences et une expertise, et dont la formation sera validée par cinq examens et la présentation d'une thèse en latin ou en français. Ces cinq examens concernent pour le premier l'anatomie et la physiologie, pour le second la pathologie et la nosologie, le troisième la matière médicale, la chimie et la pharmacie, le quatrième l'hygiène et la médecine légale, le cinquième la clinique interne ou externe selon l'orientation vers la médecine ou la chirurgie.

Le concours de l'internat est instauré par le consulat en 1802, période de création des grandes écoles. Ce concours en fin de quatrième année permet d'être nommé interne des Hôpitaux. Il peut être suivi quatre ans plus tard par un deuxième concours : le clinicat qui mène

à un poste de chef de clinique. Enfin, un troisième concours, trois ou quatre ans plus tard, consacre le parcours par un poste de médecin ou chirurgien des Hôpitaux. Ainsi se dessine l'élite médicale à partir du XIXe siècle ²⁹⁸. Les concours des hôpitaux sont la voie incontournable pour accéder à une chaire. L'internat est la clé qui ouvre à la carrière hospitalière mais aussi à celle d'enseignant à la Faculté et permet de développer le savoir médical et donc la recherche au sein du service de soins. Professeur de clinique à l'université, exercice libéral en ville et direction d'un service à l'hôpital, le cumul des positions place l'élite hospitalo-universitaire en situation dominante dans le champ médical.

Nous pouvons relever une différence dans la formation médicale après la Révolution, c'est l'apparition de l'enseignement de la clinique. L'apprentissage se fait au lit du malade par l'observation clinique : l'hôpital devient le lieu où se fait une partie de l'enseignement. Le futur médecin tire son savoir médical et se forme au diagnostic en suivant son professeur de médecine au chevet du malade. Il s'initie à la démarche clinique qui conduit au diagnostic en passant par l'interrogatoire, l'observation des signes de la maladie, symptômes et lésions.

Les différences de formation entre la période située avant et après la Révolution portent aussi sur la réunion des médecins et des chirurgiens dans les Écoles. Il faut rappeler ici que, depuis la fin du Moyen Age, existait une « séparation juridiquement instituée de la médecine et de la chirurgie »²⁹⁹, la médecine étant alors considérée comme un art libéral et intellectuel, supérieur aux métiers intervenant manuellement sur les corps, ce travail-là était alors dévolu aux barbiers-chirurgiens. La création de la chirurgie date de l'Édit de 1692 qui provoque une séparation dans la corporation des barbiers-chirurgiens. « Les barbiers, en théorie sous la prescription des médecins, pratiquaient saignées, application des ventouses, bains et coupes de cheveux ou de barbe », les chirurgiens traitaient les plaies, les entorses ou fractures³⁰⁰. Ce sont également les chirurgiens qui vont assurer la formation des sages-femmes pour pratiquer les accouchements. Dès avant la Révolution, les chirurgiens qui étudiaient dans des Collèges de chirurgie avaient obtenu la possibilité de soutenir une thèse en latin, ainsi leur métier n'était plus uniquement manuel, ce qui était dévalorisant³⁰¹.

²⁹⁸ PINELL P, 2006-2007, séminaire « Histoire de la médecine », Université de Picardie Jules Verne

²⁹⁹ PINELL P, 2005, *Op. cit.*, p. 10

³⁰⁰ COMITI V.-P., 2007, *Op. cit.*, p. 20

³⁰¹ PINELL P, 2006-2007, séminaire « Histoire de la médecine », Université de Picardie Jules Verne

Une autre différence porte sur la création d'un corps d'officiers de santé. La loi précise dans le Titre III article 15 : « Les jeunes gens qui se destineront à devenir officiers de santé ne seront pas obligés d'étudier dans les écoles de médecine ; ils pourront être reçus officiers de santé après avoir été attachés pendant six années, comme élèves, à des docteurs, ou après avoir suivi, pendant cinq années consécutives, la pratique des hôpitaux civils et militaires. Une étude de trois années consécutives dans les écoles de médecine leur tiendra lieu de la résidence chez les docteurs ou de cinq années dans les hospices ». L'officier de santé est formé à la pratique par l'exemple qu'il reproduit sur le malade. Cela revient à créer une catégorie de médecins d'ordre inférieur. Ainsi Nemitz écrit que : « La création des officiers correspond à l'idée en vigueur à l'époque selon laquelle les ruraux sont des gens simples, souffrant de maux simples et n'ont pas besoin de médecins de grand savoir, ce qui fait dire à Alfred Donné, inspecteur des études médicales : il y a deux catégories de malades, les riches et les pauvres, il doit y avoir deux ordres de médecins pour pourvoir aux besoins des uns et des autres »³⁰².

Les officiers de santé ont une formation plus succincte et les conditions pour être reçu officier de santé sont moins contraignantes. Ils subissent trois examens : un en anatomie, un sur les éléments de la médecine et le dernier sur la chirurgie et les connaissances les plus usuelles de la pharmacie (Art 17) mais ils ne sont pas tenus de soutenir une thèse. Ils sont reçus devant un jury départemental. Suite à quoi, les officiers de santé peuvent exercer seulement dans le département où ils ont été reçus alors que les docteurs peuvent exercer sur tout le territoire de la République. Un ancien membre de la Société Royale de médecine, Michel Augustin Thouret, « justifie la distinction faite entre docteurs en médecine et officiers de santé en déclarant : « La classe de ceux qui se contenteront du titre d'officier de santé devra être traitée moins rigoureusement en termes de contrôle des connaissances. Bornés aux soins les plus ordinaires, aux procédés les plus simples de l'art, ils porteront les premiers secours aux malades, aux blessés, traiteront les affections les moins graves, s'occuperont des pansements communs et journaliers. Et leur science principale devra consister à reconnaître les cas où ils ne doivent pas agir. Ils formeront sans doute une classe moins relevée dans la hiérarchie médicale. Mais pour être moins distingués, ils n'en seront pas moins utiles ; c'est à

³⁰² NEMITZ E, 2004, « Histoire de l'École de santé d'Amiens : De l'école pratique aux Facultés de Médecine et de Pharmacie », Amiens, Thèse de doctorat d'exercice en médecine, p. 12

porter des secours dans les campagnes, c'est à soigner le peuple industriel et actif qu'ils seront spécialement appelés. La partie la plus nombreuse des familles, la classe la plus étendue de la population de l'État seront confiées à leurs soins. Leurs fonctions seront plus modestes mais non moins importantes »³⁰³. La création des écoles préparatoires de médecine, en 1825, va permettre d'améliorer leur formation et de renforcer les examens, jugés trop bienveillants. Leurs études sont allongées à quatre ans, comme pour les docteurs, par décret en août 1883³⁰⁴.

Ainsi, l'officier de santé soigne, mais ne pose pas de diagnostic : l'acte est réservé au docteur en médecine. Ceci réalise une division du travail avec deux modèles de formation juxtaposés dans une vision duale de la société³⁰⁵. Les deux groupes professionnels coexistent mais « beaucoup de médecins n'ont jamais considéré l'existence des officiers de santé autrement que comme un pis-aller, un palliatif à l'insuffisance provisoire du nombre de doctorats délivrés »³⁰⁶. Dès 1820, des projets de loi voient le jour pour supprimer le statut d'officier de santé. Les docteurs sont soucieux qu'on ne les confonde pas avec cet autre métier aux compétences médicales limitées. Néanmoins, la fin de l'officiât de santé sera tardive et interviendra le 30 novembre 1892, ce qui fait dire à Gadéa et Grelon que les officiers de santé ont été « tués par les médecins ». Sans nouvel entrant, le nombre d'officiers de santé qui stagnait a continué à décliner³⁰⁷. S'ils étaient 3 633 en 1876, vingt ans plus tard, un peu après la suppression du statut, il en restait 1 605 et en 1936, ils n'étaient plus que 112³⁰⁸. Il aurait subsisté des officiers de santé jusqu'en 1944³⁰⁹.

³⁰³ GUILLAUME P., « *Le rôle social du médecin depuis deux siècles : 1800- 1945* » Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité Sociale, 1996, p. 22.

³⁰⁴ HOERNI B., 1998, « La loi du 30 novembre 1892 », *Histoire des sciences médicales*, 32, 1, p. 64.

³⁰⁵ GUILLAUME P., HOERNI B., 2003, « 1803: le Consulat réorganise la médecine. Une célébration oubliée », *La revue du praticien*, 53, pp. 1619-1621.

³⁰⁶ GADEA C., GRELON A., 2009, « Est-ce ainsi que les professions meurent? », dans *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte (Recherches), p. 122.

³⁰⁷ GADÉA C., GRELON A., 2009, *Ibid*, p123

³⁰⁸ FILLAUT T., 1997, *Le système de santé français, 1880-1995: aide-mémoire*, Rennes, École nationale de la santé publique.

³⁰⁹ HOERNI B., 1998, *Op cit*, p.67.

Entre le sentiment de concurrence, les déclarations d'incompétence ou d'outrage passées de prérogatives, la défiance des médecins est restée très forte à l'égard de ce corps³¹⁰, ce qui a toujours rendu difficile la reconnaissance d'une profession de santé à un niveau intermédiaire entre la formation des infirmières et celle des médecins. Ce point est non négligeable dans le contexte des formations en santé.

1.3.1.3 L'entrée dans le vingtième siècle

La loi du 30 novembre 1892, ou loi Chevandier, a pour principal objet « d'abolir ces officiers de santé en réservant désormais le monopole d'exercer la médecine aux docteurs ». Si les tentatives de suppression du statut d'officier de santé avaient échoué précédemment, il s'agit maintenant de réserver une voie unique à la formation des médecins et de lutter contre l'exercice illégal. D'autres dispositions complètent ce point en prévoyant des pénalités pour les différents cas d'exercice illégal. Le grade de docteur en chirurgie est aboli. Concernant les autres professions de santé, la profession de dentiste et celle de sage-femme sont régies par les titres II et III de cette loi. Les trois professions peuvent se constituer en associations syndicales : « cette autorisation relancera les discussions sur la création d'un Ordre professionnel qui devait, pour les médecins, aboutir un demi-siècle plus tard »³¹¹. Ce texte légifère également sur les conditions d'exercice des praticiens diplômés à l'étranger « mais n'a pas empêché la diversification des praticiens selon des spécialités de plus en plus nombreuses et la prolifération de professions paramédicales après les premiers infirmiers identifiés sur les vaisseaux de la marine impériale en 1853 »³¹².

Un autre texte mérite l'attention : il vient modifier les droits d'entrée dans le champ médical en instituant une première barrière à l'entrée des études de médecine. L'arrêté du 31

³¹⁰ Pendant mon exercice professionnel, les médecins avec qui j'ai travaillé se sont toujours montrés très critiques à l'égard des officiers de santé. Aujourd'hui encore, l'officier de santé est perçu comme une forme d'atteinte au monopole médical et génère toujours une grande méfiance. On peut émettre l'hypothèse que cette crainte ne peut être entretenue que par transmission, vu le laps de temps écoulé depuis la disparition de ce groupe professionnel.

³¹¹ HOERNI B., 1998, *Op cit*, p.65

³¹² GUILLAUME P., HOERNI B., 2003, *Op cit*, p. 1621

décembre 1893 organise la réforme du certificat des études physiques, chimiques et naturelles – c'est-à-dire zoologie et botanique – ou PCN. À l'origine de ce certificat, il existe plusieurs considérations : il existe un « encombrement fâcheux » d'étudiants dans les facultés de médecine, à vrai dire surtout à Paris. Ensuite, le fait de « vouloir enseigner, aux étudiants en médecine de première année, les applications des sciences à la médecine, alors qu'ils ne possèdent ni les sciences ni la médecine, était une inconséquence »³¹³. Il faut donc envisager une année préparatoire. Ce nouvel enseignement est assuré dans les facultés de sciences, ce qui a conduit à déplacer, en première année, les étudiants des facultés de médecine dans celles de sciences. Si l'enseignement est général, il peut être destiné aux futurs médecins mais aussi à d'autres : futurs étudiants en agronomie, en pharmacie, en écoles d'ingénieurs, etc. « À Montpellier, les futurs étudiants en médecine sont devenus étudiants du PCN (...) il n'y en a pas d'autres ou à peu près »³¹⁴ pour la simple raison que seule la Faculté de médecine exige ce certificat à l'entrée. Cette nouvelle disposition renforce les acquis scientifiques des étudiants en médecine : « l'enseignement entra dans sa phase moderne avec la création du PCN à l'entrée en faculté. Cette année, notamment consacrée à l'étude de la physique, de la chimie et des sciences naturelles, consacrait l'importance des sciences quantitatives »³¹⁵. Cette année préparatoire vient s'ajouter aux quatre années des études médicales. Une modification intervint, en 1905, avec la création du certificat d'études Supérieures Physique, Chimie, sciences Naturelles ou SPCN. Puis le certificat physique chimie biologie (PCB) devient le certificat exigé à partir de 1934.

On voit donc se mettre en place la nécessité d'obtenir un certificat en sciences, préparé en une année, pour prétendre continuer en seconde année des études de médecine. Ce point important permet de mieux comprendre la configuration du début des études médicales et le contenu scientifique et théorique de la première année qui prévaut jusqu'à aujourd'hui.

³¹³ FORCRAND R.H. DE, 1898, « Le certificat P. C. N. (Suite) », *Revue internationale de l'enseignement*, 36, 2, p. 27.

³¹⁴ FORCRAND R.H. DE, 1898, *Ibid*, p. 25.

³¹⁵ COMITI V.-P., 2007, *Op cit*, p. 23.

1.3.1.4 Une réforme de fond au milieu du vingtième siècle, et celles qui s'ensuivent...

Le moment de la Libération et de la fin de la Deuxième Guerre mondiale, période de transformation de l'organisation de la santé, ont rendu propice l'élaboration d'une réforme de l'hôpital et des études médicales. Robert Debré est l'auteur d'un plan, en 1944, et il va présider un « Comité Interministériel d'étude des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière et de l'action sanitaire et sociale » à partir de 1956³¹⁶. La mission de ce comité est de préparer un projet de loi. Mis à part les représentants du champ bureaucratique – les ministères concernés et la Sécurité Sociale – on voit se dessiner et s'affirmer les positions des agents du champ médical dans la composition de ce comité: des médecins réformateurs, des doyens de facultés, des professeurs - chefs de service, le président du Conseil de l'Ordre des médecins et le président du Syndicat National des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux publics³¹⁷. L'Académie de Médecine n'est pas partie prenante dans le Comité, elle interviendra dans les débats concernant le statut du personnel hospitalo-universitaire des CHU.

L'idée principale de la réforme est de rapprocher et de coordonner les activités de l'hôpital et de la Faculté. L'article 1 de l'Ordonnance précise : « les Facultés ou Écoles et les Centres Hospitaliers organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres de soins, d'enseignement et de recherche, conformément aux dispositions de la présente Ordonnance. Ces centres prennent le nom de « Centres Hospitaliers et Universitaires »³¹⁸. L'hôpital et la faculté travaillent désormais ensemble sous le modèle d'une « coopération organique »³¹⁹ illustrée par un conventionnement entre les deux parties³²⁰. L'article 3 continue sur l'articulation entre la Faculté et l'hôpital : « Les études médicales théoriques et pratiques sont organisées par les Facultés et Écoles Nationales. Elles doivent permettre aux étudiants de participer effectivement à l'activité hospitalière». Dans ce cadre, les études de

³¹⁶ JAMOUS H., COMMAILLE J., PONS-VIGNON B., 1969, *Sociologie de la décision La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris : C.N.R.S. Editions, p. 42.

³¹⁷ JAMOUS H., COMMAILLE J., PONS-VIGNON B., 1969, *ibid*, p. 59.

³¹⁸ Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 « relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale»

³¹⁹ JAMOUS H., COMMAILLE J., PONS-VIGNON B., 1969, *ibid*, p. 43.

³²⁰ L'universitarisation des formations de santé à partir de 2009 se fonde sur ce modèle.

médecine sont modifiées par la réforme et par les différents textes d'application qui vont suivre à partir de 1960³²¹. Il faudra plusieurs années pour une mise en œuvre complète.

Les études durent à présent six ans. C'est la réforme Debré qui va donc mettre fin à l'existence du PCB. Elle prévoit que le cursus inclue les matières fondamentales représentant « l'indispensable socle scientifique ». La suppression du PCB va entraîner la multiplication par deux ou trois du nombre d'étudiants en première année³²², l'inscription en médecine étant directement accessible après le baccalauréat.

Si le PCB disparaît car il est intégré au cursus médical, à partir de 1963, le certificat préparatoire aux études médicales ou CPEM ³²³ est institué. Il s'agit d'une « année propédeutique de caractère scientifique »³²⁴ qui a pour conséquence d'allonger les études à sept ans et d'opérer un remaniement des deux premières années. (Pendant ce temps, dès 1966, l'année de propédeutique, sciences ou lettres, est supprimée). La réforme permet d'inclure des travaux dirigés en petits groupes et des enseignements intégrés qui formalisent la coordination faculté - hôpital. Dans la suite du cursus, le concours de l'internat est conservé, ce qui permet de ne pas toucher « à l'institution la plus valorisée de l'organisation hospitalo-universitaire traditionnelle »³²⁵. Le modèle de la « double appartenance »³²⁶ est réalisé par la fusion des carrières hospitalières et universitaires, auxquelles vient s'ajouter la recherche.

Les médecins hospitalo-universitaires sont recrutés par un concours final national unique qui octroie à la fois un titre universitaire et un titre hospitalier, comme médecin des hôpitaux par exemple. Aussi, la triple mission d'enseignement, de soins et de recherche nécessite que les membres du personnel médical et scientifique des CHU « consacrent à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle » selon l'article 5, ce qui implique une fonction à plein temps mais qui n'exclut pas une activité de consultation et de lits privés de façon dérogatoire. Selon Schweyer, la

³²¹ Décret n° 60-759 du 28 juillet 1960 portant réforme des études et des examens en vue du doctorat en médecine

Arrêté du 2 août 1960, portant répartition des enseignements entre les six années d'études.

³²² CHABOT J.-M., 2005, « Réformes d'hier et d'aujourd'hui », *La revue du praticien*, 55, pp. 195-196.

³²³ Arrêté du 26 août 1963 fixant les programmes des enseignements du certificat préparatoire aux études médicales et des deux premières années d'études médicales.

³²⁴ JAMOUS H., COMMAILLE J., PONS-VIGNON B., 1969, *op cit*, p. 45.

³²⁵ JAMOUS H., COMMAILLE J., PONS-VIGNON B., 1969, *ibid*, p. 46.

³²⁶ Ce modèle régit les sections du CNU-santé.

réforme Debré n'a pas seulement créé une élite hospitalo-universitaire mais elle a contribué à un « éclatement de l'espace professionnel » entre la médecine générale et libérale et les spécialités officielles, en autant de « catégories étanches et hiérarchisées », ce qui aboutit davantage à une « hiérarchisation symbolique de la pratique médicale » qu'à une simple division du travail³²⁷.

Suite aux événements de 1968 et à la loi Faure, vue précédemment, une réforme du premier cycle des études médicales va intervenir en 1969-1970³²⁸. L'organisation du premier cycle PCEM repose sur une durée de deux ans. L'admission en première année est possible après obtention du baccalauréat ou d'un titre équivalent, comme le prévoit la loi Faure ; l'admission en deuxième année se fait après avoir réussi le contrôle des aptitudes et connaissances sanctionnant la première année. Ce premier cycle doit être effectué en trois ans au plus : soit deux ans pour la première année et un an pour la seconde ou inversement. Toute année supplémentaire est dérogatoire. Chaque université dispose d'une marge de manœuvre dans l'organisation de ce cycle : la répartition des enseignements sur les deux ans est sous le contrôle du Conseil de l'université – après avis de la Commission pédagogique et sur proposition du Conseil de l'Unité d'enseignement et de recherche (UER) – les disciplines anatomie, physiologie et histologie-embryologie peuvent être placées en deuxième année. Un tel schéma permet une première année essentiellement scientifique, inspirée du modèle des certificats préparatoires des années passées, ou bien respectant l'acquisition des sciences fondamentales avant celles des sciences appliquées à la médecine. Le contrôle des aptitudes et des connaissances repose sur un examen de fin d'année et sur le contrôle continu (sur décision du Conseil d'université) avec deux sessions par an. Une moyenne générale au moins égale à 10/20 permet l'admission en année supérieure, avec une possibilité de compensation entre unités de valeur (UV) sous conditions de note seuil. La progression dans le cursus médical ressemble alors aux conditions générales d'un cursus universitaire, même si le niveau d'exigence pour un passage en deuxième année s'est renforcé.

³²⁷ SCHWEYER F.-X., 2000, « L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures », *Actualité et dossier en santé publique HCSP*, 32, p. 17.

³²⁸ Arrêté du 23 juillet 1970 Organisation du premier cycle des études médicales créé par l'arrêté du 18 février 1969 (non publié), à titre provisoire

Le deuxième cycle des études médicales ou DCEM est créé de façon concomitante. Il s'étale sur quatre ans avec une première année charnière qui comprend une initiation aux fonctions hospitalières. Le texte précise que des stages cliniques « sont organisés lorsque les capacités hospitalières le permettent »³²⁹. Ce point est un levier qui va renforcer les possibilités d'émergence d'une limitation du nombre d'étudiants en formation, instaurée peu de temps après avec le *numerus clausus*. La deuxième partie du DCEM, d'une durée de trois ans, est répartie entre formation théorique et formation clinique : celle-ci prend la forme de semestres de participation à l'activité hospitalière. Le concours de l'externat hospitalier est supprimé fin août 1968, ce qui permet à tous les étudiants de bénéficier de la formation pratique à l'hôpital. En 1971, est instauré un *numerus clausus*, les tenants et les aboutissants de cette réforme font l'objet de la sous-section suivante.

Au tournant des années 1980, c'est plutôt la fin des études qui se trouve réformée. La formation médicale avait été portée à sept ans, elle se terminait par la thèse qui autorisait l'exercice de la médecine générale. Pour accéder au statut de spécialiste, il existe alors deux voies : les médecins en activité peuvent s'inscrire aux certificats de spécialités pour acquérir un titre, le certificat d'études spécialisées ou CES d'une durée de deux à quatre ans. La seconde voie, plus prestigieuse mais très sélective par son concours, est constituée par l'internat des hôpitaux. D'une durée de quatre ans, il permet d'accéder au titre d'interne des hôpitaux et vise « à pré-recruter le corps des praticiens hospitalo-universitaires³³⁰ ». Organisé par l'administration hospitalière, il dépend à ce moment-là du Ministère de la santé.

Les textes promulgués en 1979, 1982-84³³¹ portent sur ce troisième cycle des études médicales qui regroupe l'ancien internat et les CES : il devient « une formation spécialisée, universitaire et hospitalière, conduisant à l'obtention d'un nouveau diplôme (...) le DES »³³². La loi de décembre 1982 instaure « un concours national d'accès aux filières de spécialité (...) aboutissant à un doctorat portant qualification spécialisée »³³³ et un résidanat de médecine générale de cinq semestres. L'internat des hôpitaux est supprimé. L'esprit du concours est

³²⁹ Arrêté du 24 juillet 1970 Création d'un deuxième cycle des études médicales

³³⁰ HARDY-DUBERNET A.-C., 2000, « Le concours de l'internat de médecine : formation ou sélection ? », *Actualité et dossier en santé publique HCSP*, 32, pp. 26-27.

³³¹ Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques

Décret n°84-586 du 9 juillet 1984 fixant à titre provisoire l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales

³³² CHABOT J.-M., 2005, « Réformes d'hier et d'aujourd'hui », *La revue du praticien*, 55, pp. 195-196.

³³³ HARDY-DUBERNET A.-C., 2000, *Ibid*, p. 26.

modifié par la réforme, il s'adresse à toutes les spécialités sauf la médecine générale. Ceci allait à l'encontre d'une valorisation de la médecine générale : « le concours a eu un effet de barrage qui excluait les généralistes, rapidement stigmatisés par la sélection par l'échec »³³⁴. Dans les facultés aussi, ce concours avait des effets collatéraux : sa préparation mobilisait les étudiants sur la fin du second cycle ce qui a conduit à une nouvelle réforme.

En 2000, le second cycle est réaménagé pour s'adapter à l'objectif du concours, aussi bien au niveau des thématiques, des modules que dans la forme des enseignements : séminaires, conférences, dossiers, etc.³³⁵ dans le but d'éviter la désertion de l'enseignement théorique qui s'était installée. Le troisième cycle ou TCEM s'en trouve modifié également. En 2004, les étudiants qui ont suivi les quatre années de ce nouveau second cycle sont les premiers à passer ce nouvel examen classant national (ECN) et accèdent à l'internat pour tous : le concours de l'internat de spécialité est remplacé par l'ECN et les étudiants peuvent choisir leur filière de spécialisation et leur CHU d'affectation en fonction de leur rang de classement au concours. La médecine générale devient aussi une spécialité : le troisième cycle accueille des internes de médecine générale.

1.3.1.5 Configuration des études médicales avant la réforme de la PACES

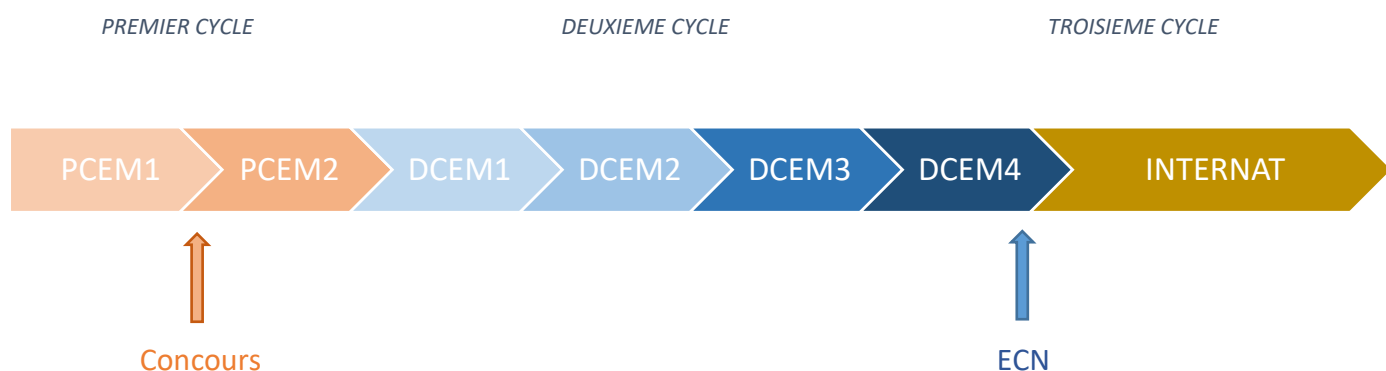
Lorsqu'intervient la réforme de la PACES, les études de médecine sont réparties en trois cycles : un premier cycle partagé en deux par la sélection de fin de première année, un deuxième cycle où la clinique devient prépondérante et un troisième pour la spécialité professionnelle. Leur maquette fait cohabiter un format universitaire avec des obligations liées à leur finalité et à la double tutelle Ministère de la santé / Ministère de l'enseignement supérieur, avec l'exemple des certifications qu'on ne retrouve pas dans les cursus universitaires longs³³⁶.

³³⁴ HARDY-DUBERNET A.-C., 2000, *op cit*, p. 27.

³³⁵ Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales

³³⁶ ROLAND J., 2000, « Formation des médecins: la formation initiale », *Actualité et dossier en santé publique HCSP*, 32, pp. 24-26.

Figure 1 : Schéma des études médicales avant la PACES



Le premier cycle comporte le PCEM1 et le PCEM2. L'année de PCEM1, encore appelée la P1, est commune à la médecine, à l'odontologie et à la maïeutique, d'autres formations comme la kinésithérapie peuvent être incluses³³⁷. C'est une année de sélection basée sur un enseignement théorique : Physique et biophysique, chimie et biochimie, biologie cellulaire, et un module de culture générale ou de sciences humaines qui comporte philosophie et histoire des sciences, auxquelles viennent s'ajouter selon les universités des modules d'anatomie, de physiologie, de bio statistiques... Le contenu est resté très scientifique au cours des années comme lors des certificats préparatoires. Les épreuves de classement se déroulent en deux temps, à la fin de chaque semestre, sous la forme de questions à choix multiples pour les matières scientifiques et sous la forme de questions ouvertes et rédactionnelles pour les sciences humaines et sociales. Les résultats de la première partie du concours après le premier semestre sont joints à ceux du deuxième semestre et lors des résultats finaux, les étudiants connaissent leur rang de classement à ce concours. Ceux qui sont classés en haut de la liste avant le *numerus clausus* sont admis à continuer en deuxième année des études médicales, odontologiques ou de maïeutique, selon leur choix. Ceux qui sont classés en dessous sont admis à redoubler. Un seul redoublement est autorisé, quelques cas de triplement restent possibles sur dérogation.

La deuxième année PCEM2 continue principalement le programme de sciences fondamentales. La tension a tendance à retomber un peu une fois le concours passé. Un

³³⁷ Les études de pharmacie démarrent par le PCEP1 et suivent le même schéma que les études de médecine. Le dernier cycle peut être court (6 ans d'études au total) ou plus long avec un internat de pharmacie (9 ans au total)

premier stage, d'environ un mois, dit 'stage infirmier' permet aux étudiants de se familiariser avec l'hôpital : il s'agit davantage d'une immersion car ils ne possèdent ni technique soignante, ni connaissance de la sémiologie³³⁸: ils sont au contact de l'équipe paramédicale et abordent des notions comme l'hygiène hospitalière. Dans l'université observée, ce stage doit être effectué au cours de l'été, avant la rentrée en PCEM2. Un second stage, d'initiation aux fonctions hospitalières, est prévu dans le courant de l'année ; il dure deux mois et a pour but de continuer l'initiation et, cette fois, de familiariser les étudiants avec la sémiologie.

Comme nous l'avons vu précédemment, le deuxième cycle s'étend sur quatre ans de DCEM1 à DCEM4. C'est un cycle consacré à la clinique et à la pathologie : une première année charnière et un cycle de trois ans, encore nommé externat bien que le concours n'existe plus. La formation mêle théorie et pratique en service hospitalier : les stages sont plus longs et certains sont obligatoires comme la médecine interne, la pédiatrie, la gynécologie, la chirurgie, la neurologie et la cardiologie, auxquels s'ajoutent des stages libres. La formation permet de couvrir l'enseignement du programme national du concours de l'ECN³³⁹. Ce concours consiste en l'analyse de dossiers cliniques et lecture critique d'article scientifique. Le classement étant national, l'affectation en troisième cycle se fait en fonction du rang de l'étudiant, ce qui détermine l'orientation professionnelle du futur médecin. Au cours des années, un pré-choix a été mis en place en ligne puis le choix définitif en amphithéâtre, appelé amphi de garnison.

Le troisième cycle professionnalisant s'étale sur trois / quatre ans pour les internes de médecine générale et entre quatre/cinq ans voire plus en fonction des spécialités choisies. Comme la formation mène à l'exercice, l'enseignement théorique est regroupé sous la forme de séminaires, mais la formation pratique prend la forme de stages semestriels qui développent l'autonomie : l'interne peut suivre les patients, établir un diagnostic, prescrire traitements et examens. Il est placé sous l'autorité d'un chef de clinique ou d'un Professeur des universités-Praticien hospitalier ou PU-PH. L'interne de médecine générale, après ses stages imposés à l'hôpital, va être également stagiaire en médecine de ville auprès d'un médecin généraliste-maître de stage. La fin de ce dernier cycle est sanctionnée par un DES et une thèse d'exercice.

³³⁸ Partie de la médecine qui étudie les symptômes et les signes cliniques traduisant la lésion d'un organe ou le trouble d'une fonction. (Dictionnaire Le Trésor Informatisé de la Langue Française. Laboratoire ATILF Université de Lorraine. Disponible sur : <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/visusel.exe?11;s=401143815;r=1;nat=;sol=0>)

³³⁹ SAINT-MARC D., 2011, *Op. cit.*, p. 32.

Cette formation se poursuit tout au long de la vie : d'abord sous la forme de formation médicale continue ou FMC prévue dans les ordonnances Juppé de 1996, elle a eu des difficultés à se mettre en place. Rejointe par l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) au début des années 2000, la formation continue a été remodelée par la loi HPST³⁴⁰, en 2009, pour aboutir au Développement Professionnel Continu DPC, mis en place progressivement, dont le suivi est supervisé par le Conseil de l'Ordre des médecins.

L'analyse du cursus médical qui précède permet de comprendre la place spécifique de la première année et les enjeux de contenu scientifique qui y sont attachés. La réforme Debré, après la Seconde guerre mondiale, a durablement arrimé l'hôpital à la Faculté pour l'enseignement médical. La première année fait exception : elle conserve certaines caractéristiques d'une année propédeutique, comme s'il s'agissait d'une année préparatoire à l'Université, et les étudiants n'accèdent à l'hôpital qu'après avoir acquis leur entrée en deuxième année. Le champ médical est un espace fermé qui ne se laisse pas facilement pénétrer et pour lequel il faut disposer des droits d'entrée.

1.3.2 Le numerus clausus

Cette sous-section met en lumière la fermeture relative de la profession médicale à travers un instrument, le *numerus clausus*, moyen de durcir les règles d'entrée dans le champ médical. C'est dans un contexte d'accroissement du corps médical libéral, de développement de la protection sociale et du recours aux soins évoluant en parallèle, que le *numerus clausus*³⁴¹ est institué en 1971. Cette notion de nombre clos ou fini, illustre pour partie la fermeture du groupe professionnel des médecins, puisqu'il devient plus difficile d'y entrer. Cette limite dans le mode de recrutement, venant s'ajouter à un cursus long et exigeant,

³⁴⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

³⁴¹ Limitation discriminatoire du nombre des sujets à admettre à certaines fonctions, du nombre des candidats qui seront reçus à un examen, fixée en principe d'après les besoins à pourvoir (Dictionnaire Le Trésor Informatisé de la Langue Française. Laboratoire ATILF Université de Lorraine. Disponible sur : <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=484660140>

contribue à renforcer les frontières du champ médical où les droits d'entrée ne sont pas à la portée de tout bachelier et où celui qui réussit en tire un profit symbolique.

Désormais, à la fin de la première année, des épreuves de classement ne laissent passer en deuxième année qu'un nombre déterminé d'étudiants : les mieux situés dans le classement, jusqu'à la barrière fatidique du *numerus clausus*. Il ne suffit donc pas d'avoir réussi ses examens de première année et d'avoir obtenu la moyenne, il faut aussi être parmi les mieux classés pour se voir attribuer une place : le candidat doit être « classé en rang utile » à l'issue du concours. Lorsque le *numerus clausus* est restreint, ceci génère un phénomène: les « reçus-collés » qui sont situés au-dessus de la moyenne, mais sous le *numerus clausus*. A l'inverse, un *numerus clausus* trop élevé laisse entrer en formation des étudiants qui n'ont pas forcément le niveau requis : il peut même exister un phénomène de collés-reçus, ce sont les étudiants qui n'ont pas la moyenne mais qui sont néanmoins admis en deuxième année quand le nombre de places est largement ouvert.

1.3.2.1 *Le numerus clausus n'est au début qu'une « limitation »*

Suite aux évènements de 1968, la mobilisation du corps médical s'organise, notamment à Paris et par la voie syndicale, pour « restaurer l'ordre dans les facultés de médecine et dans les hôpitaux universitaires et maintenir intacts la réputation et le prestige de la profession »³⁴². Pour le groupe professionnel, un trop grand nombre de médecins peut faire perdre en prestige mais aussi en revenu, pour chacun, sur la base d'un raisonnement en termes de partage de marché des patients.

La limitation du nombre de nouveaux étudiants en médecine nécessite la mise en place d'un concours au début des études de médecine. Ces médecins influents, issus du milieu hospitalo-universitaire parisien, reçoivent l'appui du champ bureaucratique par l'intermédiaire de la Direction du budget qui y voit deux avantages : cette limitation aurait un impact à court terme sur le coût de la formation des médecins – surtout depuis la suppression du concours de l'externat car le nombre d'étudiants à former est plus important à l'hôpital –

³⁴² DEPLAUDE M.-O., 2009, « Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, N° 2, 1, p. 81

puis à long terme, cela permettrait d'agir sur le volume des actes et les dépenses de santé. Il semble préférable au Ministère de l'économie et des finances d'agir sur le nombre de médecins formés, par l'instauration d'un *numerus clausus*, que d'agir par le « blocage des honoraires, la remise en cause du paiement à l'acte ou l'abandon du conventionnement de droit auprès des caisses d'assurance maladie »³⁴³. Ainsi, les intérêts du champ bureaucratique viennent soutenir ceux des agents dominants du champ médical : hospitalo-universitaires parisiens, syndicats influents des médecins spécialistes et libéraux, Ordre des médecins...

Mettre en œuvre une sélection dans le sillage de la loi Edgar Faure, dont on se rappelle qu'elle prône le droit pour tout bachelier à s'inscrire à l'université, devient une mission difficile. Selon Déplaudé, c'est une question « politiquement sensible ». Les responsables hospitalo-universitaires – doyens des facultés de médecine pour la plupart – consultés pour mettre en œuvre la rentrée universitaire de médecine de 1969-1970 ont alors fait des propositions dans l'attente d'une nouvelle loi. Ils préconisent de faire barrage au flux des étudiants à l'entrée de la deuxième année par trois moyens : la note éliminatoire, un faible coefficient pour le contrôle continu et au contraire une valorisation de l'examen terminal. Ces propositions, reprises dans un arrêté³⁴⁴ publié fin septembre 1969, vont déclencher un mouvement de grève dans les facultés de médecine, dont la presse se fait écho. Le Ministre de l'Éducation nationale doit faire face au mécontentement suscité par les décisions prises pour l'enseignement de la médecine et ce mécontentement le rend plutôt réticent à une limitation stricte. De son côté, le Ministre de la Santé fait face aux pressions des agents du champ médical, ce qui le conduirait plutôt à renforcer la sélection de façon à assurer la formation clinique de tous les étudiants à l'hôpital. Le compromis qui en sortira sera le résultat d'une « division du travail bureaucratique et politique » selon Marc-Olivier Déplaudé.

C'est donc par un cheminement à petits pas que l'instauration d'un *numerus clausus* va se faire : dispositions transitoires, arrêtés et non modification de la loi Faure, vocabulaire choisi doivent permettre de réaliser une « limitation du nombre d'étudiants » admis en deuxième année mais non pas une « sélection ». Cette limitation est censée s'appuyer sur les besoins et les capacités pédagogiques des services hospitaliers. Les effectifs seront finalement déterminés en fonction des postes jugés formateurs au niveau de chaque CHU. Ceci évite

³⁴³ DEPLAUDE M.-O., 2009, *Op. cit.*, p. 85

³⁴⁴ Arrêté du 26 septembre 1969 Modalités du contrôle des aptitudes et des connaissances pendant la 1^{ère} année du 1^{er} cycle des études médicales.

d'évoquer une « sélection à l'université » en mettant l'accent sur la spécificité de la médecine et sa formation pratique, que ne partagent pas les autres cursus longs universitaires. Le texte final³⁴⁵ précise que c'est « en vue de permettre aux étudiants qui se destinent aux professions médicales et dentaires de participer effectivement à l'activité hospitalière » que sera fixé chaque année « le nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers ». Ce sont d'ailleurs les Comités de coordination hospitalo-universitaires locaux qui sont chargés de déterminer le nombre d'étudiants à admettre pour la suite des études, les Ministres se contentant de fixer ce nombre par arrêté chaque année. De cette façon, la loi du 12 juillet 1971 institue, « sans le dire expressément, un *numerus clausus* en fin de première année de médecine »³⁴⁶ qui ne réalise pas une sélection à l'entrée de l'université, sujet sensible dans le contexte de l'époque et qui permet de laisser croire que tout bachelier peut tenter sa chance pour effectuer des études de médecine.

De plus, il est prévu que les étudiants, qui ne seraient pas autorisés à continuer le cursus médical, pourraient bénéficier prioritairement de la mise en place d'un diplôme universitaire de biologie, dans le but de remédier à un déficit de personnel paramédical en biologie. Cette disposition avait été ajoutée pour couper court à toute polémique et constituait une façon habile de communiquer sur une possibilité de poursuite d'études. M-O Déplaudé, qui a travaillé sur les archives de la DGS, a retrouvé dans un rapport d'un groupe de travail Education nationale - Affaires sociales l'extrait suivant, datant de mars 1969 :

« La proportion des étudiants éliminés qui se dirigeraient vers les professions paramédicales est faible. Il serait psychologiquement important, même si cette voie est peu utilisée, de l'organiser »³⁴⁷

Ainsi, il existait déjà une stratégie de réorientation pour les « reçus collés » dès l'instauration du *numerus clausus*.

Dans les premières années suivant la mise en place du NC, le nombre d'étudiants admis en deuxième année va se stabiliser, voire augmenter légèrement, ceci pour de multiples raisons. Parmi celles-ci, on trouve notamment des difficultés pour les autorités ministérielles

³⁴⁵ Loi n° 71-557 du 12 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1969 d'orientation de l'enseignement supérieur.

³⁴⁶ DEPLAUDE M.-O., 2009, *op cit*, p. 90

³⁴⁷ DEPLAUDE M.-O., 2009, *Ibid*, p. 93

à évaluer la capacité numérique de formation dans les services hospitaliers et le fait que les comités de coordination hospitalo-universitaires étaient tentés de maintenir leur activité, et les postes qui en découlaient, en acceptant un nombre plus important d'étudiants en seconde année. Face aux dépassements appliqués par plusieurs facultés, les pouvoirs publics passent d'une tolérance bienveillante à une sévérité accrue. En effet par le jeu de coefficient d'attrition et celui concernant les étudiants étrangers, le *numerus clausus* se trouve déjà gonflé de 10% environ, sans compter le non-respect des quotas dans certaines facultés. Les pouvoirs publics vont donc reprendre la main et fixer directement le nombre d'étudiants à admettre en deuxième année. Progressivement, les dépassements ne seront plus autorisés et à partir de 1975-1976, le nombre d'étudiants admis en deuxième année va stagner avant de réellement décroître à partir de 1979. Le *numerus clausus* devient un instrument de régulation : l'augmentation du nombre de médecins en exercice, la volonté de maîtrise des dépenses de santé par le contrôle de la démographie médicale ont mené à une limitation plus sévère du nombre d'étudiants à admettre en formation. Cette fois, de nouveaux critères inscrits dans la loi vont permettre de resserrer les effectifs de futurs médecins. La loi de 1979³⁴⁸ modifie la loi Faure et inclut deux variables supplémentaires – les besoins de la population et les inégalités territoriales – pour justifier un *numerus clausus* plus strict, mais chaque université est responsable de la mise en œuvre des modalités de cette sélection. L'article 3 est rédigé comme suit :

«Le ministre chargé de la santé³⁴⁹ et le ministre chargé des universités arrêtent pour chaque année, après avis des comités de coordination hospitalo-universitaires compte tenu des **besoins de la population**, de la nécessité de remédier aux **inégalités géographiques** et des **capacités de formation des centres hospitaliers** régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires et des établissements avec lesquels les dits centres ont passé convention, le nombre des étudiants de première année du premier cycle des études médicales ou odontologiques admis à entrer en deuxième année du premier cycle ; les conseils d'université déterminent, conformément aux propositions des unités d'enseignement et de recherche, **les modalités selon lesquelles il est procédé à cette limitation.** »

³⁴⁸ Loi n°79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques

³⁴⁹ Simone Veil est Ministre de la Santé et de la Famille et Claude Got, conseiller technique au cabinet

En résumé, deux registres de raisons ont été invoqués pour mettre en place puis durcir le *numerus clausus*. Le premier émane des pouvoirs publics qui cherchent à éviter de mettre le budget de la santé en péril que ce soit par la multiplication des actes ou l'induction de la demande par l'offre : l'augmentation du nombre de médecins engendrant une croissance artificielle de la demande de soins³⁵⁰. Réduire le nombre d'étudiants permet d'éviter les sureffectifs de médecins sur le long terme. « La sélection apparaît comme le seul moyen de faire correspondre la production de diplômes avec les besoins supposés ou prévisibles de l'économie et de la société »³⁵¹. L'autre registre s'appuie la demande de préservation du groupe professionnel des médecins et de leurs revenus. Selon David Saint Marc « le numerus clausus a été instauré, en 1971, pour limiter le nombre de médecins sur le marché du travail (...) et au fond pour garantir aux professionnels que leurs diplômes ne seront pas dévalués par un surnombre de diplômés »³⁵².

Mis en place à la rentrée 1972 pour la médecine et l'odontologie, le *numerus clausus* intervient à partir de 1977 pour les études de sage-femme puis en 1980 pour la pharmacie. Ainsi, le *numerus clausus* devient un outil de politique publique qui régule le nombre de professionnels entrant sur le marché du travail en jouant sur les capacités de formation pour les professions médicales et pharmaceutiques, puisque c'est un décret ministériel qui fixe le nombre d'étudiants à admettre en deuxième année de formation.

1.3.2.2 Cinquante ans de numerus clausus

Établi aux alentours de 8 500 à ses débuts, le *numerus clausus* marque d'abord un plateau, jusqu'en 1978, correspondant aux premières années et à leurs difficultés de régulation. Il va diminuer jusqu'aux années 1990 pendant lesquelles il se maintient autour de 3 500 entre 1992 et 1998. Lorsque le NC a été relevé pour faire face à un déséquilibre de la démographie médicale – nouveaux diplômés peu nombreux à cause de la limitation et départs

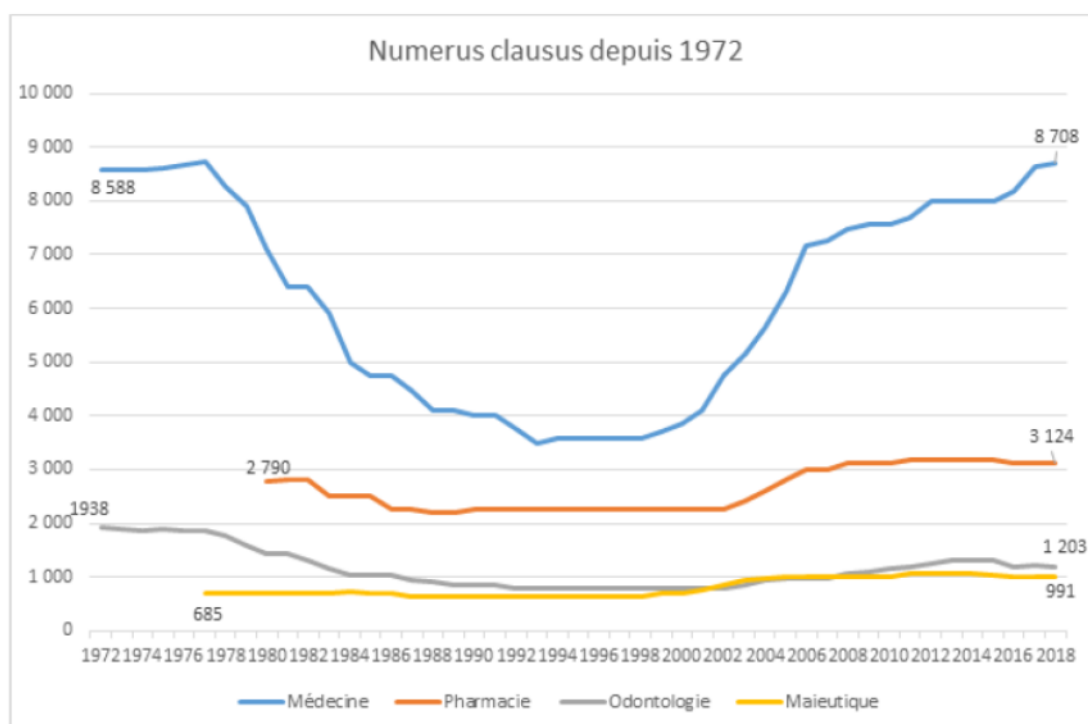
³⁵⁰ DEPLAUDE M.-O., 2015, *La hantise du nombre: une histoire des « numerus clausus » de médecine*, Paris, Les Belles Lettres (Médecine et sciences humaines), p. 359.

³⁵¹ GOTTELY J., VILAIN A., 1994, *Op cit*, p. 74.

³⁵² SAINT-MARC D., 2011, *Op cit*, p.30.

en retraite de médecins des générations précédentes – la courbe remonte. L’augmentation ralentit à partir de 2006-2007 et marque à nouveau un plateau à un peu plus de 7 000 avant de remonter jusqu’à atteindre 8 800 la dernière année en 2020. Les derniers *numerus clausus* sont donc supérieurs à celui qui avait été fixé en 1971.

Figure 2 : Évolution du numéris clausus en Médecine, Pharmacie, Maïeutique et Odontologie entre 1972 et 2018



Source : Étude d'impact - DGOS

On a ainsi une courbe en U qui évolue en quatre phases: « 1971-1979, stabilité ; 1980-1988, décroissance ; 1989-1998, stabilité à l'étiage ; et depuis 1999, remontée »³⁵³.

Son évolution est assez peu médiatisée jusqu'à la fin des années 1990, date à laquelle la démographie professionnelle devient un thème d'actualité générale³⁵⁴. En effet, dans les années 1980, le nombre de médecins en exercice a augmenté fortement : ce sont les diplômés entrés en formation avant le *numerus clausus* resserré. Cette forte expansion a fait surgir la crainte de la pléthore. L'idée de pléthore médicale est utilisée dans la rhétorique professionnelle et elle est présente dès le XIXe siècle lorsque les médecins veulent se

³⁵³ CHABOT J.-M., 2012, « Numerus clausus : tout est dit », *La revue du praticien*, 62, pp. 97-98.

³⁵⁴ CHABOT J.-M., 2008, « Une courbe pour l'après 2008 », *La revue du praticien*, 58, pp. 1341-1342.

débarrasser de la concurrence des officiers de santé et des concurrents illégaux. Cette notion est aussi soutenue par l'Ordre des médecins à la sortie de la Deuxième guerre mondiale.

Si 11 bacheliers sur 100 s'inscrivent en première année de médecine en 1963 et 17 sur 100 en 1976, attirés par une profession qui bénéficie à la fois des progrès et techniques mais aussi d'un exercice libéral plus sécurisé³⁵⁵, la sélection accrue par la baisse du *numerus clausus* entre 1978 et 1991 entraîne une diminution des inscriptions en faculté de médecine. L'attrait pour les études de médecine diminue et ils ne sont plus que 4 sur 100 en 1991 à s'inscrire en première année, mais « cette baisse, allant de pair avec une augmentation continue du nombre de bacheliers, ne permet pas de réduire la sélection »³⁵⁶. Vu le nombre d'années d'études pour former une promotion de médecins, « une décision prise au niveau du *numerus clausus* se répercute sur le flux d'entrants en activité une dizaine d'années plus tard au moins ». La période qui suit est celle d'une « pénurie » de médecins, d'autant plus qu'une décroissance du nombre de jeunes actifs provoque un phénomène de vieillissement de la population médicale³⁵⁷ et que la répartition géographique des médecins en exercice est inégale sur le territoire.

Les effets sont délétères pour l'accès aux soins : les quotas stricts ont d'abord eu des effets dans les hôpitaux, le nombre de spécialistes en formation a diminué, et par là-même le nombre d'internes et de faisant-fonction, ce qui a entraîné un manque de personnel médical dans les services hospitaliers. La solution trouvée a été de recruter des médecins à diplôme étranger³⁵⁸. La réduction du nombre de médecins formés a également eu des répercussions en médecine libérale avec des zones géographiques sous dotées en médecins généralistes et/ou en médecins spécialistes et l'apparition de « déserts médicaux ». Au début des années 2000, la crainte de la pénurie est médiatisée, un rapport sur la démographie médicale est commandé et des annonces vont suivre pour relever le *numerus clausus*, puis en parallèle le nombre de postes au concours de l'internat.

³⁵⁵ Un décret en mai 1960 instaure une convention médicale : les caisses d'assurance maladie prennent en charge les dépenses d'honoraires des patients à partir du moment où le médecin s'engage à respecter les tarifs de la convention. L'exercice libéral devient économiquement plus sûr.

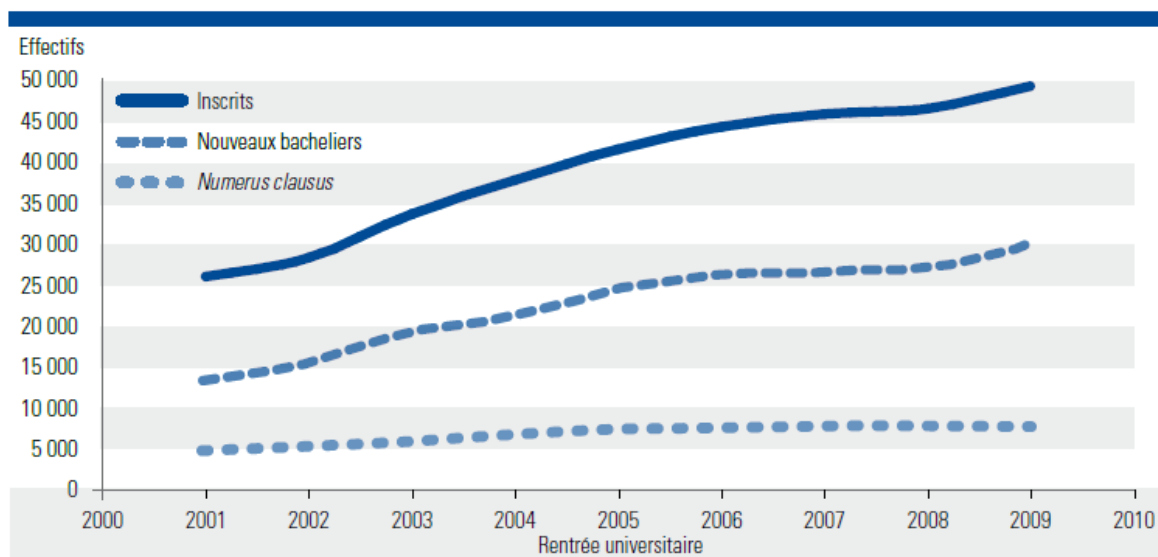
³⁵⁶ GOTTELY J., VILAIN A., 1994, *Op. cit.*, p.75

³⁵⁷ GOTTELY J., VILAIN A., 1994, *ibid*, pp.77-79

³⁵⁸ DEPLAUDE M.-O., 2015, *op cit*, p. 361.

L'élévation du *numerus clausus*³⁵⁹ induit, année après année, une augmentation du nombre de candidats en PCEM1. Le *numerus clausus* était de 4 700 en 2002 et s'élevait à 7 100 en 2007. À l'université, les effectifs en santé ont doublé sur la période 2001-2009, passant de près de 25 000 en 2001 à 50 000 en 2009³⁶⁰.

Figure 3 : Évolution du nombre d'inscrits en PCEM1, des nouveaux bacheliers et du *numerus clausus* entre les rentrées 2001 et 2009 (France métropolitaine et DOM)³⁶¹



Source : MESR DGESIP/DGRI SIES - Système d'information SISE

La plupart des doyens dénoncent le manque de moyens humains et financiers ainsi que les problèmes de structures dans les UFR de médecine. Dans ce contexte, ils doivent assurer l'accueil des étudiants, la qualité de la formation et être attentifs à l'égalité des chances. Même s'il est courant d'entendre des responsables de formation demander plus de moyens, certains arguments chiffrés imposent un principe de réalité :

« En dix ans, notre *numerus clausus* est passé de 74 à 197 à moyens constants de mètres carrés et d'enseignants. (...) Les responsables politiques pensent qu'en augmentant le *numerus*

³⁵⁹ Entre 2005 et 2009, il est passé de 5 600 à 7 400

³⁶⁰ FOUQUET S., 2013, « Réussite et échec en premier cycle », Note d'information 13-10, MESR DGESIP, p 3.

³⁶¹ BROUILLET F., 2011, « Que deviennent les étudiants qui s'inscrivent en premier cycle des études de médecine ? », Note d'information 11-09, MESR DGESIP, p.1.

clausus, ils vont forcément résoudre le problème de l'installation des médecins généralistes dans les régions défavorisées : c'est une vision à court terme. Moi, je ne demande qu'une chose, c'est qu'on me baisse mon *numerus clausus*, ou alors qu'on me donne les moyens de former mes 197 étudiants »³⁶².

(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

Les conséquences d'un *numerus clausus* élevé se voient au niveau de la première année. Des données collectées sur le terrain permettent de comprendre les enjeux et mettent en lumière l'influence des décisions politiques à l'échelon local et le positionnement des agents dans le jeu des prises de positions.

LE NUMERUS CLAUSUS EN CONTEXTE

JPO DE L'UFR MÉDECINE MERCREDI 09 MARS 2011

Extrait du cahier de thèse

Pour l'année universitaire, le *numerus clausus* est de 197 places pour la médecine à Amiens et de 374 places toutes filières confondues, le nombre total d'inscrits en première année s'élevant à 1 184 en 2010, cela revient à considérer qu'un étudiant (primant ou doublant) a une chance sur trois d'intégrer une des cinq filières (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, kinésithérapie) à l'issue de son année. De plus, à Amiens, ces dernières années, les derniers autorisés à intégrer une filière sont des collés-reçus, il y en avait 28 en 2010. Le principe du concours permet de faire passer un nombre prédéterminé d'étudiants sans tenir compte de leur moyenne générale, qui peut donc être inférieure à 10/20. Cette situation attise les convoitises d'étudiants ou de lycéens d'autres académies où le concours à l'issue de la première année est plus sélectif encore. Comparativement, à Montpellier, le dernier reçu en 2010 avait 14 de moyenne. Le directeur de l'UFR considère que le niveau du concours est faible (environ 30% de réussite) et que ceci est la conséquence du *numerus clausus* élevé. Il souhaiterait pouvoir le faire baisser, mais il est persuadé que ce ne sera pas le cas. Les orientations politiques actuelles s'attardent davantage sur le risque d'une baisse du potentiel médical de soins face à une augmentation de la demande d'une population française qui vieillit, ce qui ne va pas dans le sens d'une baisse du *numerus clausus*.

³⁶² R30 interviewé dans « Augmentation du numerus clausus. Ceux qui gagnent et ceux qui perdent », *Panorama du médecin*, 7 décembre 2009, p. 26-31.

La courbe du *numerus clausus* est un motif d'inquiétude pour les responsables hospitalo-universitaires puisqu'elle évolue en fonction des décisions politiques et des luttes entre les différents champs politique, bureaucratique et médical. Lors de l'entretien avec le directeur de l'UFR, il explique un peu plus longuement l'imbrication des décisions et leurs implications quand elles ont tendance à desserrer le *numerus clausus*:

« Donc, le numerus clausus... parce que là, ils ont remis ça dans le programme socialiste, mais ce n'est pas uniquement un **problème de droite ou de gauche**, ils ont mis ça à l'**Académie de médecine** qui vient de faire un bulletin, et qui est plutôt un endroit réactionnaire, de dire : « on supprime le numerus clausus ». Toujours cette mentalité de dire... Mais ce n'est pas parce qu'on va augmenter le NC qu'on va augmenter les médecins généralistes ! Non, s'ils augmentent le NC, ils vont augmenter parallèlement toutes les médecines que j'appellerai un peu 'parasites'... esthétique et tout ça (...) Je pense que l'augmentation du NC ne correspondra pas à une augmentation des médecins généralistes, ça va correspondre à Et là, on n'est plus du tout dans la pédagogie, on est dans la politique et les **choix politiques d'installation**, de coercition à l'installation, de remboursements, de paiement à l'acte ou pas de paiement à l'acte... C'est la politique, après, qui guide les installations. Nous, on est des formateurs ; la formation c'est de dire : essayez de prendre ceux qui sont capables de réussir et prenez ceux qui sont capables d'enseigner. Donc, nous demander – je ne parle là que pour la médecine – nous demander d'en prendre 197, d'autant plus qu'avec les redoublants, on a maintenant des années de 250 parce que parallèlement, le taux de redoublement augmente, on nous demande de traîner des années de 250 alors que les moyens en enseignants, en lits hospitaliers, en salles d'enseignement !!!... 120, ce serait l'idéal, on pourrait faire de l'enseignement par petits groupes, du tutorat personnalisé...150, c'est le maximum, autrement dit, il y en a 100 en trop dans les années suivantes, bon, c'est tout, hein...qui sont en échec après, qui font des études difficiles, qui du coup, à l'ECN... qu'il faut aussi supprimer, mais ça, c'est un autre problème... »
(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

Ce problème de *barrière et de niveau*³⁶³ est également évoqué par un autre responsable. Il est assesseur du premier cycle et assiste le doyen pour cette partie des études :

³⁶³ GOBLOT E., 2010 (1925), *La barrière et le niveau: étude sociologique sur la bourgeoisie française moderne*, Paris, Presses universitaires de France.

« Le problème, c'est qu'ici, on a une spécialité qui est un peu dommage (*soupir*)... Je ne sais pas bien faire la part du niveau des étudiants – du fait qu'on a une inflation sur le nombre d'étudiants qui s'inscrivent du fait qu'on a un *numerus clausus* très, très élevé – et puis de la sévérité de notre correction... mais, tout cela conjugué probablement fait qu'on a cette 'spécialité', comme dit le doyen... Il est habituel en médecine qu'il y ait des 'reçus-collés' : des gens qui avaient la moyenne mais qui n'étaient pas en rang utile pour accéder à l'année supérieure. Ici, on a des gens qui n'ont pas la moyenne et qui sont en rang utile, donc, on a **des collés qui sont reçus au concours**, ce qui est un petit peu dommage » (R28, Homme 60 ans environ, PU-PH, médecine et biologie de la reproduction, vice-doyen UFR médecine)

La crainte est que le niveau des étudiants soit insuffisant dans les années suivantes, ce qui se vérifie avec les résultats de l'ECN où la Faculté ne se trouve pas dans les meilleures positions lors du classement national des étudiants.

Les conséquences d'un *numerus clausus* élevé se voient dans la suite du cursus.

L'effet retors de l'élévation du *numerus clausus* consiste surtout dans une baisse du niveau de recrutement en deuxième année. Les collés reçus ont de fortes chances d'éprouver des difficultés dans la poursuite de leurs études, ils se retrouvent alors en situation d'échec. Par exemple en 2010/2011, le taux de redoublement s'élève à 25% en deuxième année-P2 et 18% en troisième année-D1. L'autre effet retors est d'élever le nombre d'étudiants en formation alors que la capacité d'accueil n'est pas extensible : cela porte à 250 environ le nombre d'étudiants de deuxième année (197 et 9 étudiants étrangers non ressortissants de l'union européenne, plus les redoublants)³⁶⁴. Ce ne sont pas des conditions idéales pour un enseignement de qualité, sans compter par la suite les difficultés de formation à l'hôpital. La formation pratique à l'hôpital n'a pas davantage bénéficié de moyens supplémentaires que la formation à l'université.

L'augmentation du nombre d'étudiants pose un problème de capacité hospitalière pour les stages : cela touche les externes comme les internes. Dans un service hospitalier, quand le nombre d'étudiants qui suit la consultation est conséquent, certains ne peuvent entrer dans les chambres : les étudiants qualifient eux-mêmes ce phénomène d'« embolie de couloir ». Autre phénomène à prendre en compte : le patient n'accepte plus de voir arriver

³⁶⁴ Extrait de cahier de thèse Observation 09/03/2011

une cohorte d'étudiants dans sa chambre pour la consultation, comme cela pouvait avoir lieu autrefois. L'intimité et la tranquillité sont devenues des critères de satisfaction du patient-client à l'hôpital.

« Toute régulation demande une connaissance de l'état et des besoins de santé de la population »³⁶⁵. Bien que le *numerus clausus* ait été relevé depuis plusieurs années et que les médecins n'aient jamais été aussi nombreux en France, la densité de professionnels est plus faible en Picardie que dans le reste du territoire français³⁶⁶. Cette situation est évoquée par le doyen de l'UFR de médecine pour qui, au niveau du nombre de médecins généralistes, de spécialistes, de chirurgiens-dentistes, « la Picardie est dernière en tout » (R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine).

La suppression du *numerus clausus* intervient en même temps que la réforme des études de santé à la rentrée 2020³⁶⁷. Après dix ans d'existence, la PACES est supprimée et le *numerus clausus* remplacé par un *numerus apertus*. Ceci veut dire que le principe de contingentement continuera d'exister. Jusqu'alors, le quota d'étudiants à admettre en deuxième année était fixé par les ministres de la Santé et de l'enseignement supérieur sur avis de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, ONDPS, qui recense au niveau régional les deux critères : besoins de santé de la population et capacités de formation. Avec la loi du 24 juillet 2019³⁶⁸, il revient aux universités de « déterminer leurs capacités d'accueil en deuxième et en troisième année » en prenant en compte les « objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle de ces formations ». Ces objectifs sont arrêtés sur avis de l'Agence régionale de santé (ARS), en tenant compte des capacités de formation, des besoins de santé du territoire et des objectifs nationaux pluriannuels établis par l'État. Cette fois, c'est l'échelon régional qui est la base de réflexion et de calcul, et l'université qui publie un « nombre minimal de places ouvertes » pour les candidats en deuxième année de chacune des filières.

³⁶⁵ GOTTELY J., VILAIN A., 1994, *Op. cit.*, p.71

³⁶⁶ Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2013, Atlas de la démographie médicale en France, p.23.

³⁶⁷ Discours du 18 septembre 2018, Emmanuel Macron Président de la République.

Plan « Ma Santé 2022 » présenté par Frédérique Vidal Ministre de l'ESRI et Agnès Buzyn Ministre des solidarités et de la Santé le 19 septembre 2018

³⁶⁸ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

1.4 LE SOUS-CHAMP DE L'ENSEIGNEMENT MEDICAL TRAVERSE PAR DES INSTANCES INFLUENTES

Pour mieux appréhender le champ, une observation des positions de plusieurs instances dans le champ médical, spécialement dans le domaine de la formation, aidera la lecture des positions des agents influents. Cette section complète le dessin du champ de l'enseignement médical et permet de comprendre les relations entre les agents et les institutions étatiques ainsi que les prises de position en fonction des instances investies. Cette description aide également la lecture du chapitre suivant en permettant de situer les acteurs et les instances qui réfléchissent à la réforme de la PACES.

En étudiant les caractéristiques des membres de l'Académie de médecine sur une période qui se trouve à cheval sur le XIXe et le XXe siècle, George Weisz déclare que « les académiciens ont traditionnellement concentré entre leurs mains les différents types de pouvoir professionnel »³⁶⁹. De même, il est possible d'observer sur la période actuelle que le pouvoir et les décisions restent dans les mains des agents dominants du champ médical, hospitalo-universitaires, académiciens, membres des différentes instances de représentation et de décision du corps médical. « Les détenteurs d'un même titre tendent à se constituer en groupe et à se doter d'organisations permanentes —ordre des médecins, associations d'anciens élèves, etc.— destinées à assurer la cohésion du groupe —réunions périodiques, etc.— et à promouvoir ses intérêts matériels et symboliques »³⁷⁰. Ce type de groupes autorise le maintien des intérêts de leurs membres car occuper une position dans une instance de décision permet de prendre place dans l'espace de jeu – par exemple ici des réformes des formations en santé – de peser dans les rapports de force et d'œuvrer pour conserver le capital spécifique du champ.

³⁶⁹ WEISZ G., 1988, « Les transformations de l'élite médicale en France », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 74, 1, p. 33.

³⁷⁰ BOURDIEU P., 1984, « Espace social et genèse des "classes" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 52, 1, p. 8

1.4.1 La Conférence des doyens de médecine : instance symbolique pour la triple mission hospitalo-universitaire

La Conférence des doyens de médecine est une instance qui centre son action et sa réflexion sur les trois missions des enseignants-chercheurs en médecine, c'est-à-dire l'enseignement, la recherche et les soins. Concernant l'enseignement, elle a compétence sur la pédagogie développée au sein des UFR de médecine, l'organisation de la formation médicale : formes et contenus, examens et calendriers. Sur la recherche, elle contribue aux différentes orientations pour améliorer la stratégie nationale de recherche, elle agit pour améliorer le financement, le développement et la diffusion de la recherche ; et pour les soins, elle concourt à construire et améliorer l'offre de soins à destination des patients.

Elle a été instituée en 1971 et réunit les trente-six doyens des facultés de médecine. Elle est représentée par un président élu par ses pairs et un vice-président –actuellement, il s'agit respectivement du doyen de la faculté de médecine Paris-Saclay et celui de Rouen. C'est une instance consultative pour le Ministère de la Santé et celui de l'Enseignement supérieur, et pour les autorités de santé comme la Haute autorité de santé (HAS). Elle rend des avis et des propositions en s'appuyant sur les groupes de travail qui sont répartis sur huit sujets d'étude. Son rôle dans la réforme qui a mis en place la PACES est illustré dans l'extrait d'entretien suivant :

Q : j'aimerais comprendre comment ça se décline après la décision ministérielle, le projet de loi, etc....Comment est-ce que ça redescend au niveau régional sur les universités : par la conférence des présidents d'université ? Conférence de doyens ?

R30 : Non... surtout conférence de doyens (...) Il y a une conférence des doyens de médecine qui se réunit une fois par mois, devant lesquels viennent parler les conseillers des ministres très régulièrement... Disons que c'est notre grande voie de réflexion et d'information... D'autant que dans les doyens – moi, je suis 'jeune' doyen – mais les doyens qui sont dans la conférence, un certain nombre ont participé aux commissions qui ont établi cette réforme.
(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

Actuellement, le groupe de travail sur la réforme du premier cycle (encore appelée R1C) comprend le doyen de la Faculté de santé d'Angers, qui est également copilote de la réforme au niveau des deux ministères de la santé et de l'ESRI, et aussi le doyen de la Faculté de Caen, qui se trouve être également Président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Il faut noter que l'objet « réforme des études de santé » mobilise des agents qui occupent différentes positions dans cet espace de relations. Entre le champ bureaucratique des Ministères et des agences de santé et le champ médical des hospitalo-universitaires et des doyens de médecine, il existe entre ces agents tout « un espace de luttes, de concurrence, de connivence et de collaboration »³⁷¹.

Mis à part les réunions du bureau ou celles des groupes de travail, la Conférence des doyens de médecine organise divers événements, rencontres, séminaires. Au cours de cette enquête de terrain et suite à la réforme de la PACES en 2010 et celles qui se profilaient, mais également pour les enjeux du numérique et de la simulation en santé, des « États généraux de la formation et de la recherche médicales » (EGFRM) ont été mis en place de façon bisannuelle à partir de 2011. Situé fin novembre, début décembre, ce congrès national adopte un format dense sur deux jours avec conférences plénières, communications orales, tables rondes, ateliers très nombreux, communications affichées pendant les pauses. Il réunit non seulement les enseignants et les chercheurs mais aussi les étudiants, les acteurs du soin et les paramédicaux, des représentants de patients, les ordres professionnels, les collectivités territoriales et les politiques. Très peu d'acteurs commerciaux, comme les laboratoires pharmaceutiques, sont conviés. Il s'agit plutôt de maisons d'édition ou de fabricants de matériel innovant en pédagogie médicale : simulation en santé, tables d'anatomie virtuelles... ce qui reflète les missions de la Conférence. L'absence de conflits d'intérêts et l'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et biomédicale sont des valeurs actuellement sous surveillance.

³⁷¹ CHAMPAGNE P., CHRISTIN O., 2019, « Champ », dans *Pierre Bourdieu : Une initiation*, Lyon, Presses universitaires de Lyon (Sociologie), p. 160

1^e ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA FORMATION ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE

8 et 9 décembre 2011 UFR Santé médecine et biologie humaine Paris 13 Bobigny

Seuls deux temps sur les deux journées sont repris ici. On y trouvera des éléments d'observation participante. Il m'a été possible d'assister à ces États généraux, dont l'inscription n'était pas simple pour les non-initiés. L'arrivée sur place se fait en tramway qui déverse les participants tout près de l'université. L'UFR de santé a été installée sur l'ancien site du journal « L'Illustration ». Ce sont des bâtiments industriels des années 1930 dont une partie seulement est réhabilitée, le reste est une friche industrielle. L'amphithéâtre Gutenberg de 600 places accueille la séance inaugurale, il est quasiment rempli. Les doyens, vice-doyens, hospitalo-universitaires arrivent au fur et à mesure, s'installent ensemble, ou vont saluer d'autres collègues. On peut noter les signes de reconnaissance, les accolades, les tapes sur l'épaule qui marquent l'entre-soi. Quelques réflexions sur les lieux aussi : ce n'est pas un palais des congrès et la situation en Seine Saint Denis a fait réagir certains : « c'est riant comme pays ! » « oui, c'est rigolo » montrant qu'ils n'étaient pas dans leur milieu social habituel. Les étudiants arrivent, eux aussi, majoritairement de deuxième ou troisième cycle, et vont s'installer dans le fond de l'amphi. La cérémonie d'accueil réunit les personnalités locales, investies dans la formation médicale ou ayant un rapport de proximité avec elle. À la table on trouve Jean-Loup Salzman, Doyen de l'UFR SMBH (santé, médecine, biologie humaine), Président de l'Université Paris 13 ; Patrice Deteix, président de la Conférence des Doyens des facultés de Médecine ; Claude Bartolone Président du Conseil général, Député de la Seine-Saint-Denis ; Nora Berra Secrétaire d'État chargée de la Santé dans le ministère de Xavier Bertrand ; Jean-Luc Dumas de l'UFR SMBH.

Jean-Loup Salzman reçoit les États généraux. Il fait une rapide présentation des caractéristiques de l'UFR qui prépare aussi les STAPS, les sciences de la vie et les sciences sanitaires et sociales. Il revient sur la première année de médecine en jugeant que c'est une impasse et que la PACES est le bout de cette impasse. Il encourage à trouver un autre mode de régulation : passerelles sur une partie du *numerus clausus* (NC) pour des étudiants ayant validé une licence avec des modules hors cursus et des stages. Des expérimentations sont à mettre en place selon lui. Puis Patrice Deteix souligne les difficultés de formation engendrées par un rapport nombre d'étudiants/ nombre de formateurs modifié suite à l'augmentation du NC. Claude Bartolone rappelle les inégalités sociales de santé avec « la barrière psychologique du périphérique » et des conditions différentes « d'un bout à l'autre du RER B » Il prône une prépa publique pour le concours, des bourses pour les étudiants en médecine et le maintien des PMI. Nora Berra fait l'allocution la plus longue. Elle balaie tout à la fois la démographie médicale, l'entrée dans les études de médecine, l'augmentation du NC pour cette année avec un

effectif de 7 400 à 7 500 étudiants et déclenche aussitôt un brouhaha. Elle aborde également les maisons de santé pluridisciplinaires et les délégations de tâches.

Les conférences tables rondes et ateliers s'enchaînent. Une plage d'une heure a été prévue dans l'après-midi pour une « Controverse » sur *Faut-il une sélection avant l'entrée en PACES ?* Dominique Perrotin, doyen de la faculté de médecine de Tours est chargé de défendre les arguments pour : il serait pour une planification des besoins en médecins et une adéquation entre le nombre de formés et les besoins. Il constate que la PACES n'a rien changé : c'est plus une année de sélection que de formation et qu'à part la France et la Belgique francophone, les pays européens font une sélection avant l'entrée, l'Italie n'ayant pas de NC. Il suggère une procédure de sélection qui prendrait en compte

- les notes du Bac pour la moitié ou les deux tiers de la note
- un test d'aptitude (validé scientifiquement) pour évaluer les aptitudes à acquérir des connaissances
- un entretien

Bernard Sèle, doyen de la faculté de Grenoble, avance les arguments contre la sélection avant l'entrée en médecine. Il pense qu'il faut une remise en question dans les études de santé et utiliser un vrai LMD en santé avec des enseignements mutualisés, où l'orientation se ferait au cours des trois premières années. Au bout des trois ans, la licence Santé serait pour les infirmiers, paramédicaux et certains cursus en sciences et technologies par exemple. La poursuite en Master serait pour la kinésithérapie, la pharmacie, la maïeutique et la médecine, puis doctorat et spécialités. La salle a pris la parole : Paris craint le chaos si on ouvre le NC ; Lyon redoute une licence Santé avec des effectifs énormes si on regroupe toutes les formations, passant de 50 000 à 300 ou 400 000 ce qui serait ingérable. Les étudiants et les représentants syndicaux (ISNI) disent que l'orientation est mal faite par l'Examen Classant National (ECN) et que c'est à l'enseignement supérieur de s'en saisir et maintiennent leur opposition à la sélection à l'entrée.

Les trois premières éditions des États généraux ont eu lieu à Bobigny. Les deux suivantes, en 2017 et 2020, se sont déroulées à Caen. Accueillir cet évènement nécessite de privatiser les locaux des UFR mais donne aussi à voir la dynamique immobilière soutenue par les universités pour les formations en santé : la quatrième édition à Caen a eu lieu dans le tout nouveau Pôle de formation et de recherche en santé ou PFRS qui regroupe non seulement l'UFR de médecine mais aussi les autres formations et instituts paramédicaux, les laboratoires de recherche, le centre de simulation en santé, la bibliothèque, la cafétéria du Crous, un amphithéâtre de mille places dimensionné pour accueillir la PACES. Ces projets immobiliers

s'inscrivent dans le développement de « Campus santé » sur le territoire national et il existe une forme d'émulation entre les universités, surtout les UFR de médecine, pour avoir une offre de formation conforme avec les évolutions des études de santé et les attentes du public étudiant actuel.

Ce point est important et pertinent dans le cadre de cette recherche car il apporte des éléments de réponse à la question de recherche. Au niveau national, chacune des UFR est mobilisée sur plusieurs dimensions :

- le patrimoine immobilier pour des locaux récents, fonctionnels pour, à la fois, des promotions conséquentes mais aussi des groupes plus restreints, futurs médecins ou futurs paramédicaux, et qui puissent répondre aux exigences des évolutions pédagogiques ;
- le développement des technologies innovantes (simulation en santé, pédagogie numérique, etc.) pour la formation initiale et continue des professionnels de santé, avec en parallèle l'intégration des laboratoires de recherche ou sinon la proximité pour répondre à la triple mission ;
- l'intégration de la dimension interprofessionnelle entre tous les futurs professionnels de santé passant par une offre de formation variée, complète et mutualisée permettant des diplômes sur le schéma LMD dans le champ de la santé.

1.4.2 La commission pédagogique nationale des études de santé

Les commissions pédagogiques concernant les études de santé se succèdent et se transforment en fonction des changements structurels des études, des préoccupations politiques successives et du rôle prépondérant de tel ou tel agent dans le champ.

Une commission pédagogique nationale de la première année des études de santé avait été créée en avril 2002 avec un mandat de quatre ans. Commission spécifique, elle était chargée de faire des propositions aux ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé en vue de la mise en place d'une première année commune pour les professions de santé³⁷². Il fallait déterminer quelles seraient les filières concernées en fonction des métiers

³⁷² Arrêté du 10 avril 2002 portant création de la commission pédagogique nationale de la première année des études de santé

envisagés, définir les programmes et les objectifs pédagogiques, communs ou non, et enfin les modalités de sélection possibles. Un objectif complémentaire était de faire connaître les différents métiers de la santé aux étudiants en vue d'acquérir les bases d'une « culture commune » aux études de santé. Le rapport Debouzie, rapport précurseur de la mise en place de la PACES et traité un peu plus bas, donne la synthèse de ces travaux pour la première année des études de santé.

Une commission pédagogique nationale des études de santé, CPNES, est créée en juillet 2010³⁷³. Elle fait suite aux quatre commissions pédagogiques nationales préexistantes : médecine, odontologie, pharmacie et le Conseil de perfectionnement des sages-femmes. Cette nouvelle commission s'inscrit dans le cadre de la réforme de la première année de santé et est justifiée par le regroupement des étudiants de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de maïeutique. Elle a pour objectif de mutualiser les bonnes pratiques de chaque filière, d'assurer un suivi de la réforme de la première année de santé. Le souhait de développer une culture commune pour les futurs professionnels de santé, qui sont appelés à travailler ensemble, doit se faire par le rapprochement des filières et la mutualisation d'une partie des enseignements. L'inter professionnalité en est un des bénéfices attendus : c'est une forme d'exercice qui privilégie les interactions des différents groupes de professionnels de santé pour le bénéfice du patient.

La commission pédagogique nationale des études de santé est organisée en quatre sous-commissions qui comprennent les enseignants, les représentants des ordres professionnels et des étudiants relevant des quatre filières concernées. Le travail de ces sous-commissions est d'émettre des avis et de faire des propositions concernant leur domaine respectif. Leur mission concerne les contenus de formation (élaboration et révision) et l'application du schéma Licence, Master, Doctorat aux études de santé³⁷⁴. Ceci permet aussi le partage d'expériences et favorise la diffusion des innovations pédagogiques. Enfin, une des missions est de veiller à l'intégration des études de santé dans l'espace européen de l'enseignement supérieur. On voit ici que le processus de Bologne est à l'œuvre.

³⁷³ Valérie Pécresse est ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

³⁷⁴ Source : <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid53888/installation-de-la-commission-pedagogique-nationale-des-etudes-de-sante.html>

La Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie ou CNEMMOP³⁷⁵ naît en 2015 de la fusion de la commission pédagogique nationale des études de santé CPNES et de la commission nationale de l'internat et du post-internat CNIPI dont elle reprend les missions. C'est la préoccupation de la réforme du troisième cycle des études médicales qui a conduit à cette fusion. Elle a initialement un mandat de cinq ans avec une présidence alternée du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et du ministère de la Santé. Les missions concernent toujours le contenu et l'organisation pédagogique des études de chaque filière ; elle doit aussi émettre des propositions et avis sur les conditions d'accès à chacun des cycles : passerelles, concours, etc. Elle est composée d'une quarantaine de membres parmi lesquels on trouve le directeur général de l'enseignement supérieur et le directeur général de l'offre de soins en tant que présidents, mais les détenteurs d'un pouvoir de décision ont tous une place dans cet espace. Représenté par leur président ou une autre personnalité, on y trouve la Conférence des présidents d'université (CPU), le Conseil national des universités en santé (CNU santé), les Conférences des doyens des facultés de chacune des quatre professions de santé, la Haute autorité de santé, l'ONDPS, le CNESER, le Conseil national de chacun des Ordres professionnels, les CHU, les agences régionales de santé, les Collèges d'enseignants en médecine, les syndicats d'étudiants de chacune des professions. On voit de cette façon les interactions possibles dans cet espace de décision où les différents groupes réfléchissent et agissent pour l'évolution des formations, mais cet espace de jeu peut aussi révéler les tensions entre les groupes et les luttes pour la définition des frontières³⁷⁶.

1.4.3 D'autres instances mobilisables dans le capital social des hospitalo-universitaires

Le choix a été fait de ne pas détailler toutes les instances mais de se concentrer sur celles qui sont effectivement investies dans la pédagogie ou celles dont les travaux peuvent

³⁷⁵ Décret n° 2015-813 du 5 Juillet 2015 relatif à la Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie

³⁷⁶ HAS/ONDPS, 2008, « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », Recommandation HAS, 61p,

disponible sur : [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf)

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf)
GENISSON C., MILON A., 2014, « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé, » Sénat, 57p.

avoir une incidence sur les politiques publiques en termes de réformes et d'évolution des formations en santé.

1.4.3.1 Conseil national des universités en santé (CNU santé)

Le CNU santé regroupe les disciplines universitaires suivantes : médecine, odontologie, pharmacie et trois nouvelles disciplines depuis 2019 : la maïeutique, les sciences de la rééducation et de la réadaptation et les sciences infirmières, qui se sont vues attribuer les sections 90 à 92. C'est une instance compétente pour la qualification en vue du recrutement d'un enseignant chercheur : elle évalue les dossiers des candidats aux fonctions d'enseignement et de recherche médicale ou disciplinaire. Le suivi de la carrière des professeurs des universités et des maîtres de conférences fait également partie de ses attributions ainsi que le développement des activités de recherche dans les domaines précités.

Il faut rappeler ici une particularité des disciplines de santé, il s'agit de la notion de bi-appartenance : depuis la réforme Debré de 1958, les membres du personnel médical et scientifique des CHU exercent une fonction hospitalière et une fonction universitaire. Cette double fonction réalise la bi-appartenance et fait l'objet d'un recrutement commun. Quelques sections ont un statut mono appartenant en pharmacie et les sciences paramédicales nouvellement incluses.

1.4.3.2 Observatoire national de la démographie des professions de santé

L'ONDPS est un organisme chargé de la collecte des données sur la démographie des professions de santé sur le territoire. Ce travail réparti sur des comités régionaux permet l'analyse, à l'échelle régionale mais aussi nationale, des professions de santé, leur implantation et le mode d'exercice, et donc des données sur l'accès aux soins.

Sa mission est renforcée depuis la suppression du numerus clausus : l'ONDPS propose aux ministres de la santé et de l'enseignement supérieur le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région, après

concertation régionale avec les agences régionales de santé ARS³⁷⁷. On le voit, la formation devient une compétence renforcée de cet observatoire.

En plus des comités régionaux, le fonctionnement de cette instance repose sur un conseil d'orientation. Le président est actuellement le doyen de la faculté de médecine de Caen et la composition du conseil ressemble à d'autres instances comme la CNEMMOP avec des représentants de la conférence des doyens, des Ordres professionnels, des étudiants et des représentants du champ bureaucratique, tels que l'Assurance maladie, la direction générale de la santé (DGS), la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle. On peut noter là aussi le réseau d'interconnaissance et les positions dominantes occupées par les agents représentatifs de chaque champ, notamment concernant le champ médical la conférence des doyens et le conseil national de l'Ordre.

1.4.3.3 Académie nationale de médecine

Si le conseil de l'Ordre des médecins ne concentre pas ses missions sur la formation et l'enseignement et ne draine pas les agents du pôle dominant du champ hospitalo-universitaire, en revanche l'Académie de médecine est historiquement une institution brigüée et investie par l'élite médicale. Avant la Deuxième Guerre mondiale, les membres sont pour la plupart issus d'un parcours qui conjugue concours de l'externat, concours de l'internat des hôpitaux de Paris – ce qui sous-entend avoir réalisé ses études à Paris – puis la préparation des concours pour obtenir l'accès aux échelons supérieurs de la carrière, à savoir les postes dans les hôpitaux parisiens et l'agrégation de la Faculté de médecine ou de l'école de pharmacie. Il s'agissait donc d'une « compétition pour les titres, les honneurs et les postes » qui se prolongeait par une chaire ou un poste à la faculté de médecine, de préférence la Faculté de médecine de Paris³⁷⁸.

Ses missions sont de répondre aux questions du gouvernement sur les questions de santé publique, lorsqu'elle est sollicitée, et de contribuer par les études et la recherche aux progrès de « l'art de guérir ». Elle fonctionne en commissions et groupes de travail. La

³⁷⁷ Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

³⁷⁸ WEISZ G., 1988, *op cit*, p. 35.

commission XV est chargée de l'enseignement, la recherche et du parcours de formation. Les travaux sont publiés par le biais de rapports, de prises de position et par le Bulletin de l'académie de médecine. Parmi ses membres titulaires, Jean-François Bach et Jean-François Mattéi ont pris une part active dans l'élaboration de la première année commune aux études de santé. La reproduction familiale y est observable : on trouve nombre de 'fils de' personnalités qui ont laissé des travaux et leur nom pour un syndrome ou une maladie.

1.4.3.4 Conférence des Présidents de Commissions Médicales d'Établissement (CME) de CHU

La conférence des présidents de CME de CHU appartient davantage au champ hospitalo-universitaire. Cette conférence réunit les présidents et vice-présidents des Commissions médicales d'établissement des CHU sur tout le territoire. C'est une instance représentative de tous les médecins exerçant en CHU, hospitalo-universitaires ou non, titulaires ou non, auprès des deux ministères de l'enseignement supérieur et de la santé, des agences de santé et du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Ses missions sont de soutenir et de valoriser la recherche, l'enseignement et les soins, c'est-à-dire les trois missions spécifiques des CHU. Elle est force de proposition dans le débat législatif lors des réformes hospitalières, sur la place des CHU dans l'organisation des soins.

Les enjeux de cette instance sont plus directement dirigés vers l'hôpital, mais les postes de présidents sont souvent investis par des hospitalo-universitaires au statut de Professeur des Universités-Praticien hospitalier, c'est-à-dire appartenant au pôle dominant du champ. Il faut souligner que pour chaque CHU, les chefs de service sont des membres de droit de la CME.

1.4.3.5 Le Conseil de l'Ordre des médecins

Il sera juste fait mention de cette instance car elle est davantage chargée de l'exercice médical. De plus, ce n'est pas une institution qui est très investie par les hospitalo-universitaires. Son organisation repose sur un Conseil national puis des conseils régionaux et départementaux. C'est une instance qui existe depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale mais dont la création avait été initiée depuis les années 1920 puis sous le régime de Vichy. Elle possède ses propres publications dont le Bulletin de l'Ordre. Elle intervient sur les décisions

qui concernent la formation des professionnels en siégeant dans différentes commissions et conseils comme cela a été vu précédemment.

Chaque praticien, une fois diplômé, a l'obligation de s'inscrire sur le Tableau de l'Ordre et de prêter serment avant de pouvoir exercer. Les données démographiques, le mode d'exercice sont des indicateurs collectés par l'Ordre qui recense également les demandes d'autorisations d'exercice des médecins à diplôme étranger et par conséquent les étudiants qui ont fait leurs études à l'étranger pour contourner le NC. Ses missions visent toutes les dimensions de l'exercice professionnel : éthique et déontologie, qualité des soins, démarches juridiques obligatoires...

On retiendra que certains hospitalo-universitaires sont par leurs titres membres de droit de telle ou telle institution ; ils peuvent avoir été élus ou nommés ce qui leur permet d'occuper différentes positions dans cet espace de relations, d'augmenter leur capital social, le cumul de positions étant plutôt fréquent. Le directeur d'UFR peut accéder au poste de Président d'université ; à l'époque du travail de terrain, un des enquêtés est vice-président de l'université : les instances universitaires sont aussi des lieux à investir en termes de représentation et de défense des intérêts du groupe professionnel. Parfois il est intéressant d'être nommé ou de briguer un poste ce qui permet d'être associé aux propositions et aux décisions, en d'autres termes d'exercer une forme de pouvoir. Tout ceci sans parler de la représentation politique : nombre de médecins et hospitalo-universitaires sont également députés, sénateurs, ministres de la santé.

Ce chapitre a permis de dessiner le cadre des études médicales, de l'orientation au cours du lycée lorsqu'un futur candidat envisage de « faire médecine » à l'organisation du cursus médical. Le détour par l'histoire concernant l'orientation met en lumière l'évolution des différents dispositifs soutenus par les politiques publiques. Le passage du secondaire au supérieur est sous la dépendance de facteurs comme le parcours antérieur pour les lycéens, ou les contraintes de gestion des flux pour les institutions, matérialisées entre autres par des dispositifs comme APB ou Parcoursup. Les outils mis à la disposition des lycéens dans le cadre

de l'orientation active ont peiné à se mettre en place, balayer les évidences ou les incertitudes des candidats aux études médicales et permettre un choix éclairé.

Les dimensions socio-historiques et politiques ont permis de soulever quelques particularités des études de santé, comme le principe de non sélection qui autorise un grand nombre d'étudiants à s'engager dans un cursus médical alors qu'un nombre limité de candidats peut réellement poursuivre les études. C'est alors un principe de régulation du flux des entrants qui s'est imposé : il a été régi pendant cinquante ans par le *numerus clausus*, puis remplacé par une autre régulation avec un nombre minimal de candidats à admettre, dont le bilan n'est pas encore établi.

Le détour par l'histoire révèle également que la préservation du groupe professionnel s'appuie depuis longtemps sur un mode d'entrée dans l'espace social du champ médical qui s'ancre sur une formation hospitalo-universitaire longue et exigeante. A cet effet, des agents occupent des positions dans diverses instances influentes permettant d'émettre avis et propositions pour les réformes des études médicales dans un jeu de pouvoir et de luttes d'influence avec les agents du champ bureaucratique. Les réformes qui se sont succédé en portent les signes que ce soit en préservant l'intégrité du groupe et reléguant aux frontières les autres groupes professionnels aux compétences plus limitées, ou bien en renforçant au cours des décennies le poids des matières scientifiques recherchant les parcours d'excellence. Ces aspects sont à l'œuvre dans les changements intervenus lors de la PACES et font l'objet du chapitre suivant.

2 LA PACES ET LES FORMATIONS EN SANTE : DES REFORMES SUCCESSIVES, JUXTAPOSEES, TOUJOURS EN COURS

La question qui préside à ce chapitre se décline en deux volets: comment une réforme de la première année des études médicales s'est-elle imposée et comment a-t-elle évolué jusqu'à laisser place à une nouvelle version dix ans plus tard ? Il faut donc envisager les enjeux de la réforme et son articulation avec les autres formations en santé.

Dans la première section, il va être question de la mise en place de la PACES. La première année du Premier cycle des études médicales ou PCEM1 va laisser la place, à la rentrée 2010, à la PACES après un long processus de mûrissement de la réforme. Puis le vote de la loi et son application dans les faits feront l'objet de la deuxième section. La section suivante montre les modifications successives qui ont tenté de remédier aux défauts de la PACES. Enfin, la dernière section revient sur les autres formations en santé, leurs caractéristiques ainsi que leur évolution qui n'a pas engendré une première année de licence santé généralisée.

La première année était commune, depuis 1992³⁷⁹, pour les études médicales, odontologiques et de sage-femme. Pour les étudiants, la difficulté d'intégrer la deuxième année, surtout les études de médecine, s'accompagnait d'un taux d'échec conséquent avec parfois deux années d'études sans équivalence possible et une perte de temps. Ce sont ces points qui vont être l'objet de réflexions.

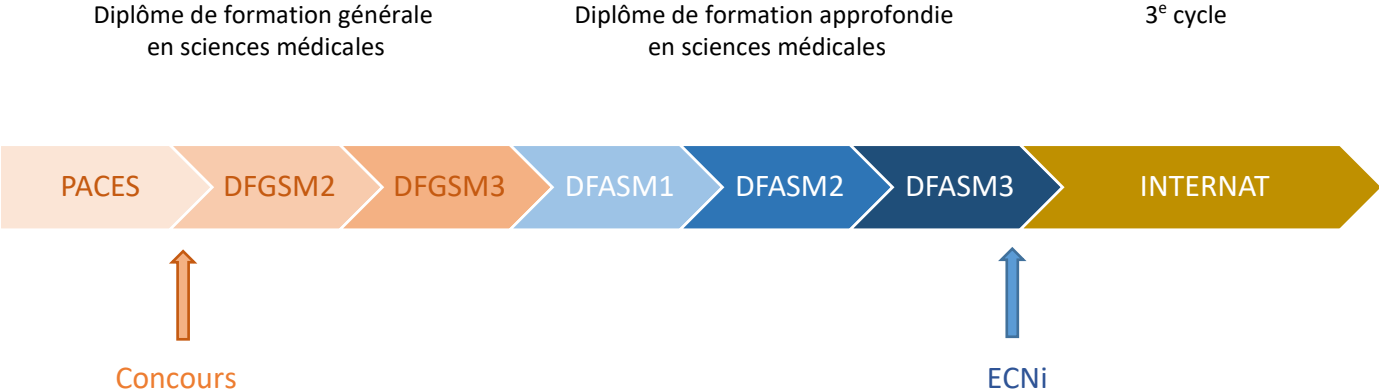
Mais il ne faudrait pas envisager la première année comme une entité séparée du reste du cursus des études de santé. Au contraire, la réforme de la première année constitue la première étape de changements qui vont se prolonger sur toute la durée des études : le premier cycle va céder la place à trois années aboutissant au diplôme de formation générale en sciences médicales ou DFGSM³⁸⁰ ; puis le deuxième cycle va devenir un parcours, toujours de trois années, aboutissant au diplôme de formation approfondie en sciences médicales ou DFASM, suivi de l'internat pour lequel l'examen classant national a adopté un format informatisé, l'ECNi. Le dernier cycle ou internat mène au diplôme d'études spécialisées ou DES³⁸¹.

³⁷⁹ Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales

³⁸⁰ Arrêtés du 22 mars 2011 relatifs au diplôme de formation générale en sciences médicales, au diplôme de formation générale en sciences odontologiques

³⁸¹ En 2017, la réforme du troisième cycle inaugure trois phases : une phase socle et une phase d'approfondissement avec la soutenance d'une thèse d'exercice. La troisième phase est une phase de consolidation pour valider le DES.

Figure 4 : Schéma des études médicales depuis la réforme des premier et deuxième cycles



2.1 LA REFORME DE LA PREMIERE ANNEE COMMUNE DES ETUDES DES SANTE, UN PROCESSUS JALONNE PAR DE MULTIPLES RAPPORTS

La PACES mise en place à la rentrée 2010 est le fruit de réflexions de groupes de travail le plus souvent commandés par le Ministère de l'Enseignement Supérieur. Cette section est l'occasion d'appréhender les motivations de la réforme et une partie des luttes d'influence qui ont abouti à un résultat le plus consensuel possible en fonction des différents enjeux pédagogiques, politiques et de démographie médicale et étudiante.

Si les études médicales ont été maintes fois réformées depuis la création des centres hospitaliers et universitaires en 1958, elles suivaient un schéma réparti en trois cycles depuis les années 1968-1970³⁸². Comme nous l'avons vu, la mise en place du *numerus clausus*, en 1971, et son application effective ont ensuite durablement impacté le flux des étudiants et l'organisation de la formation. Néanmoins, de nombreuses dispositions législatives sont venues amender les études, surtout les deuxième et troisième cycles. Au tournant des années 1990-2000, le discours sur la nécessité d'une réforme de fond des études médicales pour s'adapter aux évolutions de la médecine contemporaine et de l'espace européen de l'enseignement supérieur se renforce. La crainte d'une pénurie de médecins³⁸³ incite également à repenser certains pans de la formation : la mise à l'agenda politique d'une nouvelle réforme va peu à peu se dessiner. Tous les cycles sont concernés mais la première année est plus directement visée. En effet, le taux d'échec y est plus important que dans les autres cursus universitaires, en grande partie à cause du *numerus clausus*.

Juste avant la réforme de la PACES, les chiffres de la cohorte des nouveaux bacheliers 2008 inscrits à l'université donnent un taux de réussite de 15% en PCEM1-PCEP1 alors que le taux de réussite est de 52% pour les étudiants de L1³⁸⁴. Dans la cohorte précédente, 2007-2008, c'est 11,2% des nouveaux bacheliers inscrits en PCEM1 qui ont pu poursuivre en médecine, 1% en odontologie et 0,5% en maïeutique³⁸⁵.

³⁸² Pour rappel, schéma en page 149

³⁸³ DEPLAUDE M.-O., 2015, *Op.cit.*, pp.263-272.

³⁸⁴ LEMAIRE S., 2011, « Les bacheliers 2008 Où en sont-ils à la rentrée 2009 ? », Note d'information 11-08, MESR DGESIP, p. 2.

³⁸⁵ BROUILLET F., 2011, « Que deviennent les étudiants qui s'inscrivent en premier cycle des études de médecine ? », Note d'information 11-09, MESR DGESIP, p 3.

La nécessité de réformer la première année apparaît dans un ouvrage de 1997 écrit par trois médecins, PU-PH ou MCU-PH: Jean-François Mattei, Jean-Michel Chabot et Jean-Claude Étienne : « De la médecine à la santé : pour une réforme des études médicales et la création d'universités de la santé »³⁸⁶. Ce rapport, qui ne sera pas publié en tant que tel, a été suscité par trois ministres François Bayrou pour l'Éducation, Jacques Barrot pour le Travail et les Affaires sociales et Hervé Gaymard, secrétaire d'état à la Santé, mais l'alternance politique place Lionel Jospin comme Premier ministre et, sous son gouvernement, ce rapport ne sera pas repris.

2.1.1 « De la médecine à la santé »: en 1997, un rapport en décalage avec l'agenda politique mais qui prépare la réforme

À cette époque, Jean-François Mattei est professeur de pédiatrie et de génétique médicale au CHU de Marseille où il dirige le département de génétique médicale et le centre de diagnostic prénatal de l'hôpital d'enfants de la Timone. Il occupe également des fonctions politiques : conseiller municipal de Marseille et député des Bouches du Rhône, il travaille sur les questions de biotechnologie, d'adoption et les lois de bioéthique.

Il devient par la suite ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, dans le gouvernement qui suit celui de Lionel Jospin, de mai 2002 à mars 2004, mais ne sera pas reconduit suite à sa gestion critiquée de l'épisode de la canicule en 2003. Par la suite, il obtient un poste de conseiller d'État en service extraordinaire et préside la Croix Rouge française de 2004 à 2013. Dans l'« affaire du Médiateur » il a été entendu par la commission d'information au Sénat. Il est membre titulaire de l'Académie de médecine qu'il a présidée en 2020.

Jean-Michel Chabot est, en 1997, maître de conférences en santé publique à la faculté de médecine Paris V Necker-Enfants malades et praticien hospitalier à l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP). Il contribue à la formation médicale également à travers la commission nationale des concours d'internat (CNCI) et s'intéresse plus particulièrement aux questions de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Il

³⁸⁶ MATTEI J.-F., ETIENNE J.-C., CHABOT J.-M., 1998, *De la médecine à la santé : Pour une réforme des études médicales et la création d'universités de la santé*, Paris, Flammarion, 144 p.

connaît la formation médicale en Amérique du Nord pour y avoir travaillé dans les années 80 sur ces mêmes questions d'évaluation et de formation continue, ce qui alimente la réflexion dans l'ouvrage dont il est question ici. Il sera par la suite membre du cabinet du ministre Jean-François Mattei entre 2002 et 2004 chargé des dossiers de la démographie professionnelle, de la qualité des pratiques et de la formation des professions de santé. Depuis 2004, il a travaillé à l'HAS où il est devenu conseiller médical de la présidence. Il est actuellement professeur émérite de santé publique.

Jean-Claude Étienne (1941-2017) est, en 1997, professeur agrégé de rhumatologie et professeur de médecine interne, chef de service de rhumatologie de rééducation fonctionnelle, et de médecine interne au CHU de Reims. Du point de vue politique, il est député de la Marne de 1993 à 2001. Il est sénateur de 2001 à 2010 et dépose un rapport législatif en 2009 sur la proposition de loi sur la création d'une première année commune des études en santé et facilitant la réorientation. Puis il devient membre du Conseil Économique Social et Environnemental en tant que personnalité qualifiée à partir de 2010. Il œuvre également à l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) entre 2008 et 2010.

Malgré l'alternance politique, ces trois personnalités ont un capital social et un capital spécifique dans le champ médical qui leur permettent de publier une réflexion sur l'avenir de la formation médicale et d'exprimer leurs « prises de positions » à propos des enjeux de la formation des futurs professionnels de santé. Selon Bourdieu, la prise de positions d'un agent ou d'un groupe est dépendante de la position sociale occupée³⁸⁷.

L'ouvrage qu'ils ont rédigé tous les trois est conçu comme une contribution ou un rapport après l'audition de personnalités qualifiées issues d'instances – étudiées dans le premier chapitre de cette thèse – et d'autres plus nombreuses : syndicats d'étudiants, de professionnels, fédérations de professions paramédicales, agences régionales d'hospitalisation (ex ARS), membres du cabinet du ministère de la santé, collèges universitaires d'enseignants, etc. Si l'ouvrage aborde l'exercice de la profession, la démographie médicale et la totalité de la formation y compris la formation continue, il y est question de création d' « **universités de la santé** » et plusieurs points concernent directement

³⁸⁷BOURDIEU P., 2013, *Op cit*, p.13.

la première année avec des propositions qui seront parfois reprises ultérieurement et certaines expressions qui vont perdurer.

2.1.1.1 Prendre en compte « le gâchis humain »

Parmi ces expressions qui vont perdurer, on retrouve le terme de « **gâchis humain** ». Les facultés de médecine sont confrontées à deux exigences : d'une part, accepter l'inscription de tous les bacheliers qui désirent tenter le cursus et d'autre part de « participer à la régulation du nombre de professionnels en exercice » d'où la sélection par concours et le *numerus clausus* instauré dans les années 70. En 1997, pour environ 30 000 inscrits en PCEM1, le nombre de places est de 3 600 en PCEM2, soit 12%, ce qui fait dire aux auteurs : « Outre que ce système est parfaitement injuste car les chances de succès varient d'une faculté à l'autre, que les notations ne s'expriment pas toujours de la même façon et selon des critères identiques, il est surtout à l'origine d'un gigantesque **gâchis** »³⁸⁸.

Selon eux, le gâchis est de deux ordres : économique et humain. C'est un gâchis économique car les facultés accueillent et organisent les enseignements pour une proportion de l'ordre de 85 à 90% d'étudiants qui ne pourront pas poursuivre en deuxième année : « en termes de locaux et d'enseignement c'est un surcoût difficile à accepter ». De même, pour les familles l'investissement dans une année d'études en vain a aussi un coût difficile à supporter.

« Mais le **gâchis humain** est surtout insupportable. On a vu que s'inscrivaient en médecine des bacheliers déjà sélectionnés par les disciplines scientifiques et qui, pour beaucoup, sont titulaires de mention. Neuf sur dix, après avoir redoublé, vont se retrouver définitivement exclus des facultés de médecine sans pratiquement aucune chance de réorientation, ayant, somme toute, perdu deux ans et découvert le goût de l'amertume.(...) **Gâchis humain** également, car durant la préparation du PCEM1, compte tenu des enjeux, les étudiants découvrent aussi l'injustice des préparations parallèles et payantes (...) en même temps que la nécessité absolue de supplanter les autres par tous les moyens, ce qui prépare mal à la future déontologie médicale bien comprise et aussi à la nécessaire approche collégiale d'une pratique en équipe »³⁸⁹.

³⁸⁸ MATTEI J.-F., ETIENNE J.-C., CHABOT J.-M., 1998, *Op. cit.*, p. 101

³⁸⁹ MATTEI J.-F., ETIENNE J.-C., CHABOT J.-M., 1998, *Op. cit.*, p. 102.

2.1.1.2 Promouvoir une culture santé commune par le biais d'un DEUG Santé

La proposition des auteurs face au constat du « gâchis humain » serait de décroquer la formation médicale par rapport aux autres formations, particulièrement celles conduisant à d'autres métiers de la santé, ce qui serait favorable « au développement d'une culture de base commune et à l'appropriation des notions de travail en équipe ou en réseaux »³⁹⁰. De façon pratique, ils proposaient de créer un DEUG santé pour clôturer le premier cycle et des universités de santé pour regrouper l'ensemble des formations en santé. Le DEUG santé ne verra jamais le jour, la réforme LMD ayant signé son arrêt de mort. L'idée était de valider des connaissances acquises au même titre que les autres facultés à l'époque et en même temps de permettre le classement autorisant les étudiants à continuer en PCEM2 en fonction du NC. Quant aux reçus collés, nombre d'entre eux désiraient « **rester dans le monde de la santé** »³⁹¹ ils pourraient continuer soit en pharmacie, soit dans une formation scientifique liée à la santé ou encore en formation paramédicale :

« A ce point, il est intéressant d'observer que la plupart des écoles préparant aux autres professions médicales ou paramédicales, telles que les écoles de sages-femmes, d'infirmières, de masseurs kinésithérapeutes parmi d'autres, ont un cursus de trois ans précédé très souvent d'une année préparatoire à l'entrée. Il semblerait judicieux que ces quatre ans (1+3) soient répartis différemment. Les deux premières années pourraient être constituées par le DEUG santé et les deux années suivantes se feraient dans des écoles et établissements liés par convention à l'université »³⁹²

Les expériences de ce type avaient déjà été initiées, mais plus souvent sur la base d'une première année commune et de trois années spécifiques, sur le schéma 1+3. Ce même modèle a existé, par exemple pour les kinésithérapeutes dans l'université observée, voire s'est développé dans d'autres universités contribuant ainsi à étendre le concept d'« universités de santé » offrant un large panel de formations en santé. Pour sa part, si le DEUG santé n'a pas vu le jour, il a été retravaillé dans la réforme qui a suivi la PACES pour donner deux voies d'accès aux études médicales : la voie PASS (Parcours spécifique "accès santé") ou L.AS (Licence avec option accès santé) en ménageant des possibilités de poursuite d'études.

³⁹⁰ MATTEI J.-F., ETIENNE J.-C., CHABOT J.-M., 1998, *op cit.*, p. 89.

³⁹¹ MATTEI J.-F., ETIENNE J.-C., CHABOT J.-M., 1998, *ibid.*, p. 102.

³⁹² MATTEI J.-F., ETIENNE J.-C., CHABOT J.-M., 1998, *ibid.*, p. 103.

Les auteurs sont également favorables à une meilleure valorisation de l'enseignement de sciences humaines et sociales, dès le début du cursus, dans le cadre d'une culture santé commune qui laisserait d'avantage d'espace aux matières suivantes : épidémiologie et santé publique, économie de la santé, éthique, psychologie, déontologie, introduction au droit de la santé, informatique et utilisation des statistiques, communication et lecture critique de l'information, épistémologie... Ceci permettrait une approche plus globale de la santé et renforcerait l'orientation prise dans les années 90 de diversifier la sélection en PCEM1 introduisant un module de sciences humaines.

2.1.1.3 Et instaurer des passerelles

Le constat de la sélectivité du concours de PCEM1 et de la proportion d'étudiants collés amène à comparer les épreuves de classement à « **un jeu de massacre** »³⁹³, ou bien encore à envisager des solutions pour les étudiants non admis à poursuivre en deuxième année :

« La rigueur de cette sélection pose évidemment la question du devenir des très nombreux collés (...) Ainsi, le très grand nombre d'étudiants inscrits en PCEM1 - alors qu'environ 12% d'entre eux pourront poursuivre leur formation médicale - justifie de rechercher les conditions dans lesquelles des passerelles vers d'autres types de formations universitaires (et professionnelles ?) pourraient être développées. (...). Au total chaque année, près de 10 000 étudiants – qui étaient très souvent sortis des études secondaires titulaires d'un bac scientifique avec mention – se retrouvent exclus de la faculté de médecine après deux échecs successifs au concours d'entrée en PCEM2 ; la grande majorité d'entre eux n'a alors pratiquement aucune possibilité d'équivalence à faire valoir. Un tel dispositif de passerelles et de possibilités de réorientation, suffisamment développé, permettrait aux étudiants connaissant deux échecs successifs à l'entrée de PCEM2, de valoriser le travail effectué pendant deux années et d'échapper au sentiment d'avoir définitivement perdu leur temps alors qu'ils accédaient à l'enseignement supérieur »³⁹⁴.

Ce principe de passerelles sortantes sera envisagé par la suite, ainsi que des passerelles entrantes pour diversifier le profil des futurs médecins. Ce point est détaillé dans la quatrième section.

³⁹³ MATTEI J.-F., ETIENNE J.-C., CHABOT J.-M., 1998, *Op. cit.*, p. 69.

³⁹⁴ MATTEI J.-F., ETIENNE J.-C., CHABOT J.-M., 1998, *Ibid.*, pp. 43-44

2.1.1.4 Pour faire émerger des universités de santé

Le DEUG santé devait aboutir en troisième année à des enseignements spécialisés : soit à l'université pour la médecine, l'odontologie, la pharmacie ; soit dans des établissements conventionnés avec l'université pour d'autres professions de santé ou paramédicales. Pour les étudiants qui auraient validé ce DEUG et qui n'auraient pas choisi d'intégrer une formation de soignants, il était prévu de développer des cursus universitaires ou professionnalisés vers les nouveaux métiers en santé « spécialistes de l'environnement, du génie biomédical, de la qualité alimentaire, de la communication médico-scientifique, ou gestionnaires d'établissements de santé. (...). Une telle organisation permet, tout à la fois, de maîtriser les flux des différentes professions de santé et d'orienter les étudiants ayant réussi leur DEUG vers des voies diversifiées (...) sans les rejeter purement et simplement »³⁹⁵.

Il faut remarquer que, dans l'université observée, cette idée a été reprise aboutissant en 2001 à la création d'un institut universitaire professionnalisé ou IUP, au sein de l'UFR de médecine. Cette entité, rebaptisée depuis Institut d'ingénierie de la santé ou 2IS, ne recrute ses étudiants qu'après un parcours de L1 et L2 validé, un peu dans l'esprit du DEUG santé.

L'ouverture de l'offre de formation à des cursus variés mais cohérents autour de la santé a poussé les auteurs à développer le concept d' « **universités de santé** » pour dépasser l'idée que la santé ne se résume pas à la médecine et développer des solutions intégrées dans une grande discipline « santé ». « Au même titre qu'existent des facultés de lettres, de sciences, de droit, de sciences économiques (...) l'évolution de notre monde conduit naturellement à l'émergence de facultés de santé ou à tout le moins d'universités de santé qui regrouperaient, soit directement, soit par association conventionnelle, l'ensemble des formations en santé »

Cet ouvrage s'inscrit dans la réflexion menée sur la formation médicale. Il ne sera pas directement suivi d'effets, mais les idées émises ont été reprises pour certaines. Les années qui vont suivre sont beaucoup plus fertiles en rapports précédant l'élaboration de la loi qui modifie la première année de médecine.

³⁹⁵ MATTEI J.-F., ETIENNE J.-C., CHABOT J.-M., 1998, *op cit.*, p. 105.

A propos de cette série de rapports qui va précéder le vote de la loi et alimenter la réflexion, on peut penser à la suite de Bruno Palier que la multiplicité des rapports est un signe avant-coureur de réformes. Les rapports successifs ont tendance à préparer le terrain ou « à préparer les esprits à la réforme »³⁹⁶.

2.1.2 Le rapport Debouzie en Juillet 2003 : une « première brique » posée au nom de la commission pédagogique nationale des études de santé

Dans les années 2000, l'idée d'une année commune aux professions de santé se précise. Un arrêté du ministre de l'Éducation nationale Jack Lang et du ministre délégué à la santé Bernard Kouchner³⁹⁷, en date du 10 avril 2002, porte création de la Commission pédagogique nationale pour la réforme de la première année des études de santé, CPNES, instance vue précédemment. Elle est chargée :

- « - de mettre en place la première année commune aux professions de santé ;
- de définir les différentes filières concernées, ou groupes de filières, en fonction des cursus professionnels ultérieurs ;
- de déterminer les programmes et les objectifs pédagogiques, communs ou spécifiques, ainsi que les modalités de sélection qui s'y rapportent ;
- de faire connaître les différents métiers de la santé aux étudiants et leur permettre d'acquérir les bases d'une culture commune aux études de santé »³⁹⁸.

Les travaux de cette commission sont présentés par l'intermédiaire du rapport³⁹⁹ de Domitien Debouzie le 20 juillet 2003 aux ministres Luc Ferry pour l'Éducation Nationale et Jean-François Mattei pour la Santé⁴⁰⁰. Domitien Debouzie est alors Président de l'Université Lyon 1 et également Président de la commission de la pédagogie et de la formation continue de la CPU.

³⁹⁶ PALIER B., 2004, « Les instruments, traceurs du changement ; la politique des retraites en France », in LASCOUMES P., LE GALES P. dir, *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, pp. 272-300

³⁹⁷ Premier ministre Lionel Jospin sous la Présidence de Jacques Chirac

³⁹⁸ Article 1 de l'arrêté du 10 avril 2002 portant création de la commission pédagogique nationale de la première année des études de santé

³⁹⁹ DEBOUZIE D., 2003, « Rapport de la commission pédagogique nationale de la première année des études de santé », Ministère de la Santé / Ministère de l'Éducation Nationale et de la recherche, 58p.

⁴⁰⁰ Premier ministre Jean Pierre Raffarin sous la Présidence de Jacques Chirac

Toutes les professions de santé ont été auditionnées, de même que les syndicats étudiants, par l'intermédiaire de leurs représentants, conformément à la lettre de mission adressée à la CPNES. Le rapport souligne que peu de synthèses existent à l'échelle nationale sur le devenir des étudiants en échec en PCEM1 ou en PCEP1 et sur leur succès dans les autres filières de formation, mis à part des travaux internes de statistiques de quelques universités sur les réussites et le devenir des étudiants en échec⁴⁰¹.

Les propositions sont dirigées par quelques grands principes énoncés comme : développer une culture commune aux professions de santé, ne pas faire de la première année une « année blanche », éviter le « gâchis humain » de PCEM1 et PCEP1 et ne pas mettre en compétition les primants et les doublants. Le maintien du *numerus clausus* et des quotas pour l'entrée en formation est une donnée implicite de cette réforme⁴⁰².

Les propositions de cette commission portent sur plusieurs points :

Le DEUG santé a été écarté à cause de la mise en place du schéma LMD et l'hypothèse d'une sélection après le bac n'a pas eu les faveurs des instances politiques lors de la création de la commission, dans l'esprit de la non-sélection à l'entrée de l'université.

La première année commune serait une année de formation et de préparation au concours **pour les 14 professions de santé réglementées** recensées⁴⁰³ : médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, audioprothésiste, manipulateur en électroradiologie médicale et technicien en analyses biomédicales.

L'accès à ces professions réglementées ne se ferait que par la voie universitaire. On trouve ici l'émergence du terme « universitariser », signifiant la volonté d'une vaste réforme englobant la formation complète des différentes professions dans le cadre de l'université⁴⁰⁴.

L'année commune serait organisée en deux semestres : le premier en tant que tronc commun à tous les étudiants, le second avec deux voies : une voie dite « sciences », l'autre dite « sciences humaines et sociales » avec un module spécifique de formation à chaque

⁴⁰¹ DEBOUZIE D., 2003, *op. cit.*, p 23.

⁴⁰² DEBOUZIE D., 2003, *Ibid.*, p 30.

⁴⁰³ Cette année commune aurait mis un terme à l'hétérogénéité des modalités d'entrée en formation, ce ne sera pas le choix retenu.

⁴⁰⁴ DEBOUZIE D., 2003, *op.cit.*, p 8 et p 21

profession de santé. «Une année commune de préparation et de formation aux diverses professions de santé devrait permettre à un étudiant qui en a les capacités, d'accéder à une profession de santé, au plus tard à sa deuxième tentative. L'année commune doit éviter qu'un étudiant tente deux fois médecine, puis pharmacie et enfin, une autre profession de santé »⁴⁰⁵. L'idée est d'éviter l'échec sec, tout comme les orientations « par dépit » lorsque l'étudiant est accepté dans une filière qu'il n'avait pas demandée, ou encore les orientations par défaut et en cascade lorsque ses résultats ne sont pas à la hauteur de ses ambitions et que l'éventail des possibles se réduit étape après étape. De nombreux étudiants entendus lors de la phase exploratoire ont connu de telles trajectoires. Tous les modules sont déclinés en ECTS de façon à permettre une validation que les étudiants pourraient faire valoir s'ils changent de parcours universitaire.

Le principe de concours est maintenu pour l'entrée dans chaque profession de santé, ils seraient organisés par chaque université et les coefficients des modules varieraient selon le concours présenté. Les étudiants auraient la possibilité de redoubler leur première année. De plus, l'idée d'une réorientation précoce a déjà fait son chemin : « une réorientation des étudiants doit être possible dès la fin du 1er semestre. La déclinaison des modules en crédits mais aussi l'intervention de conseillers d'orientation doivent permettre une réorientation vers des cursus qui ne relèvent pas des professions de santé »⁴⁰⁶.

En ce qui concerne **les passerelles**, on trouve mention de passerelles sortantes pour les étudiants qui auraient acquis des crédits mais ne continueraient pas leurs études vers une des quatorze professions de santé, mais aussi des passerelles entrantes pour une « seconde chance tardive » à des étudiants titulaires d'un diplôme du système LMD ou même par la validation des acquis de l'expérience selon la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002.

Le problème majeur induit par ce projet d'année commune est l'augmentation subite des effectifs d'étudiants à l'université, soit « une multiplication par un facteur compris entre deux ou trois, des effectifs d'étudiants inscrits dans l'année commune, si on les compare à ceux actuels de PCEM1 et PCEP1. (...) L'accueil de tous les candidats au premier semestre dans les locaux universitaires actuels des UFR médicales et pharmaceutiques apparaît globalement

⁴⁰⁵ DEBOUZIE D., 2003, *op cit.*, p. 33

⁴⁰⁶ DEBOUZIE D., 2003, *Ibid.*, p. 42.

délicat »⁴⁰⁷. Des problèmes de locaux, de personnels, de moyens afférents sont soulevés et une mise en œuvre progressive sur la base de régions volontaires est envisagée. Les enseignements en ligne et les TICE sont appelés à se développer.

Cette première année commune est envisagée comme une « première brique » d'une opération visant à installer une culture commune de santé parmi les professionnels, renforcée au fur et à mesure de la formation par des « mises en situation conjointe des étudiants ». De même, elle permettrait l'entrée dans le système LMD des études de santé⁴⁰⁸.

On le voit, les propositions de ce rapport sont ambitieuses, certaines seront retoquées, notamment l'organisation d'une première année commune aux quatorze professions mais aussi les passerelles entrantes par validation des acquis de l'expérience.

2.1.3 Le rapport Thuillez en Juillet 2006: organiser l'intégration des formations médicales et pharmaceutiques dans le cursus LMD

En juillet 2006, Christian Thuillez remet un rapport sur « l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD » au ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand et au ministre délégué de l'enseignement supérieur et de la recherche, François Goulard⁴⁰⁹. Il est alors PU-PH en pharmacologie et doyen de l'UFR de médecine de Rouen. Il sera ensuite Président de la conférence des doyens des facultés de médecine jusqu'en 2009.

Ce rapport aborde l'ensemble des formations médicales et pharmaceutique – une thématique plus large que la seule première année – en soulignant dès le début que la sélection par concours à la fin de la première année comme l'Examen Classant National (ECN) en sixième année sont deux « notions en principe incompatibles avec la notion de cursus LMD »⁴¹⁰. Quelques points sont à relever, qui vont servir de base à l'élaboration de la PACES.

Tout d'abord, il s'agit au début du cursus de **mutualiser les enseignements entre les filières médicales et pharmaceutique** à hauteur de 75 à 80% (médecine, odontologie, maïeutique,

⁴⁰⁷ DEBOUZIE D., 2003, *op.cit.*, p 43.

⁴⁰⁸ DEBOUZIE D., 2003, *Ibid.*, p 47.

⁴⁰⁹ Premier ministre Dominique de Villepin sous la Présidence de Jacques Chirac

⁴¹⁰ THUILLEZ C., 2006, « Rapport de la commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD », p 8.

pharmacie : les autres professions de santé ne sont pas concernées par ce rapport, il existe une autre mission de réflexion). Cette mutualisation permettrait aux étudiants « d’acquérir une formation de base commune, de faciliter les passerelles entre les professions et de renforcer les liens entre les métiers »⁴¹¹. Les fondements restent les mêmes que précédemment.

Puis, au cours de la première année ou L1, le rapport préconise que les quatre filières médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie fassent l’objet d’une sélection distincte grâce à l’identification de **quatre concours séparés**, ce qui devrait mettre un terme à la sélection « par défaut » due au concours unique et au choix en fonction du rang de classement. Il est donc prévu que l’étudiant puisse présenter plusieurs concours, voire les quatre. Cette proposition sera reprise dans la réforme.

Un principe de validation des unités d’enseignement (UE) est envisagé de façon à permettre un changement d’orientation vers un autre parcours universitaire. **La réorientation est envisagée dès la fin du S1** : « La semestrialisation de l’enseignement permet, à la fin du premier semestre, d’évaluer les étudiants sur un contenu pédagogique correspondant aux 2/3 environ des Unités d’Enseignement Mutualisées. Les résultats de cette évaluation seront communiqués aux étudiants dans les meilleurs délais afin de permettre à ceux qui le souhaitent, en fonction de leurs résultats, de se réorienter précocement vers d’autres filières universitaires et/ou professionnelles qui auront reconnu ces Unités d’Enseignement comme pouvant s’intégrer à leur cursus »⁴¹². La réorientation n’a pas ici de caractère obligatoire.

La deuxième chance au concours sous la forme du redoublement est maintenue mais le rapport indique qu’une note seuil (06/20) devrait être envisagée pour éviter les redoublements inutiles et permettre aux étudiants de se réorienter rapidement et de ne pas perdre une année. Ceci aurait aussi pour conséquence de « diminuer sensiblement » les effectifs de la première année. La réorientation en fin de L1 pourrait s’effectuer de la même façon qu’en fin de S1 sur la base de validations des UE obtenues : « Ainsi, en fin de L1, les étudiants peuvent s’engager dans d’autres cursus LMD dans les domaines de la Biologie, des Sciences Humaines et Sociales..., et peuvent avoir accès à des formations professionnelles

⁴¹¹ THUILLEZ C., 2006, *op. cit.*, p. 10.

⁴¹² THUILLEZ C., 2006, *Ibid.*, p. 12.

courtes, notamment dans le domaine paramédical ou dans des écoles telles que les écoles de Préparateurs en Pharmacie, de Techniciens de Laboratoire, etc.... »⁴¹³.

Il faut rappeler ici que l'accès aux formations paramédicales reste néanmoins subordonné aux modalités d'entrée en formation, parfois à l'issue d'une PACES à condition d'être classé en rang utile ou la plupart du temps sur concours interne. Ce point n'a visiblement pas été abordé par la commission puisqu'elle ne travaille que sur les quatre professions précitées et que l'intégration des formations paramédicales dans le schéma LMD fait l'objet de travaux dans d'autres groupes de travail. Par conséquent, la validation d'UE permettant d'intégrer une formation paramédicale va se mettre en place plus tardivement⁴¹⁴.

Un accès direct en L2, **passerelle entrante**, est envisagé pour des étudiants ayant validé une licence ou un master dans d'autres disciplines après validation de dossier et entretien. Cette proposition vise à diversifier le profil des étudiants futurs médecins.

Le rapport s'attache ensuite à démontrer que l'augmentation des effectifs d'étudiants en première année de santé ne devrait pas dépasser 10% compte tenu du fait que les filières de médecine, odontologie et maïeutique sont déjà regroupées au sein de PCEM1, il n'y faudrait ajouter que les étudiants de PCEP1, soit une augmentation de 20 à 25% mais les réorientations et les limitations de redoublement devraient moduler ce pourcentage. La commission propose un enseignement sur plusieurs sites avec une mutualisation des locaux, le recours plus fréquent à la visio transmission et à d'autres méthodes pédagogiques utilisant les bases de données informatisées en tant que socle d'enseignement qui pourra être retravaillé en présentiel, en amphithéâtre par exemple. Nombre de propositions formulées dans ce rapport vont être reprises dans le projet final de la PACES.

2.1.4 Le rapport Bach en Février 2008: l'exigence scientifique renforcée en première année des études de santé.

Jean-François Bach est médecin, professeur d'immunologie à Paris V et secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. Il est chargé en 2007 par Valérie Pécresse, ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, de constituer une commission pour faire des

⁴¹³ THUILLEZ C., 2006, *op. cit.*, p 13.

⁴¹⁴ Art 1 « dispenses de scolarité » de l'arrêté du 21 décembre 2012 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier

propositions en vue de réformer la première année de médecine. Il remettra le rapport de sa commission en février 2008. On peut aussi noter que Christian Thuillez fait partie de cette commission.

Le postulat de départ est qu'il existe une « situation inacceptable tant pour les étudiants que pour les enseignants »⁴¹⁵ engendrée par l'afflux de bacheliers dans la première année commune aux médecins, dentistes et sages-femmes alors même que le *numerus clausus* entraîne une pression considérable ainsi qu'un « **gâchis** de temps et de motivation pour des étudiants de très bon niveau »⁴¹⁶. Le taux d'échec en première année est très important. Le concours commun aux trois filières avec un choix de profession dépendant du rang de classement est également montré du doigt car il induit une hiérarchisation tacite des professions et fréquemment un choix par défaut. Cette première année «est de plus une perte inutile de temps et d'argent pour l'université »⁴¹⁷.

Ce rapport débouche sur dix propositions concrètes. Il convient de s'arrêter d'abord sur celle qui concerne la réorientation des étudiants ajournés :

« **La réorientation rapide des étudiants** les moins adaptés et la réduction progressive du nombre global d'étudiants suivant les enseignements du L1 santé» en privilégiant l'information en amont dès le lycée sur les exigences de la formation et les prérequis nécessaires ; inciter proviseurs et professeurs à s'investir dans l'orientation active « au-delà du rôle des Conseillers d'Orientation jugé actuellement insuffisant »⁴¹⁸ ; puis à l'université, généraliser les entretiens des candidats potentiels à l'entrée de la première année pour « apprécier l'adéquation entre leurs aspirations personnelles, leurs capacités et la réalité des études et du métier »⁴¹⁹. Cette réflexion préfigure ce qui va advenir avec Parcoursup quelques années plus tard.

La sélection à l'entrée du L1 santé étant jugée inacceptable légalement et politiquement, il propose la mise en place d'une réorientation rapide après le premier examen partiel, qui porte sur les disciplines fondamentales, en fin de S1. Les étudiants concernés

⁴¹⁵ BACH J.-F., 2008, « Réflexions et propositions sur la première année des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme L1 Santé », Rapport remis à Madame la Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, p 3.

⁴¹⁶ BACH J.-F., 2008, *Ibid.*, p 5.

⁴¹⁷ BACH J.-F., 2008, *Ibid.*, p 8.

⁴¹⁸ BACH J.-F., 2008, *Ibid.*, p. 10.

⁴¹⁹ BACH J.-F., 2008, *Ibid.*, p. 11.

seraient ceux ayant une note inférieure ou égale à 07/20 plutôt qu'un facteur multiplicatif du NC. Ils ne pourraient se réinscrire en L1 santé qu'après **une « boucle de rattrapage » et de remise à niveau de 18 mois dans une filière scientifique dûment validée.** Cette réorientation devrait concerner 30% des étudiants, « allégeant » d'autant le S2.

Le rapport souligne néanmoins à ce niveau : « Le problème reste posé du devenir immédiat de ces étudiants après l'annonce des résultats qui devrait être faite très rapidement après les épreuves (à la mi-janvier au plus tard) en vue de leur réorientation. Ce point soulève le problème de la duplication des premiers semestres d'enseignement de l'année universitaire au semestre S2, dans le cadre de la réforme de la licence récemment proposée par la Ministre. Cette réinscription à la mi-janvier serait facilitée si tous les étudiants pouvaient prendre une double inscription initiale en L1 Santé et en L1 Scientifique, sachant que la deuxième inscription devrait être gratuite »⁴²⁰.

On voit donc que la stratégie de dérivation privilégiée en 2008 devient la licence de Sciences, tout comme le diplôme universitaire de biologie était une filière de sortie en 1971 lors de l'instauration du *numerus clausus*. Ce à quoi il faut ajouter que des contingents d'étudiants munis d'un DEUG de biologie ont été contraints de se réorienter par faute de débouchés ou d'insertion professionnelle pendant les années qui ont suivi.

La réorientation serait aussi proposée aux étudiants ayant obtenu une note finale de moins de 07/20 en fin de S2 avec une boucle de rattrapage de 12 mois. « Cette mesure pourrait encore réduire de façon significative le nombre de doublants »⁴²¹. Les effectifs de première année et les flux d'étudiants sont vraiment une préoccupation et un enjeu pour cette réforme.

« **La création d'un L1 santé commun aux quatre filières de santé** » à savoir médecine, dentaire, sage-femme et pharmacie avec un programme identique pendant le S1 et une diversification au cours du S2 sous la forme de modules spécifiques avec des coefficients différents pour chacune des disciplines aux quatre concours. Les sciences fondamentales seraient renforcées et les sciences humaines et sociales restructurées. Le programme s'appuie sur celui qui a été élaboré par les Commissions pédagogiques nationales.

⁴²⁰ BACH J.-F., 2008, *op cit.*, p. 12.

⁴²¹ BACH J.-F., 2008, *Ibid.*, p. 12

« **De nouvelles modalités de concours** ». Il n’y aurait plus un mais quatre concours, limitant ainsi l’effet du choix de profession en fonction du rang de classement et par défaut. Les étudiants auront la possibilité de se présenter à plusieurs concours, mais devraient faire le choix du ou des concours présentés en début de S2. Les résultats obtenus en S1 seraient pris en compte dans la note totale du concours. Les disciplines scientifiques restent évaluées sous forme de QCM, le module Santé, Société, Humanité sous forme rédactionnelle.

« **Les améliorations pédagogiques** » portent sur le développement du tutorat, mis en place théoriquement depuis 1998 à l’université mais concurrencé par « des officines privées qui ont le double inconvénient d’être couteuses et donc injustes, et de pousser au bachotage »⁴²². L’autre point pédagogique aborde les méthodes et nouveaux outils pédagogiques, dont les TICE qu’il convient de développer préférentiellement aux photocopies des années passées.

« **Les passerelles entrantes** » ou la création de nouvelles voies d’entrée dans les filières de santé. Ce point appuie l’idée qu’un recrutement varié d’étudiants venant d’autres filières scientifiques ou des Grandes écoles, des professionnels de santé en exercice ou encore de bons éléments issus de filières littéraires ou économiques, viendraient enrichir une approche diversifiée de la santé. L’entrée serait prévue en L2 ou en L3 selon le niveau des candidats potentiels et selon des modalités très définies.

« **Les passerelles sortantes** » seraient prévues pour les étudiants non reçus au concours, les reçus-collés, seraient accueillis aussi bien dans les cursus universitaires généralistes (UFR Sciences, Droit, Psychologie...) que dans les cursus professionnalisants de sciences ou de santé, IUT, selon des modalités arrêtées avec les responsables des filières envisagées.

Une proposition vise à « enrichir le programme pédagogique de première année en renforçant les enseignements de sciences fondamentales »⁴²³. Ceci sera mis en œuvre par la loi et fera dire aux enseignants et responsables enquêtés :

R29 : Le contenu a changé...enfin... a changé...il est devenu beaucoup plus scientifique !

Q : Encore ?

R29 : Encore...c'est-à-dire qu'il n'y a plus, par exemple, d'anatomie en S1...il n'y a pas de sciences humaines en S1. Donc, c'est essentiellement scientifique : physique, chimie, maths

⁴²² BACH J.-F., 2008, *op cit* p 18.

⁴²³ BACH J.-F., 2008, *Ibid.*, p 7.

(R29, homme 50 ans environ, MCU-PH, Exploration fonctionnelle neuro-pédiatrie, Vice-président Université)

Ce renforcement en matières scientifiques n'est pas non plus apprécié par le Doyen de l'UFR de médecine :

Je pense que, contrairement au discours politique ambiant – on en a reparlé à la dernière conférence des doyens – (...) on trouve que ça ne répond pas à tous les objectifs pour lesquels ça a été fait (*sous-entendu la réforme de la PACES*). On trouve que les étudiants ont été mis en situation de souffrance importante (...) parce que les étudiants qui sortent du secondaire sont d'emblée injectés dans l'enseignement supérieur, avec une pression énorme, que les programmes ont été durcis sur le plan scientifique puisque les programmes se sont faits en deux fois : il y a eu d'abord le programme qui semblait faire le consensus de tout le monde et puis, on y a rajouté Monsieur Bach qui est de l'Académie des Sciences et biophysicien, qui a durci un petit peu le programme »

(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

Le rapport Bach est déterminant pour la réforme, il sera le dernier rapport d'information volumineux destiné à la prise de décision du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Il se termine d'ailleurs par ces mots : « Il est important que, dès que les réformes auront été décidées, leur mise en œuvre soit faite dans les meilleurs délais, si possible pour la rentrée de septembre 2008 et au plus tard l'année suivante »⁴²⁴. Une circulaire ministérielle va venir acter, en août 2008, les modifications à venir pour la première année des études de santé, mais il faudra encore attendre pour la mise en place de la réforme.

2.1.5 Le rapport Couraud en Novembre 2008: un dernier rapport sur le contenu des enseignements de la nouvelle première année

Ce rapport est présenté par le Professeur François Couraud, PU-PH en biochimie à Paris VI Pitié-Salpêtrière et conseiller scientifique à la Direction générale de l'enseignement supérieur. Il est rendu en novembre 2008 et porte essentiellement sur le programme de la première année de santé et l'organisation des UE. S'appuyant sur les propositions de programme des commissions pédagogiques de médecine, odontologie, maïeutique et

⁴²⁴ BACH J.-F., 2008, *op. cit.*, p 23.

pharmacie, il est enrichi des réflexions du groupe de travail présidé par François Couraud et dans lequel on retrouve les Professeurs J-F Bach et C. Thuillez. Outre les représentants des quatre professions de santé, les autres membres sont tous professeurs d'université en sciences : biophysique, biologie cellulaire..., voire directeurs d'UFR de sciences.

Un des objectifs était d'harmoniser le contenu pour « minimiser les effets de frontière entre les disciplines »⁴²⁵. Il est intéressant de noter qu'en parallèle les propositions visent à renforcer la base scientifique du contenu pédagogique du L1 de façon à permettre une réorientation vers les licences scientifiques dès la fin du S1 : « Les réorientations à la fin du S1, en particulier, vers les licences scientifiques seront facilitées par **le contenu très scientifique du premier semestre** mais le succès de cette réorientation dépendra de la mise en place de S2 spécifiques par les UFR scientifiques »⁴²⁶

L'attention est portée sur la nécessité d'insérer la première année des études de santé dans le dispositif « Réussite en licence » avec un meilleur encadrement des étudiants sous la forme d'enseignements dirigés et de travaux pratiques. D'ailleurs, ce L1 santé est destiné à devenir la première année des licences de sciences de la santé, dont la mise en œuvre sur tout le territoire national n'est toujours pas effective.

Le rapport préconise d'utiliser **un facteur multiplicatif du NC pour le nombre de redoublants** autorisés, les universités gardant individuellement une marge de manœuvre : « Le groupe de travail estime préférable de laisser les établissements libres de fixer la valeur de n dans une fourchette comprise entre 2 et 2,5. Ceci permettrait une meilleure adaptation aux situations locales»⁴²⁷. Cette fourchette sera modifiée dans le texte de loi entre 2,5 et 3. Le travail d'expertise et de conseil étant terminé pour chacun des protagonistes, la mise en place de la réforme de la première année des études s'est continuée par un travail législatif.

⁴²⁵ COURAUD F., 2008, « Rapport du groupe de travail sur le contenu pédagogique du programme de la première année des études de santé », Direction générale de l'enseignement supérieur, MESR, p 2.

⁴²⁶ COURAUD F., 2008, *ibid* p 3.

⁴²⁷ COURAUD F., 2008, *ibid* p 3.

2.2 LA PREMIERE ANNEE DES ETUDES DE SANTE ISSUE DE LA REFORME

2.2.1 Le vote de la loi pendant l'année universitaire 2008/2009

Suite au rapport remis par Jean-François Bach, fin février 2008, la réforme souhaitée par le ministère de l'enseignement supérieur est engagée et sa mise en œuvre est actée par un premier texte officiel émanant du Ministère de l'Enseignement Supérieur pendant que la proposition de loi va s'élaborer à l'Assemblée Nationale.

2.2.1.1 *La circulaire du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche du 01 aout 2008*

Une circulaire en date du 01 aout 2008, signée par Valérie Pécresse, est adressée aux Présidents d'Université, aux Recteurs d'Académie et aux Directeurs d'UFR de médecine, odontologie et pharmacie. Ce texte les engage à prendre un certain nombre de mesures pour la rentrée 2009-2010 en vue de la réforme de la première année des études de santé.

On y trouve un bon nombre des propositions de la commission Bach : une année commune aux quatre filières précitées avec quatre concours distincts, le développement des entretiens avant l'entrée en première année dans le cadre de l'orientation active, les passerelles entrantes en L2 mais uniquement aux étudiants détenteurs d'un master ou du grade de master, ou bien encore aux étudiants ayant atteint le niveau licence dans les études de médecine, odontologie ou pharmacie, leur permettant de changer de filière de santé.

Concernant **la réorientation**, certaines mesures peuvent être engagées dès la rentrée 2008 :

« Vous êtes également invités à expérimenter, dès à présent, les modalités pédagogiques qui permettront la réorientation optimale à l'issue du premier semestre, des étudiants de première année santé qui devront acquérir un complément de formation, en particulier scientifique, avant de se réinscrire dans cette année d'études. La mise en place de ces mesures dans les universités volontaires permettra d'évaluer l'efficacité du dispositif en vue de sa généralisation. Le principe de cette réorientation obligatoire, tant à l'issue du premier semestre que de la première année, sera posé par la loi et sa mise en œuvre prévue dans l'arrêté relatif à la première année des études de santé »

La réorientation y est qualifiée de **dispositif** mis en place en vue d'éviter les échecs aux étudiants peu susceptibles de réussir, dès le premier semestre et de limiter les redoublements inconsidérés d'étudiants ayant un niveau très faible. Il est fait mention également du groupe de travail, présidé par François Couraud, chargé de finaliser le contenu de la première année et qui doit « s'assurer de sa compatibilité avec les réorientations envisagées, en particulier vers les licences de sciences ».

2.2.1.2 *Quelques navettes entre l'Assemblée Nationale et le Sénat avant l'adoption définitive*

A l'Assemblée Nationale, c'est le Professeur Jacques Domergue, PU-PH au CHU de Montpellier et député UMP de l'Hérault qui porte la première proposition de loi le 15 octobre 2008, mais celle-ci est renvoyée à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus. Jacques Domergue rédigera le rapport au nom de cette commission en décembre 2008⁴²⁸. Adoptée le 16 décembre 2008, la proposition de loi part au Sénat où c'est le Professeur Jean-Claude Etienne, sénateur UMP de la Marne, déjà co-auteur du livre « De la médecine à la santé », qui sera en charge du rapport⁴²⁹. Modifié puis adopté au Sénat le 11 février 2009, le projet de loi reviendra à l'Assemblée Nationale. Finalement adopté le 22 juin 2009, le texte sera promulgué le 07 juillet 2009 en tant que « **Loi portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants** »⁴³⁰. La loi aura donc été discutée, amendée et votée pendant la session parlementaire 2008-2009. L'arrêté suit quelques temps plus tard⁴³¹.

⁴²⁸ DOMERGUE J., 2008, « Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de loi n° 1182 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants, » n°1318, Assemblée Nationale, 41 p.

⁴²⁹ ETIENNE J.-C., 2009, « Rapport fait au nom de la commission des Affaires culturelles sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée Nationale, portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants » n°198, Sénat, 50 p.

⁴³⁰ Loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants.

⁴³¹ Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé paru au Journal Officiel du 17 novembre 2009

L'intitulé n'est pas anodin : il y a création d'une nouvelle année d'études car les quatre formations, médecine, odontologie, pharmacie et sage-femme, sont concernées. Les autres professions de santé ont été écartées depuis le rapport Bach notamment à cause du volume d'étudiants que cela pourrait représenter, mais aussi parce que leurs formations ne sont pas, pour l'instant, rattachées à l'université à quelques exceptions près. Un autre rapport de l'IGAS et l'IGAENR⁴³² est venu en 2008 conforter ce diagnostic. Elles font partie d'autres groupes de travaux au Ministère de la Santé et au Ministère de l'Enseignement Supérieur, menant à la réingénierie des formations paramédicales.

Le terme de L1 Santé est abandonné depuis la circulaire du 01 août 2008 de la Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, il avait été prévu de l'appeler « première année des licences de sciences de la santé » mais l'appellation évoluera vers Première année commune aux études de santé ou PACES.

La réorientation des étudiants apparaît dès l'intitulé, c'est un axe important de la réforme.

Les dispositions de l'arrêté de mise en œuvre de la loi sont applicables pour l'année universitaire 2010/2011. Même si certaines universités avaient anticipé depuis la circulaire ministérielle d'août 2008, le choix d'une application de la réforme à la rentrée 2010 a été retenu⁴³³. Et chaque université doit mettre en place la réorientation au plus tard à la rentrée 2012.

Le premier axe important de la réforme est la lutte contre l'échec avec les tutorats qui sont renforcés et légitimés et la création de solutions de réorientations ou passerelles sortantes. Le deuxième axe est la rationalisation des moyens grâce à l'intégration de la première année de pharmacie : « l'instauration d'une année commune mutualise un grand nombre d'enseignements »⁴³⁴, ce qui ne semblait pas aller de soi comme le montre l'opinion des acteurs de terrain qui peut être très tranchée sur ce point :

Très clairement aussi, je pense que, ce qui a posé problème à beaucoup de doyens – alors, c'est pas l'antinomie historique entre médecine et pharmacie – c'est que, ça ne pose pas de problèmes de faire des études pour kiné, pour dentaire, pour sage-femme, mais on peut se demander : « qu'est-ce qu'on a de commun avec la pharmacie ? » Et donc, ça, ça a péché parce

⁴³² MORELLE A., VEYRET J., LESAGE G., 2008, « Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales », Rapport IGAS/ IGAENR n°2008-068, 146 p.

⁴³³ ETIENNE J.-C., 2009, *op. cit.*, p 26.

⁴³⁴ AZZOUZ R., 2015, *op cit*, pp 2 -3.

que ...ils n'ont déjà pas un même statut, hospitalo-universitaire, ce qui les a amenés à créer artificiellement des ED par petits groupes, pas du tout dans un but pédagogique, mais dans un but de faire des heures et que, je pense qu'ils n'ont pas joué le jeu des programmes qui voulait qu'on essaie de mutualiser les matières...Je ne veux pas être paradoxal, mais c'est la réflexion que m'ont fait certains doyens en France, en disant qu'ils ont eu des enseignants de pharmacie qui faisaient 50 H de chimie auparavant: on leur a dit « vous n'avez plus que 10H » donc, en 10H, ils ont fait ce qu'ils faisaient en 50H, ce qui n'est pas une adaptation de la pédagogie !!!
(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

Pour conclure, il était utile de reconstruire le parcours de préparation de cette loi pour montrer les prises de décision comme les hésitations qui se sont succédé pendant une dizaine d'années avant d'aboutir. De plus, la configuration de l'espace des prises de décisions a pu être esquissée en s'appuyant sur les instances développées au chapitre précédent, ainsi que sur la position des agents, souvent situés à la fois dans le champ médical et le champ politique.

2.2.2 A l'issue de la réforme: un contenu harmonisé et la réorientation instituée

En conséquence, à la rentrée 2010, les étudiants ont inauguré la nouvelle première année commune des études de santé. Elle concerne les quatre professions précitées et certaines formations paramédicales si des dispositions réglementaires nationales l'autorisent. L'entrée en première année reste subordonnée à la possession du baccalauréat ou d'une équivalence, aucune forme de sélection n'a été envisagée.

La formation est organisée en deux semestres avec des enseignements théoriques et dirigés. Les TICE font partie des nouvelles méthodes d'enseignement comme la vidéo transmission sur un ou plusieurs sites ou la mise en ligne de contenus de formation sur l'espace numérique de travail.

Le programme comporte 7 Unités d'Enseignement (UE) communes et une unité spécifique selon la ou les filière(s) choisie(s). La validation de l'ensemble des UE permet

l'acquisition de 60 crédits européens ou ECTS. Programme et UE sont définis nationalement. Les universités gardent un peu de marge de liberté sur la fixation des coefficients et sur l'UE spécifique du second semestre.

Au premier semestre, qui est un tronc commun pour les quatre formations, les UE se répartissent de la façon suivante :

- *UE1 : Atomes, bio molécules, génome, bioénergétique, métabolisme*
Chimie physique : atomistique, liaisons chimiques, réactions chimiques
Chimie organique : représentations, nomenclatures, effets électroniques, principales fonctions chimiques...
Biochimie : glucides, lipides, protéines, bioénergétique...
Biologie moléculaire
- *UE2 : La cellule et ses tissus*
Histologie : tissus adipeux, osseux, cartilagineux, musculaires...
Embryologie : fécondation, développement embryonnaire...
La cellule : membrane cellulaire, cytosquelette, noyau, cycle cellulaire, système endomembranaire, jonctions cellulaires, communication...
- *UE3 : Organisation des appareils et systèmes 1: aspects fonctionnels et méthodes d'étude (1° partie)*
États de la matière
Domaine de l'optique
Les très basses fréquences des spectres électromagnétiques
Méthodes d'études en électrophysiologie jusqu'à l'électrocardiogramme
Rayons X et Gamma, rayonnement particulaire
- *UE4 : Évaluation des méthodes d'analyse appliquées aux sciences de la vie et de la santé*
Généralités en anatomie.
Anatomie des systèmes : système nerveux, organes des sens, système digestif, système cardio-circulatoire, système respiratoire, système uro-génital, système endocrinien⁴³⁵.

⁴³⁵ La présentation des UE reprend celle qui est faite par l'UFR de médecine pour une compréhension synthétique. Le curriculum issu du groupe de travail de la Direction générale de l'enseignement supérieur présidé par François Couraud comprend 10 pages. Les UE du second semestre ne sont pas détaillées car elles ne sont pas éprouvées dans le cadre de cette enquête.

A l'issue du premier semestre (S1), les étudiants passent une première partie commune de concours. En fonction du classement obtenu à ces épreuves, le texte prévoit que les candidats en fin de classement, dans la limite de 15% du nombre d'inscrits, pourront être orientés vers d'autres formations. Ils ne pourront tenter à nouveau la première année commune aux études de santé qu'au bout de 18 mois en ayant fait et validé un an et demi d'une autre formation conduisant au grade de licence (soit 90 ECTS). Un dispositif de réorientation doit alors être mis en place par les universités.

Les étudiants autorisés à poursuivre doivent s'inscrire dans la ou les filières où ils désirent passer leurs épreuves de classement. Ils suivent les quatre UE communes :

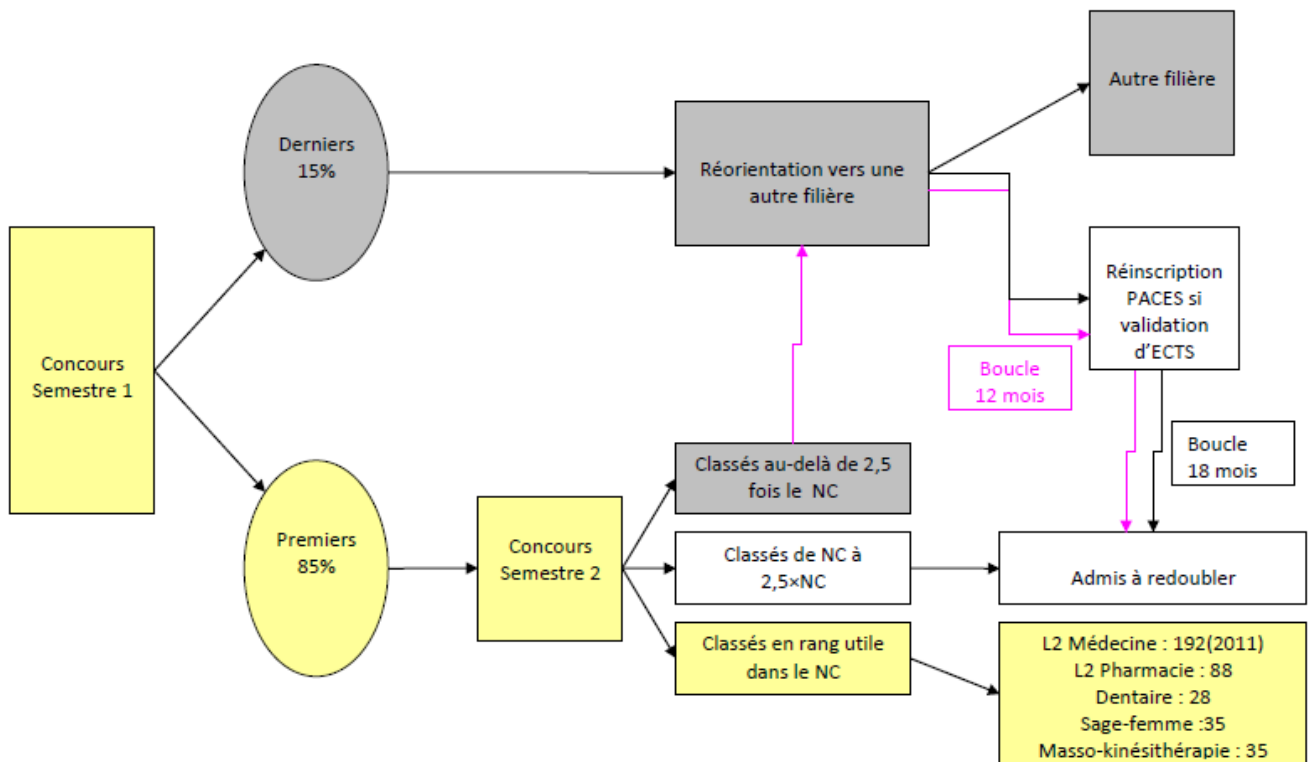
- UE3 : Organisation des appareils et systèmes 1 (2° partie)
- UE5 : Organisation des appareils et systèmes 2: aspects morphologiques et fonctionnels
- UE6 : Initiation à la connaissance du médicament
- UE7 : Santé, société, humanité
- L'UE 8 est une UE spécifique à chaque filière

A l'issue du deuxième semestre (S2), les étudiants (85% restants) passent la deuxième partie du concours avec la possibilité de se présenter aux quatre concours, s'ils ont suivi les UE spécifiques. Les matières sont assorties d'un coefficient différent selon la filière choisie. C'est le Conseil d'administration de chaque Université qui fixe les coefficients des UE sur proposition du Conseil des études et de la vie universitaire (CEVU).

Un classement est établi dans chaque filière à la suite des résultats obtenus en S1 et en S2. Les étudiants reçus dans la limite du numerus clausus (NC) peuvent intégrer la deuxième année.

Ceux qui sont classés entre le NC et un rang compris entre 2,5 fois et 3 fois le NC ont la possibilité de redoubler. Ceux classés au-delà d'un rang compris entre 2,5 et 3 fois le NC seront réorientés et ne pourront tenter à nouveau la première année commune aux études de santé qu'au bout d'un an, en ayant fait et validé un an d'une autre formation conduisant au grade de licence (soit 60 ECTS). La note seuil autorisant ou non le redoublement n'a pas été conservée dans le texte définitif.

Figure 5 : Diagramme du flux des étudiants selon leur classement au cours de l'année de PACES



On peut néanmoins faire la remarque suivante : un étudiant qui est réorienté au bout du S1 vers une UFR de sciences par exemple et qui envisage de redoubler en PACES après avoir validé ses 90 ECTS aura effectué : 6 mois en PACES + 18 mois de « boucle de rattrapage » soit deux années - que l'on peut qualifier de préparatoires – avant de tenter à nouveau sa chance. Certes, il aura consolidé ses acquis scientifiques mais il n'a aucune certitude de réussir à l'issue de sa deuxième PACES, ce qui ferait trois ans d'études sans pouvoir s'inscrire dans une formation en santé : les passerelles sont alors un moyen de valoriser l'effort fourni pour intégrer une autre filière. C'est la réflexion qui va être menée dans le but d'améliorer la PACES.

Cette réforme initie également le passage des études médicales dans le système LMD. La PACES représente la première année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (ou Pharmaceutiques, Odontologiques, Maïeutiques) Chacun de ces diplômes correspond au niveau Licence avec six semestres de formation validés par 180 ECTS ou crédits européens. La réforme du cycle suivant, le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales interviendra plus tard.

2.3 LES EVOLUTIONS DE LA PACES : EXPERIMENTATIONS, ALTERNATIVES ET PASSERELLES

La mise en œuvre de la PACES réalisée, le constat s'est peu à peu imposé que cette réforme ne tenait pas toutes ses promesses : les promotions d'étudiants en première année continuaient de grossir en même temps que l'élévation du *numerus clausus*, les réorientations se mettaient en place en ordre dispersé et les passerelles étaient balbutiantes, de l'ordre de 2% du NC ⁴³⁶. Pour Olivier Véran, alors député, « le principal objectif de la PACES, qui était de remédier au **gâchis humain**, n'est pas atteint »⁴³⁷.

L'alternance politique en 2012⁴³⁸ favorise la remise en question des réformes passées, comme la loi LRU par exemple, et plus largement, va marquer une rupture avec le fonctionnement précédent. Le changement entend se faire sur un mode participatif et va s'appuyer sur une large concertation pour faire remonter des propositions : ce processus va s'appeler les Assises de l'enseignement supérieur en vue d'une loi d'orientation pour l'enseignement supérieur et la recherche, parfois nommée Loi Fioraso.

Lancées le 11 juillet 2012, les Assises vont commencer par six mois de concertation donnant naissance à 25 rapports territoriaux et plus de 120 propositions regroupées en trois thèmes: « Agir pour la réussite de tous les étudiants », « Donner une nouvelle ambition pour la recherche », « Redéfinir l'organisation nationale et territoriale de l'enseignement supérieur et de la recherche » soit trois ateliers débattus fin novembre 2012⁴³⁹. Un rapport sera remis au Président de la République mi-décembre par Vincent Berger, Président de l'université Paris Diderot et un autre rapport au Premier ministre proposant les transcriptions législatives et réglementaires des conclusions des Assises, par Jean-Yves Le Déaut, député et vice-Président de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST). Le processus se poursuit par l'élaboration du projet de loi présenté en Conseil des ministres en mars 2013 avant un travail législatif qui aboutira au vote de cette loi en juillet 2013⁴⁴⁰. Les

⁴³⁶ Compte-rendu de l'atelier « La Réussite des étudiants », contribution Assises ESR, UPJV Amiens, 2 octobre 2012

⁴³⁷ VERAN O., 2013, « Avis présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à l'enseignement supérieur et à la recherche », Assemblée Nationale, p. 9.

⁴³⁸ François Hollande succède à Nicolas Sarkozy à la Présidence de la République et Geneviève Fioraso devient Secrétaire d'État chargée de l'ESR après Valérie Pécresse et Laurent Wauquiez.

⁴³⁹ « Projet de loi d'orientation pour l'enseignement supérieur et la recherche », 2013, Dossier de presse, MESR, p 5.

⁴⁴⁰ Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche

propositions étant très nombreuses, c'est au sein du thème « Agir pour la réussite de tous les étudiants » que se trouvent celles qui vont entraîner des modifications pour la PACES.

Les propositions du comité de pilotage, élaborées après la concertation, envisageaient trois scénarii :

- Le premier prévoyait une **sélection à l'entrée de la PACES**
- Le second voulait mettre en place des accès à la deuxième ou troisième année des études de santé à partir d'une licence généraliste ou d'une licence santé généraliste. **Ces passerelles auraient lieu sous forme d'expérimentations** dans un premier temps
- Le troisième ambitionnait de construire des **parcours LMD correspondants aux quatre grands domaines de formation en santé** : médical, pharmaceutique, rééducation et soins infirmiers. Cette proposition permettait de mettre en place les différents niveaux de qualification nécessaires pour les métiers de la santé de niveau intermédiaire. Des passerelles identifiées vers des parcours scientifiques, les écoles d'ingénieurs, les autres parcours du domaine santé et les filières du social remédiaient à l'échec en PACES.

Cette troisième mesure s'inscrivait dans la stratégie nationale de l'enseignement supérieur et prévoyait de confier au Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche la coordination de toutes les formations post-bac. Cette mesure sera adoptée : ainsi, le ministre de l'enseignement supérieur assure avec les autres ministres concernés, la tutelle des établissements d'enseignement supérieur relevant d'un autre ministère et intervient dans la définition du projet pédagogique⁴⁴¹. Ceci facilite l'intégration dans le LMD des formations paramédicales et permet de contrôler la délivrance des grades licence, master et doctorat. De cette façon, le MESR chapeaute toutes les formations en santé. « La formation des futurs professionnels de santé est un des cinq piliers de la stratégie nationale de santé »⁴⁴².

⁴⁴¹ Art 4 - Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche

⁴⁴² VÉRAN O., 2013, *op. cit.*, p. 12.

2.3.1 Les expérimentations : une déconstruction progressive de la PACES

La loi va retenir deux scénarios sur les trois. La sélection à l'entrée de l'université n'étant pas envisageable juridiquement et politiquement, des oppositions s'étant élevées contre cette option, c'est plutôt une amélioration du dispositif de réorientation existant qui va être actée.

2.3.1.1 Une réorientation plus précoce est prévue

Plutôt que la sélection à l'entrée, une tentative de réorientation avant la fin du premier semestre est envisagée. Des épreuves portant sur les enseignements dispensés peuvent se dérouler huit semaines après la rentrée. Au regard des résultats, les étudiants susceptibles de ne pas être classés en rang utile à l'issue de la première année peuvent être réorientés. L'université doit alors leur proposer une inscription dans une formation qui les accueille dès l'année universitaire en cours⁴⁴³. Néanmoins, les organisations étudiantes sont opposées à qu'elles tiennent pour une sélection précoce et une réorientation forcée⁴⁴⁴. De plus, cette disposition se heurte à des difficultés, qui ne sont pas surmontées dans l'université observée :

Q : il a été question qu'il y ait une forme d'évaluation au bout de huit semaines après la rentrée pour essayer de tester le niveau...

R34 : je n'ai pas entendu parler du tout de ce genre de chose. Non, non, rien n'est fait pour... Enfin, voilà, l'évaluation est déjà rapide parce que c'est en décembre : quand on commence en septembre, ça arrive déjà assez vite. Non, il n'y a rien qui est mis en place sur ces périodes là pour présélectionner ou leur donner un état des lieux. Et puis tout l'investissement du concours ! Pour réorganiser en plus une évaluation, je pense aussi que c'est ça qui bloque avant tout...la logistique... c'est couteux en termes d'énergie, de temps et de personnel...

(R34, femme 40 ans environ, MCU-PH, cours d'histologie embryologie en PACES, référent médecine pour le dispositif réorientation)

⁴⁴³ Alinéa 1- Art 39 - Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche

⁴⁴⁴ Communiqué de presse « La FAGE condamne la sélection à l'entrée de l'université » 04/04/2013

Cette disposition ne sera pas suivie de beaucoup d'effets, les universités préférant mettre leur énergie dans le scénario des alternatives à la PACES, proposition soutenue par bon nombre de doyens et expliquée ci-dessous.

Les expérimentations de nouvelles modalités d'accès aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques⁴⁴⁵ regroupent les deuxième et troisième scénarios. Elles ont débuté en 2014 - 2015 par vagues successives. Ces expérimentations sont essentiellement construites sur deux modèles qui vont être détaillés maintenant.

2.3.1.2 *Le modèle de l'Alter PACES, une passerelle entrante*

Premièrement, par l'Alter PACES, il s'agit de permettre une admission directe en deuxième ou troisième année des études de médecine, odontologie, pharmacie, maïeutique à des étudiants après validation d'une L2 ou L3 d'une licence « adaptée »⁴⁴⁶ dans une proportion définie par l'université et qui s'impute sur son *numerus clausus*. La part attribuée à ces admissions directes varie entre 5 et 30% du *numerus clausus* selon les universités⁴⁴⁷. Les licences adaptées sont des licences existantes associées à la validation d'unités d'enseignements complémentaires ou encore des nouveaux parcours de type licence « sciences pour la santé ». C'est donc le principe d'une intégration parallèle, nommé Alter PACES, visant une diversification du recrutement, mais la PACES classique est toujours présente dans les universités qui l'expérimentent. Ces **passerelles entrantes** étaient déjà prévues dans la loi de 2009 mais n'étaient accessibles qu'avec le niveau Master.

La modalité Alter PACES permet de déroger à la PACES, mais il subsiste une sélection à l'entrée de la deuxième ou troisième année des études de santé qui se fait en deux temps : l'admissibilité qui consiste en un examen du dossier du candidat par un jury avec, le plus souvent, la validation de la deuxième ou troisième année de licence en première session, puis l'admission sous la forme d'un ou plusieurs entretiens avec le jury.

⁴⁴⁵ Décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques

⁴⁴⁶ Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche. Art 39 - Alinéa 2

⁴⁴⁷ Arrêté du 20 février 2014 relatif à l'expérimentation de nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques. Annexes.

La part a eu tendance à augmenter au fil des années dans chacune des 24 universités concernées.

2.3.1.3 Le modèle de la PACES adaptée, une passerelle sortante

Deuxièmement, par la PACES adaptée, il s'agit de construire des parcours de formation visant la réussite et évitant les redoublements, tout en supprimant la PACES classique.

Cette deuxième modalité a été initiée par l'université d'Angers depuis 2015-2016 sous le nom de PluriPASS. « L'expérimentation PluriPASS remplace la PACES par un dispositif permettant d'intégrer l'une des filières santé au cours de trois semestres, ou bien de se réorienter grâce à des **passerelles sortantes** »⁴⁴⁸. C'est un parcours pluridisciplinaire qui a pour but d'amener les étudiants vers la poursuite d'études universitaires quelle que soit leur réussite aux concours d'admission aux filières santé. En conséquence, il permet d'accéder aux études de santé mais aussi à une quinzaine de licences ou à des écoles d'ingénieurs et ainsi de favoriser la réussite des étudiants. « Ce dispositif a permis d'inverser le ratio réussite-échec : 72 % de réussite et 28 % d'échec sur les deux premières promotions de PluriPASS, contre moins 30 % de réussite et plus de 70 % d'échec en PACES »⁴⁴⁹. PluriPASS fonctionne sur le mode de l'étalement du *numerus clausus*⁴⁵⁰. Les étudiants tentent leur première chance au concours au bout de deux semestres où il y a des places à hauteur de 75% du NC, une deuxième chance est permise au troisième semestre pour 25% du NC. Si redoublement il y a, il n'autorise pas l'étudiant à se présenter au concours du second semestre, uniquement celui du semestre 3.

Un autre type de PACES adaptée a été expérimentée à partir de la rentrée 2018 par trois universités parisiennes sous le nom de PACES One, ainsi qu'à l'université de Brest : UBO PASS. Elle permet de donner deux chances d'admission dans les études de santé, sans redoublement, ainsi qu'une poursuite d'études dans des parcours de licences divers.

Le projet UBO PASS de Brest est structuré autour de deux axes : accompagnement du choix de filière en santé au semestre 1 par une UE de projet professionnel et acquisition de compétences complémentaires au semestre 2 par des UE permettant une poursuite d'études vers d'autres filières. La PACES One repose sur un temps d'enseignement magistral plus court avec une première partie de concours en décembre et l'autre en avril. A l'issue de ces deux

⁴⁴⁸ MARQUES S., 2019, « La réforme de la première année commune aux études de santé : Construction et mise à l'épreuve d'un dispositif de gestion des flux étudiants », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13, 1, p. 230.

⁴⁴⁹ LAFON L., 2019, « Avis fait au nom de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé », n° 516, Sénat, p. 11.

⁴⁵⁰ MARQUES S., 2019, *ibid.*, p 230.

évaluations écrites, 80% des places du numerus clausus sont attribuées. Les 20% restants sont attribués à la suite de mini entretiens multiples⁴⁵¹ (MEM), le classement tenant compte à parts égales du résultat de l'écrit et des oraux. Une deuxième chance reste possible, sous conditions d'excellence, par la voie de l'Alter PACES.

Les doyens des facultés de médecine ont toutefois émis des réserves, craignant des inégalités d'accès aux études : « La suppression du redoublement ne doit pas s'associer à une augmentation du recours aux services des préparations privées avec des années entières (dites « PO ») financièrement sélectives, empêchant la diversification souhaitée et annulant la disparition du redoublement »⁴⁵².

Mises en place à la rentrée 2014-2015, toutes les expérimentations étaient prévues pour une durée de six ans et ont été prolongées par la loi ORE de mars 2018 jusqu'en 2022. Elles ont fait l'objet d'un rapport d'évaluation au CNESER. En décembre 2018, le rapport « Suppression du Numerus Clausus et de la PACES : Refonte du premier cycle des études de santé pour les "métiers médicaux" » a été présenté par le Professeur Jean-Paul Saint-André, président de l'université d'Angers, un des créateurs de Pluri PASS, à la Ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche Frédérique Vidal et à la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzin. L'ambition de ce travail était de faire le bilan des expérimentations mais encore de répondre à la réforme envisagée par le chef de l'État et son gouvernement : « Le numerus clausus sera donc supprimé pour cesser d'entretenir une rareté artificielle, et pour nous permettre de former plus de médecins avec un mode de sélection rénové, et de renforcer la dimension qualitative et le niveau de formation des études de santé »⁴⁵³.

Une loi allant dans ce sens et pérennisant les dispositifs testés par ces expérimentations a été votée en juillet 2019⁴⁵⁴ donnant naissance au Parcours spécifique accès santé (PASS) et aux Licences option Accès santé (LAS).

⁴⁵¹ Le principe des mini entretiens multiples, initié depuis 2002 à l'université de Mac Master, a déjà été détaillé lors de l'analyse comparative de l'orientation active au paragraphe 2.1.4.2 « D'autres expériences de régulation des flux d'entrée pour les études de médecine à l'étranger »

⁴⁵² Rapport Saint-André, Annexe 5 « Bilan des expérimentations PACES 2014-2018 », Conférences des doyens de Médecine, Odontologie, Pharmacie, des enseignants de Maïeutique, 12 juillet 2018, p.4.

⁴⁵³ MACRON Emmanuel, Annonce du plan « Ma santé 2022 », 18 septembre 2018.

⁴⁵⁴ Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé Arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

Les alternatives à la PACES sont nées du constat que le phénomène d'échec continuait malgré la réforme de la première année des études de santé, laquelle prévoyait déjà la réorientation et les passerelles entrantes. Les principes directeurs ont été, d'une part, de minimiser dans la mesure du possible les redoublements, de façon à ne pas créer d'engorgement ou de file d'attente à la porte de la deuxième année des études médicales. D'autre part, la validation d'ECTS dans une PACES adaptée a permis de rediriger les flux d'étudiants vers d'autres filières, diminuant également les effectifs de première année. Au total, 24 universités mettront en œuvre une expérimentation de nouvelles modalités d'accès aux études médicales.

Les réorientations spécifiques du type « Parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux » promu dans l'université observée, n'ont pas été privilégiées dans toutes ces alternatives. L'objectif était plus largement de faciliter le flux des étudiants vers une diversité de parcours, quand il n'était pas question pour les universités de privilégier leurs propres composantes. Par exemple, selon Sylvia Marquès, PluriPASS à Angers est « un véritable dispositif de gestion des flux étudiants, qui vise notamment à réorienter des étudiants vers des filières d'enseignement souffrant d'un manque de « bons » étudiants »⁴⁵⁵ autrement dit, un modèle de captation des bons étudiants conçu pour garder au sein de l'établissement de la ressource étudiante « de qualité »⁴⁵⁶. Par la refonte du curriculum de la PACES, « il n'est plus seulement question de sélectionner les étudiants les plus performants dans les filières de santé, mais aussi d'accroître le nombre d'étudiants pouvant alimenter les autres formations de l'établissement »⁴⁵⁷. Ici, le souci moral de favoriser la réussite des étudiants se double d'un souci financier, celui d'équilibrer le budget des filières en perte de vitesse.

2.3.2 Et la réflexion continue sur le regroupement de toutes les formations de santé

Si la PACES a été l'objet de toutes les attentions depuis les Assises de l'enseignement supérieur en vue de sa transformation, de façon plus générale et moins documentée les formations en santé autres que médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (MMOP)

⁴⁵⁵ MARQUES S., 2019, *op.cit.*, p. 226.

⁴⁵⁶ MARQUES S., 2019, *Ibid.*, p. 233.

⁴⁵⁷ MARQUES S., 2019, *Ibid.*, p. 238.

sont restées un point d'attention car elles font partie des filières envisagées par les étudiants lors de réorientations et aussi parce que l'exercice pluri professionnel en santé est à présent incontournable.

Pour rappel, la loi Fioraso acte la double tutelle du Ministère de l'enseignement supérieur et du Ministère de la Santé pour toutes les formations en santé. Le MESR a ainsi un droit de regard sur leur projet pédagogique et il est associé aux accréditations et aux habilitations des établissements d'enseignement supérieur⁴⁵⁸ délivrant un diplôme d'État pour une formation en santé. Cette disposition dans la loi a empêché l'implantation durable en France de l'université Fernando Pessoa, déjà citée, qui permettait de contourner le *numerus clausus* par un montage pédagogique jouant sur l'espace européen de l'enseignement supérieur. De façon plus pragmatique, cette disposition facilite l'universitarisation des formations en santé sur la base du schéma LMD. Les conventions de coopération et d'association sont encouragées pour arriver à terme à une intégration universitaire⁴⁵⁹.

Pour certaines formations paramédicales, les modalités d'admission en formation sont organisées depuis des années à partir de la première année des études médicales. C'est le cas de la kinésithérapie en particulier : les organisations professionnelles et étudiantes ont été vigilantes pour que cette situation puisse perdurer, la réingénierie du diplôme étant en cours. Elle a abouti en 2015 à un schéma de formation en 1 + 4 ans, validant 240 ECTS, la première année étant commune avec la PACES, la première année de licence de sciences ou de STAPS suivant les universités, les quatre suivantes s'effectuant dans un institut de formation. Le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute équivaut depuis à un grade de Master.

La création de la Licence santé pour regrouper les formations en santé dans un même cursus a refait parler d'elle à l'occasion des contributions pour les Assises de l'enseignement supérieur comme lors des débats pour la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. L'organisation des soins reposant sur toutes les professions de santé, des métiers "socle", au niveau de la licence et des métiers intermédiaires au niveau du master sont des formations à consolider, voire à mutualiser. Les métiers « intermédiaires », entre la licence en trois ans et le doctorat d'exercice de médecine, sont émergents en France.

⁴⁵⁸ Art 4 - Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche

⁴⁵⁹ Article L718-16 du Code de l'éducation

L'intégration de la formation aux soins infirmiers dans la L1 Santé n'est toujours pas envisagée pour cause d'effectifs trop importants. L'avantage d'une telle licence aurait été aussi d'éviter l'orientation par l'échec en PACES. Il en ressort que la Licence santé reste de réalisation incertaine.

2.4 LES AUTRES FORMATIONS EN SANTE DANS LE JEU DES REFORMES

L'intérêt de se pencher sur les réformes des curricula et des modalités d'entrée ou de diplomation dans le secteur paramédical réside dans le fait que c'est souvent un second choix pour les étudiants de PACES qui veulent rester dans le domaine de la santé. Le panorama de ces formations étant large, il va d'abord être question de les présenter pour prendre la mesure de leur diversité.

2.4.1 Les formations paramédicales : une grande diversité difficile à harmoniser

Les études paramédicales sont des formations professionnalisantes issues de la division du travail médical et de l'assistance aux malades. Elles sont soumises au monopole médical.

Les professions paramédicales, ou auxiliaires médicaux, sont des professions réglementées dont le droit d'exercice et les actes sont régis par des textes législatifs relevant du Code de la Santé Publique. Elles sont regroupées au sein de deux répertoires qui permettent l'identification des professionnels et les différentes procédures administratives d'enregistrement et d'autorisation d'exercice :

- Le Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS), créé en 2009, est appelé à remplacer progressivement le système ADELI. Il regroupe les quatre professions : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes, ainsi que les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues.
- Le répertoire Automatisation DEs Listes des professions de santé (ADELI) regroupe les autres professions de santé ; y sont rattachés les assistants de service social et les psychologues.

Le choix est fait de ne traiter ici que des professions dont la formation est accessible après le baccalauréat car elles sont susceptibles d'être choisies par les bacheliers après leur échec en PACES. Les aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers sont donc hors champ et ne sont d'ailleurs pas inclus dans le répertoire ADELI ; les formations d'infirmier anesthésiste, de bloc opératoire ou de puéricultrice ne sont pas des formations initiales mais des spécialisations après le diplôme d'État d'infirmier.

Les professions concernées sont :

Infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, dont les formations sont sanctionnées par un diplôme d'État (DE) au bout de trois ans ⁴⁶⁰;

Manipulateur d'électroradiologie médicale, dont la formation est validée en trois ans par un DE ou un DTS ;

Opticien lunetier et diététicien, le plus souvent en 2 ans validés par un BTS ;

Orthophoniste, orthoptiste, en trois ou quatre ans validés par une capacité.

On y ajoute souvent la formation de technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, en deux ou trois ans validés soit par un DE soit par un BTS ou un DUT.

Toutes ces formations ont en commun de délivrer un diplôme de niveau III (ou niveau 5 à présent) du répertoire national des certifications professionnelles RNCP. Le ministère certificateur est tantôt le Ministère de la Santé tantôt celui de l'Éducation Nationale, parfois il s'agit d'une cotutelle des deux ministères. Il faut donc remarquer dès à présent que des disparités sont bien présentes concernant les formations paramédicales, tant sur le plan des durées de formation que des Ministères de tutelle, sans même entrer dans le contenu des curricula. Une réforme d'harmonisation nécessite une restructuration en profondeur qui ne peut se faire sans étapes intermédiaires.

2.4.1.1 *Pas de numerus clausus mais un quota*

Certaines formations en trois ans validées par un DE sont soumises au système de quota. Il s'agit des infirmiers, des masseurs kinésithérapeutes avant réforme, des orthophonistes et des psychomotriciens. **Le quota limite les flux d'entrées en formation contrairement au *numerus clausus* qui limite le nombre d'étudiants à la sortie de la première année**⁴⁶¹. Le nombre est fixé au niveau national par arrêté, puis réparti entre les Régions qui répartissent à leur tour le quota entre les instituts de la Région.

⁴⁶⁰ Comme cela a déjà été évoqué dans la section 1.1 « Construction de l'objet d'étude », les études de masso-kinésithérapie vont être réformées pendant le temps de cette recherche. Initialement d'une durée de trois ans, elles vont être portées à quatre ans après la validation d'une première année de licence STAPS ou sciences, ou bien la PACES, ce qui équivaut dorénavant à un grade Master.

Arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

⁴⁶¹ JAKOUBOVITCH S., 2012, « La formation aux professions de la santé en 2010 », *Série Statistiques*, DREES, 165, p6.

Le *numerus clausus* comme le quota sont des outils de régulation démographique qui agissent sur le nombre de diplômés, donc d'installations et de professionnels en exercice. Nous avons vu précédemment, lors de la mise en place du NC en médecine, que cette limitation est portée par les organisations professionnelles et notamment les Ordres dans un but de protection des professionnels en exercice. Cette limitation est également une volonté politique de ne pas déséquilibrer les comptes de la santé par une offre pléthorique mais ne résout pas toutes les problématiques de démographie et surtout de répartition géographique des professionnels (héliotropisme et gradient nord-sud, concentration autour de la ville de formation). La réactivité des effectifs est simplement meilleure dans les professions paramédicales qu'en médecine car les cursus sont plus courts, généralement trois ans au lieu de dix et plus.

Les formations qui ne sont pas soumises au système de quota relèvent du régime de l'autorisation de capacité délivrée par le Président du Conseil Régional après avis du représentant de l'État dans la Région. Le rôle des régions dans la formation professionnelle a été renforcé depuis la décentralisation. Elles sont en charge du fonctionnement et de l'équipement des instituts publics pour les formations paramédicales. Ainsi, le nombre de places fixé pour l'entrée dans les instituts est fixé par l'État et réparti par le Président du Conseil Régional, mais le contenu de la formation et la délivrance des diplômes restent de la compétence de l'État.

En conséquence, chaque institut est donc tenu de n'accepter qu'un nombre limité d'étudiants entrant en première année de formation. Ceci impose donc une sélection à l'entrée qui se fait sous la forme d' « épreuves de sélection » fréquemment appelé « concours d'entrée »⁴⁶². Le concours est le plus souvent interne, il peut être mutualisé entre plusieurs instituts de la même région.

Observer les modalités d'entrée en première année de formation des différentes professions est nécessaire pour connaître les prérequis demandés, pour comprendre les trajectoires effectuées par certains étudiants avec les stratégies qu'ils ont adoptées. Du point de vue institutionnel et hospitalo-universitaire, cela permet aussi d'entrevoir la place d'un

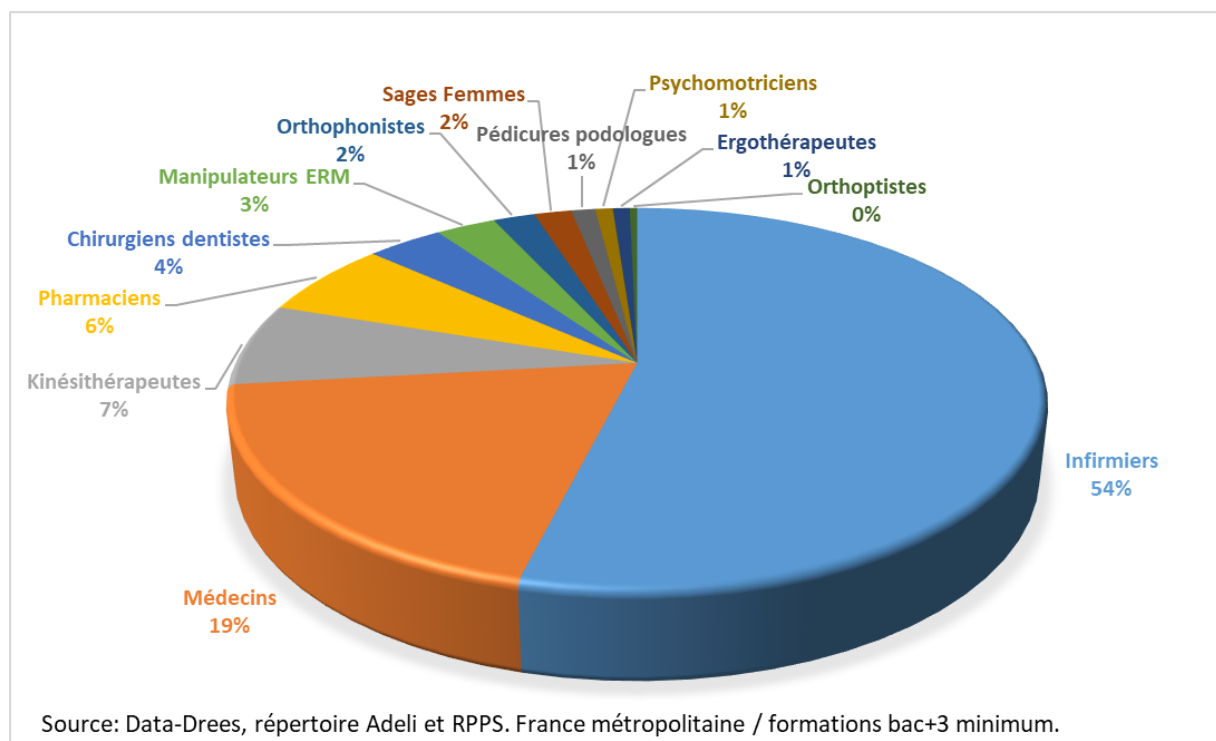
⁴⁶² Pour rappel, les concours d'entrée ont été en vigueur de 1987 à 2019. Cette recherche cible les années entre la mise en place de la PACES et l'entrée en vigueur de Parcoursup.

parcours spécifique de préparation aux concours paramédicaux – dispositif mis en place au second semestre pour les étudiants de PACES non autorisés à poursuivre dans l’université observée – et de comprendre la construction du programme prévu pour ces étudiants.

2.4.1.2 Les modalités d’entrée dans les différentes formations avant la mise en place de Parcoursup

Comme il va être question de nombre d’étudiants et de nombre de professionnels dans ce paragraphe, en plus des modalités d’entrée en formation, un graphique va permettre de mieux appréhender la répartition des professions au sein du système de santé en France. La borne de l’année 2014 a été choisie car elle se situe entre 2010, l’année de la mise en place de la PACES, et donc de la réorientation, et celle de l’entrée en vigueur de la plateforme Parcoursup, 2018, qui met fin aux concours d’entrée dans les formations paramédicales. Les quatre professions médicales et pharmaceutiques sont incluses pour permettre la représentation de toutes les formations en santé de niveau bac+3 minimum.

Figure 6 : Répartition des professions de santé en 2014 au niveau national



2.4.1.2.1 Les infirmier(e)s

Ils dispensent les soins destinés à maintenir ou restaurer l'état de santé des personnes malades. Leur exercice peut s'effectuer soit à domicile, soit en établissement de santé, soit dans le secteur du travail. Le nombre de professionnels en exercice est d'environ 520 000 en France métropolitaine en 2010 et de 600 000 en 2014. Le quota des étudiants admis en première année est de 30 739 en 2010 et 31 128 en 2014⁴⁶³.

La formation s'effectue en trois ans, ou six semestres, depuis la réforme intervenue à la rentrée 2009⁴⁶⁴. Les infirmiers sont les premiers à entrer dans le processus d'universitarisation, autrement appelé « réingénierie des professions paramédicales » qui prévoit l'accession au grade de licence des titulaires de ces diplômes en vue d'une harmonisation au système LMD. C'est l'axe de réforme qui intervient en parallèle de la réforme de la PACES à défaut d'une construction du L1 santé élargi pour répondre aux accords de Bologne. Ce processus est détaillé dans un prochain paragraphe.

L'enseignement relève d'un référentiel de formation articulé autour de l'acquisition de compétences requises pour l'exercice infirmier. Il alterne les temps de formation théorique et les temps de formation pratique. Les unités d'enseignement (UE) contribuent à l'acquisition des 10 compétences du référentiel de formation.

Le diplôme d'État d'infirmier s'acquiert par l'obtention des 180 crédits européens ou ECTS. Les étudiants obtiennent ainsi leur diplôme d'État (DE), qui autorise l'exercice, et la reconnaissance du grade de licence.

Pour entrer en formation, les épreuves de sélection se déroulent en deux temps:

L'admissibilité qui comporte :

1. Une épreuve de culture générale portant sur l'étude d'un seul texte relatif à l'actualité sanitaire et sociale de 3 000 à 6 000 signes (soit une page A4 dactylographiée). Trois questions sont posées sur ce texte. L'évaluation porte sur : les capacités de compréhension, d'analyse, de synthèse, d'argumentation et d'écriture des candidats. Celle-ci, d'une durée de deux heures, est notée sur vingt points.

⁴⁶³ SICART D, 2010, « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2010 » *Série Statistiques*, n°144, DREES.

SICART D., 2014, « Les professions de santé au 1^{er} Janvier 2014 », *Série Statistiques*, n°189, DREES.

⁴⁶⁴ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'État infirmier

2. Une épreuve de test d'aptitudes. L'évaluation porte sur : les capacités de raisonnement logique et analogique, d'abstraction, de concentration, de résolution de problème et les aptitudes numériques. Celle-ci, d'une durée de deux heures, est notée sur vingt points. Cette épreuve remplace les anciens tests psychotechniques.

Une note inférieure à 8 sur 20 à l'une de ces épreuves est éliminatoire. Pour être admissible, le candidat doit obtenir un total de points au moins égal à 20 sur 40 aux deux épreuves.

Suit une épreuve d'admission ouverte aux candidats déclarés admissibles. Elle consiste en un entretien avec trois personnes : un cadre de santé formateur en IFSI, un cadre de santé infirmier, un responsable de formation ou psychologue. Cet entretien, relatif à un thème sanitaire et social, est destiné à apprécier l'aptitude du candidat à suivre la formation, ses motivations et son projet professionnel. Elle est d'une durée maximale de 30 minutes. Le candidat pour être admis doit obtenir au moins 10 points sur 20. Selon Lucile Girard, même si l'évaluation du jury se fait grâce à une « fiche d'aide à la décision », les critères (capacités au raisonnement et capacités au care) sont basés sur l'idéal type de l'infirmière et renvoient à la rhétorique professionnelle. En définitive, le cadre de santé garde la maîtrise de la sélection du groupe professionnel⁴⁶⁵.

Un classement est établi dans chaque IFSI selon les notes obtenues : liste principale ou liste complémentaire. En cas de désistement sur la liste principale, l'IFSI fait appel aux candidats placés en liste complémentaire. C'est le concours qui est le plus largement ouvert, par le nombre de places offertes et par la moindre sélectivité en matières scientifiques.

2.4.1.2.2 Les masseurs kinésithérapeutes

Ils réalisent des actes de massage, de rééducation, d'électro-physiothérapie pour aider les patients à recouvrer leurs capacités motrices. Ils sont environ 69 000 en 2010 et 78 000 en 2014. Le quota national d'étudiants admis en première année d'études est de 2 285 pour 2010, 2 564 pour 2014⁴⁶⁶.

⁴⁶⁵ GIRARD L., 2018, *Des femmes en blanc - La « fabrication » des infirmières*, Thèse de doctorat en sociologie, Dijon, Bourgogne Franche-Comté, 292 p.

⁴⁶⁶ SICART D., 2010, et SICART D., 2014, *Op. cit.* p45.

Arrêté du 16 juin 2014 fixant au titre de l'année scolaire 2014-2015 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

Leur formation s'effectue en trois ans jusqu'en 2015, puis quatre ans après une première année de licence validée ou un classement en rang utile en PACES. Elle est sanctionnée par un diplôme d'État qui équivaut au grade de master avec 240 ECTS depuis la réingénierie du diplôme.

Jusqu'en 2016, les modalités d'admission en institut de formation sont de deux types. Environ deux tiers des instituts recrutent par la voie universitaire, par dérogation et à titre expérimental : à l'issue d'une première année d'études en santé où un nombre de places est attribué aux candidats classés en rang utile, ou d'une première année de licence STAPS ou SVT validée pour un nombre de places restreint.

Les autres instituts recrutent par la voie d'un concours interne. Celui-ci comporte trois épreuves écrites, la plupart du temps sous forme de QCM :

1. Une épreuve de biologie d'une heure trente notée sur vingt points
2. Une épreuve de physique d'une heure notée sur vingt points
3. Une épreuve de chimie de trente minutes notée sur dix points

La voie du concours interne est extrêmement sélective : le taux de réussite est d'environ 5% ce qui incite les candidats potentiels à suivre une année de classe préparatoire avant de concourir. Pour multiplier leurs chances de réussite, les candidats s'inscrivent à plusieurs concours, ce qui fait dire à ce responsable de formation : « 4000 candidats, affutés, le couteau entre les dents » (Entretien informel, Directeur IFMK, décembre 2012). Quelques candidats non autorisés à poursuivre le second semestre de PACES, dans l'échantillon de cette recherche, vont tenter cette voie d'intégration.

2.4.1.2.3 Les orthophonistes

Ils préviennent et prennent en charge les troubles du langage chez les adultes et les enfants. Ils sont environ 19 200 en France en 2010 et 22 000 en 2014. Le quota d'étudiants admis en première année en 2010 était de 773 et 821 en 2014⁴⁶⁷.

⁴⁶⁷ SICART D, 2010, et SICART D., 2014, *Op. cit.*, p.53.

Arrêté du 6 août 2014 fixant au titre de l'année scolaire 2014-2015 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste

La formation se déroule en quatre ans, jusqu'en 2013, dans un institut de formation dépendant d'une UFR de médecine. Elle est sanctionnée par un certificat de capacité avec un mémoire de fin d'études. Cette formation est également passée par la réingénierie, les études ont été portées à cinq ans, le certificat de capacité valant grade de Master⁴⁶⁸.

Les modalités d'entrée se font en deux étapes :

1. Des épreuves d'admissibilité d'une durée de trois heures en moyenne qui peuvent comprendre : dictée, QCM, résumé de texte, épreuve de créativité, tests psychotechniques, commentaire de texte scientifique, dissertation...
2. Des épreuves orales d'admission avec un entretien de motivation et éventuellement quelques tests dont audiogramme, test d'aptitude phono-articulatoire...

Les instituts ont la possibilité de moduler le contenu des épreuves d'admissibilité et le niveau du concours se révèle très sélectif.

2.4.1.2.4 Les orthoptistes

Ils traitent les troubles de la vision avec des techniques de rééducation et interviennent en conseil sur la suppléance des facultés visuelles pour les personnes malvoyantes. Ils sont un peu plus de 3 200 en 2010 et 3 900 en 2014⁴⁶⁹. Il n'existe pas d'arrêté fixant un quota au niveau national jusqu'en 2015. Le nombre d'étudiants admis en première année est de 396 en 2015⁴⁷⁰. La formation dure trois ans et est sanctionnée par un certificat de capacité d'orthoptiste. Elles se déroulent dans un établissement ou un département adossé à une UFR de médecine. La formation a été réformée elle aussi, mais la durée des études n'a pas changé. En conséquence, les trois années d'études validées valent à présent grade de Licence⁴⁷¹.

Les épreuves de l'examen d'admission sont composées de deux épreuves écrites : sciences de la vie de deux heures et physique de deux heures également portant sur le programme de terminale S. Elles comportent aussi un oral d'admission destiné à évaluer les connaissances générales et les aptitudes psychophysiques.

⁴⁶⁸ Décret no 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du Certificat de capacité d'orthophoniste

⁴⁶⁹ SICART D, 2010, et SICART D., 2014, *op cit.*, p.59.

⁴⁷⁰ Arrêté du 15 juillet 2015 fixant au titre de l'année 2015-2016 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthoptiste

⁴⁷¹ Arrêté du 20 octobre 2014 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthoptiste

Les études d'orthoptiste comme celle d'orthophoniste dépendent du Ministère de l'enseignement supérieur, les formations sont hébergées à l'université, le plus souvent à l'UFR de médecine.

2.4.1.2.5 Les manipulateurs en électroradiologie médicale (MEM)

Ils ont une activité de soins en médecine nucléaire, en radiothérapie et une activité d'investigation en imagerie médicale et exploration fonctionnelle. Ils sont environ 28 000 en France métropolitaine en 2010 et 31500 en 2014⁴⁷².

Il existe deux voies de formation d'une durée de trois ans pour cette profession. Le DTS (diplôme du Ministère de l'Éducation Nationale) dont le recrutement se fait sur dossier. Le DE (diplôme du Ministère de la Santé) dont la voie d'accès peut se faire par la PACES où un nombre de places est prévu pour les candidats classés en rang utile, ou bien par concours interne avec les épreuves de sélection suivantes :

1. Une épreuve écrite de biologie d'une durée d'une heure trente notée sur vingt points
2. Une épreuve écrite de physique-chimie d'une heure trente notée sur vingt points
3. De façon facultative, l'admission peut comporter également un entretien, une contraction de texte ou des tests psychotechniques.

La capacité d'accueil autorisée en 2009/2010 était de 711 pour le DE⁴⁷³. La réingénierie du diplôme en 2012 a permis leur intégration dans le schéma LMD et la reconnaissance du grade de licence, mais le diplôme unique peine à se mettre en place : les deux voies coexistent.

2.4.1.2.6 Les psychomotriciens

Ils prennent en charge les difficultés psychologiques exprimées sous forme de troubles du mouvement et du geste. Ils sont 7 500 en France métropolitaine en 2010 et 9 300 en 2014⁴⁷⁴. Le quota accordé pour 2010 était de 673 et de 914 pour 2014⁴⁷⁵.

⁴⁷² SICART D, 2010, et SICART D., 2014, *Op. cit.*, p.83

⁴⁷³ JAKOUBOVITCH S., 2012, « La formation aux professions de la santé en 2010 », *Série Statistiques*, 165, p. 99.

⁴⁷⁴ SICART D, 2010, et SICART D., 2014, *Ibid.*, p.63.

⁴⁷⁵ Arrêté du 16 juin 2014 fixant au titre de l'année scolaire 2014-2015 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'État de psychomotricien

La formation dure trois ans validées par un diplôme d'État.

Les modalités d'admission sont de deux types :

- A l'issue de la PACES avec les mêmes conditions que les professions déjà citées
- Par concours sur la base de deux épreuves écrites :
 1. Une épreuve de biologie de deux heures
 2. Une épreuve de français, le plus souvent une contraction de texte de deux heures
 3. De façon facultative, l'admission peut comporter également un entretien ou des tests psychotechniques.

2.4.1.2.7 Les pédicures podologues

Ils traitent les affections cutanées et unguéales du pied et réalisent des orthèses pour les déformations du pied, des ongles et des orteils. Ils sont environ 11 000 en France en 2010, 12 600 en 2014⁴⁷⁶. Il n'existe pas de quota au niveau national, la capacité d'accueil autorisée en 2009/2010 était de 536 nouveaux inscrits⁴⁷⁷.

La formation dure trois ans, elle est validée par un DE qui comporte deux épreuves de mise en situation professionnelle et une épreuve orale. L'accès en première année de formation se fait principalement par voie de concours qui repose sur une épreuve de biologie de deux heures notée sur quarante points. De façon facultative, un entretien de motivation peut compléter la procédure d'admission. L'autre voie d'accès possible est la PACES aux conditions déjà énoncées pour les autres professions.

La réingénierie du diplôme a eu lieu en 2012. La validation de 180 ECTS en six semestres permet l'attribution du Diplôme d'État. La reconnaissance du grade de licence est prévue dans l'arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'État de pédicure-podologue mais aucun décret d'application n'a suivi, les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé attendant que les conventions de partenariat soient toutes achevées et qu'une évaluation de la qualité de la formation soit menée. Les modalités d'admission sont restées les mêmes jusqu'à la mise en place de Parcoursup.

⁴⁷⁶ SICART D, 2010, et SICART D., 2014, *Op. cit.*, p.66.

⁴⁷⁷ JAKOUBOVITCH S., 2012, *Op. Cit.*, p.41.

2.4.1.2.8 Les ergothérapeutes

Ils interviennent auprès de personnes porteuses de troubles ou handicaps psychiques, fonctionnels ou intellectuels en vue de leur insertion ou réinsertion dans la vie professionnelle et sociale. Ils sont un peu plus de 7200 en 2010 en France métropolitaine et près de 9000 en 2014⁴⁷⁸. L'autorisation de capacité était de 581 en 2010⁴⁷⁹.

La formation dure trois ans et est validée par un DE. Après réingénierie en 2010⁴⁸⁰, la réforme des études d'ergothérapie conduit les étudiants en six semestres au diplôme d'État. Celui-ci s'obtient par validation de 180 crédits européens soit un grade de licence avec 144 ECTS pour les unités d'enseignement et 36 ECTS pour l'enseignement en stage.

L'accès aux études d'ergothérapie est possible selon deux voies :

- Pour certains établissements uniquement à l'issue de la PACES, aux conditions déjà citées
- Pour les autres, par le biais d'un concours dont les épreuves d'admission se composent de :
 1. Une épreuve écrite de biologie et physique d'une heure notée sur vingt points
 2. Une épreuve de contraction de texte d'une heure notée sur vingt points
 3. Des tests psychotechniques d'une durée d'une heure notés sur vingt points

2.4.1.2.9 Les techniciens de laboratoire médical

Ils sont en charge des examens biologiques au sein des laboratoires, depuis le prélèvement d'échantillon jusqu'à l'interprétation des résultats. C'est la formation qui présente la plus grande variété de diplômes. On y accède en deux ans par le BTS Analyses de biologie médicale ou le BTS Bioanalyses et contrôles, par le DUT génie biologique, option analyses biologiques et biochimiques, ou encore en trois ans par le DE technicien de laboratoire médical. La capacité d'accueil en 2010 était de 221 pour le DE Technicien de laboratoire médical⁴⁸¹

⁴⁷⁸ SICART D, 2010, et SICART D., 2014, *op cit* p.71.

⁴⁷⁹ JAKOUBOVITCH S., 2012, *op cit.*, p.49.

⁴⁸⁰ Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

⁴⁸¹ JAKOUBOVITCH S., 2012, *Ibid.*, p.33.

Pour accéder en première année de formation menant au diplôme d'État de technicien, les épreuves d'admission comprennent :

1. Une épreuve de biologie d'une durée de deux heures, notée sur vingt points
2. Une épreuve de physique d'une heure, notée sur vingt points
3. Une épreuve de chimie d'une heure, notée sur vingt points

La réingénierie du diplôme de technicien de laboratoire a été envisagée à partir du « Ségur de la santé » en 2020 en même temps que les diplômes de diététicien et de préparateur en pharmacie.

2.4.1.2.10 Les audioprothésistes

Ils mesurent l'audition, appareillent les personnes malentendantes à l'aide de prothèses et en assurent le suivi. Ils sont un peu moins de 2900 en France métropolitaine en 2014⁴⁸². La formation se déroule en trois ans et elle est sanctionnée par un diplôme d'État.

Pour entrer en formation, les épreuves d'admission sont les suivantes :

1. Une épreuve écrite de physique d'une durée de deux heures
2. Une épreuve de mathématiques d'une heure
3. Une épreuve de biologie de deux heures

Seuls les candidats ayant obtenu une moyenne générale égale ou supérieure à 8 sur 20 aux épreuves écrites peuvent se présenter à l'épreuve orale. Cette épreuve orale porte sur une évaluation des connaissances de culture générale ainsi que des aptitudes psychotechniques des candidats.

On trouve encore les formations de diététicien et d'opticien lunetier. De façon générale, les formations en deux ans validées par un BTS recrutent le plus souvent leurs candidats sur dossier avec, éventuellement en complément, un entretien de motivation.

⁴⁸² SICART D., 2014, *Op. cit.*, p.75.

Ce paragraphe a permis de rendre compte de la multiplicité des conditions d'entrée dans les différentes formations et de la variété des prérequis possibles. On peut voir que deux voies d'entrée cohabitent : l'une par le biais d'une première année universitaire souvent PACES ; l'autre par les épreuves d'admission ou de sélection. Le choix de l'une ou l'autre voie par les instituts dépend beaucoup de facteurs multiples mais aussi locaux : hébergement ou non au sein d'un CHU, d'un hôpital ou d'une université ; inadéquation des modalités d'entrée avec le « tout scientifique » (dans le cas de l'orthophonie par exemple où le profil des entrants sera plutôt littéraire ou issu d'un parcours en sciences du langage) ; volonté d'anticipation du processus d'universitarisation, etc.

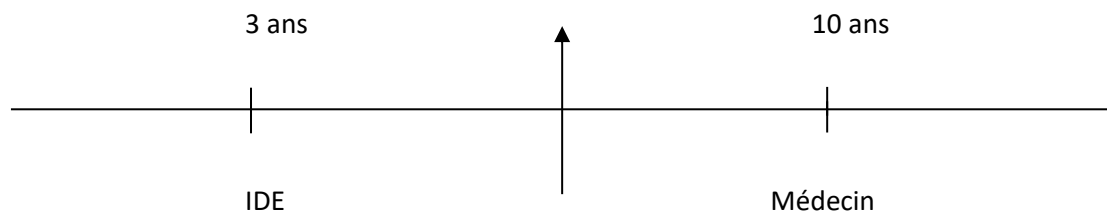
Le niveau sur lequel s'appuient les différents concours est celui de première et de terminale du lycée, le plus souvent de la série S pour les matières scientifiques. Les programmes sur lesquels les candidats peuvent être sélectionnés ne sont laissés ni au hasard, ni à la discrétion des instituts, mais ils sont réglementairement prévus⁴⁸³.

Toutes les formations paramédicales ont progressivement intégré la plateforme Parcoursup à partir de 2018. Les différents concours d'admission, ou épreuves de sélection, ont été remplacés par la formulation de vœux, suivie du dépôt d'un dossier sur la plateforme, examiné en commission. Cette phase est devenue phase d'admissibilité et l'entretien – ou phase d'admission – a été la plupart du temps maintenu.

La réflexion sur la formation des professionnels de santé avance en parallèle de celle sur la première année des études médicales (PCEM1 puis PACES et PASS). Tantôt la réflexion englobe toutes les professions, tantôt elle se fait en ordre dispersé. Au début des années 2000, les préoccupations se portent sur la coopération entre tous les métiers de la santé, la délégation de tâches entre professionnels. Dans la division du travail médical, entre les diplômes paramédicaux (alors de niveau III) et le doctorat d'exercice, DES ou DESC des médecins, il n'existe pas de métier de niveau intermédiaire.

⁴⁸³ Arrêté du 15 novembre 2002 modifiant l'arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles et instituts préparant au diplôme d'État d'ergothérapeute, de technicien en analyses biomédicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien

?



Quelles formations intermédiaires ?

(Métiers intermédiaires, nouveaux métiers de la santé)

L'organisation est en « tuyaux d'orgue », un changement de paradigme semble nécessaire. Il est à nouveau question de rallier les 14 professions de santé en proposant une graduation selon le schéma LMD :

- Niveau L : Licence santé → infirmières
- Niveau M en 2 ans : Master en santé → sages-femmes
- Niveau D → médecins

Il est question de former ces professionnels au sein d'Universités de médecine et Sciences de la Santé, où se trouveraient également des départements de Management de la santé, d'Ingénierie de la santé, et « Sciences et recherche ». C'est le Professeur Yvon Berland qui joue un rôle actif dans les propositions qui verront le jour. Médecin, il a été président de l'université Aix-Marseille-II entre 2004 et 2011, puis d'Aix-Marseille Université de 2011 à 2019.

2.4.2 La démographie des professions de santé et l'évolution des métiers invitent à une démarche prospective sur les différentes formations

Yvon Berland est PU-PH en néphrologie à Marseille (AP-HM). Il a aussi été doyen de la faculté de médecine de Marseille en 1998 et vice-président de la conférence des doyens de médecine en 2002. Jean-François Mattéi, également PU-PH à Marseille, alors ministre de la santé, lui commande cette année-là un rapport sur la démographie des professions de santé dont certaines propositions ne sont pas sans rappeler la réflexion sur la réforme de la première année de santé, par exemple « faciliter les passerelles entre les différentes professions de santé ». Ce rapport sera suivi par une mission sur la coopération des professions de santé avec

un nouveau rapport en 2003 « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » date à laquelle Yvon Berland devient président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). Par la mission qu'il préside sur la formation des professionnels de santé, confiée à la Haute Autorité de santé par Xavier Bertrand⁴⁸⁴ en 2006, il remet un rapport en 2007 « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner ». Le rapporteur de ce travail est Marie-Ange Coudray, conseillère pédagogique auprès de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) elle-même engagée dans l'évolution des formations paramédicales. Ce rapport dresse « un état des lieux de l'exercice et des formations ainsi qu'un état des lieux de la formation universitaire des professions de santé et des évolutions en cours »⁴⁸⁵. Plusieurs constats et recommandations en émanent :

La formation initiale des paramédicaux dure trois ans et mène à des diplômes de niveau III (bac+2) car la finalité professionnelle oblige à un temps important de formation pratique ou de stage qui n'a pas été pris en compte. Ces diplômes ne relèvent pas du Ministère de l'enseignement supérieur au début des années 2000, ce qui ne facilite pas l'application des trois niveaux de formation LMD prévus dans les accords de Bologne. La plupart ont pour tutelle le Ministère de la santé, mais certains relèvent de l'Éducation nationale : les orthophonistes et les orthoptistes pour leur certificat de capacité, les diététiciens et les opticiens pour leur BTS. Quant aux manipulateurs en électroradiologie et aux techniciens de laboratoire, ils ont deux voies de formation possibles : une par le Diplôme d'état sous tutelle du Ministère de la santé et une par un diplôme de technicien supérieur DTS sous tutelle du Ministère de l'Éducation nationale. Une harmonisation est souhaitée, elle peut se faire à l'occasion de la réingénierie des diplômes paramédicaux.

La réingénierie ambitionne de prendre en compte la validation des acquis de l'expérience (VAE) et l'introduction des professions de santé dans le système LMD. Le processus d'élaboration des diplômes passe par la définition des différents référentiels : activités du métier – compétences – certification – formation. Un des avantages attribué à ce processus, qui diffuse dans toutes les formations, est de pouvoir identifier un socle de

⁴⁸⁴ Xavier Bertrand est ministre de la santé, Dominique de Villepin Premier ministre et Jacques Chirac Président de la République.

⁴⁸⁵ BERLAND Y., BONNEL G., CHABOISSIER M., GRANGER J.-M., JOVIC L., QUILLET E., RAPEAU M.-T., COUDRAY M.-A., 2007, « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », Haute Autorité de santé, 148p.

connaissances et de compétences qui permettrait d'établir des passerelles entre les professions de santé.

L'évolution des métiers passe par la nécessité de graduer la formation⁴⁸⁶. L'idée est de faire évoluer les métiers vers la « pratique avancée » comme cela existe déjà dans certains pays : Canada, États-Unis, mais beaucoup d'autres pays mettent en place des programmes de pratique avancée, voire des Masters et des Doctorats. Ce rapport propose de définir des degrés de compétences sur une échelle de formation en trois niveaux :

- Le socle du métier, acquis par la formation initiale, mais qui n'empêche pas l'ajout d'actes techniques nouveaux pour permettre l'adaptation aux évolutions technologiques par exemple.
- L'expertise ciblée, validée par une formation spécifique courte comme les Diplômes Universitaires (DU) qui permet la délégation de tâches
- La pratique avancée, à l'issue d'une formation longue universitaire de type Master minimum, aboutissant à un nouveau métier avec autonomie de fonction et délégation possible d'activités.

Cette évolution nécessite de confier la formation aux opérateurs (instituts de formation et universités) sur la base de référentiels établis⁴⁸⁷, les contenus de formation devant permettre l'acquisition d'ECTS. Cette proposition envisage de donner de la visibilité aux parcours professionnels pour une meilleure reconnaissance des compétences au sein des institutions, la collaboration entre médecins et paramédicaux devant s'en trouver facilitée.

Certaines propositions d'une telle restructuration ont trouvé écho auprès des responsables politiques et institutionnels avec la mise à l'agenda politique de la réingénierie d'une partie des diplômes paramédicaux, l'avancée des réformes étant tributaire à la fois des alternances politiques, des conflits aux frontières entre les professions et aussi du jeu des positions dans le champ médical.

⁴⁸⁶ BERLAND Y., BONNEL G., CHABOISSIER M., GRANGER J.-M., JOVIC L., QUILLET E., RAPEAU M.-T., COUDRAY M.-A., 2007, *op. cit.*, p. 78.

⁴⁸⁷ BERLAND Y., BONNEL G., CHABOISSIER M., GRANGER J.-M., JOVIC L., QUILLET E., RAPEAU M.-T., COUDRAY M.-A., 2007, *ibid.*, p. 91.

2.4.3 La construction d'un modèle d'ingénierie pédagogique répliqué pour les formations paramédicales

Le Ministère de la santé a démarré la réingénierie des professions paramédicales, en 2005, par trois formations délivrant un diplôme de niveau V : les formations d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et de préparateur en pharmacie hospitalière.

A défaut d'avoir pu réaliser une première année de licence pour toutes les professions de santé lors de l'instauration de la PACES, plusieurs vagues de réformes vont toucher les formations en santé, qui recrutent après le baccalauréat, selon un modèle élaboré avec un cabinet conseil au Ministère de la santé en droite ligne du *new public management*, de la conduite du changement et de l'esprit gestionnaire⁴⁸⁸ appliqué au service public.

La réforme des études en soins infirmiers, débutée en 2006, inaugure cette rénovation des formations paramédicales au niveau bac + 3. Le premier diplôme concernant les infirmières date de 1922, c'est un brevet de capacité professionnelle. Une définition précise du métier intervient après-guerre en 1946 et le « rôle propre »⁴⁸⁹ qui reconnaît une part d'autonomie à la fonction infirmière est inscrit dans la loi en 1978⁴⁹⁰. Les dernières réformes étaient intervenues en 1992⁴⁹¹. Un besoin de mutation des formations et de modernisation des diplômes et certifications professionnelles (RNCP depuis 2002) s'est fait sentir. Cette réforme en profondeur est une des **conséquences du processus de Bologne** et de l'intégration des formations dans le schéma LMD. En tentant de concilier à la fois l'aspiration des métiers de la santé de voir évoluer la reconnaissance de leurs compétences avec les contraintes du système de santé – budgétaires par exemple, avec la masse salariale dans la fonction publique – la nouvelle formation et le nouveau diplôme doivent aussi intégrer les changements dans les modes et les façons d'exercer les missions de santé, notamment la collaboration interprofessionnelle des différents acteurs sous forme de coordination et de collaboration dans le parcours de soin des patients. Il faut aussi tenter de résoudre la « question de

⁴⁸⁸ OGIEN Albert, 1995, *L'esprit gestionnaire : une analyse de l'air du temps*, École des Hautes Études en Sciences Sociales, PARIS, p.65

⁴⁸⁹ Pour l'infirmière, il s'agit principalement du diagnostic infirmier et de la mise en œuvre de soins infirmiers de sa propre initiative et non plus comme exécutante du médecin.

⁴⁹⁰ POISSON M., 2008, « Le pansement et la pensée : splendeurs et misères du rôle propre », *Recherche en soins infirmiers*, N° 93, 2, p. 56-60

⁴⁹¹ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme d'études conduisant au diplôme d'État d'infirmier.

l'attractivité de la profession infirmière et de la fidélisation des professionnels qui est au cœur des préoccupations et des débats ces dernières années »⁴⁹². C'est pourquoi la profession infirmière, la plus nombreuse parmi les professions recrutant après le baccalauréat, inaugure le modèle qui va être décliné ensuite à d'autres professions paramédicales.

Une concertation a réuni le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, le Ministère de la Santé et des Sports, la Conférence des présidents d'université, les représentants des professionnels et des étudiants entre novembre 2008 et mai 2009. La réforme a été préparée au Ministère de la Santé⁴⁹³ sous la forme de trois groupes de travail : un groupe de pilotage essentiellement composé des directions ministérielles, un groupe de représentants des organisations professionnelles et syndicales chargé d'élaborer les référentiels et un groupe de validation composé des mêmes institutions mais de niveau hiérarchique supérieur chargé de valider et harmoniser les productions⁴⁹⁴. La réflexion a mené à l'élaboration d'un référentiel de formation pour la profession infirmière. C'est la conseillère pédagogique auprès de la DHOS⁴⁹⁵, Marie-Ange Coudray, qui a conduit la réflexion pour cette réforme puis celle des autres formations paramédicales. Il a été fait appel à un cabinet de consulting, CG Conseil, dont la fondatrice Catherine Gay a accompagné l'élaboration du référentiel de formation infirmière et la définition des programmes de formation depuis une première « note méthodologique pour l'élaboration des diplômes du ministère chargé de la santé » en 2005. C'est donc par ce cabinet conseil et avec la DHOS que la méthodologie support de la réforme a été développée.

Cette méthodologie s'appuie sur les notions de référentiels d'activités et de référentiels de compétences, réfléchis au sein des groupes de travail. La construction du diplôme a commencé par définir le métier et les activités liées aux différents exercices du métier : ceci a permis de construire le **référentiel d'activités**. A partir de là, les compétences

⁴⁹² COUDRAY M.-A., GAY C., 2009, *Le défi des compétences: comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, p. 131

⁴⁹³ Roseline Bachelot est ministre de la santé et des sports, gouvernement Fillon, présidence de Nicolas Sarkozy

⁴⁹⁴ BERLAND Y., BONNEL G., CHABOISSIER M., GRANGER J.-M., JOVIC L., QUILLET E., RAPEAU M.-T., COUDRAY M.-A., 2007, *op. cit.*, p 66.

⁴⁹⁵ La DHOS est en charge de l'organisation de soins sur le territoire national : elle participe à détermination des besoins en professionnels de santé et à l'organisation des formations des professions médicales et paramédicales, elle régleme l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé et leurs ressources humaines, etc... Elle a été remplacée en 2010 par la DGOS (direction générale de l'offre de soins) avec des missions clairement identifiées de stratégie, pilotage de la performance, efficience en écho avec le *new public management*.

nécessaires et attendues pour exercer ces activités ont permis de structurer un **référentiel de compétences**, ciblées pour la formation initiale, essentielles pour le professionnel débutant. Des critères et des modalités d'évaluation permettent de définir le niveau d'exigence requis pour valider ces compétences : le **référentiel de certification ou d'évaluation** est alors élaboré, et enfin le **référentiel de formation** qui organise les conditions d'acquisition des compétences par les étudiants. La méthodologie suivie a conduit à une rénovation en profondeur du diplôme et de la formation par rapport au « programme précédent qui était structuré par champs disciplinaires et centré sur la dispensation des soins »⁴⁹⁶. Ce travail d'ingénierie pédagogique a pris le nom de **réingénierie des formations paramédicales**.

L'acquisition d'un cadre de connaissances se fait par la mise en place de modalités pédagogiques préférentiellement actives pour amener l'étudiant à une auto-analyse et à une analyse de pratiques dans les situations de soins rencontrées. Ceci doit lui permettre de savoir transférer ses connaissances et de confronter sa pratique avec celle de ses pairs mais aussi à celle d'autres professionnels, comme aux nouvelles connaissances scientifiques et techniques issues de la recherche. Les maîtres mots sont : développer des savoirs, des savoir-faire et une pratique réflexive pour agir en situation ; et trois paliers d'apprentissage sont requis pour acquérir les compétences : comprendre, agir, puis transférer à toute nouvelle situation de soin.

Les modalités pédagogiques sont revisitées pour que le parcours de l'étudiant soit adapté à sa progression : l'étudiant est invité à être « acteur de sa formation ». De même, le développement de la simulation en santé permet à la fois de répondre à l'injonction « jamais la première fois sur le patient »⁴⁹⁷ mais aussi de construire des séquences pédagogiques en inter professionnalité avec des étudiants d'autres cursus et de préparer la formation continue de ces futurs professionnels de santé. Ce mouvement a d'abord été documenté et évalué dans les pays anglo-saxons avec un modèle de construction des curricula qui tend vers la future pratique de groupe : « Pour que les futurs professionnels de la santé et des services sociaux développent des compétences en communication interprofessionnelle et, éventuellement,

⁴⁹⁶ COUDRAY M.-A., GAY C., 2009, *op. cit.*, p. 61

⁴⁹⁷ LEVRAUT J., FOURNIER J.-P., 2012, « Jamais la première fois sur le patient ! », *Annales françaises de médecine d'urgence*, 2, 6, pp. 361-363.

pratiquent dans un environnement de collaboration, les établissements d'enseignement doivent inclure ces concepts dans leur programme d'études »⁴⁹⁸.

Les compétences infirmières, au nombre de dix, comprennent cinq compétences spécifiques au métier d'infirmier : le « cœur de métier », et cinq autres compétences partagées avec d'autres professions de santé, ce qui ouvre la voie à des passerelles entre les différents métiers soit dans le cadre d'une réorientation en cours d'études, soit lors d'une reconversion professionnelle. La formation d'une durée de trois ans ou six semestres est réalisée « en alternance » entre l'institut de formation en soins infirmiers et les différents terrains de stages pratiques (hospitaliers ou extrahospitaliers). Le cursus de formation comprend 2 100 heures d'enseignement théorique et 2 100 heures de stages cliniques auxquelles il faut ajouter 900 heures de travail personnel. Ce volume de travail pour l'étudiant correspond à la validation de 180 ECTS⁴⁹⁹, définis pour chaque unité d'enseignement, ce qui permet la reconnaissance du grade de licence⁵⁰⁰ de façon concomitante au diplôme d'État infirmier.

Cette articulation entre un diplôme universitaire et un diplôme à visée professionnelle réalise **l'universitarisation de la formation** ce qui sous-entend la formalisation d'une convention tripartite entre le groupement de coopération sanitaire (GCS) rassemblant plusieurs instituts, la Région en charge des questions d'enseignement supérieur depuis la décentralisation et une ou plusieurs universités de l'académie ayant une composante santé. La convention engage l'université à mettre en œuvre les conditions de sa participation aux enseignements, principalement en sciences fondamentales, soit dans les structures de formation paramédicale, soit à l'université et en utilisant la mutualisation d'un même contenu pour plusieurs formations. Les enseignants-chercheurs sont également invités à participer à l'évaluation des étudiants lors des réunions semestrielles de la commission d'attribution des crédits (CAC) : cette instance réunit les formateurs référents des étudiants, un ou plusieurs

⁴⁹⁸ CLOUTIER J., LAFRANCE J., MICHALLET B., MARCOUX L., CLOUTIER F., 2015, « French translation and validation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in a Canadian undergraduate healthcare student context », *Journal of Interprofessional Care*, 29, 2, p. 150.

LAKSOV K.B., BOMAN L.E., LILJEDAHN M., BJÖRCK E., 2015, « Identifying keys to success in clinical learning: a study of two interprofessional learning environments », *Journal of Interprofessional Care*, 29, 2, p. 156-158.

⁴⁹⁹ Un ECTS = une unité de charge de travail pour l'étudiant (25 à 30 heures de CM, TP, TD, travail personnel) en vue d'acquies les compétences inscrites dans le référentiel de formation

⁵⁰⁰ Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique

représentants de l'enseignement universitaire, des représentants des tuteurs de stage et le directeur de l'institut. Un jury régional avec la participation de l'Agence régionale de santé (ARS) examine en fin de cursus la validation de la formation pour chaque étudiant en vue de la délivrance du diplôme d'État. La convention tripartite prévoit également les conditions de la participation de l'université aux dispositifs internes d'évaluation de l'institut de formation, chaque structure d'enseignement supérieur devant conduire l'auto-évaluation de ses activités. Enfin, lors de l'évaluation de l'université ayant signé la convention par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES / AERES auparavant), les formations, objets d'une convention, entrent également dans le cadre de l'évaluation. À la rentrée 2019, les étudiants en soins infirmiers sont inscrits à l'université et accèdent aux services universitaires. Les débuts de l'universitarisation ont été balbutiants :

Toutes les universités ont un projet de créer un département santé qui réunirait toutes les formations paramédicales (...) Maintenant, je pense qu'il ne faut pas être dupe : ce discours là pour moi, est orienté vers 'certaines' formations paramédicales et pas toutes ! Et, point d'interrogation pour la formation initiale infirmière ??? Parce que c'est du nombre : c'est ENORME à absorber ! 11 IFSI, c'est mille... 1 200 étudiants, je crois, que l'on sort tous les ans, voilà. Ici, c'est 350 étudiants sur 3 ans, le CHU, c'est 500, c'est ÉNORME et l'Université n'a pas la capacité à absorber ça ! Les doyens l'ont bien dit, ça a même été écrit, je ne sais plus si c'est un rapport...le rapport Mounier sur l'évolution de la formation cadre de santé, où le Président de la Conférence des Présidents d'Universités disait que, de toute façon, c'était illusoire de penser qu'ils pourraient absorber la formation infirmière. C'est énorme pour eux et déjà, rien que là, avec les partenariats que l'on a, ils sont dans l'incapacité de donner suite... Nous, en Picardie, l'universitarisation, elle est seulement débutante, hein ! On commence à travailler avec l'Université et quand on leur dit : « Il faut venir rencontrer les équipes, etc. » on vient seulement d'avoir les référents par UE, les référents thématiques, c'est tout ! Et ne croyez pas qu'ils vont venir dispenser l'enseignement dans tous les IFSI ! (...) Donc, je vais dire, entre le discours et les actes, il y a un monde et pour l'instant on est simplement sur une co-construction DÉBUTANTE et elle débute...quand je dis qu'elle débute, elle est pour l'instant dans le discours. (...) vous savez, je pense que quand on a commencé à parler d'universitarisation des formations paramédicales, moi je pense que l'Université n'a rien vu venir. C'était des mots, c'était un concept, c'était les Accords de Bologne...Donc, bon, déjà ça a mis 10 ans en France pour qu'on y voie clair... Et ils n'ont rien vu venir !!! et quand, aujourd'hui, ils réalisent ce que ça veut dire, on a l'impression quand on les regarde, qu'ils

commencent à réaliser l'AMPLEUR de ce que ça veut dire et de ce que ça va induire pour eux... Bon, voilà, ils ont déjà du mal à gérer leurs étudiants en interne, avec des enseignants qui disent quand on les rencontre, les enseignants universitaires : « Mais attendez, nous on n'a déjà pas le temps de gérer correctement et nos TD, et notre accompagnement, etc... Comment voulez-vous qu'on aille demain dans les IFSI ! » (...) Et à mon avis, il nous faudra encore une bonne dizaine d'années pour qu'on arrive à construire vraiment...qu'il y ait une vraie co-construction de ces parcours de formation.

(R26, femme 40 ans environ, Directrice des soins, Directrice d'Institut de formation en soins infirmiers)

Les intentions des nouveaux cursus sont de « conjuguer finalité professionnelle et acquisition de compétences avec la possibilité pour les étudiants de poursuivre un parcours universitaire »⁵⁰¹. L'acquisition du grade de licence permet la poursuite d'études universitaires. Pour répondre à cet objectif, les formations rénovées se sont pliées aux recommandations du comité de suivi de la licence en intégrant plusieurs UE (en sciences fondamentales ou transverses : anglais, méthodologie de travail universitaire et surtout méthodologie de la recherche) permettant d'assurer la dimension universitaire de la formation, les connaissances et habiletés autres que professionnelles pour des étudiants désireux de continuer en Master et en Doctorat. En parallèle, la réflexion sur les nouveaux métiers s'est centrée sur les compétences attendues, ou à développer, en fonction de besoins de santé, en fonction d'un degré d'autonomie dans la coopération professionnelle. Il est « question de la spécialisation en vue de développer un savoir sur une activité ou un groupe d'activités »⁵⁰² avec des contenus de formation initiale ou continue qui mènent vers « la pratique avancée ». Plusieurs masters se sont ainsi développés et trois sections nouvelles ont vu le jour dans le CNU santé⁵⁰³ : une section 90 pour la maïeutique, une section 91 pour les disciplines des sciences de la rééducation et de la réadaptation et une section 92 pour les disciplines des sciences infirmières. À l'université, les frontières du champ des formations en

⁵⁰¹ COUDRAY M.-A., GAY C., 2009, *op. cit.*, p. 37

⁵⁰² COUDRAY M.-A., GAY C., 2009, *Ibid.*, p. 9

⁵⁰³ Arrêté du 30 octobre 2019 modifiant l'arrêté du 28 septembre 1987 relatif aux modalités de fonctionnement du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques. La première campagne de qualification des enseignants-chercheurs s'est déroulée fin 2019 début 2020 pour une prise de fonction à la rentrée suivante.

santé ont bougé. Selon Bourdieu « Penser aux limites d'un champ c'est penser en termes statistiques et réalistes alors qu'il faut penser en termes dynamiques comme par exemple : qu'est-ce qui porte une discipline universitaire à se constituer par rupture avec une autre discipline ? (...) De quoi s'agit-il dans le cas du champ universitaire ? Quel est l'enjeu ? Quel est le capital qu'il faut avoir pour jouer et pourquoi joue-t-on ? »⁵⁰⁴. À propos de notre recherche, il faut effectivement se demander quels sont les enjeux pour que le « Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques » se transforme en « CNU pour les disciplines de santé »⁵⁰⁵, accueillant en son sein une partie des sciences paramédicales qui jusqu'alors, dans la division du travail, n'étaient encore que des « auxiliaires médicaux » dans le champ de la santé.

La réforme de la formation infirmière a été menée tambour battant, ou « à marche forcée » comme l'ont dit certains directeurs des soins ou directeurs d'instituts de formation : le texte législatif⁵⁰⁶ est paru le 31 juillet pour une application début septembre. Ce changement de paradigme a entraîné des difficultés d'application sur le terrain, dans les instituts de formation mais aussi lors des stages à l'hôpital où la réforme a tardé à être expliquée mais également à cause du caractère chronophage des évaluations de compétences à travers un portfolio, dans le contexte contraint des services hospitaliers. La rénovation de la formation modifie le rôle de l'encadrement de proximité en stage : comme le stage hospitalier est le lieu d'apprentissage des « savoirs en situation », il permet à l'étudiant d'acquérir et de valider des compétences auprès d'infirmiers « de proximité », tuteurs et de maîtres de stage. Ce stage est aussi la source d'un travail de réflexion et de conceptualisation réalisé ensuite avec les formateurs au sein de l'institut de formation : cette alternance sur deux lieux révèle des difficultés de synergie et de travail collaboratif⁵⁰⁷.

En conséquence des améliorations ont été apportées, mais la méthodologie développée à l'occasion de cette réforme a été retranscrite pour chacune des professions paramédicales qui sont passées par la réingénierie. Le cabinet conseil fait état de

⁵⁰⁴ BOURDIEU P., 2013, « Séminaires sur le concept de champ, 1972-1975 », *op cit*, p. 18

⁵⁰⁵ Arrêté du 30 octobre 2019 modifiant l'arrêté du 28 septembre 1987 relatif aux modalités de fonctionnement du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

⁵⁰⁶ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier

⁵⁰⁷ Plusieurs années de direction de mémoires auprès des étudiants cadres de santé-formateurs me permettent de faire état de cette difficulté de partenariat entre les deux versants de l'alternance. Beaucoup de lieux peinent encore plus de dix ans après la mise en place de la réforme à ne pas juxtaposer les expériences des étudiants et à réaliser pleinement une alternance intégrative.

l'accompagnement de la réingénierie des Diplômes d'État pour un ensemble de métiers paramédicaux. Dans la réalité et en fonction de l'agenda politique, certaines formations ont bénéficié de la réingénierie comme les ergothérapeutes en 2010, les manipulateurs d'électroradiologie médicale et les pédicures-podologues en 2012, les masseurs kinésithérapeutes en 2015 ; d'autres formations ont vu l'arrêt des travaux les concernant au Ministère de la santé, d'autres encore sont à peine dans le processus comme les techniciens de laboratoire médical.

Si les réformes des études médicales ont été nombreuses au XXe siècle, ce chapitre a permis d'éclairer les modifications survenues pour le début des études médicales, et surtout la transformation de PCEM1 en PACES. Les ambitions étaient fortes dans les années 2000 : il s'agissait tout à la fois de « lutter contre le gâchis humain », de faire entrer les formations en santé dans l'ère numérique, d'adapter les formations au futur exercice pluri professionnel sur la base de « socle commun » ou encore d'une culture commune et d'envisager la création d'universités de santé.

La rhétorique du gâchis humain qualifiait l'échec en première année de médecine qui s'accompagnait souvent d'années d'études en vain et sans équivalence pour les étudiants. La réforme a initié une réorientation en fin de premier semestre pour les étudiants dont les résultats étaient trop faibles pour espérer se classer en rang utile à la fin de l'année. Il s'est donc s'agit d'opérer un tri au cours de l'année sans pratiquer de sélection à l'entrée à l'université. Cette gestion de flux d'étudiants, accompagnée d'une refonte du contenu de la première année a contribué à maintenir un niveau sélectif et élitiste, propre à favoriser la reproduction du groupe professionnel des médecins. Si l'ambition de regrouper ensemble les professions de santé dans une licence santé ne s'est pas concrétisée, les pharmaciens ont rejoint cette première année mutualisée, puis la totalité des étudiants en kinésithérapie lors de la réingénierie de leur formation.

La PACES a subi des critiques ; de l'avis des doyens, des enseignants et des étudiants c'était une mauvaise réforme. Les initiatives se sont multipliées au niveau national pour infléchir son fonctionnement tout en conservant son objectif de former les futurs médecins, le plus gros contingent. Des passerelles entrantes et sortantes ont été réfléchies avec des

aménagements en première année de licence pour éviter la perte de temps et l'échec sec du fameux « gâchis humain ». Ces alternatives conjuguées à la suppression du *numerus clausus* ont permis l'émergence d'une nouvelle première année à partir de 2020.

La PACES n'a pas été la seule réforme à intervenir : dans la suite du cursus médical, les diplômes de formation générale en sciences médicales (DFGSM) et de formation approfondie en sciences médicales (DFASM) ont suivi quelques temps après. Et si différents facteurs n'ont pas permis de réaliser une véritable première année commune à toutes les professions, des réformes ont été engagées parallèlement pour les autres formations en santé, leur donnant une meilleure lisibilité. En effet, la réingénierie des formations conjuguée à la mise en place de Parcoursup ont fait passer les formations paramédicales dans un format universitaire : la suppression des concours d'entrée et l'évolution des cursus selon un schéma Licence Master Doctorat. Ceci facilite les passerelles et autorise la préfiguration des campus santé.

3 UNE REFORME DECLINEE LOCALEMENT : LES RAISONS ET LES RESSORTS DE L'EMERGENCE D'UNE SINGULARITE

Après avoir analysé les conditions de la réforme de la PACES au niveau national, les implications de sa mise en place, les expérimentations qui ont suivi et les réformes des autres formations en santé, il nous faut à présent observer comment la PACES a été reçue et appliquée au niveau local, c'est-à-dire dans l'université sur laquelle s'appuie cette recherche. Ce chapitre entend répondre à la question : comment un dispositif inédit à l'université, spécifiquement destiné à l'entrée dans les formations paramédicales a-t-il émergé ? En parallèle, il est intéressant aussi d'analyser les enjeux qui ont motivé une équipe restreinte, issue de l'université et de l'hôpital, à mettre en place et faire fonctionner un parcours de réorientation pour gérer un flux d'étudiants ajournés à la fin du premier semestre de PACES.

La première section va permettre de dresser l'état des lieux de l'enseignement médical à Amiens, depuis la création de la première école au début du XIXe siècle jusqu'aux UFR de médecine et de pharmacie actuelles. Ce panorama historique est intéressant pour comprendre l'implantation de la formation médicale d'un point de vue social et géographique : il sera question des évolutions, des enjeux d'une offre de formation implantée localement, avec les relations entre les positions des agents chargés de l'enseignement et des autorités locales.

Sur ces bases, la section suivante propose de dessiner le champ local des formations en santé tel qu'il se présente pendant l'enquête. L'utilisation de l'ethnographie permet une lecture de l'espace social pour rendre compte de la position des individus les uns par rapport aux autres et dans le champ médical plus largement. Avec la position des agents et l'espace investi, il devient plus aisé de comprendre l'articulation des formations, les relations au sein du champ et les prises de positions au sein de l'espace.

Dans la troisième section, c'est le dispositif spécifique de réorientation, l'objet même de la recherche, qui est au cœur de l'analyse. Localement, la réforme de la PACES est aussi envisagée comme une « mauvaise réforme » qui ne tiendra pas ses promesses mais qu'il faut appliquer. C'est donc l'UFR de médecine qui s'en empare : le contexte local va autoriser l'émergence d'un projet porté par une équipe restreinte mais qui doit mobiliser toute l'université. Un premier temps permet d'observer les conditions qui sont propices à l'application de la réforme avec la dimension réorientation vers le secteur paramédical. Puis dans un second temps, l'étude du dispositif général de réorientation permet d'appréhender les enjeux pour la communauté universitaire. Enfin, l'analyse et la description fine du

« parcours d'aide à la préparation aux concours paramédicaux » replacent l'objet d'étude dans une dimension sociographique.

3.1 DE L'ÉCOLE DES OFFICIERS DE SANTÉ AU CAMPUS SANTÉ : UNE SOCIOHISTOIRE LOCALE DES UFR DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Cette section présente les conditions d'émergence des formations en santé à Amiens ainsi que des éléments sur l'histoire de la faculté de médecine. L'intérêt est de comprendre le contexte historique qui a préfiguré la situation contemporaine et locale des formations en santé, de mettre en lumière différents paramètres qui ont influencé la configuration des formations en santé.

L'implantation de l'UFR de médecine à mi-chemin entre Paris et Lille lui confère une place particulière. Paris est historiquement plus ancienne et aussi plus prestigieuse et Lille est celle qui draine les effectifs les plus nombreux. Cette position dominée par rapport aux UFR environnantes puise ses racines dans son histoire : ne formant au début que des officiers de santé destinés à un département rural, l'enseignement médical ne parvient que tardivement à s'aligner sur ses homologues. Amiens n'a disposé que d'un cursus médical incomplet, jusque dans les années 1960, pour les étudiants qui voulaient être docteurs en médecine.

3.1.1 Émergence de l'enseignement médical à Amiens dans la première moitié du XIXe siècle

Plusieurs travaux de recherche explorent la population des médecins, leur formation et les institutions où cette formation a été dispensée au cours des siècles derniers à Amiens. La partie qui suit s'appuie sur ces différents écrits. Il existe un travail sur les médecins amiénois pour le mémoire de maîtrise d'Henri Berlemont en 2004⁵⁰⁸ ainsi que des travaux sur l'hôpital et l'école de médecine pour la thèse de doctorat d'exercice de médecine de Fabien Leroy en 1986⁵⁰⁹ et enfin, les travaux de recherche d'Églantine Nemitz pour sa thèse de doctorat d'exercice en médecine soutenue en 2004⁵¹⁰. La problématique de ce dernier travail est centrée sur l'organisation de l'enseignement de la médecine à Amiens en explorant les conditions historiques, politiques et financières.

⁵⁰⁸ BERLEMONT H., 2004, *Les médecins dans la cité amiénoise au XIXe siècle*, Mémoire de maîtrise en histoire contemporaine, Amiens.

⁵⁰⁹ LEROY F., 1986, *L'histoire de l'hôpital d'Amiens de 1929 à 1966 et de l'École de Médecine d'Amiens de 1804 à 1966*, Thèse de doctorat d'exercice en médecine, Amiens.

⁵¹⁰ NEMITZ E., 2004, *Histoire de l'École de santé d'Amiens : De l'école pratique aux Facultés de Médecine et de Pharmacie*, Thèse de doctorat d'exercice en médecine, Amiens.

Si la Faculté de médecine voit le jour à Amiens en 1966, la première École pratique de santé a été créée en 1804. Cette école était destinée à former des officiers de santé. En effet, avant la Révolution et jusqu'en 1791, il n'existait dans la ville qu'un collège de médecins associé aux Facultés de médecine d'alors, mais ce collège assimilé à une corporation voit sa disparition à partir de 1791, suite au décret d'Allarde et à la loi Le Chapelier vus précédemment.

A Amiens, après la Révolution, les prémices de la formation médicale vont apparaître vers 1800. C'est le Préfet Nicolas Quinette, par un arrêté du 12 octobre 1800, qui institue un « Comité médical chargé de lutter contre les fléaux épidémiques, de fonctionner comme un véritable jury pour l'admission des officiers de santé et de contrôler la pratique de la médecine dans le département »⁵¹¹. Ce comité médical intervient dans la lutte contre les épidémies de peste et de fièvre jaune et il doit également étudier les effets de la vaccine : la Société de vaccine de la Somme est créée en 1802. En tant que jury de santé, c'est au comité que revient la charge d'examiner les garanties de science et d'honorabilité des officiers de santé qui pourront exercer sur le périmètre exclusif du département. Cette mission de jury de santé va s'éteindre après la loi du 19 ventôse an XI. Sous l'impulsion du Préfet, le Comité médical est invité à poursuivre ses activités sous la forme de 'Société Médicale' à laquelle la Société de vaccine sera rattachée. Cette société est fondée le 7 septembre 1803 (20 fructidor an XI). Elle comprend 12 membres fondateurs nommés à vie. Ses différentes tâches se développent autour des épidémies, de l'assainissement et de l'analyse des eaux de rivière, mais aussi pour la salubrité de la prison ainsi que la défense et la protection des enfants dans leurs premières années ou plus tard à l'école ou à l'atelier. En tant que société savante, elle va œuvrer à la création de l'École pratique de santé d'Amiens parallèlement à l'administration des hospices.

3.1.1.1 En 1804, la première école est une École pratique de santé qui forme des officiers de santé

Au début de l'année 1804, « la Commission administrative des hospices amiénois envisage la création de cours de médecine dans le chef-lieu du département de la Somme pour préparer efficacement les élèves aux épreuves du jury médical institué par la loi du 19 ventôse an XI »⁵¹² Les médecins présents à l'Hôtel Dieu et dans les hospices d'Amiens ont,

⁵¹¹ NEMITZ E, 2004, *op cit*, p15

⁵¹² NEMITZ E, 2004, *Ibid.*, p 33.

pour la plupart, été formés à Paris et à Montpellier. La formation des officiers de santé est prise au sérieux car, la Somme étant un département rural, ils seront destinés à soigner la population des campagnes et des quartiers artisanaux et industriels. Le département est donc bien l'échelon pour le recrutement et l'exercice des officiers de santé. C'est Ferdinand Lapostolle, apothicaire chimiste, enseignant la chimie et la physique au Jardin du Roi d'Amiens avant la Révolution, qui dépose un mémoire le 1^{er} mars 1804 pour la création d'une École pratique de santé à Amiens. Ce mémoire est favorablement accueilli lors de sa lecture le 5 mars au cours de la séance de la Commission administrative des hospices. Le nombre insuffisant de praticiens pour assurer les cours nécessite de faire appel à la Société médicale. Et ainsi, « le 15 mars 1804, la Commission administrative des hospices associée à deux représentants de la Société médicale adopte un programme et un règlement en 14 articles pour l'établissement d'une **École pratique de santé** dans l'Hôtel Dieu de la ville, sous les auspices de l'Administration »⁵¹³.

Ce règlement est arrêté en séance le 21 mars 1804. L'article 1 permet de connaître la limite d'âge pour entrer dans cette école puisqu'il dit : « Les élèves qui se proposeront de suivre les cours de l'École pratique de santé seront âgés de 15 ans révolus ». La durée des études est de 5 ans pendant lesquelles les élèves ont l'obligation de suivre tous les jours la visite des salles faite par les médecins et les chirurgiens de l'Hôtel Dieu et d'assister à toutes les leçons de l'École. Sept matières sont enseignées : l'anatomie et la physiologie sont dispensées par le Docteur Trannoy, l'hygiène par le Docteur Sévelle. Le Docteur Danglas assure la pathologie interne et clinique tandis que le Docteur Ladent assure la pathologie externe et les opérations. Les accouchements et les maladies de femmes sont enseignés par le Docteur Salleron, la matière médicale et la chimie pharmaceutique par le pharmacien Lapostolle.

Le 12 avril 1804 a lieu la cérémonie d'inauguration de l'École pratique de santé à l'Hôtel Dieu. La première promotion compte 19 élèves âgés de 16 à 24 ans. Les premiers cours ont lieu le 8 octobre 1804 (15 vendémiaire an XII) et l'enseignement y est gratuit.

⁵¹³ NEMITZ E, 2004, *op cit*, p 33.

3.1.1.2 *L'École pratique de santé cède la place aux Cours pratiques de médecine, de chirurgie et de pharmacie*

Le 2 juillet 1806, Napoléon signe à Saint Cloud un décret stipulant dans son article 1 : « Il sera établi dans les Hospices de malades des villes de Bruxelles, Gand et Amiens, des Cours Pratiques de médecine, de chirurgie et de pharmacie destinés spécialement à l'instruction des officiers de santé »⁵¹⁴, si bien que, le 12 novembre 1806, le Préfet Quinette arrête un règlement en 32 articles pour faire évoluer l'École Pratique de santé vers **les Cours Pratiques de médecine, de chirurgie et de pharmacie d'Amiens**.

L'admission des élèves est maintenant subordonnée à des conditions de maîtrise suffisante de la langue française, de connaissances de l'arithmétique et de latin « pour entendre et expliquer les auteurs de basse latinité ». Parmi les élèves, 15 sont choisis sur concours (3 élèves internes, 6 élèves externes et 6 expectants), les autres sont qualifiés d'habitues. Ceci dessine une hiérarchie dans les attributions, les responsabilités et même les enseignements. Les tâches les plus valorisées sont pour les internes : ils font les pansements, montent des gardes de 24 heures, suivent les visites, assurent la distribution des prescriptions d'aliments et de médicaments et administrent les premiers secours aux malades à leur arrivée. « Ils préparent les matériaux des leçons et font les dissections »⁵¹⁵. Les externes, eux, font les petits pansements, préparent les appareils sous la surveillance des internes, sont chargés de l'observation des malades mais sans s'occuper des prescriptions, ils peuvent suivre les médecins et les chirurgiens au lit du malade mais après les internes. Ces détails sont plutôt intéressants : ils se comportent comme des assistants auprès des médecins et certaines tâches citées précédemment sont, de nos jours, de la compétence des infirmiers. Les expectants ont encore moins de prérogatives : ils aident les internes et les externes dans la préparation des pansements et des bandages. Ils ont le droit de suivre les visites et les pansements auprès des fiévreux et des blessés. On voit que, pour suivre la visite du malade, une règle de préséance existe et que chacun a une position : les plus dominés se voient confier le « sale boulot » dans cette division du travail. Les internes sont en place pour 3 ans. Lorsqu'ils libèrent une place, les externes concourent pour obtenir la place et ainsi de suite. Pour la pharmacie, les élèves

⁵¹⁴ NEMITZ E, 2004, *op cit*, p 38.

⁵¹⁵ NEMITZ E, 2004, *ibid.*, p 40.

formés seront des apothicaires dits de seconde classe. Ainsi, localement, la formation ne permet pas d'accéder aux positions les plus valorisées du champ médical d'alors.

Dans ces cours pratiques, les enseignants sont restés les mêmes que dans l'École pratique de santé. La formation des élèves accoucheurs et sages-femmes dure 6 semaines, théorie et pratique. Ce cours public existait depuis le 13 mai 1800 assuré par le Docteur Salleron.

L'enseignement médical se fait au lit du malade à l'Hôtel Dieu où il existe une salle de cours unique. L'enseignement de la botanique se fait au Jardin des Plantes. « De 1804 à 1820, le jury médical du département de la Somme a reçu 143 officiers de santé, 35 pharmaciens et 23 sages-femmes »⁵¹⁶. Les jurys font passer des examens une fois par an pour la « réception des officiers de santé ». Trois examens sont au programme : un sur l'anatomie, un sur les éléments de la médecine et un sur la chirurgie et les connaissances usuelles de la pharmacie. Les élèves se présentant au jury doivent de plus présenter des certificats concernant leurs années d'études et de stage auprès de docteurs. Le jury médical est aussi chargé de recevoir les pharmaciens, les sages-femmes, les herboristes : sa composition change alors en fonction des professions. Les jurys médicaux seront supprimés en 1855.

Le 17 mars 1808 « un décret portant sur l'organisation de l'Université érige les Écoles spéciales de médecine en Facultés » Amiens n'en fait pas partie, elle n'est pourvue que de Cours Pratiques à destination des officiers de santé et des apothicaires.

3.1.1.3 *Puis une École secondaire de médecine et de pharmacie.*

L'ordonnance du 18 mai 1820⁵¹⁷ modifie l'organisation de l'enseignement médical. Désormais, les Écoles Secondaires de médecine et les Cours d'Instruction médicale relèvent du Ministère de l'Instruction publique. A Amiens, une ordonnance de 1821 crée l'**École secondaire de Médecine et de Pharmacie**. Elle n'a toujours pas le rang de faculté. Le poste de directeur est créé : c'est le Docteur Barbier qui l'occupe de 1821 à 1853 puis le Docteur Rigollot de 1853 à 1855. Le recteur de l'Académie d'Amiens, Jean Dijon, est chargé par la commission de l'Instruction publique de rédiger un rapport sur l'École pour juger de la valeur et de la

⁵¹⁶ NEMITZ E, 2004, *Op. cit.*, p48.

⁵¹⁷ Ordonnance royale du 18 mai 1820, concernant les écoles secondaires de médecine

composition du corps professoral, ainsi que sur le nombre d'élèves et leur mode d'admission. En 1820, les élèves sont 26 ; en 1821, 36. Il est intéressant d'observer le recrutement géographique d'alors : trois élèves viennent de l'Oise, cinq du Pas de Calais, un de la Meurthe et tous les autres viennent de la Somme. De nos jours, les étudiants sont majoritairement issus des départements de la Somme, de l'Oise et de l'Aisne, leur inscription se faisant dans l'Académie d'origine sauf dérogation.

Le 4 juillet 1820, une nouvelle ordonnance organise l'enseignement « concernant les facultés de Droit et de Médecine ». Plusieurs articles traitent conjointement des Facultés et des Écoles secondaires aussi bien pour l'inscription que pour la vérification des présences en cours. Dans le texte, nous pouvons néanmoins remarquer une différence de rhétorique : la Faculté dispose d'un Doyen à sa tête alors que l'École secondaire a un chef. Pour l'inscription en Faculté, le titre de Bachelier est requis (bachelier es sciences à partir de 1823 pour la Faculté de médecine). Les étudiants doivent pouvoir prouver leur résidence dans la ville de l'École ou de la Faculté pour pouvoir s'y inscrire.

Dans les années précédant 1840, les Écoles secondaires de médecine revendiquent une meilleure reconnaissance : « elles veulent être reconnues comme les premiers établissements d'enseignement de la médecine derrière les Facultés de Paris, Montpellier et Strasbourg et de ce fait, obtenir un titre plus prestigieux qu'École secondaire »⁵¹⁸ ce qui sera chose faite la même année.

3.1.2 Dans la seconde moitié du XIXe siècle, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie

En effet, le 13 octobre 1840, une ordonnance⁵¹⁹ transforme les Écoles secondaires en **Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie**. Les matières enseignées y sont précisées : chimie et pharmacie ; Histoire naturelle médicale et matière médicale ; anatomie et physiologie ; clinique interne et pathologie interne ; clinique externe et pathologie externe ; accouchements, maladies de femmes et des enfants. Les professeurs titulaires, au nombre de 6 et les adjoints, au nombre de 2, sont nommés par le Ministre de l'Instruction publique. Ils doivent être docteurs en médecine, pharmaciens ; ceux d'histoire naturelle et de chimie doivent détenir le baccalauréat ès sciences physiques. Concernant l'organisation, les Écoles

⁵¹⁸ BERLEMONT H, 2004, *Op cit*, p.52.

⁵¹⁹ Ordonnance royale du 13 octobre 1840 relative aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie

préparatoires doivent disposer d'un ou plusieurs amphithéâtres ainsi que des collections nécessaires aux enseignements. Ce sont des établissements communaux financés par les villes, les hospices et les Conseils généraux. L'enseignement de la clinique médicale et chirurgicale sera assuré par l'administration des hospices de la ville qui pourvoira à une salle de cinquante lits au moins pour ce faire.⁵²⁰

Une École préparatoire de médecine et de pharmacie est établie à Amiens par ordonnance le 14 février 1841. Elle dépend alors du Rectorat de Douai. Une École préparatoire est créée à Arras à la même période. Elle ferme en 1883 concurrencée par les Facultés de Lille (État et libre) et l'École préparatoire d'Amiens.

L'École préparatoire voit ses missions élargies : elle doit préparer les élèves aux enseignements des Facultés. Les étudiants suivent leurs trois premières années de formation à Amiens et poursuivent leur cursus dans une faculté pour soutenir leur thèse. Le baccalauréat est requis à l'inscription, mais en 1852 seuls 3 élèves sur 52 l'ont obtenu⁵²¹, par conséquent le niveau est faible. De plus, la totalité du cursus n'est pas dispensé sur place : le statut d'école préparatoire n'est pas aussi prestigieux que celui de Faculté.

L'École préparatoire est installée dans la salle Saint Jean de l'Hôtel Dieu⁵²². Au cours des années elle va s'agrandir et se doter d'équipements. Le corps des professeurs s'étoffe également : à partir de 1877, ils sont 11 titulaires et 4 suppléants assistés d'un chef de travaux, un prosecteur d'anatomie, un préparateur de chimie et d'histoire naturelle, un bibliothécaire. L'École dispose de deux amphithéâtres, deux laboratoires, une bibliothèque, une salle d'opérations chirurgicales, une salle d'accouchements et une salle pour les maladies des yeux. Le nombre d'étudiants augmente si bien que la ville aménage une annexe rue Henri IV, face à la Cathédrale, puis un laboratoire de bactériologie rue Fernel dans le quartier Saint Leu. En 1890, l'École préparatoire compte 114 élèves, elle est au deuxième rang des Écoles préparatoires après Nantes.

L'officiât de santé est supprimé par la loi du 30 novembre 1892 ce qui met fin à ce système à deux vitesses avec deux classes de médecins, même si dans les faits, pendant des

⁵²⁰ NEMITZ, 2004, *op cit.*, p 67

⁵²¹ COUTANT S., 22 novembre 2019, « De l'école pratique de santé à la faculté de médecine et de pharmacie », Symposium « Le U de CHU, 50 ans de l'UPJV », Amiens.

⁵²² Il subsiste quelques vestiges rue St Leu à côté de l'UFR de Sciences

années, il subsistera encore des officiers de santé en activité. Cette loi donne aux médecins le monopole des soins et des savoirs médicaux, véritable monopole d'exercice. Toujours en 1892, les Écoles de médecine et de pharmacie, à la suite d'un décret ministériel, sont réorganisées sous un nouveau statut. Les Écoles préparatoires doivent s'adapter aux nouveaux programmes sinon elles sont appelées à disparaître. L'approbation de la nouvelle école intervient le 14 avril 1897 en même temps que la création de trois nouvelles chaires.

Le certificat de physique, chimie, sciences naturelles (PCN) qui voit le jour constitue l'étape préparatoire aux études de médecine. Le statut des Écoles relève alors du Ministère de l'Instruction publique pour le recrutement du personnel et la direction technique, mais les dimensions matérielles et financières sont du ressort des municipalités. A Amiens, la municipalité refuse de financer les dépenses nécessaires. Pendant cinq ans, les transactions seront âpres pour savoir si la ville apportera sa garantie pour le maintien et la réorganisation de l'École de médecine et de pharmacie. L'Hôtel Dieu subit des réaménagements et les cours de l'École préparatoire et du PCN sont installés dans le quartier Saint Leu. Les effectifs de l'École sont de 67 élèves (médecine, pharmacie et sages-femmes réunis) en 1896-1897 et augmentent chaque année. En 1901-1902, ils sont 103. Et au début du vingtième siècle, le 20 septembre 1904, l'École d'infirmières est créée à l'Hôtel-Dieu.

3.1.3 Le début du XXe siècle : une implantation qui se confirme

Pour les médecins, le déroulement des études s'établit comme suit : l'inscription est soumise à l'obtention du diplôme de bachelier (Bachelier es lettres, puis es sciences restreint et diplôme de bachelier complet au début des années 1900). Les étudiants suivent une année préparatoire pour obtenir le PCN. « Les élèves en doctorat de médecine commencent les études médicales proprement dites après le PCN (...) Devenus étudiants en médecine, les anciens PCN sont attachés à un service hospitalier »⁵²³. Les étudiants assistent ensuite aux cours de l'École préparatoire pendant trois ans : le matin, ils sont à l'hôpital et l'après-midi en cours en amphithéâtre. Ils peuvent apprendre au lit du malade à l'Hôtel Dieu, à l'Hospice des Vieillards et des Incurables Saint Charles (ancien Hôpital Général Saint Charles fondé en 1641) et à l'Hospice des Vieillards Saint Vincent de Paul, l'asile de Dury, l'Hôpital réservé aux enfants

⁵²³ NEMITZ, 2004, *op cit*, pp.87-88.

(Pavillon Saint Céran de l'Hôtel Dieu à partir de 1891), l'Hospice Saint Victor pour les maladies des yeux (à partir de 1890)⁵²⁴. Les deux dernières années d'études doivent être effectuées dans une Faculté de médecine. Cette organisation perdure jusqu'en 1935 avec la création du PCB (Physique, chimie, biologie) qui remplace le PCN. Ce certificat PCB est nécessaire pour s'inscrire en médecine et dans d'autres formations scientifiques. A cette époque, l'École préparatoire est placée sous la tutelle pédagogique de la Faculté de Lille.

Pendant la période mouvementée de la Deuxième Guerre mondiale, deux décrets qui vont modifier l'enseignement médical : le 16 mars 1943, le PCB est remplacé par l'APM ou Année Préparatoire de Médecine qui doit se dérouler dans une Faculté de médecine selon le décret du 13 août 1943. L'École préparatoire est alors menacée, mais en 1944 l'APM redevient PCB jusqu'en 1961, date de sa transformation en CPEM ou Certificat Préparatoire aux Études Médicales. L'appellation PCB a été durable et certains responsables interrogés pensent que cette préparation intégrée ou non aux études de médecine est solidement ancrée :

Avant il y avait le PCB qui était une première année commune sciences-médecine, peut-être bien pharmacie aussi d'ailleurs, qui se faisait en fac de sciences, qui ne se faisait pas en fac de médecine. Ça donnait un vernis scientifique, ça permettait de refaire des maths et tout ça : ça a été abandonné et on retombe dans un système à peu près équivalent qui se fait maintenant en médecine...bon, euh...la roue tourne, mais en tout cas, ça ne fait pas avancer le schmilblick. (R29, homme 50 ans environ, MCU-PH, Exploration fonctionnelle neuro-pédiatrie, Vice-président Université)

A la suite du décret ministériel du 10 février 1955, l'École Préparatoire d'Amiens devient institut d'Université rattaché à la Faculté de médecine de Lille. Elle est désormais **École nationale de Médecine et de Pharmacie** (jusqu'en 1966). « A partir du 1^{er} octobre 1960, l'École a l'autorisation de dispenser successivement les cours des 4^e, 5^e, 6^e années de médecine et à partir du 1^{er} octobre 1961, de la 4^e année de pharmacie »⁵²⁵. Dès cette année-là, en 1961, l'hôpital acquiert le statut de Centre Hospitalier et Universitaire suite à l'ordonnance de 1958. Puis en 1964, l'Académie d'Amiens est créée, dont le premier recteur sera Robert Mallet. Il sera porteur du projet d'une Université à Amiens.

⁵²⁴ NEMITZ, 2004, *op cit*, p. 89.

⁵²⁵ NEMITZ, 2004, *Ibid.*, p.99.

3.1.4 La transformation de l'École nationale en Faculté de médecine en 1966

La **Faculté de médecine** voit le jour à Amiens le 26 novembre 1966 par le décret n° 66-872 portant transformation en facultés d'écoles nationales de médecine et de pharmacie. Le premier doyen élu sera le Professeur Gérard Perdu. Si dans son article 1, ce décret transforme les écoles de Rouen et de Reims en Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, à Amiens, il n'en n'est pas de même. En effet, « l'école nationale de médecine et de pharmacie d'Amiens est transformée en faculté de médecine. La section pharmacie de cette école est supprimée à compter du 1^o octobre 1967 »⁵²⁶. Les enseignements de pharmacie doivent progressivement s'éteindre jusqu'en 1970 de façon à laisser les étudiants entrés en 1966 avancer leur cursus, néanmoins la cinquième année ne sera pas organisée. A vrai dire, l'enseignement de la pharmacie sera rétabli dès 1968. Ce décret prévoit également les conditions financières de cette Faculté. Les collectivités locales sont associées au projet, elles doivent continuer de prendre en charge la moitié des dépenses de construction, d'aménagement et d'équipement. Cette responsabilité est encore partagée de nos jours comme nous l'avons observé pour la construction de nouveaux locaux d'enseignement du premier cycle du Pôle santé de l'UPJV en 2014/2015⁵²⁷ et la recherche de financements pour les infrastructures reste une préoccupation des responsables d'UFR de médecine.

La transformation de l'École nationale en Faculté permet aux étudiants d'effectuer la totalité du cursus médical à Amiens sans devoir aller à Paris ou à Lille pour terminer leur thèse. A Amiens, la première thèse est soutenue le 3 mars 1967 par Jacques Liénard. Disposer d'une offre de formation complète sur le territoire reste une ambition forte actuellement comme l'ont rapporté les hospitalo-universitaires interrogés.

L'Université de Picardie est créée par arrêté le 27 mars 1969. La loi Faure du 12 novembre 1968 transforme les facultés en UER (Unités d'enseignement et de recherche). L'UER de médecine pharmacie, créée en 1968, sera scindée en janvier 1973 en deux entités pour la médecine d'une part et la pharmacie d'autre part. La loi Savary du 26 janvier 1984 les

⁵²⁶ Article 2 du décret n°66-872 du 26 novembre 1966 portant transformation en facultés d'écoles nationales de médecine et de pharmacie (JO 1966 10376)

⁵²⁷ Le budget prévisionnel des travaux étant de 15 600 000€, il a été cofinancé à hauteur de 10 600 000€ par la Région et de 5 000 000€ par l'État.

nommera Unités de formation et de recherche (UFR) avec des statuts nouveaux : le doyen de la faculté est désormais directeur d'UFR. Mais l'appellation « fac de médecine » persiste.

3.1.5 Adapter le patrimoine immobilier aux dimensions des promotions d'étudiants

Pour accueillir les effectifs toujours plus nombreux, un amphithéâtre pour la 1^o année de médecine sera réalisé sur le site de la faculté des sciences, l'amphi Baudelocque. Ces effectifs vont bientôt être régulés par le *numerus clausus* en 1971⁵²⁸. Dans les années 1975-1977, un projet d'implantation des facultés de médecine et de pharmacie et de leur bibliothèque sur le site du Campus au sud voit le jour. En parallèle, c'est le début de l'implantation du nouvel hôpital (Hôpital Sud) dont les travaux s'achèveront en 1986. Cette réunion des enseignements théoriques et pratiques a du sens, mais c'est l'occasion d'un bras de fer politico-financier : la ville ne s'investit qu'à hauteur de 10% puis de 4% alors que l'État doit assurer 90%. Ce projet ne verra pas le jour. L'enseignement est réparti sur plusieurs sites : Rue Frédéric Petit, dans l'ancienne Abbaye des Prémontrés ; puis à l'amphithéâtre Baudelocque à la faculté des sciences ; et enfin à l'amphithéâtre Moulonguet à l'hôpital Nord. La bataille est même médiatique, car le journal local rapporte que : « Cette année, on a limité à 550 le nombre d'étudiants de première année en accueillant d'abord les étudiants de Picardie et en limitant le nombre d'étudiants étrangers. On a refusé des étudiants venus d'autres régions françaises. Mais le nombre est tel qu'on doit assurer une rotation dans l'occupation des amphithéâtres et que les enseignements optionnels sont donnés le soir entre 20 heures et 23 heures »⁵²⁹.

En 1981-1982, un projet de mise en place d'un tronc commun pour plusieurs professions de santé est élaboré lors de la préparation d'une nouvelle loi d'orientation sur l'enseignement supérieur. Il s'agirait de réunir les étudiants sur les deux années du premier cycle avec une sélection à la fin de la deuxième année. Le conseil de la faculté de médecine n'y est pas favorable considérant que cela aboutirait à un allongement des études⁵³⁰. La loi du 23 décembre 1982 organise le deuxième cycle avec l'examen classant et l'internat unique à

⁵²⁸ Loi n°71-557 du 12 juillet 1971

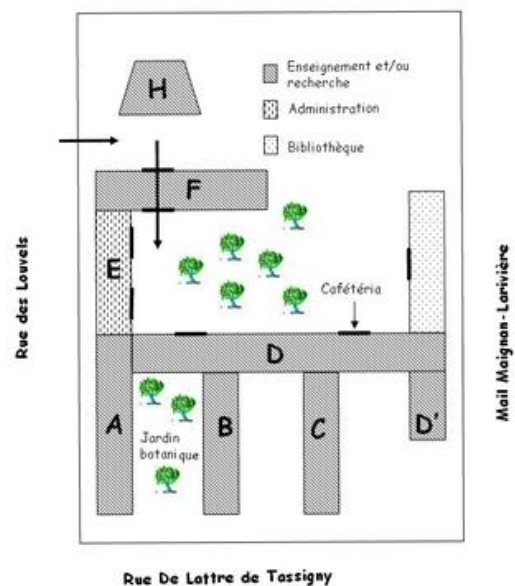
⁵²⁹ Pierre RAPO, Courrier Picard, édition du 10 novembre 1977

⁵³⁰ NEMITZ, 2004, *op cit*, p.111

quatre filières (médecine générale, médecine spécialisée, santé publique et recherche). Elle entre en vigueur le 1^o octobre 1984. Pour l'internat, Amiens est alors en inter région avec Lille, Rouen et Caen. Cette collaboration des quatre CHU est toujours active et recouvre bien d'autres missions : il s'agit d'un groupement de coopération sanitaire pour l'inter région Nord-ouest appelé G4.

En 1984, le projet de construction pour un regroupement sur le Campus sud est abandonné au profit d'un complexe scientifique dans le quartier Saint Leu (médecine – pharmacie- sciences) mais ce projet se transforme au profit d'un transfert dans les locaux de l'Hospice Saint Charles depuis que la maison de retraite Saint Charles a été vendue par le Centre hospitalier à la Région.

En 1988, les premiers cours ont lieu dans un amphithéâtre du bâtiment F, précédemment occupé par l'École d'infirmières. Puis en 1991, c'est le début de l'installation : d'abord l'administration puis la réalisation d'un amphithéâtre de 356 places dans l'ancien théâtre de l'Hospice (H), l'amphi Perdu, du nom du premier doyen ⁵³¹. La fin des travaux du **Pôle santé** sur le site Saint Charles se termine avec la bibliothèque en 2002.



Pôle Santé - Centre Saint Charles

3.1.6 Envisager une « Université de santé » ou un Campus Santé au XXI^e siècle

Dès 2001, un projet de regroupement des différents sites du Centre Hospitalier sur le site Sud va émerger, l'installation des formations de santé sur le Campus redevient d'actualité,

⁵³¹ NEMITZ, 2004, *Op. cit.*, pp. 132-133

surtout que les effectifs ont augmenté, que les locaux sont toujours plus exigus et que les occupations d'amphithéâtre sont problématiques.

Un premier cycle de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives ou STAPS voit le jour, en 1990-1991, hébergé administrativement d'abord au Pôle Santé avant la création d'une UFR STAPS sur le Campus comprenant les équipements sportifs nécessaires. En 1990 toujours, un nouvel enseignement est envisagé au Pôle Santé : pour diversifier l'offre de formation, un enseignement d'ergonomie se met en place. Et à la rentrée 1991, un Diplôme Universitaire (DU) d'ergonomie est créé. Cette filière évolue vers une maîtrise en Sciences et Techniques. En 2001, c'est un Institut Universitaire Professionnalisé ou IUP qui propose une nouvelle filière de formation. « Cette filière a par ailleurs l'avantage d'offrir un nouveau débouché aux étudiants qui, tout en ayant validé l'année de PCEM1, ne sont pas classés en rang utile pour poursuivre en médecine, odontologie et ne souhaitent pas intégrer l'école de sages-femmes »⁵³².

Il faut prendre un temps d'arrêt pour souligner cette idée importante et novatrice : elle illustre la réflexion menée pour trouver des solutions de débouchés aux étudiants ne pouvant pas poursuivre un cursus médical mais ayant une appétence pour un métier en rapport avec la santé. L'idée va être déclinée et différentes stratégies sont mises en place pour construire des parcours permettant d'échapper à l'organisation en tuyaux d'orgue parfois très limitative. Ainsi l'IUP va progressivement étoffer son offre : une filière Hygiène - Sécurité - Santé au travail et une filière Rééducation - Motricité avec l'articulation de l'institut de Masso-kinésithérapie. Cette dernière filière permet aux étudiants de finir leur cursus avec un Diplôme d'état de kinésithérapeute et un Master IRHPM (Ingénierie de la Rééducation, du Handicap et de la Performance Motrice) cette combinaison innovante ayant été mise en place avant la réingénierie du Diplôme d'État intervenue en 2015. Car « à partir de 2003, le concours de PCEM1 débouche également sur l'entrée à l'école de sages-femmes du CHU d'Amiens qui a son propre *numerus clausus* (33 places en 2003) et à partir de 2004, il constitue également – avec la première année de STAPS de l'UPJV et le concours de PCEM1 de la faculté de médecine de Reims – l'une des trois voies d'accès à l'école de masso-kinésithérapie du CHU, elle aussi

⁵³² NEMITZ, 2004, *op cit*, p.148.

assortie d'un *numerus clausus* (15 places pour le PCEM1 d'Amiens en 2004) »⁵³³. L'IUP va se transformer par la suite en Institut d'ingénierie de la santé ou 2IS.

Cette année 2003-2004 voit à nouveau un problème d'effectifs. Le regroupement des quatre formations en santé (médecine, odontologie, sage-femme et kinésithérapie) sur le PCEM1 fait un appel d'air. Il est nécessaire d'utiliser d'autres amphithéâtres comme ceux du Pôle scientifique à Saint Leu.

Avec la mise en place de la Première année commune aux études de santé à partir de 2010, le problème des locaux revient à nouveau : les étudiants sont accueillis sur les deux amphithéâtres du Pôle scientifique à Saint Leu : Baudelocque et Haüy. Il a fallu trouver des solutions pour augmenter la capacité d'accueil, ce qui ne semblait pas aller de soi en 2009 :

J'ai de grandes inquiétudes (...) Comment pourrai-je accueillir près de 1 500 étudiants en L1 alors que je n'ai pas les moyens d'héberger mes 950 PCEM1 ? Nous allons faire construire un bâtiment pour ce premier cycle commun, mais il ne verra le jour qu'en 2013. La réforme, elle, est pour dans un an !⁵³⁴ (R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

Les places manquant toujours, dès la rentrée 2011, les étudiants de PACES ont également investi le plus grand des amphithéâtres du Campus, l'amphi 600, ce qui inaugurerait enfin le rapprochement de la formation médicale théorique de sa formation pratique au CHU. Et en Janvier 2015 a eu lieu la rentrée des étudiants de PACES dans leurs nouveaux locaux d'enseignement spécialement dédiés au premier cycle des études, plus proche encore du CHU.

Il faut retenir que les formations en santé ont d'abord concerné les officiers de santé, les pharmaciens dont l'enseignement a connu des vicissitudes et les sages-femmes. Les étudiants qui désiraient devenir docteurs en médecine n'ont pu soutenir leur thèse sur place que dans les années 1960. Les autres formations en santé se sont développées au fil du temps mais il n'existe toujours pas d'UFR d'odontologie, ces étudiants sont accueillis à l'université de Reims.

⁵³³ NEMITZ, 2004, *op cit.*, p.143.

⁵³⁴ R30 interviewé dans « Augmentation du numerus clausus. Ceux qui gagnent et ceux qui perdent », *Panorama du médecin*, 7 décembre 2009, p. 26-31.

3.2 LE CHAMP LOCAL DES FORMATIONS EN SANTE

Cette section va permettre de dessiner l'espace local des formations en santé, les positions des agents qui ont une part active et des responsabilités dans les composantes ou les instituts et de mieux comprendre les interactions et les prises de position.

La notion de champ permet d'appréhender cet espace qui concerne les formations en santé puisque plusieurs dimensions y sont à l'œuvre et que les agents occupent des positions sur plusieurs domaines ou institutions. La plupart des formations en santé relèvent du Ministère de la Santé et conjointement du Ministère de l'Enseignement supérieur, pour certaines. La répartition des différentes formations se fait essentiellement suivant deux pôles pour leur rattachement institutionnel : l'université et l'hôpital qui définissent chacun un sous-espace ou sous-champ.

La dimension de la formation est intriquée avec la dimension de la pratique professionnelle (exercice médical et paramédical) et il faut souligner dès à présent la notion de mono et bi appartenance selon la classification du Conseil national des universités, CNU Santé. La notion de bi appartenance concerne le statut des personnels qui enseignent à l'université et ont une activité hospitalière : principalement les médecins hospitalo-universitaires puis les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens hospitaliers. Il faut se rappeler de la triple mission d'enseignement, de soin et de recherche qui leur incombe : la mission de soin s'effectue en milieu hospitalier, la mission d'enseignement en partie aussi, mais elle est directement liée à l'université et la recherche fonctionne au sein d'un laboratoire le plus souvent présent à l'hôpital, rattaché à l'université, parfois à d'autres organismes de recherche (INSERM, CNRS...).

Les personnels de santé considérés comme mono-appartenants sont enseignants chercheurs à l'université : une partie des pharmaciens (MCU ou PU) et depuis 2019, les sages-femmes, les professionnels de la rééducation et des sciences infirmières ayant été qualifiés et recrutés au sein de leurs sections CNU respectives – ce qui représente une infime partie des enseignants actuellement.

Ainsi le Centre Hospitalier et Universitaire et l'Université sont deux entités qui ont une personnalité morale et juridique différente mais qui sont liées depuis les ordonnances Debré

de 1958, puisque leur organisation conjointe permet d'assurer au niveau régional les missions de soin, d'enseignement et de recherche.

Localement, on retrouve un CHU et une université, des instituts de formation paramédicaux pour la plupart situés au CHU, quelques-uns dans les locaux de l'UFR de médecine. Héritage de la formation des infirmiers du secteur psychiatrique, il existe aussi un IFSI au sein de l'établissement public de santé mentale du département (EPSMD). Enfin un « Créf pharmacie », centre de formation en alternance qui prépare au Brevet professionnel de préparateur en pharmacie. De façon plus large, au niveau régional, la formation infirmière est la plus représentée avec onze instituts regroupés au sein d'un groupement de coopération sanitaire⁵³⁵ (GCS) qui est porté par le CHU. Ce GCS a pour but le conventionnement tripartite (IFSI – université – région) pour permettre l'intégration de la formation infirmière dans le système LMD, étape nécessaire pour la reconnaissance du Diplôme d'État au grade de licence. Cette convention de partenariat est élargie aux autres formations paramédicales comme les techniciens de laboratoire médical et les manipulateurs en électroradiologie médicale.

3.2.1 Les formations médicales et pharmaceutiques du Pôle santé

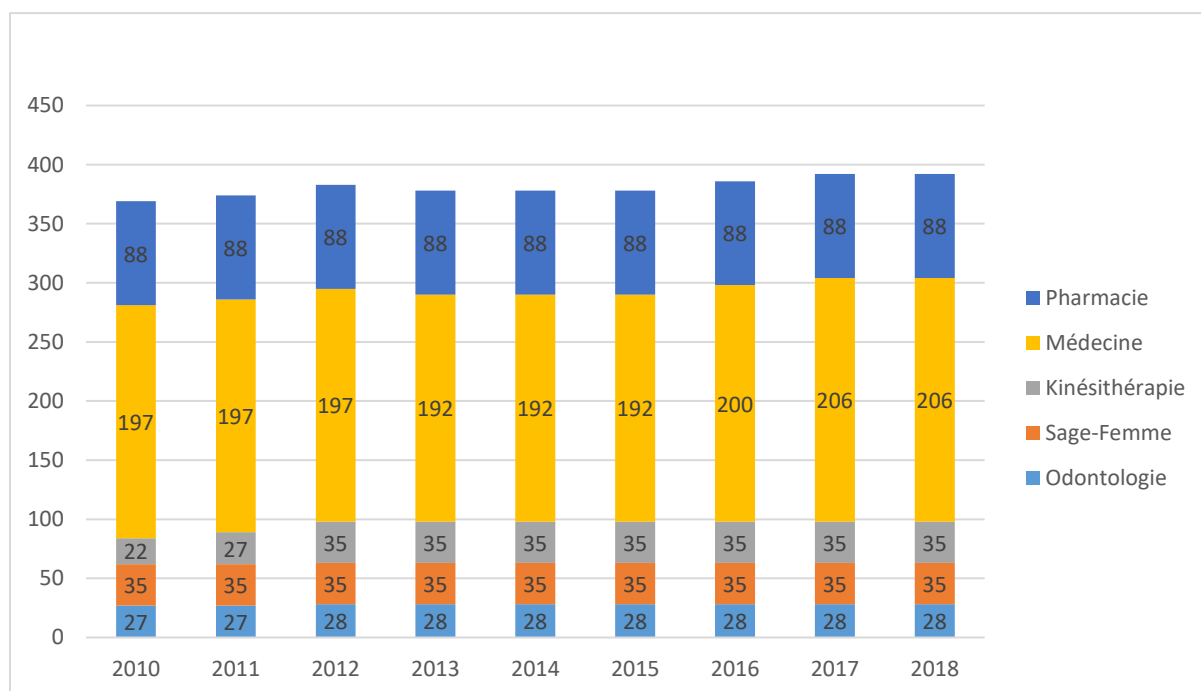
Le Pôle santé représente l'offre universitaire de formations en santé. Il est situé sur l'emplacement de l'ancien hospice St Charles et il héberge l'UFR de médecine, l'UFR de pharmacie et d'autres entités comme l'Institut d'ingénierie de la santé ou comme l'Observatoire Régional de la santé et du social (OR2S) chargé de produire des données, des analyses, des informations sur le plan sanitaire et social au niveau régional. D'autres formations paramédicales y sont présentes au gré des aménagements et des transformations du CHU. Les deux UFR médecine et pharmacie y ont leurs administrations en attendant l'évolution vers un Campus santé à proximité du CHU.

⁵³⁵ Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP no2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus licence-master-doctorat (LMD)

3.2.1.1 L'offre de formation

Le Pôle santé regroupe près de 4 000 étudiants⁵³⁶. En septembre 2010, la toute première année commune aux études de santé a accueilli 1 184 inscrits. A l'issue de la PACES, cinq filières sont accessibles aux étudiants classés en rang utile. Le nombre le plus important de places est pour la deuxième année en UFR de médecine : 197 en 2010 et 206 en 2018. Puis 88 places sont disponibles à l'UFR de pharmacie et 35 places pour ceux qui désirent continuer à l'école de sages-femmes, ces deux capacités sont inchangées. Les sages-femmes forment une profession médicale « à compétences définies » dont le champ de compétences exclut les grossesses pathologiques.

Figure 7 : Évolution de la répartition des places disponibles à l'issue de la PACES à l'Université d'Amiens entre 2010 et 2018



Pour poursuivre en odontologie, les étudiants sont dirigés vers l'URCA (Université de Reims Champagne-Ardenne qui accueille aussi des étudiants issus de la PACES de Rouen) ; le nombre de places disponibles pour Amiens était de 27 en 2010 et de 28 en 2018. Le *numerus clausus*

⁵³⁶ Source : <https://www.u-picardie.fr/l-universite/presentation/ufr>

en odontologie étant dans un rapport de 1 à 7 avec celui de médecine, les universités ne disposent pas toutes d'une composante odontologie. À Amiens, l'offre de formation MMOP⁵³⁷ après la première année de santé n'est pas ouverte dans sa totalité comme dans les universités de Lille ou de Paris. Les UFR de médecine et de pharmacie se trouvent au pôle St Charles ou Pôle santé, rejointes en 2010 par l'école de sages-femmes qui était installée sur un site du CHU.

L'institut de formation en Masso-kinésithérapie IFMK recrute à partir de la PACES et de la première année de licence de STAPS : il y avait respectivement 27 et 13 places pour chacune des deux filières, soit 40 places en 2010 ; le quota est passé à 50 places avec 35 pour les étudiants de PACES et 15 pour les étudiants de STAPS en 2018. C'est la seule formation paramédicale concernée par la PACES dans cette université. L'IFMK n'est pas hébergé au Pôle santé mais avec les autres instituts du CHU. Au total, il y avait 369 places offertes en formation en 2010, et 392 places en 2018.

3.2.1.2 Des agents multi-positions

Les agents impliqués dans la formation médicale occupent plusieurs positions dans le champ. Selon la notion de bi-appartenance déjà évoquée, ces agents, qui assurent des fonctions universitaires et hospitalières, peuvent appartenir à l'une des catégories administratives suivantes : s'ils sont titulaires, ils peuvent faire partie du corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) ou celui des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH). S'ils ne sont pas titulaires, ils peuvent être chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) ou assistants hospitaliers universitaires pour les disciplines biologiques, mixtes et pharmaceutiques. Il existe encore la catégorie des praticiens hospitaliers-universitaires qui exercent leurs fonctions à titre temporaire⁵³⁸.

Leur statut est mixte, leur temps est partagé et ils ne peuvent assurer toutes les activités de soin, ce sont donc les praticiens hospitaliers (PH) qui remplissent cette mission :

⁵³⁷ MMOP : Médecine/Maïeutique/Odontologie/Pharmacie

⁵³⁸ Décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 – art. 1. JORF 25 mai 2006

ceux-ci n'ont pas de statut universitaire même s'ils participent à la formation des étudiants au sein du centre hospitalier pour l'activité clinique et parfois la recherche.

A l'hôpital, et plus encore au CHU, « le sommet de la hiérarchie médicale est constitué (...) du chef de service »⁵³⁹. Il est médecin spécialiste, titulaire de son poste. La responsabilité juridique du service et de la prise en charge des patients hospitalisés lui revient. Au cours de cette recherche, parmi les interviewés, trois médecins hospitalo-universitaires présentent ce profil.

3.2.1.2.1 L'assesseur du premier cycle de l'UFR de médecine

R28 est un homme 60 ans environ : il est médecin et a fait ses études en partie à Lille – la première année – et le reste à Paris. Il a ensuite terminé sa spécialisation en biologie, d'abord un DEA puis une thèse d'université, toujours à Paris où il a effectué la majorité de sa carrière : il devient MCU- PH à l'Université Paris 7 – Lariboisière en 1995, sa spécialité est l'histologie, embryologie, cytogénétique. En 2004, il prend un poste à Amiens, ce qu'il considère comme une opportunité d'évolution. Il devient chef de service de médecine et biologie de la reproduction au CHU. Il est PUPH, membre du conseil de gestion de l'UFR de médecine, il a été élu premier assesseur du premier cycle des études médicales – ce qui signifie qu'il assiste le doyen de l'UFR – ou encore vice-doyen de l'UFR de médecine. En PACES, il enseigne l'histologie de l'UE 2 « la cellule et les tissus ». Son bureau est situé au laboratoire de biologie, dans les locaux de l'UFR de médecine.

Il explique de façon détaillée de la triple mission des hospitalo-universitaires et les difficultés inhérentes à mener les tâches de front :

R28 : On est hospitalo-universitaire donc on a une triple mission de soin, d'enseignement et de recherche. Donc moi, je suis très investi...enfin, je suis plus investi sur l'enseignement. C'est-à-dire que... alors je suis chef du service de médecine et biologie de la reproduction. Et puis je suis membre du centre de diagnostic prénatal de Picardie, enfin du centre pluridisciplinaire, c'est-à-dire que toutes les autorisations d'interruption médicale de grossesse passent par ce centre. Alors pour en revenir à la triple mission, ça aussi, c'est quelque chose je pense qu'il

⁵³⁹ VASSY C., 2000, « Carrières et relations de pouvoir chez les médecins hospitaliers : une comparaison européenne », dans *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques.*, Rennes, Presses de l'EHESP (Recherche, santé, social), pp. 71-86.

faut faire évoluer. C'est sûr qu'**une triple mission pour une seule personne, ça paraît une gageure**. Si en plus on rajoute les histoires administratives, la gestion en particulier de la faculté et du service, ben je vais dire : on ne s'en sort pas, donc, je pense que la triple mission, il faut l'imaginer au niveau d'une équipe et non pas au niveau d'une personne et quitte à ce que ce ne soit pas toujours les mêmes qui soient impliqués dans tel ou tel secteur : c'est avec un roulement éventuellement, roulement qui peut se faire sur plusieurs années pourquoi pas.
Q: donc, un partage du temps entre les différentes activités ?

R28 : Alors partage du temps... ce n'est pas un partage du temps qui est extrêmement formel...parce que ça se superpose : c'est-à-dire qu'on peut faire de l'enseignement à l'hôpital, de la recherche à l'hôpital, de l'enseignement et de la recherche à l'université ; les choses se superposent, parce que forcément on a des internes, on a des étudiants.

Quant à son rôle d'assesseur, il a pris une part active surtout sur le plan pédagogique pour la mise en place de cette nouvelle première année et aussi pour seconder le directeur de l'UFR, le remplaçant lorsqu'il ne pouvait être présent :

R28 : Donc, j'ai eu en charge d'organiser la PACES, avec le vice-doyen de pharmacie: on a, tous les deux, mis au point...enfin, on a fait quelques séances de travail pour mettre au point les emplois du temps bien sûr, mais **surtout ajuster le programme entre médecins et pharmaciens**. Bon, disons que dans l'immense majorité des cas, ça s'est bien passé. On a eu quelques soucis où les gens ne voulaient vraiment pas s'entendre et bien là, disons au bout d'un moment, quand on voyait qu'on était dans une impasse, on a fait de la 'diplomatie active', c'est-à-dire que l'on s'est mis tous les deux d'accord, donc, on a dit aux gens : « on vous donne 48H pour vous mettre d'accord. Si au bout de 48H vous n'êtes pas d'accord, c'est nous deux qui tranchons » c'est-à-dire vice-doyen de médecine et vice-doyen de pharmacie. Donc, ça s'est réglé en général très rapidement...

3.2.1.2.2 Le Directeur de l'UFR de médecine

Encore appelé Doyen, R30 est un homme de 63 ans au moment de l'enquête. Il a fait ses études de médecine à Amiens. Puis, il a occupé un poste d'interne dans le service de neurochirurgie du CHU après avoir été reçu major au concours de l'internat à Amiens, et a soutenu sa thèse en 1975. Il est titulaire d'une maîtrise biologie humaine, mention anatomie et enseigne cette matière aux étudiants en médecine. Son laboratoire d'anatomie est situé à

l'UFR de médecine. Il a occupé successivement les postes d'assistant des hôpitaux puis de maître de conférences - praticien hospitalier ; il est PUPH depuis 1986 et devient chef de service de neurochirurgie en 1993. Après avoir été premier assesseur auprès du doyen pour le premier cycle des études médicales, il a été élu par le Conseil de la Faculté de médecine au poste de doyen en 2009 et il a effectué un mandat. Par ses activités en anatomie et en neurochirurgie, il est membre de plusieurs sociétés savantes comme la Société Anatomique de Paris, l'Association des Anatomistes de Langue Française, le Collège Médical Français des Professeurs d'Anatomie, la Société de Neurochirurgie de Langue Française et la Société Française de Neurochirurgie⁵⁴⁰. Son statut de doyen de l'UFR de médecine l'amène à siéger dans différentes instances comme le Conseil de surveillance du CHU, à titre consultatif, ou le Directoire du CHU où il est membre de droit et deuxième vice-président.

Il se dit toujours très intéressé par la formation : « quand c'est pour parler de pédagogie, j'ai toujours un petit peu de temps » et sur la triple mission, il met en avant l'enseignement et la pratique hospitalière :

« J'ai pris mon mandat depuis mai...ça fait 2 ans, mais j'étais avant, pendant 15 ans, assesseur du 1^o cycle : c'est quand même un bon entraînement du 1^o cycle et du concours. Le concours se terminait cet après-midi, c'est mon 17^e concours, parce que, côté enseignant, la grande angoisse, il y a 2 angoisses, c'est que l'on n'a plus beaucoup le temps de s'intéresser à la pédagogie, c'est que le concours se passe bien, c'est une telle pression des parents que, s'il y a le moindre problème, on va se retrouver au tribunal administratif : tous les ans d'ailleurs, ça fait les titres de la presse nationale, il y a un endroit où il y a une épreuve au concours annulée. Et puis après la grande angoisse, c'est en septembre, est ce qu'on va arriver à tous les caser ? Donc, pour situer, après, sur le plan professionnel, on est comme tous les gens, on est hospitalo-universitaire, c'est-à-dire que sur le plan universitaire, je suis anatomiste et responsable de l'anatomie et sur le plan hospitalier, je suis neurochirurgien »

Le doyen qui lui a succédé, PU-PH en Néphrologie, n'a pas été interrogé car il n'a pas pris une part aussi active au dispositif de réorientation, laissant cette tâche à l'assesseur du premier cycle, R28, qui en avait l'expérience.

⁵⁴⁰ Source : <https://maximegignon.wordpress.com>

Il faut observer qu'en dehors des responsabilités courantes, les chefs de service PU-PH « ont un grand nombre d'activités extérieures au service : consultations, participation à des commissions au sein de l'hôpital, de l'université ou de l'administration de la santé, participation à des colloques, enseignement à l'université de médecine et recherche, etc.»⁵⁴¹

3.2.1.2.3 Le second vice-président du Conseil d'administration de l'Université

Le profil de R29 est un peu différent : homme de 50 ans environ, il est MCU-PH au moment de l'enquête, il deviendra PU-PH par la suite. Directeur d'une unité mixte de recherche INSERM, chef du service d'exploration fonctionnelle du système nerveux pédiatrique au CHU, il soutient une forte activité de recherche qui se matérialise par une production scientifique soutenue, personnelle (premier auteur) et au niveau de son service (dernier auteur). Les publications sont internationales et permettent un classement en indice H pour le chercheur et un score SIGAPS⁵⁴² au niveau du CHU, celui-ci mesure le nombre de publications par auteur et par catégorie de revue (Impact Factor de la revue) en fonction de la position de l'auteur. L'activité du service a également permis une première mondiale : un enregistrement électroencéphalographique Haute Résolution sur un nouveau-né prématuré. Compte tenu de sa spécialité, il enseigne en PACES dans l'UE 3 « Organisation des appareils et des systèmes – base physique des méthodes d'exploration ». Il a été impliqué dans la réorientation des étudiants de PACES de façon à partager l'organisation de la réorientation entre plusieurs acteurs de l'UFR de médecine et aussi pour tenter de coordonner les actions entre les services, la Présidence, les filières, les responsables... Au moment de l'entretien, il occupe des responsabilités dans la gouvernance de l'université, il est deuxième vice-président du conseil d'administration. D'ailleurs quand on l'interroge sur ses missions, il avoue avoir des responsabilités diverses :

R29 : Ah ben oui...j'en ai un peu partout...donc, moi, je suis médecin au départ, enseignant en médecine, et à l'hôpital aussi, directeur d'un labo de recherche (...)En même temps vice-président de l'université, deuxième vice-président du conseil d'administration en charge de tout ce qui est la relation avec le CHU et l'UFR de médecine, voilà...et puis en charge de l'immobilier aussi par ailleurs donc, ça veut dire aussi...

⁵⁴¹ VASSY C., 2000, *Op. cit.*, pp. 71-86.

⁵⁴² Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques : le score SIGAPS intervient dans le financement MERRI (Missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation)

Q : Patrimoine ?

R29 : Patrimoine. Ça veut dire aussi tout ce qui est, par exemple construction de bâtiment L1 santé, bâtiment recherche santé, etc. Et là, c'est pareil : on construit une nouvelle fac, c'est très bien, on construit une nouvelle fac qui peut accueillir 1 200-1 300 étudiants

Les projets d'infrastructures qui concernent l'UFR de médecine, l'université et le CHU sont alors dans une phase de croissance importante. Comme le rapporte R29, sur la même période, un nouveau bâtiment est construit pour le premier cycle des études médicales sur le campus à proximité directe du CHU en prévision d'un futur Campus santé ; sur le site du CHU, qui subit une restructuration importante, un autre bâtiment regroupant laboratoires et technologies, le Centre Universitaire de Recherche en Santé ou CURS, sort de terre et enfin un troisième projet se concrétise par la création d'un centre de simulation en santé, SimUSanté. La position de cet hospitalo-universitaire est stratégique pour porter ces projets⁵⁴³.

Les trajectoires et les positions que ces interviewés occupent dans le champ médical font état de la « hiérarchie matérielle et symbolique des positions professionnelles qui caractérise la médecine contemporaine et dont le centre hospitalo-universitaire constitue le sommet » comme le souligne Michel Arliaud lorsqu'il parle d'« hospitalo-centrisme »⁵⁴⁴. Ces médecins occupent le sommet de la hiérarchie hospitalo-universitaire, que Carine Vassy nomme la « haute hiérarchie médicale » car « les postes les plus recherchés sont ceux des hôpitaux universitaires, si possible dans les services qui ont une activité de recherche importante, puis les postes dans les hôpitaux qui n'ont pas d'activité de recherche, puis l'exercice de la médecine libérale. »⁵⁴⁵

3.2.1.2.4 La référente de l'UFR de médecine pour le parcours de réorientation

Parmi les responsables interrogés, R34 est une femme d'une quarantaine d'années. Interne en gynécologie médicale à partir de 2004, elle travaille dès 2006 au centre d'assistance médicale à la procréation du CHU et poursuit un cursus en médecine de la reproduction

⁵⁴³ R29 a été aussi à l'initiative d'un projet de Fédération Hospitalo-Universitaire : FHU Neurodéveloppement Environnement, pour lequel j'ai pu apporter une contribution grâce à ma double compétence santé rééducation/sciences humaines dans la proposition pour le Work Package « Aborder le handicap et établir une approche sociétale ». Ce projet collaboratif n'a malheureusement pas passé les dernières étapes de validation.

⁵⁴⁴ ARLIAUD M., 1987, *Les médecins*, Paris, Éd. La Découverte (Repères Groupes professionnels), p.90

⁵⁴⁵ VASSY C., 2000, *Op. cit.*, p. 77.

(DESC). Elle prend un poste de praticien hospitalier en 2011 et est nommée MCU-PH trois ans plus tard. En PACES, elle assure des cours d'histologie et embryologie (UE 2) au premier semestre puis intervient au second semestre dans l'UE 8 spécifique (maïeutique). « Le désir de poursuivre une carrière hospitalière s'accompagne d'une hiérarchie de la valeur des postes et des modes d'exercice (...) Les services des hôpitaux universitaires, qui sont les plus recherchés, sont aussi les plus sélectifs »⁵⁴⁶. Pour accéder à un poste de PU-PH, elle est détachée une année en Suisse et à son retour, elle est référente du parcours d'aide à la préparation aux concours paramédicaux avec R33 :

Alors moi, je suis arrivée comme un cheveu sur la soupe. C'est-à-dire que, il fallait un référent pour la médecine : voilà, il y a l'entité de la fac de médecine, et la fac de pharmacie. Et puis pour la PACES, l'organisation de la réorientation, il fallait nommer un référent. Entre guillemets, ça s'est fait comme ça, comme j'ai enseigné beaucoup en PACES. Et puis on va dire... bon, voilà... **socialement ça m'intéressait cet aspect-là**, ils m'ont plutôt demandé à moi de superviser pour la partie 'médecine' et également aussi, avec cette casquette, de faire un retour de ce qui se passe. (...) parce que... par exemple, quand je dis à l'hôpital « là, je vais en PACES pour les réorientations » ils ne savent même pas pourquoi j'y vais, qu'est-ce que je fais là-bas, à quoi ça sert, etc... Même des PU-PH de la fac, en fait... (...) **Moi, j'ai entendu : « Ah oui, tu t'occupes des nuls ! »** c'était ça, hein ! Alors, c'est vachement motivant ... Et puis j'ai envie de leur montrer que non : derrière, il y a un projet, y a des résultats et que c'est une fonction d'enseignement (...) que ce n'est pas juste un 'truc' dont il faut s'occuper. Il faut qu'il y ait quelqu'un de la fac de médecine qui s'en occupe, donc ils ont pris **la 'petite jeune' qui doit faire ses preuves** pour qu'elle s'en occupe parce que tous les autres, ils sont trop chargés pour s'occuper de ça (*d'un ton ironique*) Donc, c'est un peu comme ça que ça s'est fait ! (*rire*) et puis, ils se sont dit : « on va voir un peu comment elle se débrouille »

On le voit, cette hospitalo-universitaire n'est pas dupe du rôle que ses collègues lui ont attribué : elle a bien conscience qu'en acceptant la mission de référente de l'UFR de médecine pour le parcours de réorientation, elle s'occupe des étudiants déclassés et qu'elle fait un travail que les autres n'ont pas l'intention d'investir. Son discours s'appuie aussi sur son expérience personnelle, évoquée à demi-mots : « Moi, mes parents, ils nous ont financé des études, il fallait quand même bien regarder...et puis on n'avait pas le droit de ... ». Elle et ses

⁵⁴⁶ VASSY C., 2000, *Op. cit.*, p. 77.

deux sœurs ont fait médecine : forte de cette mobilité sociale ascendante, portée par un souci moral, elle compte donner à cette mission peu valorisée un intérêt pour le collectif.

3.2.1.2.5 Le référent de l'UFR de pharmacie pour le parcours de réorientation

R33 n'est ni hospitalo-universitaire, ni médecin. C'est un homme d'un peu plus de quarante ans issu d'un cursus en sciences : il a soutenu sa thèse en 1999. Sa spécialité est la chimie des matériaux : d'abord chargé de recherche CNRS, il est nommé PU en 2010 dans la section « sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé ». Il travaille dans un laboratoire de réactivité et de chimie des solides, qui est situé sur le site de l'UFR de sciences et enseigne à l'UFR de pharmacie et en PACES. Il est le référent homologue de R34, pour la pharmacie, dans le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux, tâche qu'il a prise en charge peu après l'instauration du parcours. L'UFR de Pharmacie n'étant pas autant porteuse du projet de réorientation que l'UFR de médecine, R33 en est le seul membre interrogé dans cette recherche.

3.2.1.2.6 Et une responsable administrative « faisant fonction » pour le parcours de réorientation

Enfin R32 est une femme d'un peu plus de soixante ans : elle prendra sa retraite pendant le temps de cette enquête. Elle est technicien de recherche et de formation (classe exceptionnelle) attachée au laboratoire d'anatomie de l'UFR de médecine et travaille à temps partiel. Elle avoue connaître le doyen R30 depuis les années 1970. Elle a une grande expérience de l'UFR de médecine et des étudiants, elle a accompagné le doyen lorsqu'il était assesseur du premier cycle. Comme le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux n'a pas le statut d'un département de l'UFR de médecine, il n'y a pas de personnel administratif : c'est donc R32 qui fait fonction d'agent administratif sur place. Elle est en quelque sorte la personne de confiance sur laquelle le doyen peut s'appuyer pour toutes les tâches administratives qui sortent de l'ordinaire et nécessitent un peu de temps ou de patience.

Mis à part le cas de la dernière personne R32 qui occupe une fonction administrative et celui de R33, seul agent de l'UFR de pharmacie et qui n'a pas d'activité hospitalière, il apparaît que les agents sont multi positions : ils sont universitaires et occupent des positions institutionnelles en fonction de leur capital scientifique et de leur capital clinique.

Ces positions sont renforcées par les hiérarchies des institutions dont les définitions ne cessent d'évoluer en fonction des réformes et des changements dans les gouvernances institutionnelles : par exemple le CHU, institution valorisée comme sommet de la hiérarchie hospitalo-universitaire, confère un capital symbolique aux agents qui y occupent des postes de pouvoir et de décision. Il faut rappeler que le pilotage des soins au niveau régional définit une organisation des soins en trois niveaux de recours : le premier est assuré par les médecins généralistes qui prennent en charge les soins usuels et les pathologies à diagnostic aisé. Les soins de second recours sont pris en charge par les médecins spécialistes en raison d'une plus grande complexité (médecine de ville ou hospitalière). Le troisième niveau de soins est considéré comme celui nécessitant le recours à un plateau technique spécialisé ou à une médecine de pointe, comme peuvent le proposer les CHU. Le découpage national en régions hospitalières ou l'organisation en groupements hospitaliers⁵⁴⁷ donnent encore un échelon supplémentaire. Ainsi, cette hiérarchie augmente la perception sociale d'un capital symbolique institutionnalisé.

De plus, les spécialités exercées par les responsables hospitalo-universitaires sont des spécialités de pointe : en neurologie, il s'agit de neurochirurgie et d'exploration fonctionnelle en neuro pédiatrie ; en gynécologie, il s'agit de biologie de la reproduction et de cytogénétique, qui recouvre toutes les technologies sur les gamètes et les embryons humains en vue de la procréation médicalement assistée ainsi que la bioéthique.

Une fois que le dispositif spécifique de réorientation aura consolidé son implantation, ces responsables passeront le relais.

⁵⁴⁷ On rappelle que le G4 regroupe en inter région quatre CHU : Lille, Amiens, Rouen, Caen et leurs facultés de médecine et de pharmacie, visant à élaborer les meilleures propositions en termes de soins, de formation, d'innovation et de recherche. Le G4 est organisé en Collège, avec les Directeurs Généraux, les Présidents de Commission Médicale d'Etablissement et les Doyens de faculté des quatre sites. (Source : <https://www.reseau-chu.org/article/g4-la-cooperation-inter-chu-puissance-4/>)

3.2.1.3 *La dimension géographique et immobilière : enjeu majeur pour un « Campus santé »*

L'organisation du champ tient compte des agents et de leur rôle, de l'espace social mais aussi de la dimension géographique et immobilière de cet espace, dont nous avons vu l'importance dans le cas de ce terrain. Plusieurs points sont à noter : d'abord, le CHU était éclaté sur plusieurs sites et établissements de santé dans la ville. Réhabilitation de l'existant et construction de nouvelles infrastructures permettent de regrouper progressivement la quasi-totalité des activités sur un site au sud, en périphérie de la ville et à proximité directe du CHU.

D'autre part, l'UFR de médecine et de pharmacie étaient localisées en centre-ville. L'augmentation progressive du nombre d'étudiants rendait complexe la gestion de l'occupation des amphithéâtres : avant la PACES, environ 280 étudiants suivaient la première année de pharmacie (PCEP1) et environ 920 la première année de médecine (PCEM1) ; ils étaient déjà répartis sur les locaux de l'UFR de médecine et ceux de l'UFR de sciences. L'instauration de la PACES a mathématiquement additionné le nombre d'étudiants de médecine et de pharmacie et, l'intérêt pour les études de santé ne faiblissant pas chez les bacheliers, les effectifs ont graduellement augmenté.

Pour prévoir un accueil dans de bonnes conditions d'enseignement pour des promotions de première année conséquentes, un programme immobilier de construction a débouché sur un nouveau bâtiment pour l'UFR de médecine et de pharmacie. Ceci s'est réalisé à la faveur d'un jeu de déplacement des disciplines sur différents sites de l'université. Le site du campus bénéficiant de la proximité d'un nouveau CHU s'est vu devenir « Campus santé », favorisé par le déménagement des disciplines qui y étaient implantées pour un site nouvellement restructuré au nord de la ville. Ce jeu combinant déménagements, restructurations, investissements dans le patrimoine immobilier universitaire fait intervenir des décisions pour lesquelles la position des agents du champ hospitalo-universitaire peut influencer la réalisation ou l'avancement plus ou moins rapide des projets. Il est possible de mesurer les enjeux d'une offre de formation complète sur un site cohérent, qui dépasse le simple aspect géographique et immobilier. On voit clairement une démarche prospective qui s'inscrit dans le principe des universités de santé :

Il y a toutes les écoles... mais dans ce sens-là, je rejoins tout à fait le point de vue de R30, sur le fait qu'**on aurait tout à fait intérêt, dans le cadre de l'université, de créer un Campus santé** qui serait à proximité du CHU, mono site, avec à côté la faculté de médecine mais également l'école de sages-femmes, l'école d'orthoptie, l'école d'orthophonie qui a été créée par le professeur D et puis les différentes écoles. L'IUP avait été déjà quelque chose de très original et amiénois. Donc, je me sens tout à fait solidaire et tout à fait dans cette ligne. Et il y a des réflexions en ce moment, en plus, au niveau du ministère dont je suis au courant...Mais je veux dire : les choses avancent aussi du côté du ministère. Il y a des gens qui pensent qu'il faut effectivement restructurer toutes les professions de santé les unes par rapport aux autres...Effectivement, là, c'est une des solutions.

(R28, Homme 60 ans environ, PU-PH, médecine et biologie de la reproduction, vice-doyen UFR médecine)

Il faut mentionner une autre réalisation, cette fois au CHU, fortement soutenue par le doyen: le centre de simulation en santé ou SimUSanté®. Plateforme de formation centrée sur la pédagogie active, combinant technologies innovantes et apprentissage en contexte professionnel, cette entité a été créée en 2012 pour renouveler l'enseignement en santé, l'apprentissage des gestes techniques sur mannequin et sans patient⁵⁴⁸, avec une approche interprofessionnelle. Labellisé Initiative d'Excellence en Formation Innovante (IDEFI), SimUSanté® sert d'appui au projet EPIONE Campus santé⁵⁴⁹ porté par l'université. Ce projet ambitionne de réaliser la transformation numérique des formations en santé de la région : il a été sélectionné dans le cadre de l'appel à projets Investissements d'Avenir (PIA) « Nouveaux cursus universitaires » et bénéficie à ce titre de financements de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR). Ce projet associe les UFR de médecine et de pharmacie, l'Institut d'ingénierie de la santé et les instituts de formation du CHU et doit permettre de structurer l'offre de formation en santé pour les années à venir. Ce lien permet de comprendre que d'autres agents occupent aussi des positions dans cet espace « non fini », un champ aux frontières en mouvement.

⁵⁴⁸ LEVRAUT J., FOURNIER J.-P., 2012, « Jamais la première fois sur le patient ! », *Annales françaises de médecine d'urgence*, 2, 6, p. 361-363.

⁵⁴⁹ EPIONE : Environnement Partagé, Innovant, Ouvert, Numérique et Evolutif

3.2.2 Les instituts de formation paramédicale : un espace qui continue de se développer

La structure de l'espace fait intervenir des agents qui appartiennent davantage au sous-champ de l'hôpital dont nous venons de voir encore une fois qu'il est lié au sous-champ universitaire pour la santé. C'est le cas des formateurs des instituts qui sont cadres de santé (ou « faisant fonction ») et des directeurs et directrices qui ont le statut de directeur des soins. Localement, les instituts de formation sont regroupés principalement au CHU, sinon au Pôle santé.

L'institut de formation aux soins infirmiers ou IFSI

Parmi les formations qui recrutent après le baccalauréat et qui sont susceptibles d'être choisies lors de la réorientation, la formation infirmière est celle qui dispose du quota le plus important : entre 2010 et 2018, le nombre total d'étudiants pouvant être accueillis n'a pas évolué, il est resté de 1 183 places en première année se répartissant entre les onze IFSI de la région⁵⁵⁰, rassemblés en Groupement sanitaire de coopération.

L'IFSI du CHU est issu de l'école d'infirmières créée en 1904. Il a l'autorisation d'accueillir 166 étudiants en première année. C'est le plus gros institut paramédical présent sur le site occupant la majeure partie des locaux dédiés aux écoles et instituts à l'intérieur de l'enceinte du CHU.

C'est au cours des journées portes ouvertes qu'il est possible de faire une observation des pratiques qui ont cours à l'IFSI. L'accueil est réalisé par les étudiants de deuxième année (ESI2) car le référentiel de formation contient la compétence N°10 « former et informer des professionnels et des personnes en formation » ; les futurs étudiants qui viennent aux JPO sont ainsi considérés comme des personnes à former à qui il est possible de « transférer son savoir-faire et ses connaissances (...) par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique »⁵⁵¹. Dès le hall d'accueil, le public est pris en charge dans un itinéraire qui permet de visiter les locaux, d'assister à des démonstrations de soins sur des étudiants volontaires ou sur mannequins, d'avoir des échanges avec les étudiants en formation. Dans les salles de travaux personnels guidés « TPG » il est possible de se renseigner

⁵⁵⁰ Cinq dans l'Aisne, trois dans l'Oise et trois dans la Somme

⁵⁵¹ Référentiel de formation infirmier, Bulletin Officiel santé protection sociale solidarité n°2014/10 du 15/11/2014, p.41.

sur le concours d'entrée, les stages, les débouchés... Les étudiants agissent en autonomie même si les formateurs et la directrice sont présents pour donner les informations manquantes et pour réguler le déroulement de cette journée.

Alors déjà, nous, on la réalise (*la JPO*) : on passe par l'intermédiaire des étudiants de 2^e année, depuis plusieurs années, parce qu'en fait, c'est plus facile la relation...et les questions sont plus directes, et donc, ce sera aussi plus adapté au public. Là, les formateurs de 2^e année sont en train de leur donner des TD de façon à préparer les choses et on va, si la journée est très bien organisée, que ça se passe bien et tout, on le prendra en compte dans une unité d'enseignement : sur la notion d'encadrement.

(R27, Femme 57 ans environ, Directrice des soins, Directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre hospitalier universitaire)

La direction de cet institut aux effectifs importants est assurée par une femme qui a une longue expérience des instituts de formation. Elle dirige celui-ci depuis une vingtaine d'années ; auparavant, elle était directrice d'un autre IFSI dans le département voisin où elle avait été d'abord formatrice.

L'institut de formation au DE de technicien de laboratoire médical ou IFTLM recrute 25 étudiants en première année sur concours. Là non plus, la capacité d'accueil n'a pas évolué entre 2010 et 2018. C'est un institut qui a été créé en 1970, trois ans seulement après le décret qui instituait le diplôme d'État⁵⁵². Historiquement, la création d'une école de laborantins devait être adossée à un centre hospitalier, de préférence universitaire. Il a été transféré au cours de cette enquête du site nord du CHU vers le Pôle santé, mais continue de collaborer avec le Centre de biologie humaine du CHU. En parallèle, l'évolution de la formation a permis de coupler les trois années de formation avec le parcours de licence Sciences Pour la Santé (SPS) parcours Biologie Humaine – Technologie de la Santé (BHTS) par un partenariat avec l'Institut d'ingénierie de la santé. De cette façon, les étudiants peuvent valider leur diplôme d'État en même temps qu'une licence ce qui ouvre la possibilité de poursuites d'études en master. Le rapprochement du Pôle santé et de l'université valorise l'image et le cursus de cette formation aux effectifs modestes. Il faut observer aussi les liens fonctionnels et interdépendants entre les entités du champ déjà mentionnées.

⁵⁵² Décret n°67-539 du 26 juin 1967 portant création du diplôme d'État de laborantin d'analyses médicales.

La direction de l'institut était assurée, au début de cette recherche, par une directrice issue de la filière technicien de laboratoire médical comme il est prévu dans les textes⁵⁵³. Depuis son départ en retraite, la direction est assurée par la coordinatrice des écoles et instituts du CHU.

L'institut de Formation de Manipulateurs d'Électroradiologie Médicale ou IFMEM existe depuis 1976, bien que la création du diplôme d'État soit concomitante avec celle des techniciens de laboratoire. Sa capacité d'accueil est passée de 27 étudiants en première année après concours à 33 étudiants par promotion depuis l'entrée en formation par la plateforme Parcoursup. Il prépare au Diplôme d'État de Manipulateurs d'Électroradiologie Médicale en trois ans. Il a été transféré à l'occasion de la restructuration du CHU du site Nord, où il était situé comme l'IFTLM, vers le site principal du CHU, plus précisément dans le bâtiment construit pour héberger SimUSanté ce qui, là aussi, contribue à une valorisation de son image.

Sa direction est assurée par la coordinatrice des écoles et instituts du CHU. R31 est une femme d'une cinquantaine d'années. Elle a obtenu un diplôme d'État de manipulateur radio en 1983, puis est devenue cadre de santé en 1992. Elle obtient plus tard un master « Management et administration des entreprises » à l'IAE d'Amiens puis elle fait un DU de qualilogie. Elle passe le concours de directeur des soins, suit la formation à l'École Nationale de Santé Publique à Rennes dont elle est diplômée l'année suivante. Depuis, à Amiens, elle a occupé les postes de directrice technique des instituts de formation pendant trois ans, puis directrice des soins gestionnaire au CHU où elle était responsable de quatre pôles à nouveau pendant trois ans et depuis 2006 elle est directrice de l'IFMEM et coordinatrice des 14 écoles et instituts. Elle participe à la réflexion et au montage de SimUSanté qui devient opérationnel en 2012 et où elle assure le rôle de coordinatrice pédagogique et administrative. Sollicitée pour la réingénierie du diplôme d'État puis pour l'harmonisation des centres de formations de manipulateur d'électroradiologie médicale, elle est membre du Haut Conseil des professions paramédicales au ministère de la Santé. Son rôle est prépondérant pour le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux.

⁵⁵³ Arrêté du 30 mai 1997 modifiant l'arrêté du 4 juillet 1972 relatif au fonctionnement et aux conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'État de technicien en analyses biomédicales

L'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie ou IFMK a été créé en 1982 sous l'impulsion du Professeur Maurice Laude⁵⁵⁴, professeur d'anatomie et PH en rééducation fonctionnelle. Il en a été directeur, puis est devenu par la suite doyen de la faculté de médecine.

Le recrutement des étudiants s'est fait sur concours jusqu'en 2002 et ensuite à partir de la première année de médecine PCEM1 puis PACES. Cette stratégie a permis de recentrer le recrutement des candidats sur la population locale alors que le concours conduisait à un recrutement national avec très peu de places pour les étudiants picards au regard des résultats médiocres de l'Académie d'Amiens au baccalauréat⁵⁵⁵. En 2010, l'IFMK avait un quota de 40 places en première année de formation réparties entre les étudiants de PACES et ceux de STAPS. Ce quota était de 50 étudiants en 2018. Après cette première année en PACES ou en STAPS, la formation dure quatre ans et le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute vaut grade de Master depuis la réingénierie.

Cet institut est installé sur le site des écoles et instituts du CHU avec l'IFSI ainsi que l'institut de formation des aides-soignants et l'institut de formation des cadres de santé.

Les deux formations suivantes sont hébergées au sein de l'UFR de médecine (Pôle santé). Elles relèvent du Ministère de l'Enseignement supérieur et délivrent un certificat de capacité.

Le département d'orthoptie existe depuis 2010. La formation au certificat de capacité d'orthoptiste s'effectue en 3 ans avec un enseignement théorique et un enseignement pratique sous la forme de stages hospitaliers ou extrahospitaliers. Ce département était hébergé sur le site St Victor du CHU, avec le service d'ophtalmologie, avant de regagner le Pôle santé. Les modalités d'admission avant Parcoursup se déroulaient sous la forme d'épreuves écrites et orales. En 2010, environ 120 candidats avaient postulé pour une capacité de 15 places. A présent, ce département peut accueillir 25 étudiants.

Le département d'orthophonie existe lui aussi depuis 2010. A sa création, le certificat d'orthophoniste se préparait en quatre ans après une admission sur concours. En 2010, environ 800 candidats avaient postulé pour 30 places ouvertes. Les épreuves d'admissibilité se déroulaient sur une journée et seuls 100 candidats étaient autorisés à se présenter aux

⁵⁵⁴ Source : <https://www.maitrise-orthopedique.com/entretiens/maurice-laude-149>

⁵⁵⁵ Cahier de thèse, observation des journées Portes ouvertes Pôle santé UFR médecine, 09 mars 2011

épreuves d'admission qui comportaient une dictée, des tests psychotechniques ainsi qu'un entretien de motivation. La sélectivité était importante. Depuis la rentrée 2013/2014, la formation en Orthophonie se déroule en 5 années. Le certificat de capacité d'orthophoniste s'obtient désormais après validation de 300 ECTS validant un grade de Master. Et depuis 2020, les modalités d'admission se font par la plateforme Parcoursup. Le quota alloué est de 35 places en formation. Ce département était initialement hébergé à l'IUT Génie civil au sud d'Amiens, non loin du Campus universitaire et du CHU sud. Il a été lui aussi déplacé au Pôle santé.

La gouvernance de ces deux départements ne relève pas du même cadre que les instituts de formation. La direction peut être assurée par un médecin secondé par un responsable pédagogique alors que l'agrément des directeurs d'instituts de formation leur impose d'être titulaire d'un titre permettant l'exercice de la profession visée. Les deux départements avaient chacun un directeur PU-PH à leur tête lors de la création, depuis les deux directions ont été renouvelées.

L'offre de formation s'enrichit au fil des années. Après les deux départements d'orthophonie et d'orthoptie, la volonté du doyen de l'UFR de médecine a été de mettre en place une formation en ergothérapie.

Une fois qu'on aura fait l'ergo, il ne restera plus que pédicure-podologue et on aura tout le panel de toutes les professions de santé... et puis voir avec le rectorat, les BTS d'appareillages, les choses comme ça... les BTS qui tournent autour de la santé quoi...

(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

L'Institut de Formation en Ergothérapie ou IFE a ouvert en septembre 2016. Sa capacité d'accueil est de 20 étudiants par promotion. La réingénierie de la formation avait déjà été réalisée en 2010 si bien que le diplôme d'État d'ergothérapeute vaut grade de licence. Cet institut est situé au Pôle santé.

La présentation de l'offre de formation paramédicale permet de rendre compte d'un certain renouveau : d'une part, l'arrivée de directeurs plus jeunes après plusieurs départs en retraite de professionnels issus du baby-boom, d'autre part l'ouverture de trois nouvelles

formations entre 2010 et 2016 qui permettent d'ouvrir l'éventail des formations⁵⁵⁶ et de bâtir un ensemble cohérent en attente de la finalisation du Campus santé.

De façon très récente, un Diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée de grade Master a été mis en place conjointement par l'université et le CHU pour répondre à la nécessité de formation en métiers de la santé de niveau intermédiaire. Il s'agit de former des professionnels qui ont acquis à la fois des connaissances théoriques, la capacité de prises de décisions complexes, et un domaine de compétences élargi dans le champ clinique.

Il reste à citer l'Institut Universitaire Professionnalisé (IUP) en Ingénierie de la Santé, devenu **Institut d'ingénierie de la santé** au cours de cette recherche, qui n'est pas une formation paramédicale mais qui fait partie de l'offre de formation hébergé au Pôle santé. Il recrute à partir d'une première année de licence Sciences et Technologie de la santé option biologie humaine ou d'une première année de santé validée, vers deux parcours de licence en santé et biologie humaine permettant d'intégrer ensuite deux types de master :

« Management de la Santé, de la Sécurité et de l'Environnement au Travail » (MSSET) pour se spécialiser en prévention des risques et conditions de travail,

« Ingénierie de la Rééducation, du Handicap et de la Performance Motrice » (IRHPM), c'est ce parcours qui a permis aux étudiants préparant le DE de masso-kinésithérapie d'évoluer vers le niveau Master avant même la réingénierie de leur formation.

Un troisième master « Education, Management des Organisations et Ingénierie en Santé » a été créé récemment pour répondre à l'évolution du statut et du diplôme de cadre de santé vers des fonctions managériales accrues dans les services hospitaliers.

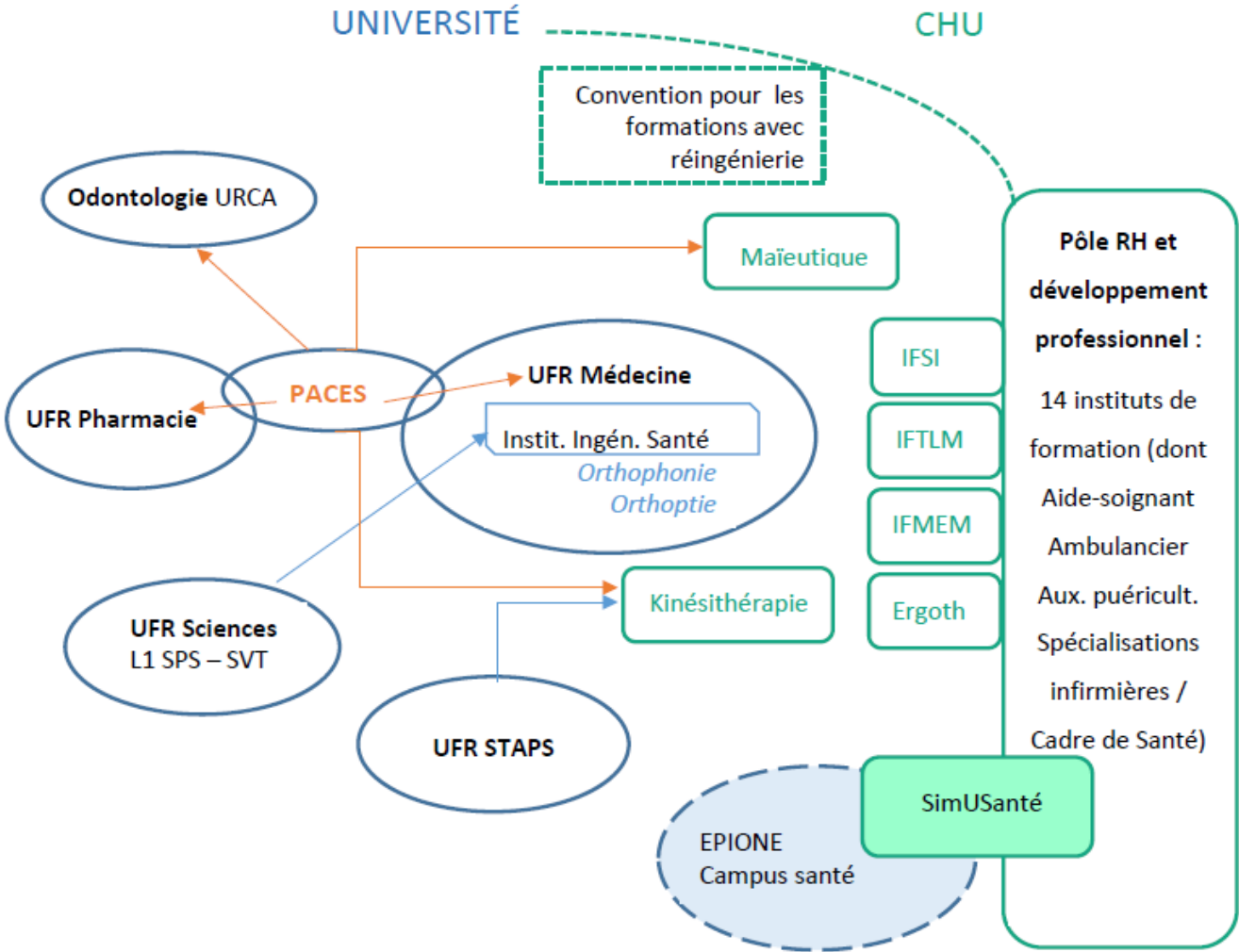
Pour rendre plus visible le champ local de la formation des professionnels de santé, un graphique ci-dessous représente l'articulation de l'offre de formation en santé entre l'université et le CHU, les différentes entités ainsi que leurs liens fonctionnels ou organiques : L'université, en bleu, présente les différentes composantes ou UFR concernées par la santé, auxquelles s'ajoute l'UFR d'odontologie de l'université de Reims Champagne-Ardenne. Il faut remarquer la présence au sein de l'UFR de médecine des deux départements d'orthophonie et d'orthoptie, ainsi que l'institut d'ingénierie de la santé ou 2IS. L'accès aux cinq filières

⁵⁵⁶ Certaines formations n'ont pas été répertoriées comme les assistants de régulation médicale qui travaillent pour le SAMU, les formations accessibles sans condition de diplôme, ou celles qui font l'objet de spécialisations après un Diplôme d'État.

Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie, Kinésithérapie (MMOPK), après un classement en rang utile au concours, est concrétisé par des flèches partant de la PACES. Les autres flèches illustrent l'intégration possible, après une L1 validée, à partir d'autres composantes.

Le CHU, en vert, comporte 14 instituts de formation appartenant au Pôle Ressources humaines et développement professionnel, ce qui représente un peu plus de 1500 étudiants. Les instituts accessibles après le baccalauréat ont été individualisés, ainsi que les instituts de kinésithérapie et de maïeutique accessibles après une PACES validée. Les autres instituts recrutent sans condition de diplôme (aide-soignant, ambulancier, auxiliaire de puériculture) ou après un diplôme d'État d'infirmier, ou autre paramédical selon l'institut, et un concours d'entrée (spécialisations infirmières, cadres de santé).

Figure 8 : Le champ local de la formation en santé à Amiens



Un second IFSI, qui ne dépend pas du CHU mais de l'Établissement Public de Santé Mentale Départemental, existe en dehors des instituts du CHU. Il provient de l'ancienne école d'infirmiers en psychiatrie et il est situé à l'intérieur du centre hospitalier spécialisé. Son quota inchangé entre 2010 et 2018 est de 103 étudiants en première année de formation. Même s'il est indépendant du CHU, il appartient au groupement de coopération sanitaire des IFSI et bénéficie d'une convention de partenariat avec l'université : les étudiants infirmiers obtiennent leur diplôme d'État valant grade de licence après validation de 180 ECTS.

Une dernière structure de formation a été ajoutée lors de l'enquête de terrain : certains étudiants, contraints de se réorienter après le S1 et qui avaient le projet de poursuivre en pharmacie après la PACES, font parfois le choix par défaut du métier de préparateur en pharmacie. Comme le disent Bodin et Millet, « les étudiants procèdent au cours de leur première année dans le supérieur à un ensemble de réajustements » et ces réajustements se font majoritairement du haut vers le bas dans la hiérarchie des filières⁵⁵⁷. Le métier de préparateur en pharmacie est accessible par un Brevet professionnel. Or cette formation ne nécessite pas de posséder le baccalauréat : il est possible d'y entrer après le CAP. Localement, c'est le Centre régional de formation professionnelle de la pharmacie ou CREF qui assure cette formation.

EXTRAIT D'OBSERVATION JOURNÉE « PORTES OUVERTES » CREF PHARMACIE

SAMEDI 15 MARS 2014

L'idée de rencontrer l'équipe du CREF est venue après que plusieurs étudiants aient répondu dans le questionnaire qu'ils allaient se présenter à l'entrée du Brevet Professionnel de préparateur en pharmacie, ce qui peut représenter un second choix après Pharmacie. Le Centre Régional de Formation Professionnelle de la Pharmacie est installé à mi-chemin entre le CHU et le Pôle hospitalier privé.

L'admission dans le cursus de formation se fait après le bac (toutes séries) ou le BEP Carrières Sanitaires et Sociales. L'entretien avec la responsable pédagogique révèle que la majorité des élèves en formation sont issus de la filière ST2S. Parmi les autres bacs, elle mentionne en 2^o rang des bacs S « souvent des élèves moyens qui ont eu leur bac plutôt juste » puis des bacs ES, L ou STL. D'après elle, ce n'est pas le type du bac qui fait la différence mais plutôt la motivation. Parmi les autres profils à l'entrée, il y a également le CAP Employé en Pharmacie avec Mention Complémentaire, ainsi que des

⁵⁵⁷ BODIN R, MILLET M, 2011, *Op. cit.*, p.70.

professionnels en reconversion puis de façon plus rare des étudiants ayant commencé un cursus de BTS ou de licence.

Les conditions d'admission sont un test d'évaluation comprenant des épreuves de chimie, biologie, culture générale et français, qui a lieu après les résultats du bac. Mais la condition la plus difficile à remplir pour le candidat est de trouver lui-même un employeur pour les deux années de formation.

En effet, le BP préparateur en pharmacie se prépare sur 2 ans en alternance : soit avec un contrat de professionnalisation soit un contrat d'apprentissage. L'année de formation se déroule de septembre à mai. En moyenne, le rythme est d'une semaine de cours pour 2 semaines en pharmacie. Le volume horaire de cette semaine de cours est celui d'une semaine de travail à temps plein : 35H, sur 12 semaines par an, ce qui donne un volume total de formation de 840H.

Le référentiel de formation a été revu mais l'examen final donne un gros coefficient à la pratique de préparation des médicaments (suppositoires, gélules, poudres...) alors que dans la réalité des officines, les préparations magistrales sont devenues rares.

Les débouchés se concentrent sur l'emploi en pharmacie, le marché du travail est porteur actuellement. Les offres d'emploi existent, par contre le salaire reste un peu au-dessus du SMIC et les perspectives d'avancement sont faibles au cours d'une carrière.

La présence comme la variété des formations en santé au niveau local peuvent s'expliquer par différentes raisons: historiques par la création de la première École de santé au XIXe siècle destinée à former des officiers de santé au plus proche de la population, intellectuelles par la présence de l'Université mais aussi fonctionnelles, pratiques et professionnelles par le potentiel d'apprentissage de l'hôpital puis du CHU.

Certaines de ces formations aux professions paramédicales sont réparties sur le territoire de la Région, comme les formations d'infirmières et d'aides-soignants pour tenter de répondre aux besoins en santé de la population en préparant un nombre de professionnels adéquat. Mais l'effort de diversification et de complétude dans les formations, de même que la tentative de combler les niveaux manquants dans la hiérarchie des filières permettent d'observer l'avancée du campus santé et la progression de l'universitarisation. Ceci nécessite la conjonction de moyens et de pouvoirs de décision à l'échelle de l'université et du CHU aidés par les schémas régionaux mais l'État reste le décideur en termes de diplômes et de formations.

Nous allons à présent étudier le dispositif de réorientation qui permet de rediriger le flux des étudiants ajournés en PACES, dont une partie vers les formations paramédicales.

3.3 LE DISPOSITIF DE REORIENTATION DE LA PACES DANS L'UNIVERSITE ETUDIEE

La loi du 07 juillet 2009 met en place la PACES et elle prévoit de « faciliter la réorientation » des étudiants qui sont classés dans les derniers 15% à l'issue du premier semestre et ceux classés dans la limite d'un facteur multiplicatif – entre deux et demi et trois selon les universités - du *numerus clausus* à la fin du deuxième semestre. La loi impose la mise en place de cette réorientation au plus tard pour l'année universitaire 2012/2013.

Au sein de l'UFR de médecine, les responsables émettent des doutes sur la réforme et se mobilisent pour que cette nouvelle première année soit opérationnelle :

R29 : Je n'ai rencontré personne qui ne m'ait dit, jusque maintenant, « c'est une bonne réforme » y compris à la CPU, à la conférence des présidents d'Université. Tout le monde a le même discours...enfin, tout le monde...je n'ai entendu personne dire que c'est bien.

Q : Néanmoins, il faut faire avec ?

R29 : **C'est une réforme qui a été mal faite**, dans la mesure où elle a été mise en place très rapidement...et sans moyens : c'est-à-dire que, pour les universités, il a fallu trouver du jour au lendemain, les amphis nécessaires pour les étudiants, mettre en place les plateformes informatiques etc....Donc, ça, ça a un coût. Il n'y a eu aucun abondement financier de l'État pour cette réforme, aucun...C'est comme pour la réforme des infirmières : rien. Il semblerait peut-être que l'État réfléchisse à mettre en place quelque chose, ce qui n'est pas fait. Ça a un avantage, cette réforme-là, c'est que ça a boosté tout le monde. Donc, il y a eu énormément de réunions de travail autour de la mise en place de la réforme, ça, ça a un côté fort positif, ne serait-ce que, par exemple, la réorientation qui est quelque chose que, nous, on met en place, qu'on est probablement les premiers à mettre en place.

(R29, homme 50 ans environ, MCU-PH, Exploration fonctionnelle neuro-pédiatrie, Vice-président Université)

Dans les paragraphes qui suivent, certains développements ont fait l'objet d'une présentation dans un colloque⁵⁵⁸, dont les actes ont été publiés. Les emprunts utilisés pour la thèse ont été identifiés et signalés en note de bas de page.

⁵⁵⁸ RAULT C., 2015, « Entre études de médecine et études paramédicales : La réorientation des étudiants après le premier semestre de PACES (Première année des études de santé) », Colloque « Questions de pédagogie dans l'enseignement supérieur », Brest, pp.349-353.

3.3.1 Faciliter la réorientation : l'origine du projet

A la suite de la circulaire du 1^{er} août 2008, les responsables des UFR de médecine ont été sensibilisés à une démarche d'anticipation de cette réforme.

La Conférence des Doyens des facultés de médecine a coordonné la diffusion des orientations envisagées auprès des différentes UFR. Elle communique en avril 2009 sur « Le LMD santé » suite au rapport des Commissions pédagogiques nationales des études médicales, odontologiques et pharmaceutiques et du Comité de perfectionnement des études de maïeutique. La Conférence recommande que les étudiants non autorisés à poursuivre en S2 soient réorientés vers tout autre UFR, IUT après concertation avec les facultés concernées. Si des ECTS ont été acquis, l'étudiant peut intégrer la première ou la deuxième année de licence dans ces UFR, mais cela rend nécessaire la mise en place d'une cellule d'orientation pour optimiser la lisibilité des formations proposées : remise à niveau, S1 « tremplin », etc⁵⁵⁹. Ces préconisations constituent une base de réflexion pour chaque UFR en attendant le texte définitif.

Ce dernier prévoit deux temps pour la réorientation : un premier temps au milieu de l'année universitaire, ce qui est inédit et constitue une rupture majeure avec les études médicales précédentes, et un deuxième temps en fin d'année universitaire, ce qui est plus simple à organiser puisque l'inscription des étudiants dans une autre composante ou une autre formation correspondra à la rentrée universitaire suivante. Néanmoins, ces actions nécessitent la coordination et la mobilisation de moyens dans une démarche projet. C'est essentiellement la réorientation après le premier semestre qui concentre les idées et les réflexions car tout est à construire.

3.3.1.1 *Les agents impliqués dans l'élaboration du dispositif de réorientation*

En reconstituant la chronologie de ce projet au niveau local, il apparaît que la réorientation est organisée par un nombre limité d'acteurs qui se sont chargés de mobiliser à leur tour les différentes parties ou institutions. La volonté a été impulsée par le doyen de

⁵⁵⁹ Conférence des doyens de médecine, avril 2009, « Le LMD santé », p.7.

l'UFR, entouré par une équipe restreinte pour piloter le projet⁵⁶⁰. Trois personnes ont été plus particulièrement impliquées : la coordinatrice des instituts du CHU, le vice-doyen et le second vice-président de l'université également hospitalo-universitaire.

Les objectifs étaient premièrement de permettre aux étudiants classés dans les derniers 15% de la liste après le premier semestre de ne pas perdre une année complète et deuxièmement d'organiser une réponse dans le service public dans un souci de démocratie et d'égalité des chances. Le second vice-président qui a œuvré pour la mise en place de la réorientation à travers toutes les filières a pour objectif d'ouvrir largement le choix et de permettre aux étudiants une passerelle vers d'autres formations :

Le fait de mettre en place une réorientation, ça leur donne -et c'est pour ça que, moi, je tiens beaucoup à ce qu'ils puissent aller sur le L2 directement- ça leur donne une possibilité d'essayer : s'ils se plantent, ils ne perdent pas un an, donc ils ne perdent pas leur bourse. Donc, du coup, s'ils ne perdent pas leur bourse, ils peuvent continuer etc. etc. Donc, tout ça, c'est un espèce de continuum, sur lequel essayer de drainer des étudiants qui ont envie, qui veulent y aller, qui n'osent pas et qui peuvent se découvrir en même temps à l'intérieur du S1. Bon, c'est compliqué la réorientation, parce que c'est pas simplement la gestion de l'échec, c'est pas simplement les décrocheurs, c'est aussi attirer des étudiants qui ne voudraient pas...qui seraient plutôt dans une situation de se dire : « Oh, j'ai pas les capacités à le faire »

(R29, homme 50 ans environ, MCU-PH, Exploration fonctionnelle neuro-pédiatrie, Vice-président Université)

Le projet envisage alors de donner à ceux qui le souhaitent la possibilité de se réorienter, au choix, dans les autres filières de l'Université, dans des BTS ou dans des formations paramédicales. En effet, les instituts paramédicaux recrutant sur concours, ces derniers se déroulent majoritairement en avril et mai. Il restait donc un laps de temps autorisant une préparation aux concours pour les étudiants intéressés. Ce volet de la réorientation a donc mobilisé plus particulièrement différentes institutions⁵⁶¹ et il est venu s'inscrire dans le dispositif global.

La coordinatrice des instituts du CHU très présente dans le processus de réflexion et de mise en place de ce parcours de réorientation, a été mobilisée dès le début de la réflexion sur la faisabilité et la mise en œuvre (organisation, contenu des programmes, planning

⁵⁶⁰ BOUTINET J.-P., 2012, *Anthropologie du projet*, 2^eed, Paris, Presses Universitaires de France (Collection Quadrige), 464p.

⁵⁶¹ RAULT C., 2015, *Op. cit.*, p351.

prévisionnel, interventions de professionnels paramédicaux pour une présentation de leur profession, etc.)

On prévoit ça dans notre tête entre R30 (*le doyen*) et moi. À la fac, il y a aussi R29 (*MCU-PH, 2^e vice-président*) qui va être chargé de ça. (...) Il est très administratif et on a une approche...enfin, il me semble que l'approche la plus pragmatique (...) ne me semble pas opportuniste, mais au contraire, génératrice d'améliorations. Donc, on va travailler avec R29 là-dessus, puisque le Président de l'université l'a chargé de s'occuper de ça et que R30, voilà, il ne peut pas tout faire. Après, il ne faut pas faire une usine à gaz, quoi !

(R31, femme 50 ans environ, Directrice des soins, Coordinatrice des instituts du CHU)

Le vice-doyen accorde le rôle de promoteur du projet au doyen :

Oui, bon ...il a eu un rôle moteur essentiel parce que ... c'était un souhait personnel qu'il avait, de mettre en place la réorientation dès la première année. Bon, je l'ai secondé un peu, je suis allé dans quelques réunions quand il était occupé quoi...J'ai suivi le dossier quoi...Mais je veux dire : cette idée de vouloir absolument mettre en place des choses au plus vite, il a été...On peut lui reconnaître tout à fait la paternité de toutes les démarches qui ont été entreprises.

(R28, Homme 60 ans environ, PU-PH, médecine et biologie de la reproduction, vice-doyen UFR médecine)

Dans son discours, le doyen donne des justifications de ses prises de position. En tant que chercheur, nous avons donc cherché, par la suite, à voir si les faits, les pratiques engagées permettaient de répondre à des objectifs de formation et aux attentes des étudiants en situation d'échec.

Q : Et cette réorientation, elle est prévue dans la loi...

R30 : nous, on l'a anticipé parce que je pense que...

Q : Alors justement, le choix de le faire plus rapidement ?

R30 : ...parce que je pense qu'on a quand même un rôle moral et que mettre ... que l'Enseignement supérieur dise : « voilà, on applique une loi » dont la prétention était d'être plus juste, d'arrêter ce que l'on appelle cet « écrémage », pour dire « vous l'appliquez dans 2 ans et on ne fait rien avant » et où on les laisse... Tout ça, ça a été fait sans aucune directive et sans moyens et de dire : « vous le faites, mais voilà, vous en mettez 150 sur le trottoir ou 180 » (...) Donc, je pense que vraiment ça faisait partie de notre vocation et que, je pense que de ne pas le faire, ça aurait été pas bien. Et ça, je l'ai décidé dès le départ parce que ça faisait quand même un an et demi que j'avais asticoté l'Université là-haut (*Présidence*), qu'on avait

fait des réunions de directeurs...Dès que le texte est sorti, j'ai dit : « il faut qu'on l'applique »
(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

Il faut ici ne pas oublier la responsabilité sociale des facultés de médecine qui « concerne l'ensemble des activités de la faculté, aussi bien dans le domaine de l'enseignement que dans celui de la recherche ou du service à la communauté »⁵⁶². Une éducation médicale basée sur des résultats escomptés, « *outcome-based education* » comme disent les anglo-saxons, implique que « la faculté de médecine offre une gamme de services et des mécanismes pour soutenir ses enseignants et ses étudiants pour mettre en œuvre des stratégies éducatives et garantisse que les diplômés possèdent les compétences attendues qu'exige un système de santé attentif aux préoccupations sociales »⁵⁶³. Ce concept de responsabilité sociale des formations en santé, développé par Charles Boelen, englobe d'autres dimensions comme le service rendu à la population et la prise en compte de la personne malade dans sa globalité. Il diffuse lentement et de façon discrète à partir d'initiés dans le champ hospitalo-universitaire.

3.3.1.2 Une implication qui comprend aussi le financement du dispositif

Plus factuel est le souci de financement nécessité par la mise en place d'une action de réorientation qui déborderait l'espace de l'université : par exemple, celle d'une réorientation vers les formations paramédicales pour laquelle il faudrait solliciter les tutelles. Les étudiants ajournés par l'université en se réorientant vers les formations paramédicales ne seraient plus du ressort de l'université. Là, les avis divergent. La coordinatrice des instituts du CHU parle en tant que membre de la fonction publique hospitalière :

R31 : il faut surtout trouver des moyens. Alors, là, je parle de moyens sonnants et trébuchants quand même. Et comme **c'est de la réorientation fac**, (...) s'ils veulent le faire, ils payent, ça ne me concerne pas. Nous, tant mieux si on offre du débouché à ces jeunes gens, mais c'est ça

⁵⁶² PESTIAUX D., 2015, « La responsabilité sociale des institutions de formations en santé », *Pédagogie Médicale*, 16, 3, p. 163.

⁵⁶³ PESTIAUX D., BOELEN C., NAWAR T., LADNER J., 2013, « Responsabilité sociale des facultés de médecine », dans *Penser la formation des professionnels de santé*, De Boeck Supérieur (Pédagogies en développement), p. 101.

qu'il faut qu'ils comprennent, c'est qu'en gros on n'en a pas besoin : on recrute très bien comme ça. **Donc, c'est à la fac de gérer...** (...)

Bon, il me semble...Bon, après, bien sûr...Il me semble que la Région, ça serait dans ses missions puisque la Picardie est une des régions les plus déficientes en planification, je pense qu'en termes de subventions, la Région pourrait...Mais, bon après, ça, c'est des choix politiques. Je pense qu'on va se retourner quand même vers eux pour avoir un peu de ... de dollars ! Mais **au fond, c'est quand même bien un problème d'Université.**

(R31, femme 50 ans environ, Directrice des soins, Coordinatrice des instituts du CHU)

Et le doyen voit surtout un flux d'étudiants sortir de l'université à la suite d'un parcours de préparation à l'entrée en formation paramédicale, puis intégrer une formation du ressort de la Région depuis la décentralisation. Mais il a tout de même dû prévoir la rémunération des enseignants titulaires et des doctorants recrutés pour le parcours :

Actuellement, là, le problème, c'est effectivement, là c'est au niveau universitaire : moi, j'ai payé des enseignants sur des heures complémentaires dans une fac où l'Université a écrêté toutes les facs de 20% des budgets, donc... Très clairement, les heures complémentaires que je paie pour préparer aux concours des écoles paramédicales, c'est autant de moins d'heures complémentaires que j'ai pour l'enseignement des étudiants en médecine. Donc, je veux dire...là, « y a pas de sous, y a pas de sous » mais si on enlève ce postulat qu'il n'y a pas de sous, qu'est-ce que **j'attendrais du Conseil Régional, et bien qu'il m'aide au financement de ces formations qui ne sont très clairement pas du domaine de la fac de médecine** : c'est ça que j'attendrais...

(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

Le Plan réussite en licence avait été envisagé pour servir de support :

R31 : Mais, en tout cas, c'est surtout pour passer par...comment ça s'appelle ça ? « la lutte contre l'échec » ? il y a un truc là... ou la lutte contre l'échec en licence...

Q : « Plan réussite en licence » ?

R31 : « plan réussite en licence » voilà, c'est ça. Et donc, on voudrait s'inscrire dans cette démarche-là.

(R31, femme 50 ans environ, Directrice des soins, Coordinatrice des instituts du CHU)

Effectivement, le plan réussite en licence prévoit le basculement des étudiants d'une formation à une autre : « La création de passerelles est encouragée, entre classes

préparatoires et universités d'une part, et entre formations générales et formations professionnelles courtes (STS, IUT et licence professionnelle) d'autre part »⁵⁶⁴.

La Ministre de l'enseignement supérieur avait même précisé dans son discours devant l'Assemblée nationale, lors de l'examen du projet de loi de la réforme PACES : « Depuis le Projet de Loi de Finances 2009, le Plan Licence s'étend à toutes les UFR médicales. Les moyens sont là. La réforme est devant vous »⁵⁶⁵.

Comme l'action semblait en cohérence avec le « Plan réussite en licence » pour les agents impliqués dans la réorientation, ils avaient espéré y trouver un financement potentiel. D'un autre côté, organiser la réussite des étudiants picards était en accord avec le Schéma régional des formations du Conseil Régional et c'est pour cela qu'une aide avait été sollicitée auprès des instances régionales.

La référente de l'UFR de médecine, qui a été par la suite en charge pour le parcours et ne semble pas avoir cette responsabilité budgétaire, reste évasive :

Q : Concernant le financement, je me souviens qu'au début, il y avait le plan réussite en licence et le Doyen avait dû essayer ce moyen-là. Et après, je ne sais pas : ça passe peut-être sur vos services ?

R34 : oui, oui, c'est dans... enfin, c'est dans le financement global... (...) Alors, chaque année, on nous dit que les budgets vont peut-être faire qu'on ne sera pas financés, que ça ne va pas continuer...Mais bon, c'est sous la volonté du Doyen : pour l'instant, je pense qu'il n'y a pas trop de soucis.

(R34, femme 40 ans environ, MCU-PH, cours d'histologie embryologie en PACES, référent médecine pour le dispositif réorientation)

3.3.1.3 La chronologie du projet d'aide à la préparation des concours paramédicaux

Il s'écoule environ dix-huit mois entre le premier signal du doyen auprès de la Présidence de l'Université et la procédure de réorientation, environ six mois entre le début

⁵⁶⁴ INSPECTION GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE, 2012, « Analyse de l'orientation et des poursuites d'études des lycéens à partir de la procédure admission post-bac », *op cit*, p 29

⁵⁶⁵ Valérie Péresse, Séance du 22 juin 2009, Assemblée Nationale, disponible sur : <https://www.assemblee-nationale.fr/13/cri/2008-2009/20090276.asp>

des réunions et du travail d'organisation et l'accueil des étudiants pour les journées de réorientation.

La Présidence accorde son soutien mais c'est le second vice-président de l'université et le doyen, secondé par le vice-doyen, qui œuvrent pour mobiliser les composantes de l'université afin de bâtir un dispositif de réorientation le plus complet possible. Comme le préconisait la Conférence des doyens de médecine, le projet global prévoit d'impliquer toutes les composantes. Mais le projet est de monter, en plus, un parcours spécifique pour la préparation des concours paramédicaux, un néo-dispositif en quelque sorte.

Grâce aux entretiens et à la consultation de comptes rendus de réunions, il a été possible de reconstruire à posteriori quelques-unes des étapes ayant précédé la mise en place du dispositif de réorientation et du parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux.

Pour les quelques 1 200 étudiants entrés en PACES, en septembre 2010, les examens du premier semestre étaient programmés la troisième semaine de décembre. Dès la fin du premier semestre, certains étudiants allaient se trouver dans la situation de ne pas être autorisés à poursuivre leur année universitaire. La projection de l'UFR de médecine donnait une estimation de 150 étudiants environ. Les résultats étant disponibles après l'interruption des vacances de Noël, une semaine de « procédure de réorientation » avait été prévue pendant la deuxième semaine de janvier, au cours de laquelle les différentes possibilités de poursuite d'études allaient être présentées.

Afin de pouvoir présenter un choix large, toutes les filières avaient été sollicitées pour réfléchir à l'intégration de ces étudiants en S2. Cette sollicitation avait été adressée aux doyens directeurs des UFR. De plus, une solution inédite serait proposée aux étudiants intéressés de poursuivre dans une formation paramédicale : se préparer pour présenter à la fin de cette même année les concours d'entrée dans les instituts de formation. Les principales réunions pour bâtir ce néo-dispositif sont retracées ici.

Début mars 2010 : c'est une réunion de travail entre R30, Doyen-directeur de l'UFR de médecine, la vice-présidente du Conseil Régional en charge de la santé et la chargée de mission au département des formations sanitaires et sociales du Conseil Régional. Il s'agissait d'interroger la pertinence d'un parcours pour préparer les concours paramédicaux et d'en discuter le financement, ou la participation au financement du Conseil régional.

Début juillet 2010 : rencontre entre R30, Doyen de l'UFR de médecine et R31, coordinatrice des instituts paramédicaux du CHU dans le but de mettre en place un « parcours d'aide à la préparation aux concours paramédicaux » pendant le deuxième semestre, pour les étudiants de PACES classés dans les derniers 15% à l'issue du S1. L'estimation de la cohorte d'étudiants ajournés s'élevant à 150 environ, un tiers pourrait être intéressé par cette opportunité. Les bases d'un parcours sont alors jetées : il s'agit d'organiser un temps de préparation aux concours pendant 3 ou 4 mois à raison d'une dizaine d'heures de cours par semaine et des travaux dirigés ou des travaux de groupe. Un suivi pédagogique est envisagé pour stimuler le travail personnel et envisager le concours. R31 doit colliger les contenus des concours pour prévoir le programme à couvrir.

Mi-novembre 2010 : rencontre entre R30 et R31 sur les actions à mettre en œuvre pour le parcours d'aide à la préparation aux concours paramédicaux. Le parcours prévoit une base de cours commun et des options en fonction des concours envisagés : par exemple, la physique et la chimie en sont pas au programme pour le concours infirmier mais indispensables pour le concours des techniciens de laboratoire. Les matières scientifiques (physique, chimie, biologie) pourraient être assurées par des doctorants en santé, en biologie, etc. Les matières littéraires (contraction de texte, synthèse, épreuve de culture générale) par des enseignants de l'UFR lettres : en définitive, c'est une professeure de l'enseignement secondaire qui viendra assurer cette partie après autorisation de cumul d'activités. Les formateurs en instituts paramédicaux sont pressentis pour faire la présentation des activités professionnelles et des études. Les concours commençant mi-avril, le parcours est raccourci sur une dizaine de semaines mais le programme hebdomadaire devrait s'élever à une vingtaine d'heures. R30 se charge de contacter le second vice-président de l'université R29, et le Bureau universitaire d'information et d'orientation (BUIO) car les préconisations de la Conférence des doyens de médecine étaient « la mise en place d'une cellule d'orientation pour optimiser la lisibilité des formations proposées : remise à niveau, S1 « tremplin », etc. ».

14 décembre 2010 : Pendant que les étudiants de PACES sont en examen, se déroule la réunion plénière des composantes de l'UPJV avec le BUIO et les directeurs des UFR, IUT concernés par la réorientation après le S1 de PACES. C'est R30 qui anime la réunion, il rappelle l'objectif de la réorientation : « donner à tout étudiant qui le souhaite la possibilité de se réorienter dans les différentes filières de l'université, dans les formations paramédicales et les

BTS »⁵⁶⁶. Le BUIO connaissant des problèmes d'organisation, il se déclare incapable d'assurer pour l'instant l'orientation **ET** la réorientation : le relais sera pris par l'UFR de médecine sur décision immédiate de R30. Chaque composante présente ses propositions pour accueillir les étudiants non autorisés à poursuivre en PACES, puis un temps est dédié à la préparation de la semaine de réorientation (deuxième semaine de janvier).

10 au 12 janvier 2011 : la procédure de réorientation se déroule au Pôle santé de l'UPJV : ce sont deux jours et demi consacrés à la présentation des formations par composantes et des solutions de réorientation, puis aux entretiens individuels pour préparer l'inscription dans une autre formation.

24 janvier 2011 : une réunion de finalisation et de coordination réunit les intervenants pour le « parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux »

Du 31 janvier 2011 au 15 avril 2011 : La première promotion d'étudiants est accueillie dans ce parcours à raison de 4 matinées par semaine.

06 juin 2011 : Une réunion bilan prévue en amont se tient à l'issue de ce parcours.

Il est intéressant de voir maintenant ce qui est déployé à partir de ce travail collectif, d'abord pour le dispositif entier, puis plus précisément pour le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux.

3.3.2 Les Journées de réorientation : un large dispositif

Cette section permet de voir les ressources susceptibles d'être mobilisées dans l'espace local et les formes possibles sur lesquelles la réorientation va venir s'appuyer. Ceci permet de dessiner l'espace du dispositif général de réorientation.

Le concept de dispositif est emprunté à Foucault tel qu'il le décrit comme « un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref: du dit, aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le

⁵⁶⁶ Document interne, diffusé lors de la réunion plénière 14 décembre 2010

dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments ». Foucault insiste sur la nature du lien qui existe entre les éléments permettant « un jeu, des changements de position, des modifications de fonctions »⁵⁶⁷. Il s'agit bien de ce type de construction ici, ce que Sarah Croché complète de la façon suivante : « Le dispositif n'est pas une structure figée. Des acteurs l'ont disposé, voulu, aménagé, fait fonctionner. Avant qu'il ait une influence sur les pensées et les comportements, il a fallu que les pièces qui le composent soient liées l'une à l'autre»⁵⁶⁸. Le dispositif dans son entier est une procédure large présentée lors des journées de réorientation, le parcours vers les formations paramédicales n'étant qu'une « pièce » faisant partie de l'ensemble.

3.3.2.1 *La première édition : une mobilisation sans précédent*

Cette première « procédure de réorientation » a été organisée la deuxième semaine de janvier dans l'amphithéâtre du Pôle santé. Elle était annoncée sur le site de l'Université depuis la rentrée. L'information concernant cette semaine était mise en ligne sur l'espace numérique de travail ENT, consultable par les étudiants de PACES pour leurs résultats au concours avec leur identifiant.

Après les résultats du premier semestre, 142 étudiants étaient réellement dans le cas de devoir être réorientés sur les 1 162 inscrits pour les examens, soit 12,22% de l'effectif. Avec une moyenne générale au concours de 4,786 /20⁵⁶⁹, aucun de ces étudiants n'avait réussi à valider d'ECTS. Un comptage rapide a permis de savoir qu'environ 120 étudiants étaient présents le lundi matin à l'ouverture de la semaine de réorientation, quelques parents étaient présents.

L'accueil de la journée a été fait par le Président de l'Université qui a insisté plusieurs fois sur le fait que les étudiants allaient rebondir, ce terme a été repris plusieurs fois : « je ne parle pas d'échec, vous allez rebondir ». Le thème du « rebond » était entré dans la rhétorique de la réorientation au MESR également. Il a souligné qu' « avec beaucoup de volontarisme, les différentes directions s'étaient mobilisées » ce dont il les remerciait : « C'est toute une

⁵⁶⁷ FOUCAULT M., 1994, *Dits et écrits, tome III, « le jeu de Michel Foucault »*, 2^eed, Paris, Gallimard, p.299

⁵⁶⁸ CROCHE S., 2009, « Évolution d'un projet d'Europe sans Bruxelles Le cas du processus de Bologne », *Education et sociétés*, 24, 2, p. 12.

⁵⁶⁹ Statistiques internes PACES données oralement par R30 lors de la procédure de réorientation

université qui s'est mise au travail », rappelant que le dispositif de réorientation prévu dans la loi n'était pas encore obligatoire.

Le règlement de la PACES a été rappelé par le Directeur de l'UFR de médecine. Un exposé général de l'offre de formation de l'UPJV et des différentes ressources possibles a été fait par le vice-président du Conseil des études et de la vie universitaire (CEVU). L'administrateur provisoire du BUIO, pour sa part, a fait une courte présentation des principes de la réorientation. La coordinatrice des instituts du CHU était en charge de la présentation des grandes lignes du programme prévu pour accompagner ceux qui désireraient présenter les concours d'entrée aux formations paramédicales. L'IUP d'ingénierie de la Santé a communiqué son offre de formation, sachant que les étudiants devraient intégrer d'abord une L1 de l'UFR de sciences.

Puis, lundi après-midi et mardi, une présentation étalée et successive des différentes formations a été proposée par les composantes de l'Université mais aussi par les autres organismes formateurs. Le but était de donner une large information pour permettre le choix. Ainsi, les étudiants ont eu accès aux informations des différents domaines avec les mesures mises en place pour les accompagner.

Le doyen, directeur de **l'UFR de Droit** a confirmé la mise en place d'un semestre spécial, appelé S0, visant à poser les bases utiles pour la suite des études. Il s'agissait d'un programme pour de petits effectifs, proposé aussi aux étudiants de première année de licence de droit ayant échoué. A raison de 10 heures par semaine, soit deux heures pour chacune des cinq matières prévues (méthodologie universitaire, culture juridique, histoire sociale, culture générale, etc.), les étudiants pourraient valider quelques ECTS pour le S1 qu'ils n'avaient pas suivi, charge à ceux qui le pouvaient de suivre le S2.

Le directeur de **l'UFR de Sciences** a surtout insisté sur le socle de connaissances communes en mathématiques, physique et chimie pour chacune des six licences proposées. En présupposant du niveau scientifique des étudiants de PACES, la proposition était d'intégrer directement le second semestre avec la possibilité de valider les matières du S1 en cours de S3 ou S5, semestres impairs.

Le directeur de **l'UFR d'Histoire géographie** a également proposé une intégration directe en second semestre avec la même possibilité de validation du S1.

L'UFR de STAPS avait prévu un semestre adapté avec un enseignant référent pour cinq étudiants, du tutorat, le principe étant de proposer du soutien et une mise à niveau dans le cadre du Plan réussite en licence. La possibilité était offerte de récupérer les contenus de cours de S1 ainsi que de valider certaines matières qui l'auraient été en PACES (ce qui ne concernait aucun des étudiants ajournés). Un point précis sur lequel le directeur a insisté concernait l'impossibilité de pouvoir intégrer la kinésithérapie, ce qui pouvait être une tentative pour ne pas être en échec sec. Les places disponibles pour l'IFMK à partir de la première année de STAPS étaient attribuées aux étudiants qui avaient validé le bloc Anatomie-Physiologie-Biomécanique et le bloc Psychologie-Sociologie à la première session du S1, sous réserve de réussir leur année à la première session du S2 également.

L'UFR de lettres a plutôt communiqué sur le choix du cursus « sciences du langage » en licence pour ceux qui voudraient présenter le concours d'orthophonie. Les directeurs des autres composantes, **Langues, Sciences humaines et sociales, Arts**, etc. ont présenté les formations et pour la plupart se sont aussi appuyés sur le Plan réussite en licence pour l'entrée en second semestre des étudiants potentiellement intéressés avec un soutien du type référent et tuteur et la possibilité de valider les matières du premier semestre sur les semestres impairs des deuxième et troisième année de licence.

Les IUT de l'université répartis sur la Région présentaient une offre de formation pour des métiers des secteurs secondaire et tertiaire, avec les départements de Génie Biologique et de Génie mécanique et productique qui pouvaient être plus facilement accessibles pour des étudiants scientifiques. Un dispositif spécial avait été là aussi réfléchi : comme les semaines du S1 comprenaient 30 à 35 heures de cours, il n'était pas possible d'intégrer directement le S2 et compter valider le S1 en même temps. Pour les étudiants ajournés en PACES, il était prévu un accueil dans un groupe « métiers du secondaire » avec six mois pour « côtoyer » les matières : les UE validées seraient valables sur le S2 de l'année suivante. De même, un groupe « métiers du tertiaire » avait été construit avec le même principe sur le module de spécialité. Le point important était que ces étudiants bénéficiaient d'une admission de droit pour ces filières sélectives l'année suivante, en première année.

Pour **les instituts paramédicaux du CHU**, la coordinatrice R31 a commencé par inviter les étudiants à se poser la question : « vous avez choisi de soigner, pourquoi ? », les incitant ensuite à déterminer les raisons qui ont fait choisir un métier de la santé en intégrant PACES :

« Quelles valeurs ? Quelles représentations sociales ? Quelles connaissances des conditions d'exercice ? » Les différentes professions paramédicales ont fait l'objet d'une présentation courte et des conseils ont été donnés aux étudiants intéressés par le parcours d'aide à la préparation des concours :

- diversifier les inscriptions aux concours pour multiplier les opportunités de réussite,
- mieux connaître les professions pour faire un choix personnel et pertinent
- retrouver un niveau en matières fondamentales compatible avec les concours

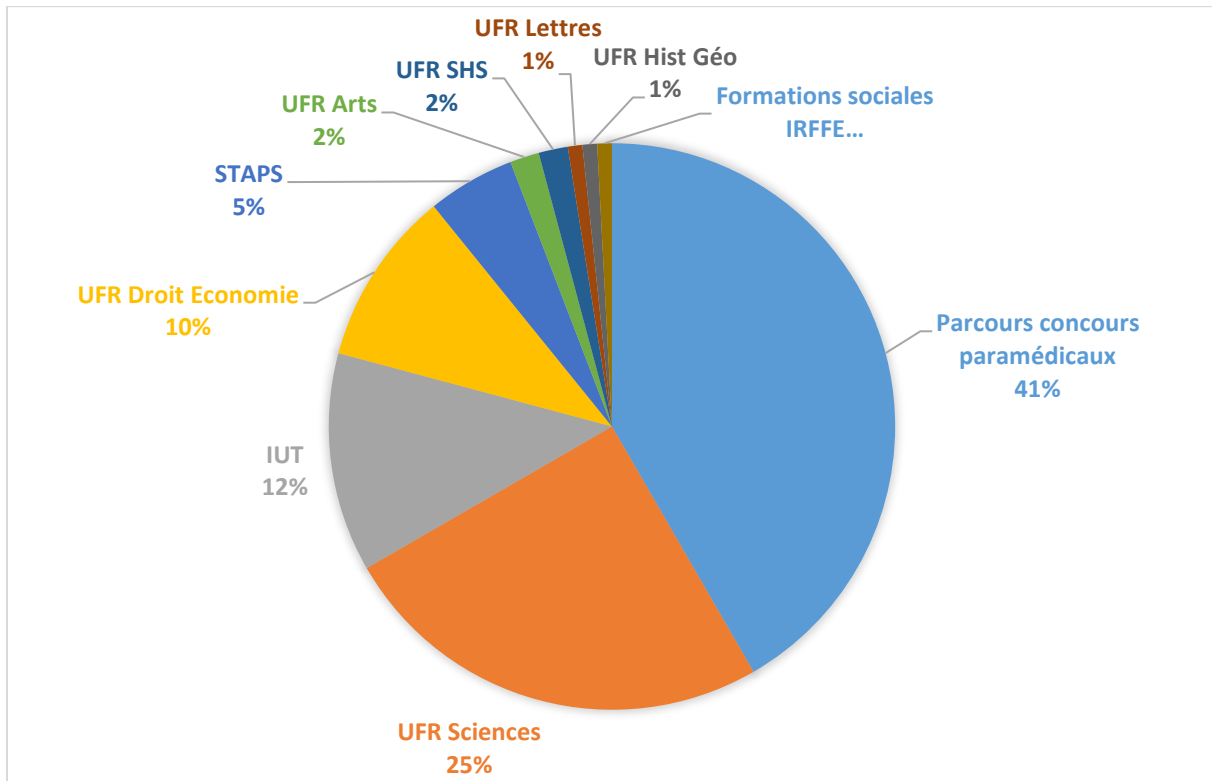
Une cinquantaine d'étudiants étaient intéressés ce jour-là. Ils étaient invités à se rapprocher de l'administration de la PACES pour formaliser leur inscription dans le parcours, ceci ne changeant pas leur inscription administrative qui restait à l'UFR de médecine.

Les différents BTS proposés par le Rectorat ont été présentés par deux conseillères d'orientation-psychologues. Aucun aménagement spécifique n'était prévu, il ne s'agissait que d'informations.

Le mercredi et éventuellement le jeudi ont été consacrés à des entretiens individuels. En effet, suite aux différentes présentations de formation, les étudiants ont été invités à prendre rendez-vous pour un entretien individuel dans les différentes composantes ou organismes formateurs, pour connaître les modalités d'inscription et de validation de certains acquis, pour affiner leur choix ou exprimer leurs motivations pour ce nouveau choix. Des rendez-vous étaient également possibles avec les conseillers d'orientations du Centre d'Information et d'Orientation CIO régional ou du BUIO pour ceux qui le demandaient. Le jeudi et le vendredi étaient libérés, dans la mesure du possible, pour permettre aux étudiants de se rendre au « Forum du lycéen à l'étudiant » le salon régional de l'offre de formation.

Un rapide sondage effectué après chaque présentation des composantes a permis de dégager des tendances représentées dans le graphique ci-après:

Figure 9 : Intentions de réorientation des étudiants de PACES en échec au cours de la 1^o procédure



3.3.2.2 Les évolutions du dispositif : un glissement vers un Diplôme Universitaire Tremplin

Le premier format des « Journées de réorientation » ayant été jugé un peu long, le suivant s'est déroulé sur deux jours et ceux des années suivantes ont été raccourcis. Dès la deuxième année, le Président de l'Université ne s'est plus déplacé. Progressivement, les doyens directeurs d'UFR ont laissé la place à leurs assesseurs ou directeurs adjoints, les mesures mises en place continuant d'être activées en fonction des besoins. Pour les étudiants intéressés par le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux, une réunion d'information et d'inscription a été instituée : elle se déroulait à la fin de la semaine de réorientation. Une réunion dédiée, avec les responsables et les intervenants, permettait de regrouper les étudiants et de répondre à leurs nombreuses questions de façon spécifique, en dégageant ce temps de la journée de réorientation proprement dite.

Le changement le plus notable concerne le rôle joué par la structure chargée de l'orientation. La première année, deux services coexistaient : le Bureau Universitaire

d'information et d'orientation ou BUIO et le Bureau d'aide à l'insertion professionnelle des étudiants ou BAIP. La fusion des deux services était prévue et le leadership de l'un, BAIP, débordait sur l'autre, BUIO ce qui fut à l'origine de vives tensions et du retrait du BUIO pour la prise en charge de la réorientation la première année. La fusion réalisée, la montée en charge de l'activité d'orientation des étudiants, voulue par les réformes successives de l'enseignement supérieur⁵⁷⁰, a donné à ce service davantage d'ampleur et de responsabilités. Il n'a pas été à l'initiative du projet puis il a pris une part active pour l'organisation des journées de réorientation début janvier. De plus, les étudiants doivent y prendre rendez-vous pour des entretiens individualisés afin d'élaborer un projet de formation cohérent. De nouveaux conseillers d'orientation ont été recrutés pour ce Bureau d'Information, d'Orientation et d'Insertion Professionnelle ou BIOIP. Comme le souhaitait l'UFR de médecine, le service a été en mesure de remplir le rôle de cellule chargée de l'orientation pour le dispositif global.

Il a notamment communiqué sur les mesures créées pour les étudiants. Le rapport d'auto-évaluation de l'université mentionne : « Dans le cadre du plan réussite en licence, pour les étudiants de la PACES qui ne sont pas autorisés à poursuivre à la fin du 1er semestre, un semestre rebond est proposé par l'IUT d'Amiens, ainsi qu'un semestre tremplin organisé par le BIOIP »⁵⁷¹. Les termes « Rebond » et « Tremplin » sont utilisés dans la plupart des universités pour caractériser les dispositifs de réorientation ; « Tremplin », par exemple, est utilisé dès mars 2011 par les universités de Grenoble et de Strasbourg.

Lorsque le plan réussite en licence s'est arrêté, le semestre Tremplin – mis en place en 2014/2015 et qui reprend les actions et propositions des composantes de l'université détaillés précédemment – a été financé par la Région dans le cadre du Programme Régional de Réussite en Études Longues (PRREL). Il est ouvert à tous les étudiants de première année de licence qui souhaitent changer d'orientation après les résultats du S1, si bien qu'année après année, des étudiants issus d'une autre formation que PACES ont été accueillis dans le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux. L'offre générale de réorientation a donc englobé le parcours créé à l'origine pour la PACES.

⁵⁷⁰ Loi du 22 juillet 2013 dite loi Fioraso, Loi du 8 mars 2018 dite loi ORE « orientation et réussite des étudiants »

⁵⁷¹ UPJV, décembre 2016, Rapport d'auto-évaluation 2011-2016, p 38

Dans le cadre du PRREL, l'évolution de ce dispositif global s'est concrétisé par un diplôme universitaire en 2018 : le DU Tremplin, décliné selon le parcours choisi dans la composante. Il s'étale de janvier et avril sur une durée de 10 semaines.

« Pour chaque DU, le programme est articulé autour de 4 unités d'enseignements :

- UE1 : Outils et langage
- UE2 : Bloc disciplinaire
- UE3 : Projet personnel et professionnel
- UE4 : Stage 1 à 4 semaines

Selon le DU choisi, il est possible de capitaliser une matière du bloc disciplinaire (UE2) et/ou le Projet personnel et professionnel (UE3) »⁵⁷²

Une rapide analyse comparative permet d'observer le même type de dispositif à l'Université Paris-Diderot et Paris Descartes avant la fusion en Université de Paris. Le dispositif « PaRéO » Passeport pour Réussir et s'Orienter a été créé en 2015 pour lutter contre le décrochage en première année à l'Université, à l'initiative cette fois de l'UFR de Droit, économie, gestion, dans le cadre d'un projet IDEX. Proposant une rentrée en septembre et une rentrée décalée en novembre pour les « réorientés », son volume horaire est de 25 heures par semaine. Il est centré sur les disciplines Sciences, Humanités et Société, Métiers du tertiaire, IFSI. L'objectif et le contenu sont assez similaires avec le DU Tremplin : concrétiser un projet de formation et d'orientation, connaître les outils méthodologiques et se remettre à niveau pour obtenir les prérequis manquants. Le dispositif PaRéO a été lui aussi conçu comme un DU et il est récemment devenu Diplôme d'État.

L'université de Bourgogne⁵⁷³ a développé une « Semestre Rebond » permettant de capitaliser 30 ECTS. Il comprend un tronc commun (méthodologie, recherche documentaire, expression écrite et orale), le projet professionnel de l'étudiant et deux options d'enseignements (sciences humaines ou sciences incluant un volet « formations paramédicales ») L'évaluation effectuée sur ce dispositif a surtout ciblé la réinscription dans une autre filière de l'université via APOGEE : les auteurs reconnaissent qu'ils ne savent pas

⁵⁷² Direction de la communication de l'UPJV, 2019, Flyer PRREL Tremplin

⁵⁷³ PERRET C., VIENNEY F., HENRY M., 2018, « Le « Semestre Rebond » après la réorientation obligatoire en première année commune des études de santé (PACES) en France - Quels apports et quels devenir pour les étudiants ? », *Pédagogie Médicale*, 19, 1, p. 3-13.

« identifier des parcours de formation se déroulant hors de l'établissement, comme par exemple dans les instituts de formation en soins infirmiers, le CAP Pharmacie, l'orthophonie, etc ».

Beaucoup d'universités se sont inscrites dans les expérimentations d'alternatives à la PACES pour deux raisons essentiellement : premièrement, la réorientation ne devenait obligatoire qu'en 2012-2013 et deuxièmement, dès les Assises de l'Enseignement supérieur lancées avant cette même rentrée universitaire, il allait être possible de moduler la première année des études de santé pour favoriser la réussite des étudiants. Ces alternatives « PluriPASS », « AlterPACES », « PACES one » ont progressivement occulté les initiatives génériques de réorientation active présentes dans ces universités.

Dans cette sous-section, la réorientation à la fin du second semestre de PACES ne fait pas l'objet de développement pour plusieurs raisons. D'abord, à la fin du S2 la réorientation concerne moins d'étudiants car le *numerus clausus* est élevé et 2,5 fois le NC dépasse de peu le nombre d'étudiants restants. Pour ceux qui auront moins de 05/20 de moyenne aux épreuves, un entretien individuel est souhaité pour les sensibiliser aux risques d'un redoublement. Ensuite, les Journées de réorientation ayant été testées en janvier, il s'avèrera que l'organisation en sera grandement facilitée : un format identique sera appliqué. Et enfin, comme signalé plus haut, la réorientation du second semestre correspond à la fin d'année universitaire et à une réinscription dans une autre composante à la rentrée suivante, et non pas à un format créé pour l'occasion. Il s'avère que les enjeux ne sont pas les mêmes, les obligations non plus. Ce travail de recherche s'est donc centré sur la réorientation de la fin du premier semestre.

3.3.3 Le « parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux » : un dispositif spécifiquement conçu pour la réorientation

Q : la mise en place du parcours de l'aide à la préparation des concours paramédicaux, c'était ?...

R30 : ...c'est de se dire, et bien dans les gens qui sont recalés de médecine, en échec de médecine, il y en a, dans le temps, qui attendaient deux ans. Bon...au départ, c'était de dire : bon, de toute façon, maintenant on fait des prépas pour tout en France, donc il y a beaucoup de prépas aux écoles paramédicales. Là, on les met sur le trottoir en janvier. De toute façon,

ils ne vont pas travailler tous seuls... Ils ont envie de préparer un concours ? Eh bien, qu'on leur donne une possibilité qui soit autre que les officines privées, puisque c'est quand même un petit peu notre rôle dans l'enseignement public ou universitaire de concurrencer quand même...les...puisque ça correspond à un besoin... Alors est ce que c'est à nous de le faire ? Nous, on l'a fait. »

(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

Le parcours, conçu par l'équipe restreinte des responsables de l'UFR de médecine et du CHU, est en direction des étudiants de PACES ajournés après les résultats du premier semestre et qui ont l'intention de poursuivre leurs études vers un autre métier de la santé. L'objectif est de les aider à préparer les concours d'entrée dans les instituts paramédicaux sur un temps limité : entre janvier et avril de l'année universitaire. Il s'appelle donc « parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux »⁵⁷⁴. Ce n'est pas une année préparatoire puisque les étudiants suivent d'abord le premier semestre de PACES. Les étudiants restent inscrits et hébergés à l'UFR de médecine et de pharmacie, initialement dans un amphithéâtre du Pôle santé puis dans une salle de TD du bâtiment nouvellement construit pour le premier cycle. Ils conservent leur statut étudiant ainsi que leurs droits à bourse pour ceux qui en bénéficiaient. Ils n'ont pas de frais complémentaires à prévoir. Toutes ces conditions ont été prévues lors du montage de ce parcours :

Donc, moi, cette réorientation de P1 me plaît parce que des jeunes gens risquent d'éviter de perdre encore une année ou deux. Ça, ça me semble bien, et puis, surtout, on leur apporte de l'information qui leur permette de choisir en connaissance de cause, peut-être que c'est idéaliste, j'en sais rien...(..) et une offre qui est plus locale permet aux jeunes qui sont déjà installés sur Amiens, qui viennent de la région et qui ont leur appartement loué par les parents, de rester sur place...Et en plus, c'est gratuit...(..) Et pour leur deuxième semestre... voilà, ils sont étudiants de la fac, ils restent étudiants de la fac ...ils ne sont pas déficients, en ayant fait un autre choix.

(R31, femme 50 ans environ, Directrice des soins, Coordinatrice des instituts du CHU)

⁵⁷⁴ Ce parcours n'a pas d'acronyme, il a de plus changé de dénomination à l'approche de Parcoursup et de la suppression des concours d'entrée. Dans le langage courant, il a été appelé « prépa aux concours paramédicaux », les étudiants qui y étaient inscrits : les « paramédicaux ».

Si on observe ces extraits émanant des acteurs les plus impliqués, le principe directeur est donc de proposer une information éclairée, puis la possibilité de préparer les concours paramédicaux en un temps court, avec un encadrement pédagogique, dans un principe général de service public et de gratuité.

3.3.3.1 La première année : le lancement du parcours

En 2011, la première maquette représentait 10 semaines de cours à raison de quatre matinées par semaine (lundi, mardi, mercredi et vendredi, de 8 heures à 12 heures) soit environ 160 heures, les après-midis étant libérés pour le travail personnel. Pour assurer de bonnes conditions de réussite, une présence obligatoire aux enseignements a été envisagée comme pour les TD du premier semestre de PACES.

Les modalités de cette préparation consistaient en un corpus commun de cours comprenant:

1 - d'une part, des apports théoriques basés sur les matières de terminale et de première Scientifiques faisant l'objet d'épreuves aux concours paramédicaux: Physique, Chimie, Sciences de la vie et de la terre. Ce programme est complété par des entraînements à l'expression écrite en français pour les épreuves de culture générale et étude de texte dans le champ sanitaire et social mais également des tests psychotechniques. Ici, l'objectif est de permettre aux étudiants de se remettre à niveau sur les matières du lycée et d'accompagner les apprentissages au moyen de révisions, d'exercices et d'évaluations. L'idée du tronc commun et des cours optionnels n'est pas mise en place.

2 - d'autre part, des mises en situation pour les épreuves de sélection orales qui se déroulent après les épreuves d'admissibilité écrites dans plusieurs concours et surtout celui des instituts de formation en soins infirmiers.

3 - enfin, une information sur les diverses professions de santé accessibles après le Bac, les modes d'exercice et les concours. La présentation est faite par un formateur et un étudiant en

formation, ou un professionnel en exercice, pendant deux heures avec un temps de questions-réponses. L'objectif est de présenter les conditions d'admission et de formation, mais aussi de permettre une interconnaissance des professions et de tenter de déconstruire des représentations erronées, possibles parmi les étudiants⁵⁷⁵.

La co-construction de ce dispositif a reposé sur la mobilisation de différents acteurs dans les UFR de médecine et pharmacie: enseignants-chercheurs ou doctorants pour les cours des matières scientifiques, personnel administratif, directeurs et assesseurs, mais aussi des agents extérieurs à l'université : professeur de lycée, coordination des instituts de formation du CHU, formateurs paramédicaux, professionnels de santé libéraux ou salariés. L'articulation entre les dispositions légales, la réflexion et la dynamique mobilisant différentes institutions, les relations de pouvoir et de savoir permettent de qualifier ce parcours de dispositif⁵⁷⁶.

3.3.3.2 *La pérennisation du parcours*

Un bilan à la fin de la première année de fonctionnement a permis de réaménager le dispositif pédagogique. Année après année, ce parcours est reconduit. La durée du parcours est passée à 12 - 13 semaines selon les années. Le volume horaire a été renforcé, mais surtout de nouveaux enseignements sont apparus à partir de la deuxième version: une initiation à la santé publique et un renforcement en notions fondamentales de calcul scientifique (unités, proportions, règle de trois...) utile dans bien des professions pour les dilutions, perfusions, comme les « calculs de dose » chez les infirmiers.

La modification principale consiste en la création d'un tronc commun pour tous les étudiants comprenant: la biologie, l'expression écrite et orale, la présentation des professions et les deux modules cités ci-dessus; et une option avec les cours de physique et de chimie pour les étudiants préparant les concours de manipulateur ERM, technicien de laboratoire médical et les professions de rééducation.

En effet, pour maintenir une certaine dynamique de travail, il avait été convenu que la présence serait obligatoire pour toutes les interventions. Ceci a posé problème car les matières chimie et physique, non nécessaires aux concours infirmier et psychomotricien par exemple, n'arrivaient pas à retenir l'attention des étudiants, pouvaient être le lieu de chahuts,

⁵⁷⁵ RAULT C., 2015, *Op. cit.*, pp. 351-352.

⁵⁷⁶ AGAMBEN, G., 2014, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* Paris, Payot et Rivages, p.64

puis ont vu l'absentéisme se développer. L'obligation d'assiduité est maintenue mais le parcours a été repensé⁵⁷⁷. Malgré les évolutions, ce parcours ayant une visée fonctionnelle de préparation aux concours ne permet pas l'attribution d'ECTS.

Tableau 2 : Programme d'enseignement du parcours des « paramédicaux »

	Tronc commun	Scientifique	Durée cible
BIOLOGIE 1 ^{ère} S – Terminale S	X		45 h
CHIMIE 1 ^{ère} S – Terminale S		X	45 h
PHYSIQUE 1 ^{ère} S – Terminale S		X	45 h
EXPRESSION ÉCRITE A partir de thèmes sanitaires et sociaux	X		30 h
Notions de base en calcul scientifique	4 h		
SANTÉ PUBLIQUE	X		15-20 h
PRÉPARATION A L'ENTRETIEN <i>Méthodologie</i>	2h		
De mars à mai selon les besoins : <i>Entraînement</i>	X		10 h +/-
PRÉSENTATION DES PROFESSIONS	X		16 h

Source : Coordination des instituts du Centre Hospitalier Universitaire, BJ, janvier 2015

D'autres modifications vont intervenir à partir de 2018. La loi « Orientation et réussite des étudiants » ORE prévoit de fixer des prérequis pour chacune des filières de l'enseignement supérieur et la mise en place de la plateforme Parcoursup pour l'inscription des bacheliers dans les études supérieures. Les instituts paramédicaux sont concernés et les concours d'entrée instaurés depuis 1987 (1988 pour les infirmiers⁵⁷⁸) sont appelés à disparaître. Parmi

⁵⁷⁷ RAULT C., 2015, *Op. cit.*, p. 352.

⁵⁷⁸ Arrêté du 30 novembre 1988 relatif aux conditions d'admission dans les écoles préparant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière

les instituts du CHU, c'est celui des manipulateurs en électroradiologie médicale, l'IFMEM, qui inaugure l'entrée sur dossier, sans concours, dès 2018. Dès lors, le parcours et surtout son objectif doivent être repensés. Les constatations, année après année, des enseignants du parcours sur le faible niveau des étudiants issus du S1 de PACES étaient parlantes :

« A priori, le niveau n'est pas très élevé. De toute façon, ils ont été recalés : il y a des raisons, mais apparemment, c'est très difficile... »

« Le 1^{er} test a eu lieu 1 mois après le début du parcours : sur les 39 présents, la moyenne était de 5,34 (*le niveau reste comparable avec les notes du concours de S1*) C'est un niveau très faible ».

(R33, homme 40 ans environ, PU Chimie, UFR Pharmacie, cours chimie dans le parcours)

Si les étudiants non autorisés à poursuivre le S2 de PACES ont un niveau faible, il est intéressant de les accompagner pour qu'ils puissent intégrer un institut paramédical dans de bonnes conditions tout en préparant leur dossier, la lettre de motivation et l'entretien qui continue d'exister avant d'intégrer la formation. La fin des concours ne signifie pas une entrée de droit en formation paramédicale, un niveau faible en terminale et un ajournement en PACES exposent les candidats à une réponse « oui, si ». Un dispositif d'accompagnement avec une consolidation des acquis peut s'avérer utile. En conséquence, le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux est devenu « Renforcement des prérequis pour l'entrée dans les instituts paramédicaux ».

3.3.3.3 *Visibilité, invisibilité du parcours et environnement concurrentiel*

La mise en place du parcours n'a pas fait l'objet de remontées au Ministère de l'Enseignement supérieur. C'est plutôt le dispositif général qui a été mis en avant dans le document ministériel regroupant les initiatives de chaque université. Pour l'université

observée on y trouve la mention : « Réorientations de la Première année commune aux études de santé vers un IUT ou les filières Droit, Sciences ou Sciences Humaines et Sociales »⁵⁷⁹.

Néanmoins, la communication sur ce parcours à l'intérieur de l'université existe : la visibilité est donnée par le BUIO dans les premiers temps. C'est lui qui communique sur ce parcours en le qualifiant de « préparation aux concours paramédicaux » ce qui paraît mensonger pour les initiateurs du projet. Pour le public étudiant qui regarde la page Internet, c'est plus parlant que « parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux ». La référente pour l'UFR de médecine tient ces propos :

Il suffit de voir comment fonctionnent les prépas privées : c'est mensonger de dire : « on fait une prépa » C'est pas du tout les mêmes rythmes, on n'organise pas les mêmes concours blancs, voilà...

(R34, femme 40 ans environ, MCU-PH, cours d'histologie embryologie en PACES, référent médecine pour le dispositif réorientation)

La coordinatrice des instituts se défend de proposer une véritable « prépa », pour elle il s'agit plutôt d'un

« ... programme qu'on va qualifier de « light », mais qui fonctionne, pour réorienter les étudiants à la fin du 1^{er} semestre. (...) en tout cas, leur présenter tous les métiers de la santé dans une première approche, et ensuite de mettre en œuvre des cours de révision de terminale. Uniquement de février à avril, puisque les concours sont grosso modo en avril. (...) et le faire sur un temps court, donc, **on ne rentre pas en compétition avec les prépas qui existent...** »

(R31, femme 50 ans environ, Directrice des soins, Coordinatrice des instituts du CHU)

Ce point précis de la concurrence avec les systèmes existants est délicat. En 2010, à l'instauration de la réorientation, il existe cinq formations complémentaires d'initiative locale (FCIL) réparties sur la Région pour préparer, en un an, le concours d'entrée en IFSI. En 2017-2018 elles sont huit. Ces formations sont hébergées dans des lycées publics, elles sont

⁵⁷⁹ MESR, 2011, 72 universités engagées dans des dispositifs de réorientation, disponible sur http://media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Reorientation_etudiants/16/4/dispositifs_de_reorientation_170164.pdf.

gratuites et financées par le Conseil Régional – il faut se rappeler que cette institution avait été sollicitée pour financement lors de la réflexion sur le parcours d'aide à la préparation des concours de l'université. Trois lycées privés font aussi une préparation pour le concours infirmier : les frais de scolarité annuels se comptent en centaines d'euros. Un lycée public assure aussi des cours préparatoires gratuits pour six concours : Ergothérapeute – Orthophoniste – Orthoptiste – Pédicure podologue – Psychomotricien – Technicien de laboratoire médical. Mais les organismes à but lucratif, les « prépas privées » ou « officines privées » comme les nomme le Doyen, sont au nombre de cinq sur la capitale régionale, elles pratiquent des frais de scolarité de base d'environ 2 000 euros l'année sans compter les surcoûts. Ces prépas privées sont bien connues des enseignants des UFR de médecine et de pharmacie car ce sont les mêmes qui recrutent leurs étudiants pour des cours privés parallèles pendant l'année de PACES.

Il y a donc une attitude prudente vis-à-vis des formations gratuites des lycées avec lesquelles « on n'entre pas en concurrence », car effectivement leurs cours s'étalent sur un an alors que le parcours de l'université dure au plus trois mois. A l'inverse, l'agacement des responsables est palpable vis-à-vis des « officines privées ». De plus, elles se sont vite adaptées au fait que des étudiants de PACES étaient ajournés en janvier et elles ont proposé, à côté de la préparation au concours de PACES, de la préparation aux concours paramédicaux sur un an, des « stages intensifs » sur 7 à 10 semaines. La communication sur le parcours proposé par l'université semble indispensable dans ce cas : le vice-doyen avait émis l'idée de publier les résultats dans une revue de pédagogie médicale en direction de la communauté universitaire, mais aussi de faire un article avec le journal local en direction du grand public. Pour ce dernier point, le site Internet de l'université par la page du BIOIP et les réseaux sociaux utilisés par les étudiants ont rempli cette fonction.

Après le changement de dénomination, lorsque le parcours sert au « renforcement des acquis », le BIOIP communique sur une « Préparation aux formations des métiers liés à la santé » ce qui donne à nouveau plus de lisibilité sur le site. Mais la référente de l'UFR de médecine explique :

Le changement de nom, il a aussi été fait sur la valorisation. La notion de la réorientation était un peu négative. Alors ce nouvel intitulé, qui est un peu compliqué sur le 'renforcement des prérequis', on le trouve réaliste et ce n'est pas mensonger par rapport à des prépas : c'est pas

une prépa ! C'est pas une prépa pour le concours d'orthophoniste clairement ! Donc, dans l'intitulé, c'était ces deux aspects-là qui poussaient à changer le nom.

(R34, femme 40 ans environ, MCU-PH, cours d'histologie embryologie en PACES, référent médecine pour le dispositif réorientation)

Ainsi, comme on l'a vu, les ressorts qui poussent l'UFR de médecine à développer une offre de formation en direction des instituts paramédicaux s'appuient sur le cadre législatif qui impose une réorientation, le cadre local avec des interactions bien établies entre l'université et le CHU, la volonté de développer un « Campus santé » avec une variété de filières et des niveaux intermédiaires pour les métiers de la santé.

Les conditions rencontrées dans l'espace local s'avèrent propices à l'application de la réforme avec une dimension réorientation vers le secteur paramédical. Les besoins en professionnels de santé, autres que médecins, sont importants or il existe par exemple un phénomène d'abandons en cours d'étude après l'entrée en formation en IFSI. Cette déperdition entre entrants et diplômés préoccupe aussi bien les directions d'instituts que les tutelles : ils ont vu dans ce parcours l'opportunité pour les futurs candidats de réfléchir et retravailler leur projet de formation pour éviter les orientations par « dépit ». Un autre exemple est illustré par le besoin en infirmières cliniciennes réclamées dans plusieurs services hospitaliers et dont la formation n'était parfois possible qu'à l'étranger, au Canada dans l'exemple qui m'a été soumis par un PU-PH. L'évolution du cadre législatif national autorise à présent la mise place de ces formations au sein des départements santé des universités : c'est à la fois une valorisation pour un « Campus santé » et un supplément d'attractivité pour les carrières paramédicales. Nous verrons dans le chapitre suivant que cette évolution du métier infirmier est attendue par les étudiants interrogés au cours de l'enquête.

3.3.4 Les enjeux d'un projet : entre responsabilité sociale et stratégies hospitalo-universitaires

Pour conclure ce chapitre, il semble important de se pencher sur le projet qui est au fondement de ce parcours. Le postulat de départ était de proposer une solution dans une autre filière aux étudiants de PACES non autorisés à poursuivre en S2, plus particulièrement de les aider à réussir leur réorientation vers un autre métier de la santé qui ne nécessite pas de réussir en PACES. Ce cas de figure n'avait pas été envisagé, du moins explicitement, par les instances nationales comme la Conférence des doyens de médecine ni par le MESR.

Chez les responsables du projet, l'idée est née de la connaissance du champ médical et du champ local, de l'expérience de la division du travail médical à l'hôpital, de la perception des besoins du système de santé, de la responsabilité sociale des formations en santé, de la volonté d'assurer leur mission de service public. L'état des lieux de l'offre locale des formations en santé laissait penser que des candidats malheureux au concours de PACES pourraient trouver une poursuite d'études dans une formation plus accessible.

Les agents qui ont été choisis pour ce projet l'ont été pour leur position dominante dans le champ ; l'initiative revient au doyen de l'UFR de médecine qui est un agent qui cumule les fonctions de pouvoir et de décision, à la fois directeur d'UFR et chef de service dans une spécialité ardue au Centre Hospitalier Universitaire.

Dans ce même CHU, les instituts de formation forment une entité coordonnée par un agent au capital social étendu : la coordinatrice des instituts est en interaction avec chacun des directeurs d'instituts mais aussi avec la direction du CHU, comme avec le Conseil Régional, et avec le Ministère de la santé dans le cadre des commissions pour la réingénierie des formations paramédicales, en tant que membre du Haut Conseil des professions paramédicales.

Le second vice-président du conseil d'administration en charge des relations entre le CHU et l'université avait lui aussi une position dominante et un capital social lui permettant de solliciter la Présidence, d'être en interaction avec les instances universitaires de décision.

L'assesseur du premier cycle de l'UFR de médecine n'avait pas le premier rôle lors de la construction du parcours, mais il avait la responsabilité de la promotion de première année dont il avait une bonne connaissance. En tant que vice-doyen il a été associé aux décisions et a repris le pilotage à la suite du doyen dès la seconde année : journées de réorientation du

premier et du second semestre, réunion d'organisation et réunion bilan, journées portes ouvertes, etc.

Parmi les agents universitaires, le BUIO était un acteur incontournable puisqu'une « cellule d'orientation » devait être un élément sur lequel s'appuyer pour conduire la réorientation. Défaillant lors de la mise en place du dispositif, il a progressivement pris sa place dans l'organisation, faisant une lecture administrative du projet sans bien intégrer la synergie d'action Université - CHU et le travail conjoint.

Les responsables universitaires sont ceux qui sont restés le moins longtemps en tant qu'agents actifs dans le dispositif de réorientation: les directeurs d'UFR ont délégué à leurs directeurs adjoints ou à des collaborateurs disponibles le soin de continuer ou de présenter leur semestre adapté. Ceci s'est fait au gré des dossiers plus urgents ou par lassitude et désintérêt d'un instrument qui avait une capacité de fonctionnement sans leur intervention .

Le projet du parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux ne reposant pas sur une contractualisation formalisée, son fonctionnement est resté basé sur le volontariat et l'activation du réseau de chacun des responsables. Sans engagement réel, certains agents chargés de cours par exemple ont pu se démotiver, la perspective de reprendre le programme de première et de terminale S n'étant pas enthousiasmante pour des enseignants universitaires.

Un suivi du dispositif avait été prévu lors de la préparation du parcours « pour évaluer sa pertinence et l'adapter si nécessaire. Cette évaluation pourrait être réalisée soit à partir des données disponibles sur Apogée, soit à partir du questionnaire d'évaluation des formations modifiés en conséquence »⁵⁸⁰. L'évaluation n'a pas été réellement mise en place, aucun agent n'ayant cette mission précise. Le MESR avait demandé de faire remonter les mesures concernant la réorientation, ceci a été fait par l'université mais pour le parcours qui était un objet circonscrit sur l'UFR de médecine, aucun bilan chiffré n'a pu voir le jour la première année. Par la suite, en 2014-2015, une enquête a été réalisée par la responsable administrative auprès du laboratoire d'anatomie, complétée par les résultats de l'enquête annuelle des instituts paramédicaux et les remontées des effectifs inscrits dans les instituts. Les données risquent toujours d'être partielles : des résultats fiables sur l'entrée dans les formations paramédicales sont difficiles à obtenir. Ainsi, la pertinence et la réussite de ce

⁵⁸⁰ Document interne, diffusé lors de la réunion plénière 14 décembre 2010

parcours n'ont été que peu mesurées. On peut penser que cet enjeu n'était pas important car ce néo-dispositif était un objet accessoire pour l'UFR de médecine et il était peu susceptible de valoriser le capital symbolique des agents qui se chargeraient de l'évaluation, puisqu'il s'adressait à des étudiants somme toute déclassés qui ne poursuivraient pas leurs études de médecine.

Il semble qu'au niveau national également, les données sur la première année de réorientation soient manquantes. Le bilan de la PACES réalisé par la Commission pédagogique nationale des études de santé et la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle DGESIP pour l'année 2010-2011 rapporte que : « cinq universités avaient mis en place un dispositif de réorientation obligatoire en fin de premier semestre, concernant 639 candidats seulement ; une douzaine d'établissements l'avait proposé sur la base du volontariat »⁵⁸¹.

Au cours de l'enquête auprès des responsables, il a fallu distinguer les discours des pratiques, et tenter d'écarter les justifications idéologiques. Néanmoins, force est de constater que le parcours a été mis en place et qu'il a accueilli des étudiants. La réforme de la PACES comme le dispositif de réorientation se sont concrétisés :

« Y en a beaucoup qui n'ont rien fait aussi, qui ne l'ont pas appliqué... (...) Nous, on l'a fait là. »
(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

« On aurait pu faire une tentative en demandant aux étudiants ce qu'ils en pensaient, en leur proposant sans le mettre en place. Mais, là, il est en place »

(R29, homme 50 ans environ, MCU-PH, Exploration fonctionnelle neuro-pédiatrie, Vice-président Université)

En résumé, la réforme de la PACES a été perçue comme une réforme qui ne tiendrait pas ses promesses, néanmoins la réorientation a été appliquée et organisée dès la première année car c'était une disposition légale à instaurer mais surtout parce qu'une partie des étudiants chercherait « à rester dans le domaine médical ». Il était d'autant plus important d'organiser ce flux que les besoins en professionnels de santé n'étaient pas toujours pourvus

⁵⁸¹ VERAN O., 2013, « Avis présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à l'enseignement supérieur et à la recherche », *Assemblée Nationale*, p. 24

et que l'offre de formation était en train de se développer conjointement entre l'université et le CHU.

Dans le chapitre suivant, il s'agira d'observer les effets de ce dispositif auprès de la population étudiante et de voir si cela correspond à un besoin, à une attente des étudiants en situation d'échec.

4 LES ETUDIANTS EXCLUS DE PACES : DES TRAJECTOIRES CONTRARIEES

Le chapitre précédent vient de détailler les enjeux de la mise en place d'un parcours spécifique après le premier semestre de PACES, à travers les pratiques et les discours des agents influents dans le sous-champ de l'enseignement médical et paramédical local. Ce chapitre-ci va éclairer la deuxième partie de la problématique, celle qui s'intéresse aux étudiants concernés par la réorientation en PACES et le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux.

Par une approche synchronique en quatre temps principaux, il s'agit de suivre la trajectoire de ces jeunes en interrogeant les différents paramètres retenus pour analyser le phénomène de l'échec en S1 et du choix d'une nouvelle formation en santé. Les données qualitatives et quantitatives issues du terrain seront confrontées avec les travaux d'autres chercheurs pour étayer l'analyse.

Le premier de ces quatre temps s'attache à explorer l'orientation première qui a conduit ces étudiants à s'inscrire en première année des études de santé. Avant de traiter de réorientation, il semble nécessaire, comme cela a déjà été dit, de s'attacher à comprendre comment l'orientation a été menée et vécue. Il est question d'analyser les pratiques mais aussi les motivations et les facteurs influents dans ce choix.

Le deuxième temps s'attarde sur la période du premier semestre des études de santé. Il s'agit d'étudier la socialisation à l'université dans un cursus particulier : la socialisation médicale. L'échéance de la fin du premier semestre avec la première partie du concours met en jeu des façons d'étudier, des moyens et des pratiques spécifiques qui n'ont pas cours dans les autres disciplines universitaires et qui sont encore différentes des classes préparatoires aux grandes écoles. L'argumentation s'emploie à restituer les situations vécues par les étudiants pour ancrer l'analyse dans la réalité du terrain avec, par exemple, une attention sur la façon dont le concours a été vécu.

Le troisième temps traite spécifiquement de la réorientation qui intervient après les résultats des épreuves de sélection du premier semestre. Ce changement de trajectoire dans les études sera analysé sous l'angle de la bifurcation et du « turning point ». La présentation des résultats cible les éléments importants dans ce moment situé « entre deux », en s'attardant sur les déterminants du nouveau choix de formation et sur les effets du dispositif sur la population étudiante concernée. La lumière portée sur la façon dont le parcours est

mobilisé par les étudiants révèle les dimensions de leur nouveau projet de formation et de leurs perspectives professionnelles.

Le quatrième et dernier temps a été permis par le temps long de l'enquête. Certains étudiants, qui sont passés par le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux, ont pu être interviewés à distance alors qu'ils étaient en formation paramédicale. Cette section revient sur les conditions de cette socialisation secondaire dans un nouveau cadre professionnel et finit d'explorer les perspectives des enquêtés quant à leur future carrière.

C'est vrai qu'on fait souvent l'amalgame, on dit souvent, déjà moi j'appelle pas ça la première année de médecine, parce que ça n'existe pas : c'est la PACES... Et tout le monde...c'est vrai que quand on dit « je suis en PACES », je suis en médecine par abus de langage...les gens tout de suite : « ah tu vas devenir médecin ! » Non, non, y a d'autres spé... Donc, c'est vrai que moi, je mets un point d'honneur, je n'appellerai jamais ça 'première année de médecine', ça n'existe pas et surtout je précise que je voulais faire médecine, parce que, oui, j'aurais pu vouloir devenir sage-femme.

(E23, garçon 26 ans, BEP électronique puis bac ST2S, LO, en 3^e année paramédical, mère : agent de service hospitalier, père : artisan taxi)

Dans cet exemple, il apparaît que la PACES constitue une étape dans une trajectoire où les décisions et les choix pour un futur métier semblent avoir fait l'objet de méandres : il est donc intéressant d'interroger d'abord l'orientation et les déterminants qui y sont à l'œuvre.

4.1 L'ORIENTATION EN PACES A LA LUMIERE DES DETERMINANTS DE LA TRAJECTOIRE ANTERIEURE

Dans cette section, l'objectif de la démonstration est d'interroger les conditions sociales, inhérentes aux étudiants du panel, qui sont susceptibles de construire l'échec en fin de premier semestre de PACES. Il va donc s'agir d'examiner les caractéristiques de leur trajectoire antérieure et de la façon dont elle influe sur l'issue de la PACES.

Les paramètres connus pour réussir le concours, dans la littérature, évoquent la nécessité d'avoir un très bon bagage scolaire, les codes en vigueur dans la première année des études de santé et aussi être issu d'un milieu social plutôt favorisé. Ces propriétés sociales et scolaires font l'objet de l'analyse, avec les variables discriminantes qu'il faut prendre en compte.

L'analyse se poursuit avec le projet d'études de ces étudiants. Il faut alors se pencher sur la réflexion qui a conduit à l'inscription en PACES, les motivations qui étaient à l'œuvre. L'accompagnement du choix d'orientation vient ensuite avec les pratiques et les stratégies aussi bien des lycéens que de l'institution scolaire, voire universitaire. En définitive il s'agit d'interroger les déterminants déjà décelables pouvant être à l'origine d'une réorientation. En croisant les données et la théorie, on tentera de mettre en évidence progressivement que c'est un phénomène multi factoriel.

4.1.1 La contrainte des facteurs socio-scolaires dans les trajectoires étudiantes

L'entrée dans l'enseignement supérieur est conditionnée par le parcours dans l'enseignement secondaire (progression, filière, réussite au bac) et la position sociale des parents. « Au sein de l'université, les filières de la santé recrutent par exemple dans des milieux plus favorisés que celles des lettres »⁵⁸². En 2016, les filières santé de l'Université (médecine, odontologie, pharmacie comptaient 49% d'étudiants dont les parents appartenaient à la PCS « cadres, professions intellectuelles supérieures » alors que les filières Arts, lettres, langues, SHS n'en comptaient que 28%⁵⁸³. Autrement dit, alors que les étudiants

⁵⁸² RAYOU P., 2017, *Sociologie de l'éducation*, 2^e ed, Paris, Presses Universitaires de France (Que sais-je?), p 13.

⁵⁸³ LIEVRE A, 2017, «Les effectifs d'étudiants dans le supérieur en 2016-2017 en forte progression», MESR-DGESIP/DGRI-SIES, NI n° 17-12, p.5.

de la catégorie Cadres et professions supérieures sont déjà largement surreprésentés dans l'enseignement supérieur par rapport à leur poids dans la structure des PCS, ils le sont encore nettement plus dans les études de médecine.

Suivant le point de vue adopté dans ce travail, l'accent est mis sur les propriétés scolaires et l'origine sociale et ensuite sur les autres facteurs rencontrés au cours de la recherche. La démarche consiste à identifier les éléments d'un contexte multifactoriel qui amène les étudiants enquêtés à ne pas réussir les examens du premier semestre de PACES.

Mise à part l'origine sociale qui joue un rôle important dans l'orientation vers les études médicales, la réussite est fortement corrélée au parcours antérieur avec des indicateurs comme la série du baccalauréat, l'âge au moment de son obtention et la mention obtenue⁵⁸⁴. Ces variables ont été recueillies au moyen du questionnaire auprès de la population des étudiants de PACES qui se sont inscrits dans le dispositif étudié ou « parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux » après des résultats trop faibles à l'issue du S1 pour être admis à poursuivre leur année de PACES.

Ces étudiants ont obtenu leur baccalauréat à l'heure pour 53,6% d'entre eux et avec un an d'avance pour 26,8% ce qui donne un peu plus de 80% d'étudiants ayant obtenu leur bac à l'heure ou en avance. La série majoritaire du baccalauréat dans cette population est la filière S option Science et vie de la terre à 48,1%, puis la filière S Physique chimie à 24,6%. La série S toutes filières confondues représente 75,4%, or les études révèlent que la part des bacheliers scientifiques est généralement plus élevée parmi les primo inscrits en PACES au niveau national : cette part oscille entre 89,3% et 91,6% entre 2010 et 2018⁵⁸⁵. Le dispositif de réorientation étudié draine donc une population de bacheliers d'autres filières notamment technologiques.

La filière technologique Sciences et Technologies de la santé et du social (ST2S) avec 16,4% arrive en troisième position. Au niveau national, la part des bacheliers technologiques, principalement ST2S et STL (Sciences et technologies de laboratoire) est

⁵⁸⁴ MAETZ I., 2017, « Parcours et réussite en licence et en PACES: les résultats de la session 2016 », *Note flash* n°18, MESRI-SIES.

⁵⁸⁵ DELAPORTE A., 2018, « Inscriptions et parcours des étudiants en formations longues de santé », *Note d'information* 18.08, MESRI-SIES, p.2.

comprise entre 3,7% et 4,7% sur la période 2010-2018 en PACES⁵⁸⁶, ici elle est de 19,1%. Cette orientation des élèves vers la filière ST2S au lycée est un phénomène connu sur la Région. Le Schéma Régional des formations sanitaires et sociales⁵⁸⁷ soulève le problème :

Pour les formations de niveau III, la Picardie connaît des spécificités par rapport aux autres régions :

- L'importance numérique du Bac Sciences Médico-sociales (SMS/ST2S), dont **les effectifs sont bien plus élevés qu'en moyenne** et plus fortement représentés dans certains bassins de la région (Amiens, St Quentin et Sud Oise, sans lien apparent avec l'importance des filières professionnelles).

- **Un taux de réussite inférieur de 5 à 10 points au taux national de réussite** au Bac Sciences Médicosociales (SMS), cette différence pouvant être rapprochée du niveau scolaire et de la proportion élevée d'élèves venant des 1ères d'adaptation.

- **1/3 cependant de bacheliers Sciences Médico-sociales rentrent dans la filière IFSI** (même s'ils sont nettement minoritaires par rapport aux bacheliers des sections S et ES principalement).

C'est pourquoi les titulaires du BEP Carrières Sanitaires et Sociales ou du bac SMS enchaînent souvent sur **une préparation aux concours sanitaires et sociaux**. Des FCIL (7 en 2005/2006, 10 en 2007/2008) ont été mises en place par convention entre la Région et l'Education nationale pour faciliter l'accès aux filières professionnelles qualifiantes.

D'autres études montrent que les critères de réussite en PACES s'appuient sur la série S⁵⁸⁸ et que les étudiants titulaires d'un baccalauréat non scientifique, admis en seconde année, sont de l'ordre de 1 %⁵⁸⁹. Ceci autorise à penser que le filtre des épreuves du S1, dans l'université observée, a retenu une proportion importante d'étudiants issus de filières technologiques et que ceux qui ont été admis à poursuivre leur année sont des bacheliers ayant des acquis scientifiques plus solides.

⁵⁸⁶ DELAPORTE A., 2018, *op cit*, p.2.

⁵⁸⁷ Conseil Régional de Picardie, mars 2008, Schéma Régional des formations sanitaires et sociales 2008-2012, p. 36.

⁵⁸⁸ FLAHAULT A.T., COUTURIER P.-L., CHATELLIER G., 2006, *Op. cit.*, pp. 1513-1520.

⁵⁸⁹ DEBOUZIE D., 2003, *Op. cit*, p.23

Tableau 3 : Type de mention obtenue en fonction de la série du baccalauréat

Filière bac	Mention au bac %				Total
	Passable	Assez bien	Bien	Très bien	
S filière SVT	68,1	23,9	8	0	100
S filière Physique Chimie	71,2	24,4	0	4,4	100
S filière Maths	20	80	0	0	100
STL	40	60	0	0	100
ST2S	60	30	10	0	100
ES	71,4	28,6	0	0	100
L	100	0	0	0	100
Total	66,1%	27,3%	5,5%	1,1%	100
Total effectif	121	50	10	2	183

Un autre critère de réussite régulièrement trouvé dans la littérature concerne la mention au baccalauréat. Parmi les étudiants interrogés, 4,4% ont un bac S Physique chimie avec une mention très bien et 8% ont un bac S SVT avec une mention bien. La mention passable est la valeur dominante. « Les bacheliers de l'année n'ayant obtenu aucune mention passent plus difficilement en deuxième année des études longues en santé : 7,2 % des bacheliers S sans mention et 0,2 % des autres bacheliers sans mention y arrivent »⁵⁹⁰. Au vu des indicateurs relevés dans notre population, les propriétés scolaires retrouvées ne sont donc pas favorables à une réussite en PACES.

Posséder un bac scientifique avec mention Bien ou Très bien est un critère de réussite pour la première année des études de santé. Le rapport Debouzie souligne que les chances de réussite dépendent fortement de la mention obtenue au bac scientifique : sur plusieurs études cumulées à Lyon et à Paris 6 au tournant des années 2000, le taux de réussite en deuxième année – médecine et odontologie cumulées – est de plus de 61% pour une mention Très bien, de 42,2% avec une mention Bien et seulement 5,5% avec une mention passable ou sans mention⁵⁹¹. Il précise que si ces chiffres ne sont pas transposables au territoire national de façon absolue, cette situation est connue et perçue de manière qualitative dans les universités. L'extrait d'entretien d'une des responsables hospitalo-universitaires permet de s'en rendre compte :

⁵⁹⁰ DELAPORTE A., 2018, *op cit*, p3

⁵⁹¹ DEBOUZIE D., 2003, *op cit*, p23

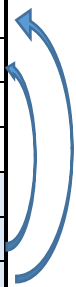
Je vais vous raconter mon expérience personnelle (...) j'ai eu mon bac avec mention très bien. A l'époque, on nous disait : « bac avec mention très bien : première année de médecine du premier coup de la première année » On est trois dans ma famille, on a toutes les trois fait médecine. Ma sœur a eu le bac avec mention bien. On lui a dit : « Ah... bac avec mention bien : mathématiquement, c'est deux ans. Par contre, la deuxième année, on l'a facilement » Première année, elle était recalée ; deuxième année, elle était dans les 25 premières. Et ma petite sœur a eu le bac avec mention assez bien, elle ne l'a pas eu la première année ; et la deuxième année, elle l'a eu en toute fin de classement. Bon, **ce n'est pas une règle absolue**, mais moi, quand on vient me voir - et des gens qui me disent : « voilà, j'ai eu mon bac au rattrapage » ou « je n'ai pas de mention » **ça ne sert à rien de rentrer en PACES** : je pense qu'il faut être assez honnête... Les bacs avec une mention bien, et qui travaillent bien, vont réussir sur un an ou deux ans. Les mentions très bien, de toute façon ceux qui ont une mention très bien, sauf accident de parcours, problèmes de santé... problèmes familiaux ou aigus qui vont faire que... et bien, ce sont des gens qui vont réussir. Et puis, **pour moi, ceux qui n'ont pas de mention, ou ceux qui ont le rattrapage, c'est pas la peine...**

(R34, femme 40 ans environ, MCU-PH, cours d'histologie embryologie en PACES, référent médecine pour le dispositif réorientation)

L'autre dimension explorée par le questionnaire porte sur l'origine sociale. La catégorie socio professionnelle la plus représentée parmi les pères des enquêtés est celle de « professions intermédiaires » 30,1%, puis « ouvriers » 19,2%, et « employés » 18,6% ; du côté de la mère, il s'agit de la PCS « employés » 35,6%, puis « profession intermédiaire » 17,5% et « inactif » 11,9%. Les professions de santé ayant été identifiées à part, la catégorie professions intermédiaires qui regroupe les métiers paramédicaux se voit portée à 28,1% pour ce qui concerne les mères (il s'agit essentiellement du métier d'infirmière dans notre échantillon) et celle des employés atteint 43,1% lorsqu'on y ajoute les aides-soignantes.

Tableau 4 : Catégorie socio professionnelle de chacun des deux parents

Catégories socioprofessionnelles	Profession du père	Profession de la mère
Agriculteurs exploitants	3,8%	1,2%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	7,7%	0,6%
Cadres, professions intellectuelles supérieures	10,9%	8,8%
Prof intermédiaires	30,1%	17,5%
Employés	18,6%	35,6%
Ouvriers	19,2%	5,0%
Retraités inactifs	0,6%	0,0%
	5,1%	11,9%
Aide-soignant	0,6%	7,5%
Paramédical	1,9%	10,6%
Médecin	1,3%	1,2%
Total	100%	100%
Effectif	156	160



Le questionnaire explore également le niveau de diplôme obtenu par chacun des parents. Le taux de non réponse est conséquent mais il n'empêche pas l'observation.

Tableau 5 : Niveau de diplôme de chacun des parents

Diplôme obtenu	Diplôme du père %	Diplôme de la mère %
Sans diplôme	12,1	13,6
BEPC	16,2	10,0
CAP/BEP	33,3	21,8
Bac	12,1	15,5
Bac+2	7,1	10,0
Bac+3	5,1	23,6
Bac+5	7,1	3,6
Doctorat	6,1	1,8
École d'ingénieur	1,0	0,0
Total	100	100
Effectif	99	110

Si un tiers des pères est titulaire d'un CAP ou d'un BEP, la répartition est plus diffuse chez les mères qui sont titulaires d'un diplôme Bac +3 à près de 24%, et ensuite d'un CAP ou BEP à près de 22%. Il faut retenir que le niveau de diplôme est supérieur chez les mères (54,5% ont au moins le bac), alors qu'il n'y a que 38,4% des pères qui sont titulaires d'un baccalauréat.

Une enquête réalisée à l'université d'Angers⁵⁹² sur deux cohortes d'étudiants n'ayant pas validé leur première année de médecine en 2004 et 2005 fait état d'une répartition des PCS des pères (N= 219) sur les catégories Cadres (29%), Professions intermédiaires (21%) et Employés (26%) . Dans notre échantillon, la répartition se fait plutôt entre les Professions intermédiaires (30%), les Employés (18,6%) et les Ouvriers (19,2%) . Chez les mères (N= 205), la répartition est plus comparable car les PCS Employés (43,4%) et Professions intermédiaires (33,7%) sont les deux valeurs principales à Angers et elles sont respectivement de 43,1% et 28,1% dans notre échantillon.

Si ces chiffres concernent des populations d'étudiants n'ayant pas réussi au concours de la première année de médecine (PCEM ou PACES), les données issues du système d'information sur le suivi de l'étudiant (SISE) qui recense l'ensemble des étudiants inscrits à l'université permet une vision sur la totalité de la première année des études de santé sur les cinq années universitaires de 2009 à 2014, période qui recoupe notre enquête. Les résultats ne comptent que la PCS du père mais montrent que c'est celle des cadres et professions intellectuelles supérieures (39 à 42% selon les années) qui est majoritaire. Suivent les professions intermédiaires (14%), les employés (11 à 14%) et les ouvriers (10%)⁵⁹³. L'étude rappelle qu'en première année, un enfant de cadre a deux fois plus de chance qu'un enfant d'ouvrier d'intégrer une deuxième année en santé, deux fois et demi plus de chance pour les études de médecine, mais pas pour les études de sage-femme où les chances sont comparables. Ce constat est fait depuis une vingtaine d'années par les études de la DREES et montrent une stabilité de la sélection sociale qui s'opère en médecine.

Une étude de la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du Ministère de l'enseignement supérieur sur les étudiants de PCEM1 de la cohorte 2002 pointait les paramètres influant sur la réussite au concours en deux ans, c'est-à-dire en

⁵⁹² LE JACQUES D., BEAUPUY G., RIBRAULT A., 2008, « Le devenir des étudiants sortant sans avoir validé leur année de PCEM », Université d'Angers, Plateforme d'insertion SUJO-IP.

⁵⁹³ FAUVET L., JAKOUBOVITCH S., MIKOL F., 2015, *Op. cit.*, p. 4.

tenant compte du redoublement éventuel. On y lit que le niveau scolaire est le premier facteur de réussite : « les bacheliers scientifiques ayant opté pour la spécialité mathématiques ont la probabilité de réussite la plus élevée toutes choses égales par ailleurs »⁵⁹⁴. L'étudiant de référence est ici une fille, bachelière S, ayant obtenu son bac l'année de ses 18 ans avec une mention passable, dont le chef de famille exerce une profession intermédiaire. Pour les autres facteurs de réussite, viennent ensuite la mention au bac, la mention Bien multiplie les chances de réussite par 11 et la mention Très bien par 35 par rapport à une mention de référence passable. L'âge constitue également un facteur de réussite : avoir obtenu son bac « à l'heure » mais aussi « en avance » influe favorablement sur les chances de passer en deuxième année : il s'agit d'un parcours scolaire d'excellence avec les indicateurs d'un bon niveau d'acquisition de connaissances scientifiques.

Quant aux variables sociodémographiques, la PCS du chef de famille révèle que les enfants issus d'une famille dont le chef de famille exerce une profession libérale sont les plus favorisés (2,2 fois plus de chances). Suivent en ordre décroissant, les enfants issus d'un milieu supérieur, puis du milieu enseignant. L'origine populaire est un facteur négatif pour la réussite au concours. L'origine sociale reste un facteur prépondérant car les étudiants dont le chef de famille est enseignant ou exerce une profession libérale ont vu leurs chances de réussite augmenter entre deux cohortes étudiées en 1997 et 2002. Dans cette étude, les garçons ont 1,5 fois plus de chances de réussite que les filles. Ces données sont contredites par des études plus récentes : le taux de féminisation en deuxième année des études de santé s'élève à 64,4% à la rentrée 2017/2018 pour les quatre filières réunies médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie⁵⁹⁵.

L'origine sociale est à combiner avec la proximité ou non au champ médical et de la santé. L'étude réalisée à Nantes et à Paris par Hardy-Dubernet, Gadéa et al⁵⁹⁶ souligne également que la majorité des interviewés issus de familles ouvrières ou employées se trouve en première année et que le concours opère une séparation entre les élus et les autres : ce sont les enfants issus des catégories supérieures et libérales qui sont sélectionnés par le concours. Selon eux, une ligne de clivage se fait aussi entre les étudiants issus d'un milieu médical et ceux qui n'en sont pas. Les étudiants, dont un ou deux parents sont médecins, ont

⁵⁹⁴ GUILLERM M., TOMASINI M., 2007, « Devenir des bacheliers deux ans après leur première inscription en première année de médecine : réussite et réorientation », NI 07 12, MEN-DEPP, p.4

⁵⁹⁵ DELAPORTE A., 2018, *op cit*, p3

⁵⁹⁶ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit*, p.18

les codes depuis l'enfance : ils connaissent la profession, ses contraintes, ses avantages et peuvent se faire conseiller pour la conduite de leurs études. Ceux dont un ou deux parents sont dans le domaine paramédical ne sont pas familiers de la médecine de la même façon. Et il faut encore tenir compte de la forme d'exercice : entre un parent kinésithérapeute libéral, une mère infirmière salariée à l'hôpital ou une mère aide-soignante en établissement médico-social, la connaissance et les représentations de la médecine sont assez différentes chez les jeunes qui entrent en PACES.

Enfin, au sein de l'université observée, il a été possible de comparer les caractéristiques sociales de la cohorte des étudiants de PCEM2 2011-2012 – ceux qui ont vécu la première mouture de la PACES, ou des redoublants, et qui ont réussi le concours de médecine – avec la population enquêtée. Chez les lauréats, la PCS du père révèle une majorité d'enfants de cadres et professions intellectuelles supérieures [53,7% (N= 216) vs 10,9% (N'= 156)] et la PCS de la mère est aussi celle des cadres et professions intellectuelles supérieures [42,0% (N=181) vs 8,8% (N'= 160)]. Ceci montre que les étudiants inscrits dans le dispositif de réorientation ne possèdent pas le même capital social ce qui réduit leurs droits d'entrée dans la profession médicale, et par conséquent que le concours consacre un « élitisme social »⁵⁹⁷. Il est possible d'objecter que les deux populations n'ont pas été étudiées sur une durée identique (PCEM2 sur 2011/2012 et les étudiants du parcours entre 2010 et 2015) ce qui constitue un biais, mais en utilisant la totalité des données du parcours réorientation, la taille des deux échantillons reste comparable et ils sont issus de la même université, ce qui constitue un élément intéressant par rapport aux comparaisons avec d'autres universités françaises.

Il faut donc retenir que dans la population enquêtée, les étudiants sont issus majoritairement de la filière S option Science et vie de la terre (48%) alors que c'est la filière S option Maths qui offre la plus forte probabilité de réussite. La filière technologique Sciences et Technologies de la santé et du social (ST2S) est fortement représentée (3^{ème} position : 16,4%) par rapport à la population PACES nationale.

⁵⁹⁷ HARDY-DUBERNET A C, LE ROY F, 2006, *Op. cit* , p.26.

Peu d'étudiants ont une mention Très bien (1%) ou une mention Bien (5,5%). La mention passable est surreprésentée. Néanmoins un peu plus de 80% d'étudiants ayant obtenu leur bac à l'heure ou en avance, mais toutes filières confondues.

La catégorie socio professionnelle prépondérante chez les pères des enquêtés est celle de « professions intermédiaires » (30%) et chez les mères, la PCS « employés » à plus de 43%.

Il est donc possible d'affirmer que les propriétés socioscolaires des enquêtés – telles que celles décrites dans la littérature – pèsent de façon défavorable pour leur réussite en PACES.

4.1.2 La motivation : expression personnelle ou expression des déterminants sociaux ?

« La notion de motivation représente la dimension dynamique du rapport à la formation »⁵⁹⁸ qui englobe des aspects comme le fait de se projeter et d'avoir l'intention de faire telles études ou de devenir tel professionnel, mais aussi une dimension affective : aimer tel aspect du métier ou être dégoûté par tel autre. La motivation des étudiants de l'échantillon a été explorée dans le questionnaire à travers la question suivante : « qu'est-ce qui vous a motivé à vous inscrire en médecine ? ». Plusieurs réponses étaient possibles. Une ligne « autre » avec la possibilité de réponse ouverte avait été ménagée pour recueillir du verbatim et pour éviter d'enfermer les étudiants dans des propositions établies à l'avance, mais elle n'a pratiquement pas été utilisée.

⁵⁹⁸CARRE P., FENOUILLET F., 2011, « Motivation et rapport à la formation », dans *Traité des sciences et techniques de la formation*, 3e éd., Paris, Dunod (Psycho sup), p. 270.

Tableau 6 : Typologie des différentes motivations des étudiants interrogés pour s'inscrire en PACES

Motifs de choix	N=185	%	Effectifs
Pour faire un métier utile et passionnant		63,2%	117
Choix qui date de longtemps		45,7%	84
Profession socialement valorisée et reconnue		22,7%	42
Connaissance de professionnels en exercice		17,8%	33
Pas d'idée précise, alors pourquoi pas ?		17,8%	33
Choix conseillé par la famille		15,7%	29
Non admis au concours IFSI ou paramédical l'an dernier		10,8%	20
Choix conseillé par les amis		9,7%	18
Pour faire un métier technologique et scientifique		8,6%	16
Proximité du domicile		8,6%	16
Frais d'inscription modérés		3,8%	7
Vœu n°1 refusé		2,7%	5

En première position, les étudiants du parcours disent à plus de 63% s'être inscrits en PACES pour « faire un métier utile et passionnant ». En comparaison, une étude menée en Belgique en 2015⁵⁹⁹ auprès d'étudiants en première année des sciences de la santé (médecine, odontologie, pharmacie et sciences biomédicales), les deux critères avaient été distingués l'un de l'autre et les étudiants devaient se positionner selon qu'ils étaient d'accord ou non sur une échelle de Likert :

- « L'utilité » considérée comme motivation pour les conséquences de l'exercice du métier, par exemple une contribution sociale (qui permet de fournir un service à la société) est le critère avec lequel les étudiants belges se disent d'accord à 93,4%, en première position
- « L'intérêt » considéré comme un attrait pour le métier en soi et les caractéristiques de l'exercice arrive en troisième position à 71,3%. C'est le critère qui se rapproche le plus de « passionnant » utilisé dans l'enquête ici.

⁵⁹⁹ BOUDRENHIEU G., DESSAMBRE N., NTAMASHIMIKIRO S., DENEJ J.-F., VANPEE D., 2015, « Qui sont les étudiants de première année en sciences de la santé ? Leurs représentations et motivations à l'égard des études et des métiers », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 44/3, pp 16-20.

Dans une autre étude effectuée à Singapour⁶⁰⁰ auprès d'étudiants en médecine, la perspective d'exercer un métier « intéressant et stimulant » est le critère qui se rapproche de « passionnant » dans notre enquête. Cette raison arrive en premier lorsqu'il s'agit d'entreprendre des études de médecine pour 75% des étudiants asiatiques.

En seconde position, les étudiants du parcours disent que leur motivation tient dans un « choix qui date depuis longtemps » à 45,7%. Ce critère est également présent dans l'étude belge : les étudiants sont d'accord à 64% avec l'item « j'ai toujours voulu exercer ce métier »

En troisième position, les étudiants du parcours placent le critère « profession socialement valorisée et reconnue » à 22%. La comparaison n'est pas directement possible avec les deux études.

Par contre, la connaissance de professionnels en exercice, qui arrive en quatrième position avec 18% dans notre enquête, est un autre facteur d'influence qui a été exploré aussi dans l'enquête belge. « Une majorité d'étudiants, 52,8 % des participants, estiment avoir choisi leurs études parce qu'ils connaissent bien une personne qui pratique un métier dans ce domaine et qui leur en a donné l'envie »⁶⁰¹.

L'item « pas d'idée précise de ce que je voulais faire, alors pourquoi pas ? » qui a été inséré à la suite des entretiens exploratoires, recueille 18% des réponses. Cette indécision dans l'orientation peut être à l'origine d'un plus faible engagement dans les études et d'une remise en question du choix.

L'influence de la famille est plus importante que celle des pairs dans notre enquête, ce qui ne se vérifie pas dans l'enquête belge, mais qui est un critère important dans l'enquête asiatique : « les attentes de la famille » arrivent en troisième position.

L'intérêt de cette analyse comparative est de montrer les items les plus importants sont retrouvés dans les autres études même si l'étude belge a une population plus exhaustive d'étudiants de première année (1 706 individus sur deux universités) et que l'étude asiatique a interrogé un échantillon d'étudiants plus diversifié que la première année.

⁶⁰⁰ AMIN Z., TANI M., HOON ENG K., SAMARASEKARA D.D., HUAK C.Y., 2009, « Motivation, study habits, and expectations of medical students in Singapore », *Medical Teacher*, 31, 12, p. 562.

⁶⁰¹ BOUDRENHIEU G., DESSAMBRE N., NTAMASHIMIKIRO S., DENEJ J.-F., VANPEE D., 2015, *Op. cit.*, p. 19.

Les motivations pour intégrer une première année d'études de santé sont donc la résultante de plusieurs facteurs. Certains peuvent sembler intrinsèques à l'individu comme le caractère « intéressant » ou « passionnant » envisagé dans le futur métier ou « présentés sur le mode de l'évidence, comme un moyen pour enfin parvenir à satisfaire une vocation »⁶⁰² mais, les facteurs sociaux explorés dans le paragraphe précédent (milieu familial et origine sociale ; parcours scolaire et type de diplôme obtenu) influencent la motivation et l'orientation. Ils font appel à plusieurs types de socialisation à différents moments du parcours de l'individu. La motivation peut alors être entendue comme « l'expression de la combinaison des déterminants sociaux »⁶⁰³.

4.1.3 Un premier choix d'orientation

L'orientation, en tant que phénomène complexe, met en jeu pour l'étudiant des logiques complémentaires d'identité ou d'altérité (je suis comme mes parents ou je m'en distingue) complétées par une logique de reproduction (accéder à la même position sociale ou non, avec l'aspiration à une ascension sociale par exemple), une logique du dedans et du dehors faisant intervenir une institution intermédiaire de formation (le dehors) même si parfois l'étudiant envisage de continuer la lignée familiale (le dedans) et enfin une logique de goût qui exprime les préférences de l'étudiant lorsqu'il envisage l'avenir⁶⁰⁴.

La logique d'identité abordée un peu plus haut est assez bien décrite en matière d'identification à l'un de ses parents par cet étudiant interviewé lors de la phase exploratoire: le goût pour « le domaine médical » est mis en avant, exprimé comme un intérêt personnel, alors que, dans le même temps, il admet qu'il voulait un peu reproduire le schéma paternel.

Q : votre idée de faire médecine, elle vous est venue quand ?

E2 : Ah, j'ai toujours été attiré par le domaine. Ben, déjà, de par mon père, qui était dans le domaine ... Donc, j'avais mon père qui est médecin généraliste...Ma mère, elle enseigne en IMP, mais ça ne s'appelle plus comme ça je crois, en hôpital de jour, pour les personnes

⁶⁰² ORIA N., 2012, « A quoi ça nous sert la sociologie ? Des futurs professionnels du social face à la sociologie », dans *Les professionnels à la rencontre de la sociologie*, Paris, L'Harmattan, p. 18.

⁶⁰³ CARRE P., FENOUILLET F., 2011, *Op. cit.*, p. 275.

⁶⁰⁴ BERTHELOT J.-M., 1993, *Op cit*, pp 21-22

handicapées - mentaux et psychiques - Donc, j'ai toujours été bercé dans un domaine plutôt médical, quand même...Donc, c'est vrai que c'est toujours ce qui m'a le plus intéressé. Tout le reste, ça ne m'intéressait pas : ce qui est économie, tout ça, c'est le cadet de mes soucis. C'est vraiment le domaine médical qui m'attirait, donc forcément, qui dit domaine médical dit : « **être un peu comme papa** ». Bon, je pensais quand même médecine, ce qui est plus général, mais je faisais plutôt médecine pour kiné moi... »

(E2exploratoire, garçon 22ans, bac S SVT mention passable, 2^eannée paramédical, mère enseignante en IME, père : médecin généraliste)

Un choix qui va de soi, l'argument d'une « hérédité professionnelle » et les caractéristiques d'un « Obélix » qui « serait tombé dedans quand il était petit », font dire à Anne-Chantal Hardy et al. que cette décision, qui paraît « naturelle » et évidente, recouvre davantage un phénomène de reproduction sociale⁶⁰⁵.

Chaque trajectoire exprimée au cours des entretiens révèle une combinatoire. « Les choix d'études supérieures s'intègrent dans différentes sortes de biographies, d'habitus institutionnels et sont également fonction des schémas d'opportunités »⁶⁰⁶. L'étudiante E22 interrogée ci-après n'avait pas d'idée précise pour son orientation.

C'est une jeune fille de 21 ans, issue d'une famille recomposée. Elle a deux sœurs : une, six ans plus jeune, est en seconde et une demi-sœur avec dix-huit ans d'écart. Elle vit avec sa mère, rédactrice dans une administration après des études littéraires (DEUG lettres). Son père est professeur de français en lycée professionnel et technologique privé. Ce sont à la fois ses professeurs et ses parents qui ont influencé ses choix bien qu'elle exprime ses propres goûts. Ils lui ont conseillé de faire soit une classe préparatoire scientifique, soit médecine, au regard de son niveau en maths et en physique – elle a eu un bac S spécialité Physique avec mention très bien et un an d'avance. Comme elle n'avait pas envie de faire des maths à un niveau abstrait – elle ne se projette pas dans des études qui mobilisent les mathématiques à un niveau très poussé même si c'est une matière dans laquelle elle réussit bien – elle a choisi de faire médecine en se disant « pourquoi pas ? ». Elle suit deux années de PACES dont le

⁶⁰⁵ HARDY-DUBERNET A.-C., GADEA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit*, p.95

⁶⁰⁶ BALL S.J., DAVIES J., DAVID M., REAY D., 2001, « Décisions, différenciations et distinctions : vers une sociologie du choix des études supérieures », *Revue française de pédagogie*, 136, 1, p. 65-75.

parcours d'aide à la préparation des concours la seconde année. Son entretien se déroule pendant sa 2^e année d'IFSI, elle est alors déléguée de promotion.

« Au moment de m'orienter, c'est vrai que, quand on a un bac S et qu'on a plutôt un bon niveau... (*un peu gênée*) enfin correct à bon, on va dire, c'est vrai qu'on nous propose direct : « pourquoi tu ne fais pas une prépa...une prépa maths, une prépa sciences ? » ou «pourquoi tu fais pas médecine ? » enfin, je ne sais pas comment le dire, mais dans ma tête je ne me suis jamais vraiment posé la question. Pour moi, continuer de faire beaucoup de maths en post-bac, c'était non... Pas parce que ça ne marchait pas, mais fondamentalement, je ne suis pas fan de ça ! Faire des maths à un niveau très expérimental, très abstrait tout ça, ça n'a jamais mon truc...enfin, je ne m'épanouissais pas du tout là-dedans, donc c'était non... Et après, médecine, je me suis dit : « oui, **pourquoi pas ?** » j'avais pas une grande, grande connaissance du milieu...A l'époque, je n'étais pas trop au contact de ça ; c'est venu après, dans la famille, tout ça... Du coup, c'est venu un petit peu...comme ça (...) ça m'est tombé dessus... et puis j'ai fait des recherches, je me suis dit : « ouais, **pourquoi pas ?** »

(E22, fille 21 ans, Bac S Physique mention très bien avec un an d'avance, 2^e année paramédical, mère rédactrice administration, père professeur de français lycée professionnel et technologique)

Cette expression « pourquoi pas ? » est revenue souvent dans les entretiens des étudiants indécis. Utilisée comme item sur la motivation du choix des études de médecine dans le questionnaire distribué aux étudiants inscrits dans le parcours de réorientation, il s'avère que près de 18% d'entre eux ont vécu la situation de ne pas savoir quel choix d'études effectuer.

Parfois, l'orientation est empreinte d'une plus grande indécision encore. Pour le lycéen, la fin du secondaire nécessite de trouver une voie pour l'après-bac, en fonction de ses goûts, ses préférences en tenant compte de ses aptitudes et des contraintes matérielles et familiales pour certains. Il est alors parfois difficile de se projeter dans un métier, seul le domaine d'activité émerge et les professionnels de l'orientation ne parviennent pas à cristalliser un projet concret pour le candidat

« Alors, moi, orientation : je savais pas du tout ce que je voulais faire, donc j'étais un peu perdue, j'allais souvent chez la conseillère d'orientation, mais bon...elle savait pas trop renseigner plus que ça. Donc ben après, j'ai choisi médecine par dépit parce que... pftt... je savais pas trop quoi faire ... (*et quand je lui pose la question d'une orientation en licence de*

psychologie (par exemple) Mais psycho, ça me plaisait pas. Je voulais quand même rentrer dans le domaine de la santé, parce que **c'était un domaine qui m'intéressait**, mais après, je savais pas trop quelle formation je pouvais suivre...et j'ai pris Paces. »

(E17, fille 19 ans, bac S Math mention bien, parcours réorientation, mère employée commerce, père responsable maintenance électrique)

D'autres expriment un versant vocationnel dans leur choix, empreint cette fois de représentation idéalisée, un peu magique. Le métier-vocation tend à répondre à un besoin de « réalisation personnelle » à travers le travail, tout en exerçant une activité hors du commun et valorisée, avec une certaine forme de désintéressement : « se vouer » à son travail. Ici, c'est la figure du médecin de famille qui a inspiré l'orientation vers les études de médecine. Hardy-Dubernet et al. nous disent qu'une « attention toute particulière doit être accordée à un personnage qu'on rencontre souvent aux sources de la fascination des enfants ou adolescents pour la médecine, celui du médecin de famille »⁶⁰⁷, typiquement le cas suivant :

« Je me suis orienté en PACES , parce que j'avais la volonté depuis toujours de faire médecine, de **devenir médecin, par vocation**, un petit peu hein...Voilà, j'ai toujours été un petit peu impressionné par les médecins que j'ai pu côtoyer, que ce soit aussi bien le pédiatre quand j'étais plus jeune ou alors, le médecin traitant de famille. Et j'avais pendant longtemps l'idée, tout simplement de devenir médecin généraliste, en fait. J'avais vraiment...oui, **j'ai une bonne image du médecin généraliste**, et encore plus à la campagne, en fait. C'est vraiment le professionnel de santé de proximité, celui qui peut vraiment entretenir une relation avec ses patients ».

(E20, garçon 22 ans, Bac technologique STL mention très bien, 2^e année paramédical, mère ATSEM, père artisan électricien)

Selon Freidson, lorsqu'on évoque la vocation, « il faut souligner, dans la définition de ce concept, la disposition à accomplir une activité productive pour des raisons non économiques — disposition à répondre aux besoins des autres, à contribuer à la formation d'un capital scientifique ou autre, disposition à l'exercice même de l'activité pour elle-même, par passion plutôt que par intérêt matériel»⁶⁰⁸. La vocation ou la passion sont fréquemment

⁶⁰⁷ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p.104.

⁶⁰⁸ FREIDSON E., 1986, « Les professions artistiques comme défi à l'analyse sociologique », *Revue Française de Sociologie*, 27, 3, p. 441.

convoquées dans les « métiers adressés à autrui » qui nécessitent de maîtriser un double registre de compétences : d'une part, des compétences concernant l'objet du service envers autrui, et d'autre part des compétences de communication et de relation à autrui nécessaires pour répondre aux besoins des autres dans l'interaction humaine⁶⁰⁹.

Mais Charles Suaud va plus loin en soutenant que ceux qui justifient leur choix professionnel comme une vocation, conçoivent « leur métier comme la réalisation d'un destin d'exception, fondé sur la reconnaissance d'aptitudes individuelles et réclamant un investissement total de l'individu »⁶¹⁰. Certes, son propos s'appuie sur la vocation sacerdotale, mais le caractère exigeant de la première année des études médicales est rapporté par les étudiants dans des termes qui évoquent le sacerdoce :

«E11 : Faut déjà avoir la volonté et n'avoir que ce métier là en tête. Ensuite, travailler : pas nuit et jour, mais vraiment beaucoup, beaucoup, beaucoup de temps, même les week-ends, ne pas sortir, ne pas aller voir sa famille, ni de repas : rien, quoi ! Et tout le temps, tout le temps, être dans ses bouquins, ses bouquins, ses bouquins !

Q : Une vie de moine ?

E11 : oui, c'est ça. Être privé de tout, pendant une année»

(E11, fille 18ans, bac S Physique mention passable, parcours réorientation, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

Parmi les étudiants qui n'ont pas eu trop de doutes quant à leur orientation et à ce premier choix pour une filière en santé, certains savent exprimer l'expérience significative qui leur a fait découvrir une profession. En conséquence, le choix devient plus évident à leurs yeux. Ceci peut intervenir dans leur trajectoire soit par un choc biographique (par exemple, le décès d'un proche) ou bien pour avoir fait eux-mêmes l'expérience de la maladie à l'exemple de cette étudiante inscrite en PACES dans le but de continuer en kinésithérapie :

« Ben, moi, j'ai toujours su que je voulais faire kiné, ben c'était tout tracé entre guillemets. En fait, au départ, j'ai dû aller beaucoup chez le kiné et j'ai eu des problèmes...enfin, au genou...Du coup, j'y ai passé peut-être un an... enfin, au début, franchement, je voulais faire médecin du

⁶⁰⁹ PIOT T., 2009, « Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ? », *Questions vives recherches en éducation*, 5, 11, p. 263.

⁶¹⁰ SUAUD C., 1974, « Contribution à une sociologie de la vocation: destin religieux et projet scolaire », *Revue française de sociologie*, 15, 1, p. 75.

sport, mais je me suis renseignée et j'ai vu que...enfin...médecine, ça ...c'était pas du tout pour moi, quoi : les dissections sur les corps ! et puis, autant d'années ! Enfin, ça n'allait pas du tout ! Et puis après, j'ai fait un stage en troisième chez le kiné, et ben, j'ai vachement aimé ! Et c'est là que je me suis dit : « je vais faire ça ! ».

(E16, fille 19 ans, bac S SVT mention bien, parcours réorientation, mère professeur français en lycée, père professeur SVT en lycée)

4.1.4 Le poids des stages de découverte ou d'immersion dans les choix d'orientation

Au début des études de santé, comme pour le choix de spécialité au moment de l'internat, « la confrontation à la maladie grave ou à la fin de vie, vécue en accompagnant un proche » est fréquemment un élément déterminant ayant influencé les choix professionnels. Dans sa thèse qui met en lumière l'importance de l'histoire de vie dans le choix d'orientation des internes, Caroline Périer nous dit que « les expériences de la maladie vécues en tant que patient, rares chez des internes qui sont de jeunes adultes, sont moins décrites comme influençant les choix d'orientation professionnelle » dont la conscience de la maladie a pu être modulée par le vécu à l'hôpital en tant qu'externe, mais « l'expérience de stages réalisés avant l'entrée en troisième cycle est citée par 10% des internes comme un élément d'orientation pour le choix de leur spécialité. »⁶¹¹ De même, dans l'enquête réalisée à Nantes et à Paris⁶¹², les entretiens révèlent que « l'expérience de l'hospitalisation, vécue personnellement ou à travers un proche, suite à une maladie ou un accident » peut s'avérer être un facteur déclenchant d'une orientation future vers une activité de soin.

Comme vu précédemment, l'orientation fait intervenir des déterminants que l'on retrouve de façon récurrente dans les trajectoires. Nous avons d'une part, l'influence parentale soit par induction du choix – et le lycéen s'appuie sur cette ressource familiale, comme E22 – soit par mimétisme, reproduction comme E2, et d'autre part le rôle déterminant du stage, jalon institutionnalisé pour une orientation dite 'éclairée' qui se répète au collège

⁶¹¹PERIER C., 2010, *Quelle place pour l'histoire de vie des internes en médecine dans leurs choix d'orientation professionnelle ? : une enquête auprès de 313 internes de la Faculté de Médecine de Nantes*, Thèse de médecine générale, Nantes, 75 p.

⁶¹² HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p.103.

(en troisième) et au lycée. L'étudiante suivante cumule plusieurs facteurs influant sur son orientation.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans. Sa mère est infirmière, en formation cadre de santé au moment de l'entretien ; son père est conducteur de travaux dans le bâtiment. Elle est issue d'une fratrie de cinq enfants : un frère plus âgé en 3^e année d'IFSI, puis deux petits frères et une petite sœur. Elle baigne dans le milieu paramédical : une grand-mère infirmière en psychiatrie, l'autre grand-mère aide-soignante, une tante infirmière cadre en psychiatrie, son parrain et sa femme sont tous les deux aides-soignants. Son copain, en terminale, veut tenter aussi le concours infirmier. Elle a obtenu un bac S spécialité physique chimie, mais n'a pas eu de mention. Elle date sa décision d'orientation dans le milieu de la santé depuis un stage de troisième en maternité. En terminale, elle a tenté le concours infirmier sans le réussir et est rentrée en PACES pour être sage-femme ou pédiatre si tout se passait bien. Classée au-delà de 1 000 (1 162) au semestre 1, elle fait partie des ajournés de la première promotion de PACES. Elle s'inscrit à la préparation aux concours paramédicaux pour devenir infirmière et réussit les trois concours auxquels elle a postulé. Au début, elle se verrait bien travailler en pédiatrie. Au cours de sa formation infirmière elle travaille comme aide-soignante et change de projet : elle ne se voit plus au contact des bébés, mais davantage travailler auprès de population âgée en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) par exemple.

Q : pendant vos années lycée, comment est-ce que vous vous êtes déterminée pour savoir ce que vous alliez faire ?

E11 : Ben, déjà, j'ai fait un stage en maternité, donc déjà, ça m'avait bien plu. (...)

Q : C'était en troisième ? C'était un stage obligatoire ?

E11: oui, de une semaine...Je l'ai fait à la maternité et puis après tout le monde m'en parle autour de moi, vu que ma famille travaille énormément dans la santé... voilà, c'est surtout sage-femme aussi que je voulais...Ou alors, je voulais faire médecine aussi pour faire pédiatre...Soit pédiatre, soit sage-femme... (...) et après, c'est vrai que, il y a mon père qui m'a dit aussi : « Ben, pourquoi t'essayes pas ? » et je me suis dit aussi que sage-femme, c'est aussi un beau métier, c'est en rapport aussi avec la pédiatrie...

(E11, fille 18 ans, bac S Physique mention passable, parcours réorientation, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

L'étudiant qui avait été impressionné par la « bonne image du médecin » ce qui avait déclenché sa décision de faire médecine sur le mode vocationnel, a lui aussi été immergé en stage et il a refait une période d'observation avant l'entrée en PACES :

« Alors, mon stage de troisième, c'était une semaine, ce qu'ils appellent la semaine d'observation et de découverte, je l'avais faite chez mon pédiatre. Et juste avant de rentrer en PACES, je l'avais recontacté et il m'avait dit : « viens repasser une semaine, je t'expliquerai plus en détail, maintenant que tu as des connaissances, avec un petit peu d'anat-physio, tout ça pour préparer un peu » et du coup, j'avais pu passer une semaine, ça devait être début août je crois, juste avant la rentrée, avec lui au cabinet. Et puis voilà, je le suivais partout : il faisait aussi des consultations à la maternité, j'ai pu aller avec lui. Donc, j'ai quand même eu la chance d'avoir un pédiatre qui était très ouvert, très pédagogue aussi et j'en ai profité au maximum pour passer du temps avec lui et découvrir justement tout ça. »

(E20, garçon 22 ans, Bac technologique STL mention très bien, 2° année paramédical, mère ATSEM, père artisan électricien)

Dans cet autre entretien, le stage a été un révélateur sur la réalité du métier envisagé et un peu idéalisé. Il a permis à cette étudiante de revenir sur les représentations qu'elle avait de cette profession et de préciser son choix.

« Quand j'étais au collège, je voulais faire orthophoniste...c'était mon rêve du collège : du coup, j'ai cherché à faire mon stage de troisième chez une orthophoniste : c'était pas possible en libéral. Du coup, j'ai ma marraine qui travaille dans le Nord, dans une clinique privée, avec une orthophoniste. Donc, j'ai fait mon stage là-bas, mais j'avais qu'une demi-journée avec l'orthophoniste puisqu'elle n'était là qu'une demi-journée par semaine. Et donc, le reste du stage, je l'ai partagé entre toutes les professions de la clinique : infirmières, aides-soignantes, au bloc...un peu tout... donc, c'était très chouette...ça m'a permis de **me rendre compte** que je ne voulais absolument pas faire orthophoniste, parce que c'était une facette du métier que j'ai pas vraiment aimé. **Moi, j'imaginai ça** avec des enfants : là, c'était en clinique avec des gens qui venaient d'avoir un AVC etc...donc, voilà, j'ai pas trop aimé, mais j'ai adoré l'ambiance de la clinique et...voilà, j'ai abandonné orthophoniste et je savais que c'était dans la santé !

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2° année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

Ici, il apparaît que le rêve du collègue s'est confronté à la réalité du terrain. Cette étudiante s'était imaginé une activité professionnelle au contact des enfants et elle découvre une facette du métier en opposition avec son idéal, son illusion professionnelle. Cette dernière est entendue au sens que lui donne Pierre Naville à savoir : « L'illusion professionnelle est la représentation que l'enfant ou l'adolescent se font du métier avant d'avoir pu effectivement prendre contact avec lui »⁶¹³. Cette « représentation illusoire » peut être accompagnée d'une « anticipation active ». Naville situe à l'adolescence la période où « le métier se précise peu à peu comme un ensemble d'attitudes, de situations, d'espairs ou de craintes qui créent, avant tout contact réel et au début de ce contact, ce que nous appelons une illusion ». Cette illusion est bientôt suivie d'une « crise », c'est-à-dire une situation de trouble suivie d'une adaptation, une transformation de la vision réelle du métier.

De même, la socialisation de genre au cours de l'enfance et de l'adolescence influence le choix d'un futur métier, les « rôles traditionnels de genre » étant progressivement incorporés au travers des activités de loisirs ou des jouets, comme l'exemple des panoplies d'infirmières⁶¹⁴. Les pratiques socialisatrices de genre « développent l'intérêt porté à soi et aux autres » chez les filles⁶¹⁵ et l'appropriation du care⁶¹⁶. Le travail de care recouvre aussi bien « les qualités d'attention à autrui et les activités liées au souci des autres ». Ainsi, cette étudiante est issue d'une fratrie de cinq enfants : un frère plus âgé, puis trois frères et sœurs plus jeunes. Elle a intériorisé son rôle de grande sœur et les qualités morales de l'attention aux autres, de la responsabilité envers les plus petits ainsi qu'une capacité relationnelle, par ailleurs sa mère est déjà inscrite dans le champ médical en étant infirmière cadre de santé :

Derrière moi, j'ai 2 petits frères et une petite sœur, où je m'en suis vraiment occupée...Et ensuite, oui...je suis presque la plus grande quoi...En plus, avec ma petite sœur, on a presque 16 ans d'écart...ça pourrait être ma petite si j'avais été enceinte à 16 ans quoi...

(E11, fille 18ans, bac S Physique mention passable, parcours réorientation, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

⁶¹³ NAVILLE P., 1949, « La crise de « l'illusion professionnelle » chez l'enfant et l'adolescent », *Enfance*, 2, 1, p. 41-42.

⁶¹⁴ PETIT P., 2013, « Les jeux et jouets sont-ils nuisibles à l'égalité des genres ? », *Métiers de la Petite Enfance*, 19, 193, p. 22-23.

⁶¹⁵ DARMON M., 2016, *Op cit*, p41

⁶¹⁶ MOLINIER P., LAUGIER S., PAPERMAN P., 2009, *Qu'est-ce que le « care »?: souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot, 302 p.

Les orientations conformes aux rôles dévolus aux deux sexes sont entretenues et pérennisées par les représentations qui traversent la société, y compris celles des enseignants et des professionnels de l'orientation. Même si les orientations ont tendance à évoluer comme dans les écoles d'architecture où les filles sont devenues majoritaires⁶¹⁷, Françoise Vouillot soulignait, en 2007, que pour les choix : « c'est sans surprise l'enseignement, le littéraire, les arts, la communication et la santé du côté des filles, les maths, les sciences de l'ingénieur, l'architecture, la production industrielle, les transports et l'agriculture du côté des garçons. » Mais elle nous alerte également sur la division sexuée de l'orientation qui préoccupe les politiques publiques dans le sens où les filles sont moins présentes dans les filières des sciences et techniques et beaucoup moins sur l'absence des garçons des filières littéraires et sociales, du soin et de l'éducation. Lorsque la présence d'un des deux sexes est manifeste dans une filière, il faut plutôt y voir l'évitement par l'autre sexe et non un choix massif et systématique⁶¹⁸.

Le travail d'Hardy-Dubernet, Gadéa et al. identifie « les caractéristiques de la vocation médicale chez les filles, comme une synthèse du désir de pourvoyance (qui peut conduire à vouloir s'occuper d'enfants et pas nécessairement de malades), d'une passion fortement affirmée dès l'enfance pour l'univers médical, et d'investissement dans les études menant à une orientation scientifique et de bons résultats scolaires »⁶¹⁹.

4.1.5 L'influence de la famille et des pairs sur l'orientation

Il s'agit maintenant d'observer comment la famille intervient dans les choix d'orientation des lycéens même si les étudiants interrogés ont majoritairement l'impression qu'ils choisissent eux-mêmes. Ce paragraphe fait un focus sur l'influence de l'entourage du lycéen, principalement sa famille proche comme les parents et les frères et sœurs, mais aussi plus éloignée comme les grands parents, oncles et tantes... et son groupe de pairs : les amis du lycée.

⁶¹⁷ HORSCH B., 2021, *L'architecture d'un métier : les étudiants architectes entre orientation, socialisation et insertion professionnelles – Le cas de l'École nationale supérieure d'architecture de Nantes*, Thèse de doctorat, Nantes.

⁶¹⁸ VOUILLOT F., 2007, « L'orientation aux prises avec le genre », *Travail, genre et sociétés*, 18, 2, pp. 87-108.

⁶¹⁹ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p.112.

Le terrain révèle, dès l'enquête exploratoire, les sources multiples d'influences que subit l'orientation : discussion et réflexion avec les parents ou les pairs, recours à des « pratiques spécifiques ou exceptionnelles » : rendez-vous avec un conseiller d'orientation, visite d'établissements, fréquentations de salons étudiants... sans oublier les avis des professeurs et des conseils de classe qui s'appuient davantage sur les aptitudes des élèves que sur leurs préférences⁶²⁰.

Une première illustration des influences de l'institution et de la famille a déjà été présentée avec le cas de l'étudiante E22. D'autres illustrations sont présentes dans l'enquête de terrain. En général, les étudiants se souviennent des échanges qu'ils ont eus en famille et les conseils parentaux sont parfois clairement exprimés au cours des entretiens :

Je savais à peu près à partir de la première que je voulais faire médecine...alors que, avant, pendant très longtemps et depuis toute petite, je voulais être pharmacienne et du coup ...en troisième et en seconde, j'ai fait un stage en pharmacie...et ça m'a pas du tout plu : j'avais l'impression de...ouais, de ranger des boites dans des boites...ça ne me plaisait pas du tout par rapport au nombre d'années d'études (...) j'avais pas l'impression d'être dans le milieu médical, du côté soignant, en fait. C'est ça qui ne m'allait pas, qui me manquait. . Donc, c'est **à partir de ce moment-là que mes parents m'ont dit** : « oui, mais alors dans ce cas-là, pourquoi pas médecine ? ce serait assez proche... » Je m'étais renseignée. En terminale, j'avais fait la porte ouverte de la fac de médecine. Oui, j'étais décidée, quoi ! je voulais être pneumologue ou allergologue.

(E4 exploratoire, fille 21ans, bac S Physique Chimie mention bien avec un an d'avance, 1^oannée paramédical, mère aide-soignante, père artisan)

Le stage, expérience d'immersion dans un univers professionnel envisagé parfois de façon un peu idéaliste, a permis à cette étudiante de se déterminer. Le travail en officine n'était pas conforme à ses goûts ni à son envie de soigner. Le conseil formulé par ses parents vient ouvrir une autre possibilité d'orientation : c'est sur l'avis de ses parents qu'elle envisage alors de s'inscrire en médecine sur un nouveau projet professionnel.

Selon Berthelot, le processus d'orientation est un processus réactif avec une forme de va et vient entre l'institution scolaire et les élèves et leur famille. Ceux-ci ont l'initiative du

⁶²⁰ ORANGE S., 2012, « Interroger le choix des études supérieures: Les leçons d'un « raté » d'enquête », *Genèses*, 89, 4, p. 112.

choix, mais cette intention « est confrontée à une norme de recevabilité ». A chaque étape de l'orientation, en fonction de l'importance du palier à franchir, les choix tiennent compte de « la valeur accordée aux diverses alternatives, de la représentation des capacités de l'élève et de la représentation d'un avenir possible »⁶²¹. Lorsque le niveau de l'élève s'avère insuffisant, un redoublement est parfois envisagé pour tenter de renforcer les acquis si le projet d'orientation est un peu ambitieux au vu des résultats scolaires :

En fait, depuis tout petit, je voulais faire médecine : en fait, ma mère est médecin et depuis tout petit je voulais faire médecine. Donc, au collège, je savais que je voulais faire médecine. C'est d'ailleurs pour ça qu'ils m'ont fait redoubler. J'ai redoublé ma troisième... Ils voulaient que je m'améliore en maths. Après la troisième, j'ai fait une seconde option SES, je suis passé 'ric rac' en première S, je suis passé encore 'ric rac' en terminale S et là, j'ai eu mon bac 'chanceusement'....on va dire ! (...) On va dire que j'arrivais à me débrouiller sans rien faire... C'était toujours le 10/20, pas plus !

(E7exploratoire, garçon 24 ans, bac S mention passable, 1^o année paramédical, mère médecin du sport, père entraîneur dans le milieu hippique)

Il reste toutefois que le choix parental est favorisé par un phénomène implicite de tendance au consensus, lors des conseils de classe, autour d'une norme partagée pour éviter les conflits d'une part et d'une neutralisation des appréciations et des notes autour de la moyenne, d'autre part. « La nature réactive du processus d'orientation et la règle pratique du primat du consensus favorisent les demandes de sur-scolarisation dès lors qu'elles sont supportées par un milieu social favorable et entérinent celles de sous-scolarisation ou d'auto-élimination, lorsqu'à l'inverse le milieu ne l'est pas. »⁶²². Dans l'exemple ci-dessus, le palier d'orientation de la troisième a été l'occasion de décider d'un redoublement pour assurer un capital scolaire nécessaire au projet d'orientation, lui-même en conformité avec la reproduction familiale dans un milieu social favorisé.

Le questionnaire distribué aux étudiants inscrits dans le parcours de réorientation comportait la question suivante : Qui a décidé **principalement** de votre orientation scolaire ? Plusieurs réponses étaient possibles.

⁶²¹ BERTHELOT J.-M., 1993, op cit. p105

⁶²² BERTHELOT J.-M., 1993, op cit. p115

Tableau 7 : Poids de l'entourage dans la prise de décision d'orientation pour l'entrée dans l'enseignement supérieur

Prise de décision d'orientation	%	Effectifs
Vous	84,9	101
Vos parents	2,5	3
Vous et vos parents	10,1	12
Vous, vos parents et vos enseignants	1,7	2
Autres	0,8	1
Total	100	119

Environ deux tiers des étudiants ont répondu à cette question. Parmi eux, environ 85% pensent avoir décidé seuls de leur orientation, mais 12,6% prennent en compte le rôle de leur parents dans leur parcours d'orientation au lycée, ce qui est illustré dans le verbatim recueilli en entretien.

La famille est parfois convoquée au sens large dans la justification d'un choix d'orientation. Au-delà du premier cercle des parents, il existe parfois un environnement familial plus étendu qui incite l'étudiant à réfléchir à une orientation vers un métier de la santé et ainsi poursuivre une lignée familiale :

Q : et pour vous, PACES, ça a été un choix pour quoi ?

E25 : euh... déjà, parce que la biologie, ça m'intéressait...j'étais pas vraiment dans l'optique d'aller en PACES en fait, j'étais plus influencé par ma famille....

Q : parce que, dans votre entourage, vous avez des gens qui font quoi, par exemple ?

E25 : Mon père, il travaille en pharmacie, ma mère elle est secrétaire médicale... et tout ce qui est oncles et tantes, tout le monde est... *pff*... tous les métiers possibles dans la santé, en fait....

Q : Donc, il y a des infirmiers ?

E25 : Oui, sage-femme aussi...médecin ...

Q : Ça fait un grand panel... et vous avez fait votre stage de troisième, le stage de découverte des métiers, vous en avez fait un ?

E25 : Euh oui, j'en ai fait un...en service de cancérologie, à l'hôpital de C

Q : Que vous aviez eu peut-être par quelqu'un de votre famille ?

E25 : Ben, c'est mon père du coup...il travaille là-bas en fait

Q : Et dans votre idée, PACES c'était pour devenir quoi ? Quel était votre projet ?

E25 : Eh bien, la cancérologie, ça m'intéressait en fait ...Je visais dans cette spécialité là en fait...Je ne trouvais pas ça intéressant d'être simple médecin généraliste : je voulais vraiment quelque chose de plus spécifique

(E25, garçon 26 ans, bac S SVT mention assez bien, 2° année paramédical, mère secrétaire médicale, père préparateur en pharmacie hospitalière)

Cet étudiant n'est pas seul à avoir un cercle familial qui compte des professionnels de santé. La question posée aux étudiants du parcours révèle que près de 60% d'entre eux peuvent se référer à un ou plusieurs membres de leur famille travaillant dans le domaine de la santé :

Tableau 8 : Taux des professionnels de santé dans le cercle familial des étudiants interrogés

Avez-vous dans votre famille un ou plusieurs professionnel(s) de santé ?	Pourcentage	Effectifs
Oui	58,4	108
Non	41,6	77
Total	100	185

L'exemple suivant est celui d'une jeune fille interviewée pendant le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux mis en place par l'université. E13 est une jeune fille de 19 ans. Originaire de l'Oise, elle passe son Bac S, spécialité SVT mention assez bien, dans un lycée privé. Sa mère est ingénieur chimiste, son père fonctionnaire mais elle ne veut pas dire dans quel corps d'État ni à quelle fonction. Au sein d'une fratrie de trois, elle a un frère aîné dyslexique (a redoublé une classe) en 1° année de DUT informatique et une sœur jumelle qui a fait une terminale sport-études et est en 1° année de gestion-finance dans l'enseignement supérieur privé. Les trois frères et sœurs sont ainsi tous en première année d'études supérieures. Lors de l'entretien, elle s'exprime avec de la retenue et de la timidité jusqu'à ce qu'elle me révèle qu'elle est en situation de handicap visuel. Elle s'inscrit en PACES à Amiens, son projet professionnel était de faire un métier de la santé mais le choix de PACES ne semble pas être d'une volonté affirmée ; elle est d'ailleurs souvent indécise, donne l'impression d'attendre en quelque sorte la révélation. Elle évoque des problèmes d'organisation, une rentrée universitaire après un retour de voyage à l'étranger et des effets de décalage horaire, un retard au démarrage dans ses cours de PACES. Peu attentive aux

échéances, elle ne se met pas au travail avant le mois d'octobre et finit classée 1040/1160 au premier semestre. Ajournée, elle choisit la préparation au concours paramédicaux. Elle a présenté deux concours pour infirmière (Amiens et Lille) puis IFMEM, IFTLM et orthoptie. Elle était admissible pour l'IFSI et l'IFMEM, mais elle dit « *avoir perdu ses moyens* » lors des entretiens et n'a pas été admise. Elle est entrée à l'institut de formation de technicien de laboratoire médical et envisage alors de valider en parallèle une licence de biologie humaine et technologies de la santé. Le suivi de sa trajectoire permet de dire qu'après cette licence, elle a intégré une école d'ingénieur en biologie et santé, plus spécialement en gestion de projet d'études cliniques.

Cet extrait montre l'imbrication des influences exogènes mêlées aux aspirations personnelles lors du processus d'orientation :

Q: Votre idée, c'était de faire un métier de la santé...Pourquoi ?

E13 : (*Silence*) Je ne sais pas...

Q : C'est difficile à dire ? Vous vous représentiez plutôt ça pour soigner les autres, ou pour faire de la recherche ou ?... Quelle image vous aviez ?

E13: Aider les gens...Plus sur le relationnel, en fait...

Q : Et pourquoi est-ce que « aider les gens » et santé, ça allait ensemble pour vous ?

E13 : (*Silence*)

Q : Est-ce que vous aviez vu soigner des proches ?

E13 : Oui, on a tous plus ou moins **des problèmes de santé dans la famille**, il y a beaucoup de diabète... Moi, j'ai beaucoup de problèmes de vue, donc j'ai été opérée des yeux, j'ai fait beaucoup d'orthoptie... (...) Oui, j'ai été suivie pendant 5 ans dans un hôpital spécialisé pour la vue sur Paris. Je ne vois pas d'un œil en fait. Je ne vois pas du tout de cet œil-là

Q : Est-ce que vous pensez que ça a été un facteur important pour vous, d'avoir été soignée longtemps ?

E13 : Oui, je pense, oui...

Q : Et si par exemple, vous aviez eu médecine, vous vous seriez vue médecin généraliste, spécialiste ou vous ne projetiez pas aussi loin ?

E13 : Ben, **je ne me projetais pas**, en fait...

Q : Non ? Vous aviez démarré la première année de médecine comme ça, un coup de poker pour voir ?

E13 : Oui, je ne sais pas bien... Ben, je me suis dit... comme j'hésitais entre infirmière et médecine, **on m'a dit** : « au pire, tu refais une année, c'est pas grave mais tu le tentes »

Q : Et qui vous a dit ça, vos proches ? Votre famille ? ou plutôt les copains, copines ?

E13 : Ben, **ma famille me l'a dit**, puis mes copines...**On était beaucoup, en fait, dans ma classe de terminale, une dizaine, à avoir fait médecine ...Donc j'ai suivi, un petit peu...**

Q : Et donc, tout le monde est arrivé ici en PACES ?

E13 : Oui, voilà, il y en a 6 dans l'amphi en fait...et 3 autres dans un autre amphi.

(E13, fille 19ans, bac S SVT mention assez bien, parcours réorientation, mère ingénieur chimiste, père fonctionnaire)

Outre la confrontation personnelle et familiale avec la maladie et le handicap, il est question pour cette étudiante d'un projet professionnel vers un « métier adressé à autrui » mais somme toute assez vague, et l'étudiante convoque sa famille et ses amis comme sources d'influences et de réflexion sur son avenir. Le processus d'orientation montre une combinatoire qui fait intervenir les pairs comme élément de décision lors du choix d'études supérieures. Les pairs dans l'école « jouent en effet le rôle de groupe de référence et ce groupe a une fonction normative »⁶²³. On assiste ici à «des phénomènes de socialisation horizontale entre pairs qui interfèrent avec la socialisation verticale exercée par les générations antérieures »⁶²⁴.

Ici, 'faire médecine' ou 'aller en médecine' comme les copains apparaît une évidence, qui est le produit d'une «force prescriptrice indéniable»⁶²⁵ exercée par l'instance de socialisation que représente le groupe de pairs. Par ailleurs, «la socialisation, l'intégration dans un groupe, si elle nous construit, c'est en nous imposant de nous conformer aux codes, aux normes du groupe. L'environnement est source d'attentes, d'exigences qui requièrent du sujet qu'il développe les attributs du groupe »⁶²⁶. C'est ce qui se devine dans cette autre trajectoire où la détermination du choix a subi les influences des pairs en terminale.

Et puis, en terminale, **j'avais énormément de copains qui voulaient faire médecine**, je savais que je voulais travailler dans la santé, donc voilà... en plus, pas de démarches APB, donc,

⁶²³ BRESSOUX P., 2009, « Des contextes scolaires inégaux: effet-établissement, effet-classe et effets du groupe de pairs », dans *Sociologie du système éducatif: les inégalités scolaires*, Paris, Presses Universitaires de France (Quadrige), p. 143.

⁶²⁴ RAYOU P., 2017, *Sociologie de l'éducation*, 2° ed, Paris, Presses Universitaires de France (Que sais-je?), p.19

⁶²⁵ DARMON M., 2016, *Op. cit.*, pp. 62-63

⁶²⁶ VOUILLOT F., 2007, « L'orientation aux prises avec le genre », *Travail, genre et sociétés*, N° 18, 2, p94

vraiment, je le reconnais, hein... ça a été comme ça : je ne me suis vraiment jamais posé de questions !

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2^e année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

Se déterminer, faire un choix, réfléchir à un projet professionnel sont des étapes qui mûrissent et évoluent pendant les années du lycée, principalement en première et en terminale et précisément lorsque le groupe d'amis est important dans la socialisation : « Le rôle des pairs est aussi, jour après jour, d'aider à traverser les multiples épreuves d'une scolarité au long cours (...) Cela l'est en particulier au lycée où la nécessité de choisir des filières risque de créer des fractures dans un groupe de pairs voué à une longue coexistence»⁶²⁷.

Le lycée est l'environnement propice à la socialisation par le groupe de pairs, mais c'est aussi le moment des rencontres avec les conseillers d'orientation.

4.1.6 Le rôle des conseillers d'orientation

Le recours aux conseillers d'orientation est décrit dans des termes sans équivoque par les étudiants lors de l'enquête. Certains déclarent que c'était inutile, une démarche en pure perte :

et puis voilà, moi je me suis retrouvé chez le conseiller d'orientation. Un jeune homme, je ne sais plus comment il s'appelait ... pas méchant... je ne me rappelle plus, je ne pourrai pas vous dire ... Je suis assez physionomiste, mais je pense que je l'ai éludé parce que, la personne elle-même, elle n'avait rien de méchant, mais ce qu'elle représentait, pour moi, c'était le conseiller d'orientation qui, en plus, ne m'a pas du tout aidé...

(E23, garçon 26 ans, BEP électronique puis bac ST2S, 3^e année paramédical, mère agent de service hospitalier, père artisan taxi)

D'autres sont dubitatifs sur les bénéfices obtenus lors des rendez-vous avec un conseiller d'orientation, voire remettent leurs compétences en question. Pas un seul étudiant n'a

⁶²⁷ RAYOU P., 2017, *Ibid.*, p.23.

évoqué le recours aux conseillers en termes positifs. L'étudiante qui suit a eu un parcours scolaire excellent dans un lycée important de la capitale régionale. Après une seconde européenne Physique-Anglais, elle continue en première et terminale S et passe son bac avec un an d'avance, un parcours scolaire « *qui était vraiment !!! lisse quoi !* » mais, elle non plus n'est pas satisfaite des conseillers d'orientation.

Quand je demandais des conseils à des conseillers d'orientation, on me disait : « Ah oui ! Médecine ? vous pouvez y aller, c'est pour vous ! » Mais, enfin, ils ne creusaient pas ! J'ai pas l'impression d'avoir été hyper bien conseillée, franchement. Ils ne nous donnaient pas toutes les informations, ils nous disaient : « vous avez plutôt un profil comme ci, comme ça » Enfin, ils nous aidaient à nous orienter vers un domaine, mais pas vraiment vers une profession. Enfin, je ne sais pas si eux-mêmes, ils connaissent vraiment tout ça !

(E22, fille 21 ans, Bac S Physique Chimie mention très bien avec un an d'avance, 2° année paramédical, mère rédactrice administration, père professeur de français lycée professionnel et technologique)

Le cas de cette autre étudiante est un peu différent : pour elle, « *ça allait* » sa scolarité s'est déroulée sans accroc dans le lycée d'une petite ville située à 30 kilomètres de la capitale régionale. Le dispositif d'orientation y est opérationnel mais son expérience avec les conseillers d'orientation n'est pas plus convaincante

Q : Et pour faire votre choix d'orientation après le bac, vous avez fait comment ?

E24: Je sais qu'on a eu des conseillères d'orientation qui se sont un peu occupées de nous...on a eu des séances pour choisir notre parcours aussi, mais je sais aussi que c'était pas au centre de l'année quoi...

Q : Vous avez l'impression que chacun devait réfléchir un peu tout seul ?

E24 : C'est surtout que c'était pas très utile pour les gens qui n'avaient pas du tout d'idée, on va dire. Ça aidait surtout ceux qui avaient des idées pour savoir dans quelle filière aller pour faire leur métier, quoi...

Q : Et alors, vous, vous saviez ou pas ?

E24 : J'avais pas d'idée du tout... c'est pour ça, je me suis dit : « on va essayer, hein... » je vais essayer PACES et je verrai....

(E24, fille 22ans, bac S SVT mention bien, 2° année paramédical, mère secrétaire, père ouvrier)

Même, s'il n'est pas question de généraliser au vu de la taille de l'échantillon de cette étude, il semblerait que le rôle des conseillers d'orientation soit une variable de faible poids pour la découverte des métiers et des formations des jeunes interrogés qui se sont inscrits en PACES et que leurs interventions disposent encore d'une marge de progression selon l'opinion exprimée également par les responsables hospitalo-universitaires.

4.1.7 Les pratiques d'orientation variables selon les lycées

Dans l'orientation active, la phase information du parcours de découverte des métiers et des formations ne comporte pas que le recours aux conseillers d'orientation. Nous allons voir comment les étudiants s'accommodent de ce processus et comment ils utilisent les moyens mis à leur disposition.

Les étudiants interrogés se souviennent de certaines actions :

J'allais à tous les « *vendredis des métiers* », à mon lycée, où chaque semaine, c'était un nouveau professionnel qui nous parlait, même quand ça n'avait rien à voir avec la santé : j'y allais. Mais je ne me suis jamais posé plus de questions...sur le métier en lui-même – je savais que je voulais travailler dans la santé- ni même sur les études : je savais que c'était de longues études, que c'était difficile, mais bon...

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2^e année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

Dans cet autre lycée, on retrouve le même « habitus institutionnel »⁶²⁸, l'étudiante a pu en bénéficier à partir de la seconde, par contre elle n'a pas fréquenté de salon de l'étudiant:

Avec le lycée, on ne faisait pas les forums. Par exemple, celui qu'il y avait à M, on ne l'a pas fait, mais on avait une « *journée info carrières* » où c'étaient des anciens élèves qui venaient, ou de représentants de ... d'écoles ou autres, qui venaient et qui présentaient. Moi, j'étais allée y faire un tour, mais je savais déjà ... Enfin, l'année du bac, c'était déjà à peu près fait. Moi, j'y allais plutôt en seconde, quand on ne sait pas vraiment ce qu'on veut faire.

(E15, fille 19ans, bac S physique chimie mention bien, LO, père et mère dans l'aviation, le père est pilote)

⁶²⁸ BALL S.J., DAVIES J., DAVID M., REAY D., 2001, « Décisions, différenciations et distinctions : vers une sociologie du choix des études supérieures », *Revue française de pédagogie*, 136, 1, p. 65-75.

Le format « salon de l'étudiant » est décliné au niveau régional (capitale régionale, centre de l'Académie) et il existe aussi des salons de l'étudiant à Paris soit généralistes soit spécialisés par thématique : Santé, social, paramédical ; Grandes écoles ; Concours et prépas ; Arts, communication, numérique, etc... Il est possible sur un salon de visiter les stands des différentes formations et de dialoguer avec des responsables ou des enseignants, mais le modèle adopté est plutôt de favoriser la présence d'étudiants et de responsables de la formation : ceci permet de couvrir toutes les questions possibles avec des interlocuteurs jeunes et proches des préoccupations des lycéens.

Les données de l'enquête établissent que les étudiants ayant fréquenté un salon de l'étudiant ont cherché des informations sur les formations en santé dont en priorité la PACES (48,4%) puis les formations paramédicales, essentiellement la formation infirmière (22%) et sage-femme (14,3%), et enfin sur d'autres formations ayant une proximité avec la santé et le social : formation d'ingénieur en santé – sécurité au travail et formation d'assistante de service social.

Tableau 9 : Renseignements pris au salon étudiant par type de formation en santé

Type de formation en santé	%	Effectifs
Médecine/pharma	48,4	44
Infirmière	22,0	20
Kinésithérapie	9,9	9
Sage-femme	14,3	13
Formations scientifiques	1,1	1
Autres	3,3	3
Paramédical	1,1	1
Total	100	91

La fréquentation des salons de l'étudiant peut être bénéfique pour se renseigner mais le format n'est pas toujours adapté à ce que les jeunes attendent. Si l'évènement n'est pas suffisamment préparé et accompagné par les acteurs du lycée, certains jeunes n'hésitent pas à détourner ce temps dédié à l'orientation en moment de transgression :

E10 : Alors, le Forum du lycéen ! Déjà, je l'ai fait pendant 3 ans de suite, ça n'a jamais été utile... ben, les bus déchargent les jeunes et on remonte en ville à pied... j'ai fait aussi ça ! Aller dans les bars et puis, voilà : revenir à l'heure.

Q : A l'heure où le bus repart ?

E10: (rires) Voilà, c'est ça...

(E10, garçon 25 ans, bac S physique chimie obtenu après 3 ans de terminale ; 2° année paramédical, mère infirmière cadre de santé et père technicien de laboratoire (décédé))

Nous avons déjà vu que certains avouent qu'ils avaient du mal à se projeter comme l'étudiante E13 : « *Ben, je ne me projetais pas, en fait...* », et que d'autres ont fait un choix qui semble aléatoire : « *j'avais pas d'idée du tout... c'est pour ça, je me suis dit : « on va essayer, hein... » je vais essayer PACES et je verrai....* » comme l'étudiante E24.

Dans la population d'étudiants de PACES qui se sont réorientés vers le dispositif étudié, une question a été posée concernant l'orientation pendant les années lycée et notamment en Terminale : il s'agissait de savoir auprès de quelles sources les étudiants avaient recherché des informations. Le tableau ci-après donne les résultats :

Tableau 10 : Sources d'informations pour l'orientation pendant le lycée

N=185	%	Effectifs
Recherche sur internet	81,1%	150
Forum du lycéen régional	62,2%	115
CIO/ONISEP	48,6%	90
Journées portes ouvertes	31,9%	59
Renseignement direct auprès de professionnels	21,1%	39
Salons de l'étudiant (autres régions)	16,8%	31
Stage en milieu professionnel	10,8%	20
Tchat sur forums étudiants	6,5%	12

Il faut remarquer que les étudiants privilégient d'abord les ressources accessibles via internet (81%), y compris pour l'ONISEP ; le salon de l'étudiant régional « Forum du lycéen » arrive en deuxième position dans notre échantillon (62%) ; la logistique régionale pour y inviter et faire venir les lycéens est très conséquente, comme il a été possible de l'observer pendant cette enquête.

Les « journées portes ouvertes » JPO sont aussi l'occasion pour les lycéens, accompagnés parfois de leurs parents, de visiter les lieux, de prendre des renseignements et de poser des questions. Ceci participe à « l'information éclairée » voulue par l'orientation active. Au cours de l'enquête de terrain, plusieurs journées ont fait l'objet d'observations. La JPO présentée ci-dessous a été choisie car elle correspondait à l'entrée en vigueur de la PACES et parce que sa fréquentation a été importante en raison des nouveautés introduites par la réforme.

OBSERVATION D'UNE JOURNÉE « PORTES OUVERTES » A L'UFR MÉDECINE PHARMACIE MERCREDI 09 MARS 2011

À l'UFR de médecine pharmacie, les futurs étudiants étaient invités de 14H à 17H. Avant même l'entrée sur le site, des jeunes gens distribuaient des brochures et invitaient à visiter leur Préparation aux Concours de Médecine et Pharmacie, communément appelée « prépa privée » : clairement, leur journée Portes ouvertes correspondait avec celle de l'université de façon à toucher leur public potentiel. Après avoir franchi les grilles, deux agents administratifs de l'université accueillaient les arrivants. Ils distribuaient à chacun le programme de l'après-midi et les lieux d'intervention des différentes filières. Sur un panneau d'affichage installé pour l'occasion, un plan permettait de se repérer à l'intérieur de l'enceinte de l'UFR. Le programme prévoyait d'abord une présentation générale intitulée « Informations relatives à la première année commune aux études de santé », puis une déclinaison en fonction des différentes filières proposées par l'UFR.

La présentation générale s'est déroulée à partir de 14H dans un amphithéâtre bondé : il n'y avait pas de place assise pour tout le monde, tout en étant le plus grand amphithéâtre de l'UFR. Le public était constitué principalement de jeunes lycéens et lycéennes, mais on pouvait noter également la présence de nombreux parents, surtout des mères, qui les accompagnaient. Cette présentation était assurée par le directeur de l'UFR de médecine. Il était accompagné de l'assesseur du premier cycle de l'UFR de médecine et des autres directeurs : UFR Pharmacie, Institut Universitaire Professionnalisé en Ingénierie de la Santé, Institut de formation des sages-femmes et Institut de formation en masso-kinésithérapie. Il a accueilli les futurs étudiants par un dynamique : « *Bon, allez, on y va* » puis en guise de préambule : « *Si vous êtes ici, c'est que vous avez envie de vous intéresser aux métiers de la santé* » Puis il a brossé le tableau de la première année commune des études en santé (PACES). Les conditions des études ont ensuite fait l'objet de la présentation. Tout d'abord, la réforme mise en place à la rentrée 2010 impose d'accueillir dans le même cursus les étudiants des 5 filières. Ceci représente un

nombre important de jeunes, le nombre maximum est de 1350. La réforme ayant été faite « à *moyens constants* », les étudiants sont actuellement en cours dans des amphis différents : le cours est assuré en présentiel par un enseignant dans un amphi et retransmis dans le ou les autres en vidéo. La répartition des étudiants entre les amphis a été déterminée par l'administration sur la base de la liste alphabétique avec un système de badge de couleur pour que chacun puisse être accueilli. Une rotation est effectuée au cours de l'année pour ménager une égalité de traitement entre les étudiants.

L'organisation des enseignements a été présentée : les unités d'enseignements et leur répartition sur les 2 semestres, avec un accent sur l'unité d'enseignement spécifique du second semestre qui permet de présenter le ou les concours de son choix. Les cours se déroulent tous les matins de 8H à 12H et le jeudi après-midi de 14H à 18H. Il existe aussi des enseignements dirigés et des travaux pratiques en groupes légèrement moins conséquents (de l'ordre de 250 étudiants). L'attention des lycéens est attirée plusieurs fois au cours de la présentation sur le fait que l'année universitaire démarre début septembre avec un volume important délivré dans un temps très court puisque le semestre se termine début décembre : la première partie du concours a lieu vers le 15 décembre. Le semestre fait en réalité 3 mois. La première année commune aux études de santé ayant la réputation d'une année difficile, sanctionnée par un concours, les étudiants cherchent à se donner le maximum de chances de réussite et sont souvent soutenus par leurs parents. Le doyen a listé les moyens à disposition des étudiants. Il déconseille le recours aux « *officines privées* » qui proposent différentes formules, du stage de prérentrée à la préparation intensive sur l'année. Certains lycéens peuvent penser s'inscrire en classes préparatoires aux grandes écoles (CPGE) pour se donner des chances supplémentaires de réussir. Ce parcours donne une bonne dynamique de travail. Selon le directeur, « *c'est un coup jouable* », les lycéens devront néanmoins demander une dérogation car ils ne feront plus partie des bacheliers de l'année, mais ils conservent de bonnes chances d'entrer en PACES.

Un tutorat assuré par les étudiants de deuxième année ou des années supérieures n'est pas encore actif, mais devrait le devenir bientôt. Par contre, il existe des conférences organisées parallèlement aux cours, mais en dehors de l'organisation de l'université, pour fournir un soutien aux étudiants. Ce système est dit « *conf payantes* » et il est accueilli diversement parmi les universitaires. Le directeur, sans le soutenir, trouve que « *c'est moins mauvais* ». Pour conclure cette première présentation, le directeur a insisté de nouveau sur la nécessité d'une vraie dynamique de travail pour chaque étudiant : un travail en continu, tous les jours, dès le début de l'année, avec éventuellement un travail en groupe, même si « *le contenu des enseignements, ce n'est pas Polytechnique !!!* ». Le travail reste le meilleur atout de réussite, ce qui permet un passage en deuxième année dans les meilleures conditions. À la suite de cette intervention les lycéens étaient invités à se diriger vers d'autres amphithéâtres pour se renseigner plus précisément sur la profession qui les intéressait.

La présentation plus détaillée de la médecine était toujours assurée par le directeur de l'UFR et toujours dans le même amphi. Il a décliné des aspects généralistes, historiques puis des éléments de démographie médicale. Le profil des étudiants inscrits est plutôt un bac S le plus souvent avec mention, seuls deux étaient titulaires d'un bac L l'an passé. Quant au choix de la filière après le concours, le directeur conseille d'avoir élaboré « *un petit projet professionnel* ». Il remarque que, chaque année, il existe une sélection par l'échec et que les étudiants se retrouvent dans une filière sans l'avoir choisie. La présentation se terminera sur des perspectives de débouchés et sur les modes d'exercice dont la caractéristique est la montée en puissance de l'exercice salarié.

Parmi les étudiants interrogés ayant fait la démarche de se rendre à une journée Portes ouvertes, 23,8% l'ont fait pour une formation en santé principalement sur le site « Pôle santé » qui regroupe les filières suivantes de l'université : médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, orthophonie, orthoptie, kinésithérapie et l'institut d'ingénierie de la santé.

Tableau 11 : Journées Portes Ouvertes fréquentées pour une formation en santé

Lieux fréquentés JPO	%	Effectifs
Pôle Santé	13,5	25
IFSI	7,6	14
Autres	2,7	5
Total	23,8	44

4.1.8 APB et les choix stratégiques

Les étudiants interrogés ont tous suivi le processus APB et ils ont adopté des stratégies au moment de classer les vœux. Par exemple, cet étudiant d'Ile de France interviewé lors de la phase exploratoire pensait bénéficier de la « hiérarchie symbolique entre les universités franciliennes » et se rend compte qu'il s'agit plutôt d'un « système de sectorisation à géométrie variable »⁶²⁹.

J'avais demandé par exemple pour les affectations...Parce que je savais que...par exemple, moi, je suis du 93, donc, je savais que Bobigny est une fac plus ... - parce qu'on ne va pas se voiler la face : il y a des niveaux différents dans les facs – et j'avais demandé en premier choix Bobigny, qui était plus facile, réputée comme plus facile et qui est plus facile, j'ai mis Bobigny en 1, j'ai mis Paris7 en 2 et une autre... Et j'ai eu Paris7 en 1 : je pensais avoir Bobigny !!! Donc après, ça n'a rien à voir avec la zone...

(E2 exploratoire, garçon 22ans, bac S SVT mention passable, 2^oannée paramédical, mère enseignante en IME, père médecin généraliste)

Un autre exemple est donné par cette étudiante, une fille de 22 ans, originaire de la Somme, interviewée en deuxième année de formation paramédicale après la réorientation. Sa mère est secrétaire dans un cabinet de comptabilité, son père est ouvrier : conducteur de machine dans l'industrie. Elle a une sœur plus jeune en Terminale qui voudrait faire STAPS. Elle obtient un bac S option SVT, mention bien, à l'heure. Pour son orientation, elle fait le choix de PACES avec trois de ses camarades de terminale. Elle n'a pas fait de salon étudiant, ni de portes ouvertes. Le choix de PACES n'est pas clair pour elle. Elle se demande pourquoi elle avait fait ce choix, c'était éventuellement pour poursuivre en kiné. Elle a listé ses vœux en espérant avoir au moins une inscription dans une filière qui lui permettrait d'intégrer kinésithérapie par la suite :

Q : Et vos vœux sur APB, qu'est-ce que vous aviez mis ?

E24 : Paces en 1 et je ne sais plus...la fac de science, je crois...et peut-être STAPS aussi, j'avais mis...

Q : vous faites du sport ?

⁶²⁹ FROUILLOU L., 2016, « Admission post-bac: un `` libre choix `` sous contrainte algorithmique », *Justice Spatiale - Spatial justice*, 10, p. 11.

E24: Euh... pas tellement non.... STAPS permet aussi de rentrer en kiné...

(E24, fille 22ans, bac S SVT mention bien, 2° année paramédical, mère secrétaire, père ouvrier)

Elle fait deux années de PACES. A la fin de la première PACES, elle est classée environ 600. En PACES, elle a travaillé seule ou en binôme avec sa colocataire mais n'a suivi ni tutorat, ni conférence, ni cours préparatoire. La plus grosse difficulté qu'elle relève, c'est de réussir à gérer l'autonomie dans le travail. Au cours de sa seconde PACES, elle peut également poursuivre au S2 mais fait le choix du parcours d'aide à la préparation aux concours paramédicaux, car elle pressent qu'elle n'aura pas sa deuxième année et que le second semestre de PACES ne lui permettra pas de préparer les concours. Elle présente les concours d'ergothérapeute, manipulateur en électroradiologie et technicien de laboratoire. Elle réussit les deux derniers et fait son choix en fonction du classement qu'elle a obtenu : elle a été classée troisième au concours de l'IFTLM.

Dans le cas de l'étudiante suivante, celle-ci a listé ses choix de façon à ne pas rester sans proposition d'admission. Il s'agit d'une stratégie sécuritaire : pour être sûrs d'avoir une place à la rentrée universitaire, certains étudiants inscrivent dans leur liste de vœux des filières plus faciles à intégrer ou sans critères discriminants.

J'en avais mis trois : j'avais mis médecine, après : physique ou SVT. Honnêtement je ne sais même plus ce que j'avais mis... **Par sécurité** : une fac de sciences plus générales et puis anglais. Anglais parce que j'aimais bien l'anglais, mais j'en aurai pas fait mon travail pour autant quand même. Mais vu que c'est la fac, j'avais confiance et il n'y a pas eu de souci pour la sélection... à l'entrée en tout cas...

(E22, fille 21 ans, Bac S Physique mention très bien avec un an d'avance, 2° année paramédical, mère rédactrice administration, père professeur de français lycée professionnel et technologique)

Les étapes successives des propositions d'admission entraînent des stratégies de la part des étudiants, ce qui les place parfois dans des situations stressantes. Ainsi, cet étudiant de 19 ans dont l'entretien se déroule pendant le parcours de réorientation après le premier semestre de PACES. Sa mère est secrétaire de mairie et son père technicien chez un fournisseur d'énergie. Il a un frère plus âgé coach dans une salle de sport, mais aussi deux tantes infirmières, une cousine kinésithérapeute. Originaire de l'Aisne, il a obtenu un bac S option SVT mention bien. Ses propriétés socio scolaires ne sont pas en sa défaveur : son capital

scolaire est en accord avec son choix de PACES, il n'est pas issu du milieu médical mais il a des professionnels paramédicaux dans sa famille et il choisit de faire kinésithérapie après son bac et non pas médecine. Mais son vœu de PACES n'est pas son premier choix, il l'avait mis par « sécurité » :

Q :et vos autres vœux ?

E14 : il n'y en avait aucun sur post-bac, mais j'avais envoyé un dossier dans une école en Belgique, pour rentrer en kiné à Bruxelles, mais je n'ai pas été pris...

(E14, garçon 19ans, Bac S SVT mention bien, parcours réorientation, mère secrétaire de mairie, père technicien ENEDIS)

L'inscription dans un institut de kinésithérapie en Belgique est tributaire d'un tirage au sort pour les ressortissants étrangers. Il entre en PACES en attendant la décision mais n'est pas assidu en cours. La réponse négative de Belgique arrive alors que le semestre est avancé: son retard n'est pas rattrapable, il prévoit qu'il sera ajourné. Il opère alors une stratégie de placement : il passe le concours de la fin du premier semestre pour bénéficier de la réorientation et du parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux. Dans un premier temps, il envisage de passer kinésithérapie en premier choix et psychomotricien en deuxième puis se renseigne et préfère passer deux concours de psychomotricien. Cet étudiant n'a pas réussi à concrétiser son projet il n'a été reçu ni à Lille ni à Lyon. Par contre, son choix s'est affirmé, il s'est inscrit en classe préparatoire pour tenter à nouveau les mêmes concours l'année suivante, ce qui lui a enfin permis d'intégrer la formation.

Les vœux sur APB, quand ils sont questionnés à distance, sont sujets aux biais de mémorisation : les résultats sont à prendre avec précaution. La mémoire du choix des vœux dépend du mode de cristallisation des pratiques d'orientation en cours chez les lycéens et leur famille⁶³⁰. Sans éluder ce biais, il est néanmoins possible d'observer la répartition des vœux sur APB au moyen des informations recueillies par le questionnaire. La PACES est très largement en tête dans le vœu n°1 (89%) en cumulant Région et hors région.

⁶³⁰ ORANGE S., 2012, *op cit*, p. 121.

Tableau 12 : Répartition des vœux d'orientation classés en rang 1

Vœu n°1	%	Effectifs
PACES Amiens	87,0	134
PACES hors région	1,9	3
BTS ou IUT	3,9	6
Préparation concours paramédicaux en 1 an	3,2	5
Institut paramédical	2,6	4
L1 Psychologie	0,6	1
Autres	0,6	1
Total	100	154

Le deuxième vœu révèle une distribution plus diversifiée où aucune modalité ne se détache nettement, mais l'UFR de sciences évoquée plus haut est la valeur modale à 18%. En plus du biais de mémorisation, il faut observer que les réponses valides sur cet item ne sont que de 48,1%.

Tableau 13 : Répartition des vœux d'orientation classés en rang 2

Vœu n°2	%	Effectifs
L1 sciences	18,0	16
BTS ou IUT	13,5	12
PACES Amiens	13,5	12
PACES hors région	11,2	10
Préparation concours paramédicaux en 1 an	7,9	7
L1 Psychologie	7,9	7
L1 STAPS	6,7	6
CPGE	5,6	5
Institut paramédical	3,4	3
Autres	12,4	11
Total	100	89

C'est pour un taux de non réponse de 79,5% que la distribution des réponses concernant le vœu n°3 ne figure pas à la suite car sa représentativité serait trop discutable.

Les deux modalités qui arrivent en tête sont l’UFR de sciences et une formation courte en IUT ou BTS à 18,4%, mais dont l’effectif n’est que de 7 étudiants.

4.1.9 La profession de santé envisagée suite à la PACES

Recenser les vœux déposés sur la plateforme d’orientation pour PACES ne renseigne pas sur le métier envisagé par l’étudiant. Les entretiens ont montré qu’ils avaient, mis à part les indécis, le projet d’un métier en santé.

Les étudiants interrogés par questionnaire devaient classer par ordre de préférence leur choix de formation parmi les cinq professions accessibles après la PACES : médecine, pharmacie, sage-femme, odontologie, kinésithérapie. Le choix de formation après la PACES le plus largement envisagé est la médecine, suivie par la maïeutique et enfin la kinésithérapie.

Tableau 14 : Formation visée en deuxième année après la PACES

Inscription PACES pour une 2 ^e année en :	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Rang 4	Rang 5
	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
Médecine	71	62	28	9	4
Sage-femme	55	40	25	22	27
Kinésithérapie	38	30	45	37	17
Pharmacie	16	24	39	43	43
Odontologie	4	16	25	48	68

Il faut remarquer que les deux professions médecine et maïeutique font l’objet d’un classement décroissant : elles bénéficient toutes les deux du plus fort effectif en rang 1 puis les effectifs diminuent. C’est exactement l’inverse pour odontologie et secondairement pour pharmacie : les effectifs croissent du rang 1 au rang 5 ce qui signifie que ce sont les études les moins plébiscitées par les étudiants. La kinésithérapie bénéficie d’un engouement intermédiaire : les étudiants l’ont choisie de façon presque homogène dans tous les rangs de classement.

Pour conclure cette section, il faut retenir que les étudiants qui se sont réorientés vers le parcours et qui ont envisagé une formation paramédicale n'avaient pas, le plus souvent, les dispositions nécessaires et favorables pour continuer un cursus médical. Pour prendre en compte le poids de la socialisation primaire, nous avons observé d'une part les dispositions scolaires et d'autre part le milieu social d'origine dont nous avons vu que les premières sont dépendantes du second.

Dans cette population étudiante, il faut relever une proportion plus importante qu'au niveau national d'étudiants issus de filières technologiques, principalement la filière Sciences et Technologies de la santé et du social (ST2S). Si la filière S reste majoritaire dans notre échantillon, ce n'est pas l'option Maths qui est la plus représentée, mais l'option Science et vie de la terre qui offre des prérequis scientifiques moins robustes pour réussir en PACES. Et toujours pour appuyer la démonstration des propriétés scolaires défavorables à une réussite en PACES, la valeur dominante « passable » pour la mention au bac s'avère insuffisante pour se classer en rang utile au concours, comme différentes études l'ont montré.

Concernant le milieu social d'origine, ces étudiants sont issus majoritairement de classes moyennes et populaires. La catégorie socio professionnelle « professions intermédiaires » est la plus représentée chez les pères des enquêtés (30%) et celle des « employés » chez les mères (43%) alors que les étudiants en deuxième année de médecine au sein de cette même université sont majoritairement enfants de « cadres et professions intellectuelles supérieures » à 53% pour les pères et 42% pour les mères. Nous en avons donc conclu que le capital social comme le capital scolaire de ces jeunes ne leur a pas permis d'avoir les droits d'entrée nécessaires pour ce cursus élitiste, qu'ils se sont heurtés au barrage de la sélection en fin de S1, illustrant ainsi la fermeture du groupe social des médecins.

S'ils n'étaient pas tous entrés en PACES pour devenir médecin, les étudiants du parcours s'y étaient inscrits pour « faire un métier utile et passionnant » à plus de 63%, éventuellement dans une des filières maïeutique ou kinésithérapie. Leur orientation résulte d'une combinaison d'événements, de faits et de mobilisation ou non de ressources qui donne une diversité dans les choix et les décisions d'orientation.

Il a été possible de souligner l'importance de la confrontation avec la réalité par les stages qui permettent une immersion dans le milieu professionnel envisagé, ou encore la

connaissance de professionnels en exercice. L'offre de l'institution scolaire pour l'orientation, que ce soit par les conseillers d'orientation ou les conseils des enseignants, a été décrite comme peu pertinente ou peu aidante, rejoignant ici l'opinion des responsables hospitalo-universitaires. L'influence de la famille s'est révélée importante lors de l'orientation première, plus que celle des pairs. Ce désir parental de mobilité sociale ascendante pour leurs enfants est connu des équipes pédagogiques et administratives de l'université. En envisageant de se réorienter vers une profession paramédicale, ces étudiants n'abandonnent pas l'idée de travailler dans la santé, mais à défaut de « passer les frontières sociales »⁶³¹ ils effectuent un retour dans un milieu social proche de leur origine.

⁶³¹ PASQUALI P., 2014, *Passer les frontières sociales: comment les filières d'élite entrouvrent leurs portes*, Paris, Fayard, 459 p.

4.2 SIX MOIS POUR SE DEPASSER OU ETRE DEPASSE : LE PREMIER SEMESTRE DES ETUDIANTS EN PACES

Cette section va permettre de développer les conditions de vie et les conditions d'apprentissage des étudiants de PACES au cours du premier semestre. Celui-ci dure, en définitive, un peu plus de trois mois avant les examens de décembre⁶³². La socialisation étudiante qui se déroule pendant ce semestre présente des caractères communs avec ce que connaissent les étudiants d'autres filières universitaires, mais dès le début plusieurs types de problèmes vont apparaître à propos du travail universitaire, de la compétition en vue du concours et des moyens à mettre en œuvre pour passer les épreuves de classement à la fin du semestre.

En guise de clin d'œil, un extrait de chroniques d'une jeune médecin généraliste a été sélectionné pour illustrer l'incongruité que peuvent ressentir certains étudiants au début de leur année de PACES. On y trouve exprimé le rapport au contenu des études et au vécu du cours magistral dans un amphithéâtre :

La première année de médecine, c'est un peu un truc de psychopathe.
Un monde à part. Une petite bulle, entre la réalité-vraie et la folie-douce.
Si on n'arrive pas à rentrer dans la bulle, on n'y arrivera pas.
Et quand on sort de la bulle, on n'est plus exactement le même qu'avant d'y entrer.
Il m'a fallu toute une première première année de médecine pour comprendre ce qu'on attendait de moi.
Je n'ai pas bossé. J'ai observé, et j'ai appris comment on voulait que j'apprenne.
J'ai appris à prendre des notes, j'ai appris à souligner en fluo le détail-à-la-mord-moi-le-nœud-de-l'exception-ultime, la formule-idiote-qui-n'a-pas-de-sens-mais-qu'il-faut-savoir-par-coeur, la protéine HBL463 qui se lie par le segment SS-BH1 au fragment C4 de la protéine LA17Z.
Le premier cours de médecine de ma vie, c'était un cours d'anat.
Le premier cours de médecine de ma vie, c'était un cours d'anat sur le sphénoïde.
Ne me dites pas qu'ils ne l'ont pas fait exprès.

⁶³² Le semestre dure 14 semaines continues, les vacances de la Toussaint sont supprimées. Le second semestre pour les étudiants autorisés à poursuivre dure également 14 semaines avec deux semaines de vacances de printemps.

Ça aurait pu être le tibia, ça aurait pu être un cours de généralités, ça aurait pu être un cours de chimie ou d'histo.

Non, ça a été un cours sur le sphénoïde.

Et me voilà face au sphénoïde.

Face au sphénoïde, et à ne pas savoir ce qu'était une coupe sagittale, ou un foramen.

Face au sphénoïde, que je devais reproduire sur ma feuille Clairefontaine en tirant la langue.

Face au prof, qui dessinait tranquillement son sphénoïde au tableau tout en parlant (« Le processus bérykoïde part du tiers inférosupérieur de la grandaile, en dedans et au-dessous de la fassorbitaire, au dehors et en arrière de... ») alors que je devais à la fois prendre les notes ET dessiner.

J'ai perdu trois bonnes minutes à comprendre le processus quoi ???

Le processus bérikoïde ? Le processus périgohide ? Déricoïde ? Bérryoïte ?

Le temps d'amadouer le doublant d'à côté, de glisser un œil sur sa copie, de lire « Ptérygoïde » et de le recopier, j'avais perdu le fil.

Quoi s'insère en dehors de qui ? Il qui ? Mais de quoi on parle ??? ⁶³³

4.2.1 L'entrée à l'université : une socialisation à l'université et à la médecine

Pour Gilles Pinte « l'arrivée à l'université est comparée à la découverte d'un nouveau monde dont on ne connaît ni les rites, ni les coutumes, voire la langue... »⁶³⁴. Il soutient l'idée que « la mayonnaise universitaire » prend ou non dans les premières semaines de la rentrée : « les 100 premiers jours semblent être cruciaux pour la réussite ou l'échec des étudiants »⁶³⁵. Il compare ce laps de temps à celui de la période d'essai pour un salarié et même à l'état de grâce souvent évoqué pour les hommes politiques. Ainsi, la période qui suit l'entrée à l'université est déterminante pour la réussite de l'étudiant, en fonction de sa capacité à comprendre les codes et les normes et de sa capacité d'insertion dans un nouveau monde, différent à bien des égards de ce qu'il a connu au lycée.

⁶³³ JADDO, WINCKLER M., 2013, *Juste après dresseuse d'ours: les histoires brutes et non romancées d'une jeune généraliste*, Paris, Pocket, pp.143-146 et <http://www.jaddo.fr/>

⁶³⁴ PINTE G, 2018, *Op.cit.*, p. 22.

⁶³⁵ PINTE G, 2018, *ibid.* p.7.

4.2.1.1 Le passage du lycée à l'université : un nouveau monde

Lorsqu'on interroge les étudiants sur les difficultés de la première année à l'université, certains évoquent le changement ressenti par rapport à ce qu'ils connaissaient au lycée :

E2 : Moi, j'étais dans un lycée, plutôt...Comme je suis dans une petite ville, je pars plutôt d'un lycée où on est peu nombreux, tout le monde se connaît, c'est très encadré, s'il y a besoin il y a des cours de soutien...et là, on est lâché directement...Ben, c'est la fac, le problème c'est ce qu'on voit aussi en droit, c'est que...quand on passe d'un système qui est assez 'cocooning' à un système ... pfft...où on peut s'étendre un peu plus et faire un peu plus ce qu'on veut, ben, c'est ça qui peut être difficile. La mise en route, surtout...

(E2exploratoire, garçon 22ans, bac S SVT mention passable, 2^oannée paramédical, mère enseignante en IME, père médecin généraliste)

Il s'agit à chaque fois d'un changement de dimension qui entraîne une rupture avec ce que l'étudiant connaissait auparavant. Le lycée, son espace et ses codes servent de référence pour mesurer les différences : « le lycée sert d'étalon pour mesurer l'ampleur du changement (...) s'il était « petit et familial », la distance ressentie est d'autant plus grande »⁶³⁶. Mais pour certains c'est la différence qui marque les esprits :

Je savais...enfin, j'avais été prévenu qu'il y aurait beaucoup de travail...mais je pense que j'étais pas encore préparé en fait, c'est ça (*éclate de rire*)...parce que, bon, quand on compare... y a une TRÈS, TRÈS GRANDE DIFFÉRENCE avec le lycée pourtant j'étais dans un lycée qui était, on va dire, assez exigeant.

(E25, garçon 26 ans, bac S SVT mention assez bien, 2^o année paramédical, mère secrétaire médicale, père préparateur en pharmacie hospitalière)

Selon Alain Coulon, l'entrée à l'université se décompose en trois temps « le temps de l'étrangeté, au cours duquel l'étudiant entre dans un univers inconnu, dont les institutions rompent avec le monde familial qu'il vient de quitter ; le temps de l'apprentissage , où il s'adapte progressivement et où une conformisation se produit ; le temps de l'affiliation enfin,

⁶³⁶ BOYER R., CORIDIAN C., ERLICH V., 2001, « L'entrée dans la vie étudiante. Socialisation et apprentissages », *Revue française de pédagogie*, 136, 1, p. 98.

qui est celui d'une maîtrise relative, qui se manifeste notamment par la capacité d'interprétation, voire de transgression, vis-à-vis des règles »⁶³⁷.

Pour Georges Felouzis, les caractéristiques de l'enseignement au lycée sont que « les individus sont pratiquement et intellectuellement encadrés » de la même façon que l'exprimait l'étudiant E2. Le but est défini, par exemple obtenir son bac ; les moyens sont définis par les emplois du temps, les contrôles réguliers, les manuels scolaires, tout est le plus souvent explicite. Alors qu'en arrivant à l'université, l'étudiant aborde un monde où les choses ne sont plus explicites, où « il faut voir ce qui n'est pas montré et entendre ce qui n'est pas dit ». L'étudiant doit alors composer avec des buts à atteindre plutôt imprécis et des obligations qu'il doit se fixer lui-même pour y parvenir. C'est en cela que Felouzis soutient que l'université en tant que système est une « institution faible »⁶³⁸. En PACES, il n'est pas sûr que le but soit imprécis : les épreuves de classement balisent clairement la fin du semestre, c'est surtout le niveau à atteindre pour franchir ce cap qui est à jauger ainsi que les moyens pour y parvenir.

4.2.1.2 L'arrivée en PACES : le début de la formation et de la socialisation médicale

L'arrivée en PACES est un choc pour le lycéen qui n'a connu jusqu'alors que l'univers de la classe : un petit nombre de camarades avec lesquels il est en interconnaissance. Gaillard et Lechopier, qui enseignent les sciences humaines en PACES, l'illustrent de la façon suivante : « En guise de premier contact avec l'université, les étudiants fraîchement issus du baccalauréat (...) se retrouvent plongés dans des promotions pléthoriques et confrontés à une concurrence très rude »⁶³⁹.

C'est l'extrait d'entretien suivant qui l'illustre assez justement.

E20 : « Et donc, arrivée en septembre en PACES...UNE CLAQUE ! Une claque : on est 1600, c'est très impressionnant, de gros amphis, un rythme très soutenu, très rapide...C'est...très

⁶³⁷ COULON A., 1997, *Op. cit.*, p.2.

⁶³⁸ FELOUZIS G., 2001, *La condition étudiante : sociologie des étudiants et de l'Université*, Paris, Presses universitaires de France (Sociologie d'aujourd'hui), pp. 12-14.

⁶³⁹ GAILLARD M, LECHOPIER N., 2015, « Relever le défi d'introduire aux sciences humaines et sociales en première année commune des études de santé : Mise en perspective de quelques pratiques pédagogiques. » *Pédagogie médicale*, EDP sciences, 16 (1), p.23.

choquant, oui...pour une personne qui débarque du lycée, arriver en PACES : y a une certaine sélection qui doit déjà se faire, je pense. Du moins, pour moi, c'est ce que je pense : dans le sens où il faut déjà avoir le moral pour arriver. »

E20 est un garçon de 22 ans. Son père est artisan électricien et sa mère agent territorial spécialisé des écoles maternelles, ATSEM. Il est fils unique. Aucun membre de sa famille ne travaille dans la santé. Il vient d'un lycée public de l'Oise où il a passé un Bac technologique STL à l'heure avec mention très bien, ce qui n'offre pas les dispositions pour un parcours sans faute en PACES. Son projet était de devenir médecin généraliste. Il avait émis deux vœux sur APB : PACES Reims et Amiens. Il a fait deux années de PACES avec tutorat et 'conf'. Il a trouvé que l'ambiance était très compétitive et en retient surtout un grand isolement, mais en tire une capacité de travail autonome. Autorisé à redoubler à la fin de la première année, mal classé en fin de S1 de sa deuxième PACES, il n'est pas ajourné mais se décide à passer les concours paramédicaux. Pour sa préparation aux concours, il préfère mélanger les expériences : peu assidu dans le parcours étudié ici, il continue à aller à quelques cours de PACES et travaille sur des annales : il dit avoir préparé ses concours seul. Il se présente à trois concours (technicien de laboratoire, manipulateur radio et infirmier) est accepté dans les trois formations et fait le choix de la formation infirmière pour pouvoir s'occuper d'un patient dans sa globalité avec une « *connaissance sur tout le champ médical* » plutôt que de faire des actes segmentés. L'entretien s'est déroulé lors de sa deuxième année d'IFSI. Adhèrent à la FNESI syndicat étudiant infirmier, il milite pour la création d'un Master infirmier et se voit travailler plutôt à l'hôpital public, si possible aux urgences. Depuis son diplôme d'État, il travaille en réanimation cardio-thoracique dans un CHU de la moitié nord de la France.

L'université est une instance de socialisation ; pour parvenir à transformer les individus qu'elle accueille, elle exerce un effet socialisateur sur la vie des étudiants « pendant le temps nécessaire à l'inculcation de dispositions »⁶⁴⁰. Or en PACES, le temps est compté : les étudiants ont trois mois (les 100 jours précédemment cités) ; ils savent qu'ils doivent travailler avec acharnement. Ils arrivent dans une promotion où il y a des redoublants⁶⁴¹ (les carrés), d'autres ont fait une pré-rentree dans un cours parallèle que nous appellerons pour la suite « prépa

⁶⁴⁰ DARMON M., 2016, , *op cit* , p104

⁶⁴¹ L'année de mise en place de la PACES, il y a eu 1162 inscrits au concours du S1 dont 269 redoublants, soit un peu plus de 23%. L'année suivante, 1389 inscrits au concours dont 406 redoublants soit un peu plus de 29%.

privée », terme le plus usité. Les primants qui arrivent du lycée doivent vite apprendre les codes et se mettre au travail.

Les étudiants ont été prévenus plusieurs fois que le travail allait être conséquent. S'ils étaient présents aux journées portes ouvertes, le message était déjà donné. Lors de la rentrée, les étudiants ont une première journée d'accueil : de 9 heures à 17 heures, le déroulement des études est expliqué, les responsables des filières médecine et pharmacie sont présents. Les moyens à leur disposition sont présentés : la plateforme informatique et l'espace numérique de travail, la bibliothèque universitaire, le tutorat (présent depuis 2012) et les différentes corporations d'étudiants. La PACES est expliquée « *en détail* » par le vice-doyen. Les consignes données par le doyen sont claires : le travail en PACES, c'est davantage un « *problème de volume* », le semestre est court car les examens sont très tôt en décembre. Par conséquent, il faut se mettre au travail dès le début (insistance) et tous les jours (insistance), ce qui suppose un « *travail intensif dès J1* ». Il termine sa présentation sur diaporama en commentant ce message :

Enseignement supérieur : un monde nouveau = pas de contrôle : => se gérer!

Cette entrée initiatique dans la formation médicale n'est que le début de la socialisation médicale : les étudiants doivent d'abord réussir à étudier pour passer les épreuves de classement du S1 puis du S2. Une fois ce concours réussi, ils entrent dans les « vraies » études de médecine. « Les étudiants considèrent la première année des études de médecine comme une année de sélection avant l'entrée dans les vraies études médicales »⁶⁴². Cette socialisation médicale est néanmoins intéressante à aborder : des dispositions que les étudiants devraient incorporer sont présentes dans les études médicales dès la première année.

⁶⁴² SAINT-MARC D., 2011, *op. cit.*, p.17.

Deux modèles, fonctionnaliste et interactionniste, construits au milieu du XXe siècle, continuent d'alimenter la réflexion sur cette forme de socialisation secondaire qu'est la formation médicale⁶⁴³.

Le point de vue fonctionnaliste montre que le processus de socialisation s'élabore au cours des études médicales lorsque que les enseignants en médecine développent la culture professionnelle chez les étudiants. Dans « *The student physician* », l'étude de Merton, Reader et Kendall s'intéresse au processus de transformation d'un néophyte en médecin et à l'environnement social de la transmission de la culture médicale. Ce processus est étudié pour sa finalité « devenir médecin ». Les étudiants sont socialisés de façon explicite par les enseignements qu'ils reçoivent au cours de leurs études mais aussi de façon indirecte au contact de leurs pairs, des patients, des rencontres à l'hôpital et des autres membres de l'institution médicale. L'acquisition de l'ensemble des normes, des valeurs et des comportements de la culture médicale constitue l'enjeu de l'initiation des néophytes. Les étudiants doivent alors composer avec des normes et d'autres normes éventuellement contradictoires, et harmoniser ceci en un tout fonctionnel et équilibré. C'est ce que la formation médicale a pour tâche d'apprendre à ses étudiants. Dans ces travaux, la socialisation est envisagée comme l'« ensemble des processus par lesquels les individus acquièrent les valeurs, les attitudes, les intérêts, habiletés et savoirs - en un mot, la culture - qui sont ceux des groupes dont ils sont ou souhaitent devenir, des membres »⁶⁴⁴. Merton développe ainsi la conception fonctionnaliste de la socialisation médicale qui repose pour partie sur la notion de socialisation anticipatrice. Il s'agit de s'identifier de façon anticipée aux membres d'un « groupe de référence » dotés d'un statut social plus élevé, en adoptant leurs normes et valeurs. Non seulement les étudiants sont socialisés par leurs enseignants, leurs camarades et pairs mais ils acquièrent la 'culture médicale' du groupe vers lequel ils tendent et subissent ainsi l'influence de la profession médicale.

⁶⁴³ MERTON R.K., READER G.G., KENDALL P.L., 1957, *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Harvard University Press.

HUGUES E. C., 1955, « The making of a Physician », *Human Organization*, 14, pp 21-25

BECKER H.S., GEER B., HUGHES E.C., STRAUSS A.L., 1961, *Boys in white : student culture in medical school*, New Brunswick; London, Transaction.

⁶⁴⁴ MERTON cité par DARMON M., 2016, *La socialisation, Op Cit*, p. 80.

Le point de vue interactionniste privilégie la socialisation en situation. Dans « *The Making of a Physician* », Hughes établit que la culture médicale n'est pas la création exclusive de la profession médicale mais qu'il existe une culture médicale professionnelle et une culture médicale profane⁶⁴⁵. Hughes nomme la formation médicale : « éducation à la santé » et la définit comme « un ensemble d'expériences planifiées et non planifiées par lesquelles les profanes, habituellement jeunes et avertis de la culture médicale, s'approprient une partie de la culture médicale technique et scientifique des professionnels »⁶⁴⁶. La trajectoire de l'étudiant en médecine, sa socialisation médicale partent de la culture médicale profane, passent par des expériences « plutôt standardisées » et des examens en vue d'être diplômé. Cette socialisation professionnelle est donc une transformation, une initiation au rôle qui s'accompagne d'une séparation avec le monde d'avant : ce que Hughes nomme la 'traversée du miroir' « sensation qui consiste à percevoir le monde à l'envers » La période d'initiation au rôle de médecin est celle où la culture profane et la culture professionnelle « interagissent », période inconfortable d'« incertitude » en prenant conscience des limites de ses compétences et de la connaissance médicale. Contrairement aux fonctionnalistes, ici le rôle n'est pas défini d'avance. La formation médicale devient alors la confrontation des stéréotypes avec la réalité. Cet apprentissage de la « réalité complexe » peut se faire à divers moments de la formation médicale et s'apparente à une conversion. L'étudiant se socialise par « frottement » dans des contextes rugueux, des interactions difficiles. D'autres fois, la socialisation se fera en s'appuyant sur des personnes – enseignants ou pairs – qui sont aidants ou facilitateurs. Le point de vue interactionniste privilégie aussi la culture étudiante.

Dans l'étude de terrain pour *Boys in white*⁶⁴⁷, les auteurs se sont attachés à rendre compte de la formation médicale, des modalités d'apprentissage, des effets socialisateurs au cours de cette éducation. Il faut surtout remarquer qu'avant de devenir médecin, les étudiants doivent apprendre à devenir étudiants en médecine, surmonter les difficultés, diriger leurs efforts... Ils font preuve d'autonomie : « les étudiants ne deviennent pas simplement ce que la faculté de médecine veut qu'ils deviennent »⁶⁴⁸. Les auteurs décrivent surtout une

⁶⁴⁵HUGHES E.C., 2003, « La fabrication d'un médecin » trad ROTHIER-BAUTZER E, *Les sciences de l'éducation-Pour l'ère nouvelle*, 36, 2, p. 58.

⁶⁴⁶ HUGHES E.C., *op cit*, p60

⁶⁴⁷ BECKER H.S., GEER B., HUGHES E.C., STRAUSS A.L., 1977 (1961), *Boys in white : student culture in medical school*, New Brunswick; London, Transaction, pp.80-184.

⁶⁴⁸ DARMON M., 2016, *op cit*, p84

socialisation étudiante plutôt que professionnelle – même si l’institution est destinée à produire un type de professionnels en particulier – influencée par le groupe de pairs et qui se développe en fonction des situations rencontrées. Pour répondre à la pression institutionnelle, les étudiants apprennent à développer des plans d’action sous la forme de perspectives. Pour faire face à la surcharge de travail imposée par la faculté dès la première année et surtout la méconnaissance de ce qu’ils doivent savoir, les étudiants développent des ‘perspectives ’successives. La première perspective, qui s’échelonne de la rentrée aux premiers examens, voit une période d’intense effort pour tout apprendre. « Les étudiants sont totalement pris dans cette posture d’effort scolaire »⁶⁴⁹ mais ils vont prendre conscience que c’est impossible et qu’ils vont devoir trouver un moyen de sélectionner ce qui est le plus important⁶⁵⁰. À partir de ce moment, les étudiants cherchent une autre façon de travailler qui soit efficace ; deux positions vont alors se détacher : dans un premier groupe (*practice minded group*), le plus important à apprendre, et à retenir, sera ce qui est utile pour la pratique médicale future. Le second groupe (*system-minded group*) s’attache à travailler en fonction de ce que les enseignants considèrent comme important⁶⁵¹. Chaque position comporte des limites : ceux qui ont opté pour le critère de la pratique médicale future trouvent que les examens n’étaient pas assez orientés vers la pratique ; et ceux qui ont privilégié les attentes enseignantes trouvent que certaines questions d’examen étaient injustes car elles n’avaient pas été traitées en cours à la hauteur d’une question d’examen. La situation des examens et la poursuite des apprentissages en interaction dans les différentes formes de cours, travaux pratiques va favoriser la constitution d’un « corps étudiant organisé »⁶⁵² et l’émergence d’une perspective commune pour la fin de l’année. Les étudiants vont apprendre les faits médicaux de base, les plus importants, ceux qui pourront être appris de la façon la plus économique possible pour répondre aux attentes enseignantes.

Dans le travail d’Anne-Chantal Hardy et al., la socialisation pendant la première année de médecine est à rapprocher d’une socialisation secondaire et surtout étudiante, par exemple à travers le travail en petit groupe. Cette socialisation étudiante ne parvient pas à créer un « effet collectif » à cause de « pratiques de travail concurrentielles », ce qui aboutit

⁶⁴⁹ DARMON M., 2016, *Op. cit.*, p86

⁶⁵⁰ SAINT-MARC D., 2011, *Op. cit.*, p.42.

⁶⁵¹ BECKER H.S., GEER B., 1958, *Student culture in medical school, Harvard Educational Review* 28, 1, pp71-75.

⁶⁵² BECKER H S, GEER B, cité par SAINT-MARC D., 2011, *op cit.*, p.41.

à la « constitution d'un « corps » sans « esprit de corps », mais avec des zones de circulation, des segments plus ou moins distincts »⁶⁵³. La socialisation médicale est davantage envisagée comme une socialisation professionnelle qui s'étire sur toute la longueur des études, un long processus qui permet une « transformation de la vision du monde » et dont les stages pratiques sont une initiation progressive à la réalité du métier, le stage infirmier après la première année jouant le rôle d'initiateur⁶⁵⁴.

Il reste que les étudiants en première année sont soumis à une part d'incertitude, aussi bien sur les attentes des enseignants pour les acquisitions nécessaires au concours que sur l'évolution et la finalité de leur année d'études. Cette situation inconfortable est dépendante de la connaissance des codes en vigueur dans la formation que nous allons analyser dans la suite de ce chapitre.

4.2.2 Les cours en « amphis » : aux frontières de l'explicite et de l'implicite

« À leur entrée à l'université, les bacheliers doivent donc s'adapter à des changements plus ou moins intenses de leur mode de vie alors que, simultanément, ils sont confrontés à de nouvelles méthodes d'enseignement et découvrent des situations pédagogiques inédites, celle des cours magistraux en amphithéâtre constituant parfois une expérience assez déroutante »⁶⁵⁵.

Les cours en amphithéâtre ou « amphi » pour le premier semestre en PACES concernent les quatre premières unités d'enseignement. Comme l'UE3 (Organisation des appareils et systèmes 1 : aspects fonctionnels et méthodes d'étude) est divisée en deux parties, la seconde étant programmée sur le S2, les responsables considèrent qu'il n'y a « que » trois UE et demi.

Ces cours magistraux se déroulent par demi-journées de quatre heures, tous les matins de la semaine sauf le jeudi où les cours ont lieu l'après-midi de 14 heures à 18 heures. Il faut ajouter les enseignements dirigés ou ED, pour certaines UE, qui se déroulent en grands

⁶⁵³ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p.41.

⁶⁵⁴ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Ibid*, p. 94 et 45.

⁶⁵⁵ BOYER R., CORIDIAN C., ERLICH V., 2001, *Op. cit.*, p. 99.

groupes qui peuvent aller jusqu'à 150 à 200 étudiants environ, et dont les horaires ne sont pas fixes pour tout le semestre.

Les matières scientifiques fondamentales sont placées sur le premier semestre (physique, chimie, biologie, statistiques,...). Les sciences humaines et la santé publique, l'anatomie sont au second semestre ainsi que l'UE spécifique qui permet de choisir la filière de formation et le concours pour la fin de l'année. Il faut noter que les étudiants peuvent envisager de passer plusieurs concours en mai, puisque certaines UE spécifiques sont mutualisées et que les créneaux d'enseignement ne se chevauchent pas.

Les étudiants sont très nombreux par promotion, entre 1200 et 1500 le plus souvent, ce qui pose un problème de locaux. Comme expliqué précédemment, chaque année jusqu'en 2014-2015, les étudiants ont été répartis sur plusieurs lieux au premier semestre : deux amphithéâtres à l'UFR de Sciences et un autre amphithéâtre d'abord au Pôle santé puis au Campus. L'enseignant ne dispense pas son cours trois fois, le cours a lieu dans un amphithéâtre (toujours le même) et il est retransmis dans les deux autres amphis. Pour éviter les cohues et les bousculades aux portes de « l'amphi prof », les étudiants ont été affectés à un amphi en particulier, les redoublants ont été regroupés. Pour que cette affectation soit respectée, les étudiants se sont vus attribuer un cordon de couleur en fonction de l'amphi où ils ont cours. Des contrôles de la carte d'étudiant ont néanmoins dû être mis en place car une économie souterraine de revente de cordons pour « l'amphi prof » avait vu le jour. Au second semestre, une rotation des affectations a lieu pour préserver une égalité de traitement et les effectifs sont moins nombreux à cause des abandons et de la réorientation obligatoire.

Q : Et depuis qu'ils ont mis en place le système de cordons, ça doit être mieux pour la répartition des amphis ?

E15 : Ouais. Ouais, ouais...Je sais que j'ai un ami qui est à la Catho de Lille, et il m'avait raconté que dans les années précédentes, il y avait des portes vitrées et tellement c'était la course, ils avaient réussi à casser les portes vitrées ...c'est quand même assez violent... Donc les cordons, ça nous sauve pas mal ! et puis ça change ...au bout du semestre, après ça change

Q : Et justement, le fait d'être en présentiel, ou pas en présentiel, qu'est-ce que ça donne ?

E15 : Moi, j'étais à Baudelocque, en présentiel. (...) avec le prof. Mais c'est le plus grand, et c'est dans celui-là où viennent les carrés (redoublants) par exemple, si ils veulent chanter des chansons paillardes, comme c'est la tradition...Enfin, c'est vraiment là où il y a le bazar. Après, j'ai des échos aussi d'amis qui étaient à Haüy : au départ, ils disaient que c'était nul, qu'ils

n'entendaient pas la vidéo parce que tout le monde parlait...Et au final, ils y sont restés et ils ont préféré Haüy parce que les gens, au fur et à mesure de l'année, les gens qui ne voulaient pas travailler sont déjà partis...donc, c'était calme, et voilà...

(E15, fille 19ans, bac S physique chimie mention bien, L0, père et mère dans l'aviation)

A partir de la rentrée du S2 en janvier 2015, les étudiants de PACES ont intégré les locaux nouvellement construits pour le premier cycle des études médicales en prévision d'un Campus santé. Deux grands amphis contigus ont été dimensionnés pour accueillir la Première année commune des études de santé. La vidéotransmission, déjà utilisée, reste un outil privilégié pour l'amphithéâtre où l'enseignant n'est pas présent.

OBSERVATION D'UNE MATINEE DE COURS EN PACES

AMPHI en vidéotransmission

Mercredi matin (à trois semaines du concours du S1)

Un grand amphi, lieu de l'observation, est dédié aux 'carrés', c'est-à-dire aux redoublants qui ont la réputation de faire du chahut et perturber le cours pour déstabiliser les primants. L'entrée est surtout contrôlée en début d'année ; j'ai obtenu une simple autorisation verbale auprès d'un agent administratif de la scolarité PACES pour mon enquête. L'attribution de cordons de couleurs a permis de ventiler les inscrits entre les amphis, ceci dans le but que chacun ait une place en cours, en évitant les phénomènes de places 'réservées', de files d'attente pour assister au cours en présentiel. Cette disposition a été prise après qu'un fait divers ait été relayé par la presse régionale puis nationale— une jeune fille s'était blessée en escaladant les barrières pour arriver en cours de bonne heure avant l'ouverture des portes de l'université.

Arrivée à 8H05, je suis en retard, le cours a commencé ; le programme porte sur la radiologie, l'irradiation et les rayonnements ionisants. Le professeur expose les différents examens, continue par les essais nucléaires et Tchernobyl. Il y a quelques arrivées après moi (6). Les étudiants sont plutôt regroupés dans le centre de l'amphi. On entend des papotages réguliers par 2. Le prof aborde la réglementation et fait un point historique avec des photos d'époque : cette fois, des murmures montent dans l'amphi. Ce point n'est pas crucial pour le concours ; les étudiants jugent que c'est peu utile et en profitent pour discuter. C'est de la culture générale, une sorte de 'remplissage'. Le prof continue avec la radioprotection. Il y a toujours un léger brouhaha ou des papotages par 2 ou 3. On remarque assez peu d'ordinateurs pour la prise de notes qui se fait davantage sur papier. Certains

suivent sur polys, ceux de l'an dernier ou téléchargés sur la plateforme ou encore ceux de la prépa privée (ceux-là sont facilement reconnaissables au filigrane qui barre chaque page). Ils complètent par des notes et surlignent en fluo. D'autres assistent au cours comme à une conférence avec détachement et sans prise de notes.

8H35 : 2 étudiants ont posé leur tête sur leurs bras et dorment.

8H40 : fin de ce cours. Conclusion du prof. « et il n'y aura pas le CRIRAD et IRSN » (conseils pour le concours) « Bon courage pour les 3 semaines qui viennent » on entend des « chut » dans l'amphi. A la fin du cours, l'attention redouble pour capter le moindre indice pour le concours, car si le contenu a déjà été vu l'an dernier et s'il a peu changé, les 'scoops' sont plutôt attendus et ils peuvent tomber à la fin, incidemment...

C'est la fin du cours et la pause. Les bavardages sont à peine plus intenses. Sur l'écran, on visionne la totalité de l'amphi prof qui est aussi en pause.

Cours suivant avec un nouvel intervenant. C'est un cours de neurologie avec des rappels de physique sur l'électricité. « Chapitres 2, 3, 4 ... il reste 1H de cours et 2H la semaine prochaine ». Le prof traite de la notion de condensateur. « Ne sera posé à l'examen que ce qui a été vu en cours ». Ils suivent pour la plupart sur polys. Le prof passe 4 à 5 diapos pour aller sur les courants alternatifs. « Si je passe la bobine, ça veut dire que je ne poserai pas la bobine à l'examen ». Les étudiants tournent les pages pour aller aux courants alternatifs. « On oublie l'impédance de la bobine, on n'aura pas le temps ». Le rythme est très rapide, il y a toujours de légers bavardages pendant ce cours aussi.

9H10. Le chapitre 2 est fini, on passe au chapitre 4 directement. Certains s'étirent. « Si on ne fait pas le cours, vous le verrez en neuro-physio, c'est pas trop grave, vous n'aurez pas l'impression de redites » Chapitre 4 : Électrocardiogramme, activité électrique des cellules. Un dormeur en anorak devant moi se réveille. « Rappel anatomique du cœur » un nouveau chut ! dans l'amphi pour retrouver du silence et de la concentration.

9H20 : au centre de l'amphi, dans la partie haute, 4 filles papotent sur 2 rangs différents, le chut vient de cette zone car, manifestement, elles dérangent. Un autre garçon fait une sieste, celui de devant continue de se reposer. Le cours est toujours sur le myocarde et les activités de la cellule myocardique « j'avais des images...je ne sais pas si on les voit ??? ». Le prof passe 5 ou 6 diapos et revient en arrière. Un brouhaha monte avec le bruit des pages qui se tournent.

9H25 : les 4 filles au centre discutent toujours. « Systole : contraction ventriculaire/ diastole : relaxation ventriculaire ». Dans le bas de l'amphi, au centre, 2 garçons discutent depuis un moment, un 3° les rejoint : ils rient beaucoup mais restent 'discrets' (les étudiants de médecine apprennent la

discrétion : ils prennent progressivement l'habitude de communiquer en parlant sans proférer de sons : ils parlent très, très bas, c'est surtout palpable à la bibliothèque universitaire de santé).

« Je vais vous montrer quelque chose ». Le prof cherche un schéma du cœur, passe plusieurs diapos ce qui déclenche à nouveau un brouhaha de feuilles pour chercher dans le poly.

9H45 : les 4 filles discutent toujours. « Ah ! le schéma page 132, je suis désolé vous ne l'avez pas – le cours déposé sur la plateforme serait-il obsolète ??? Brouhaha – mais vous avez tous vu ça !... Urgences ...Docteur House... » puis il explique la place des électrodes et la théorie du feuillet et l'onde de dérivation.

9H50 : fin du cours, le chapitre 3 n'a pas été fait malgré le rythme très soutenu. « Voilà, bonne journée ». Nouvel intercoures. A nouveau on visualise l'amphi prof sur l'écran. Quelques étudiants sortent pour prendre une pause. C'est un chassé-croisé. Il y a de nombreux petits groupes de discussion.

10H10 : On est à 20 mn de pause : ceux qui sortent encore regardent sur l'écran où en est l'amphi prof.

10H15 : 2° cours de biologie moléculaire en 2 parties. Le cours est raccourci par rapport à l'an dernier. Cette petite information est capitale car, pour des redoublants, cela veut dire qu'il faut être vigilant et réadapter le contenu de leurs notes pour rentabiliser les révisions et ne pas travailler en vain. « Régulation de l'expression des gènes ». « C'est quelque chose de très, très important ». Silence dans l'amphi, très peu de bruit et beaucoup moins de papotages. Un garçon qui, sur le cours précédent ne faisait que lire son polycopié, prend des notes à présent. Il n'y a plus d'étudiants couchés sur leur table. Le débit du prof est rapide, le vocabulaire, scientifique et très indigène, incompréhensible au premier abord : « l'enhancer agit en CIS »... peu de bavardages « ...pour illustrer, parce que c'est un peu aride » (!) « Exemples de modifications post-traductionnelles, on va parler de phosphorylation ». Certains décrochent, on entend quelques murmures. Il est 10H35. Les 4 filles qui parlaient beaucoup sont maintenant attentives. Au 3° exemple, le prof donne des pistes de questions de concours : « je pourrais par exemple vous demander si... » « Pour bien enfoncer le clou, pour être sûr que votre mémoire visuelle fonctionne, voilà quelques ligands ». Les bavardages sont toujours peu nombreux.

Nouvelle partie du cours : « je reprends les basiques » la diapo dure quelques minutes pour réexpliquer et les bavardages remontent. « Le nucléosome, c'est très important et c'est à avoir bien appris » Le message est on ne peut plus clair. Le silence règne à nouveau. « J'imagine que vous êtes calés en chimie maintenant, plus que moi peut-être... » On entend quelques rires dans l'amphi prof. Les étudiants suivent le cours sur le poly papier, déjà surligné en fluo. Certains ont imprimé le cours en micro et en couleur ; d'autres sur feuilles A4, une diapo par page et ils annotent dessus.

11H10 : retour au plan du cours ; partie 2. Dans l'amphi prof, certains réclament une pause, cela fait bientôt une heure de cours. Le prof n'hésite pas longtemps – petit brouhaha dans l'amphi prof – il continue. Le débit est toujours très rapide. « Métabolisme du fer à l'échelle de la cellule » On entend des chut dans l'amphi prof. Dans l'amphi observé, ça ne bronche pas. 2 diapos plus loin, le silence est à nouveau parfait, le débit du prof toujours aussi rapide...

11H15 : une fille sort. Les bavards sont plus ou moins toujours les mêmes, mais les bavardages sont peu fréquents, toujours 2 par 2, avec le voisin, possible binôme de travail. Le garçon en anorak qui a dormi pendant le cours précédent est attentif mais ne prend presque pas de notes.

11H18 : changement de diapo. Dans l'amphi prof on entend : « PAUSE !!! », le prof continue toujours.

11H20 : un garçon sort. Un autre devant moi fait un dessin géométrique automatique, s'arrête, reprend. Il y a encore d'autres sorties. Le cours est très dense. Lorsque le prof fait des transitions entre ses diapos, les bavardages reprennent : sorte de pause à défaut de pause accordée. Ce sont des espaces temps de décompression relativement brefs qui permettent une micro-détente. Néanmoins, dans l'amphi observé, un chut agacé retentit.

Les bavardages montent encore. Le garçon en anorak s'est recouché. Visiblement, le défaut d'attention, qui se manifeste de différentes façons, indique que cette partie de chapitre est assimilée, déjà vue ou 'à négliger'. En tout cas, cela ne mérite pas d'y dépenser de l'énergie pour écouter, rester concentré, essayer de comprendre.

11H30 : « on va arrêter le cours ici ! » gros brouhaha...Les sorties ne sont pas précipitées : il y a des soupirs profonds, encore quelques bavardages.

11H34 : l'amphi est vide.

En dehors de la vidéo-transmission mise en place de façon concomitante avec la PACES, d'autres outils sont à la disposition des étudiants. Les photocopiés distribués en début d'année ont disparu au profit de supports plus actuels : les cours sont disponibles sur l'espace numérique de travail, certains étudiants les impriment. D'autres ont les supports de cours distribués par les prépas privées. Les étudiants peuvent aussi revoir les cours en podcast.

R29 : Les étudiants ont leurs cours en Podcast et sur plateforme. Donc, du coup, ils ont un accès au quotidien sur leurs cours.

Q : Ça, c'est plutôt bien ?

R29 : C'est bien et c'est pas aussi bien que ça, en fait. Il y a des avantages et des inconvénients. Les avantages, c'est effectivement que les étudiants peuvent revoir leur cours, ça, c'est pas un souci. Les inconvénients, c'est que les étudiants disent : « Ben, de toute façon, le cours est sur l'ENT... donc, je viens pas ou je mets le bordel en cours ». Donc, du coup, c'est pas...voilà...Avantages et inconvénients, quoi...C'est plutôt bien, moi, je pense...

(R29, homme 50 ans environ, MCU-PH, Exploration fonctionnelle neuro-pédiatrie, Vice-président Université)

Lors de l'enquête par questionnaire, les étudiants ont été interrogés sur l'usage qu'ils faisaient au premier semestre des supports de cours mis à leur disposition. La majorité des étudiants, soit près de 72% déclarent les utiliser pour suivre le cours, ce qui évite de prendre tout en note et de surligner en fluo comme nous l'avons observé en amphi. Ils sont d'ailleurs très équipés en couleurs de toutes sortes. Ensuite, le support sert pour apprendre, mais assez peu anticipent en travaillant le contenu avant le cours. On peut supposer que la masse de travail est déjà suffisamment conséquente pour ne pas mettre de l'énergie dans une tâche à fonds perdu si le contenu est peu compréhensible tant que les explications du cours ne sont pas données.

Tableau 15 : Modalités de l'utilisation du support de cours

	Souvent	Parfois	Jamais
Le support sert avant pour travailler	26,7%	45,7%	27,6%
Le support sert pendant pour suivre	71,8%	18,8%	9,4%
Le support sert après pour apprendre	67,8%	25,4%	6,8%

En définitive, la présence en cours est gérée de façon individuelle par les étudiants, les interconnaissances sont peu nombreuses, même parmi les redoublants, le binôme ou le petit groupe étant privilégié. La présence est assez assidue au premier semestre, le temps d'apprendre les codes. Les enseignants ne connaissent pas les étudiants, tout ceci fait dire à Felouzis qu'il règne un anonymat dans les amphis, « contexte d'action où l'interdépendance entre les membres est faible » de même que la relation pédagogique⁶⁵⁶. Le cours magistral délivre des notions et des savoirs, nouveautés ou « bases à revoir ». « Le cours en amphi est l'antithèse de l'idée que les étudiants ont des stratégies d'apprentissage différenciées et

⁶⁵⁶ FELOUZIS G., 2001, *Op. cit.*, p.15.

adaptées. Le cours en amphi correspond plutôt à l'image que les étudiants sont des réceptacles qu'il suffit de remplir avec des connaissances. Pour caricaturer, on pourrait dire que cela correspond à une vision digestive de l'apprentissage : ingestion et digestion de connaissances, puis déjection de celle-ci lors des évaluations »⁶⁵⁷.

Les étudiants interrogés sur le contenu des UE pendant leur premier semestre déclarent à 95% qu'il y avait beaucoup de nouvelles notions à acquérir et que les pratiques pédagogiques et les méthodes d'enseignement, différentes de celles du lycée, ne leur semblaient pas adaptées pour la moitié d'entre eux.

Tableau 16 : Perception des méthodes d'enseignement en PACES par les étudiants

Les méthodes d'enseignement vous semblent-elles :	%	Effectifs
Non adaptées	52,8	95
Adaptées	33,3	60
Ne sait pas	13,9	25
Total	100	180

Outre la présence en cours fortement conseillée par les enseignants, le contenu des UE est accessible par des moyens actuels, en phase avec les habitudes des étudiants d'aujourd'hui. De façon explicite, les savoirs sont mis à disposition mais les étudiants de l'échantillon n'ont pas acquis les codes ou les dispositions qui leur permettent de fournir le type de travail qu'implicitement la faculté attend d'eux, ou pour le dire comme Bodin, Mengneau et Orange, les étudiants en difficulté subissent un « coût très élevé d'une adhésion enchantée associée à une faible explicitation des attendus »⁶⁵⁸.

⁶⁵⁷ PINTE G, 2018, *op cit*, p 73

⁶⁵⁸ BODIN R., MENGNEAU J., ORANGE S., 2020, « Adhésion enchantée et aléas universitaires : les effets ambivalents de la sélection à l'Université », *L'Année sociologique*, 70, 2, p. 465.

4.2.3 Une rude compétition

Dans cette sous-section, le rapport aux études universitaires en PACES est envisagé essentiellement sous l'angle des relations des étudiants avec leurs pairs et avec les contraintes de la perspective des épreuves de sélection de la PACES. Ces contraintes sont connues des responsables interrogés ; ils s'expriment aussi sur ce sentiment de compétition qui impacte les relations dans la promotion.

Le gros problème d'avoir des grosses cohortes, c'est que (...) dans l'ensemble, les moyens sont tirés vers le bas par les mauvais...Les bons, ils sont bons, mais les bons sont souvent égoïstes : **les bons, ils se regroupent ensemble, ils travaillent ensemble** : on le voit très bien après quand ils se regroupent pour faire des conférences d'internat, d'ECN, c'est que les bons se regroupent ensemble. C'est très social, ce sont des groupes sociologiques : les dominants, ils se regroupent. Et comme maintenant, on a vraiment des très mauvais, et bien, les très mauvais, ils traînent, pour tout un tas de raisons, le marais vers le bas, alors qu'on voudrait plutôt qu'ils aillent vers le haut.

(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

La socialisation au travail universitaire sera abordée un peu plus loin avec les notions de stratégies de travail, de gestion de la dimension temporelle⁶⁵⁹, du lieu de travail.

Cette contrainte peut être exprimée en quelques mots :

« Ha, la pression ! Déjà, en général, je suis beaucoup stressée. Alors, là, le stress, ouh... »

(E16, fille 19 ans, bac S SVT mention bien, parcours réorientation, mère professeur français en lycée, père professeur SVT en lycée)

Les mots pour le dire se bousculent chez les étudiants de PACES en général, mais ceux qui n'ont pas réussi à franchir la barrière du concours le livrent facilement : sélection, compétition, concurrence, pression, mais aussi mal-être psychologique et affaiblissement des « liens horizontaux qu'ils entretiennent avec leurs pairs⁶⁶⁰ » pouvant aller jusqu'à une certaine violence. Le corpus recueilli sur ce thème est abondant.

⁶⁵⁹ DARMON M, 2013, *Classes préparatoires. La fabrique d'une jeunesse dominante*, Paris, La Découverte, coll. « Laboratoire sciences sociales »

⁶⁶⁰ NICOURD S, 2011, « Les processus de socialisation des étudiants de la démocratisation universitaire », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 42-2, p84

Les cours en amphitheâtre...enfin, voilà, fallait être super tôt devant l'amphitheâtre quoi...Moi, j'allais dans l'amphitheâtre prof : donc, y avait 2 amphitheâtres à la fac de Sciences, l'amphitheâtre vidéo et l'amphitheâtre prof... le matin, c'était la cohue...pour avoir des places, c'était la bagarre ! Et après, sinon, c'est l'ambiance concours médecine...tout le monde se tire dans les pattes. Si il y a des photocopies qui passent : y en a qui prennent des paquets pour ne pas que les autres en aient, quoi ! (...) les 'coups bas', c'était partout, quoi...Hors de question de demander un truc à un autre... (...) Alors après, y a la pression des carrés aussi...Ils le savent : ils mettent la pression à mort, c'est eux qui font vraiment les coups bas.

(E10, garçon 25ans, Bac S physique chimie obtenu après 3 ans de terminale ; 2° année paramédical, mère infirmière cadre de santé et père technicien de laboratoire (décédé))

L'affaiblissement des liens sociaux sont plutôt bien retranscrits par l'étudiante suivante. E17 est une fille de 19 ans ; originaire de l'Aisne, elle est issue d'une famille de trois filles. Son père est responsable en maintenance électrique et sa mère est employée dans un commerce de prêt à porter. Elle passe un bac S option mathématiques, obtenu avec la mention bien, elle dit qu'elle n'a jamais eu besoin de beaucoup travailler. Elle a les dispositions nécessaires pour pouvoir espérer réussir du point de vue scolaire, mais son origine sociale est moins favorable. Surtout, elle s'inscrit en PACES pour travailler dans le domaine de la santé : c'est un pis-aller car elle ne savait pas trop quelle orientation choisir. Classée 816/1304 après le S1, elle est autorisée à poursuivre mais choisit de se réorienter par dégoût aussi bien de la forme des études que de l'ambiance de compétition qui y règne. Elle intègre le parcours d'aide à la préparation paramédicale en vue du concours infirmier, mais aussi par stratégie pour conserver sa bourse. Elle réussit finalement son concours infirmier et obtient une place dans l'institut choisi près de sa famille.

« Sur le mois de ... fin novembre, ça a commencé à être dur, parce que, ben, pas de vacances...à tout le temps, tout le temps travailler, ben, le moral, c'était dur. J'avais l'impression qu'y avait plus rien qui rentrait, que je retrouvais plus rien...Et puis **il y a beaucoup de concurrence**, même entre amis qui venons du même lycée. Maintenant, je ne parle pratiquement plus à personne car la médecine, **c'est chacun pour soi**, on est délaissé et même sans le vouloir, on rentre dans la concurrence. C'est ce qui m'est arrivé avec ma colocataire, on ne s'adressait même plus la parole car on était en concurrence en quelque sorte. Finalement, on a discuté et on a réglé le problème. On a donc pu s'aider mutuellement mais après de nombreux mois dans

le silence. Mais c'est **tellement de pression** que chacun reste dans son coin pour essayer de grappiller la moindre place... »

(E17, fille 19ans, bac S Math mention bien, parcours réorientation, mère employée commerce, père responsable maintenance électrique)

L'exemple de l'étudiant suivant montre qu'il avait une autre représentation des étudiants de PACES : il croyait, peut-être un peu naïvement, que l'entraide et la bienveillance seraient présentes dans les relations avec ses pairs :

Q : Est-ce que dans l'environnement, il y a des choses qui vous ont perturbé ? Le fait qu'il y ait du chahut ? Ou bien des gens qui vous incitent à ne pas travailler ? L'ambiance de travail ?

E14 : Ce n'était pas tellement le chahut mais plutôt **l'ambiance générale... enfin, concours... l'idée qu'il fallait être le meilleur...**

Q: C'est pas votre truc ?

E14 : Non, j'ai pas l'esprit de compétition plus que ça et ...comment...**c'est vrai que c'était assez...déroutant.**

Q: Vous avez vécu des trucs du genre : on arrache les pages des bouquins pour les garder pour soi ?

E14 : Non, non, je n'ai pas vécu ça, mais des histoires avec les places dans l'amphi...**c'est vrai que c'est spécial** quoi...Surtout quand on choisit un cursus médical...enfin, moi je m'imaginais que c'était pour vraiment aller vers l'autre...une démarche d'aide...et on se rend compte que les gens sont... (*ne termine pas sa phrase*)

(E14, garçon 19 ans, Bac S SVT mention bien, parcours réorientation, mère secrétaire de mairie, père technicien ENEDIS)

A l'inverse d'une « démarche d'aide » comme le dit cet étudiant, les premiers apprentissages des étudiants en santé seraient plutôt : « apprendre à s'isoler, à ne pas compter sur les autres, à se méfier des voisins » selon les observations de l'enquête de Hardy-Dubernet, Gadéa et al⁶⁶¹. Et même en ayant eu le temps de s'approprier les codes lors d'une première PACES et d'incorporer les dimensions de la mise à l'épreuve, de la solitude et de la compétition, cet étudiant exprime très clairement les relations difficiles avec les autres :

« Et j'ai redoublé la PACES: une année qui a été comme la première, **assez difficile...psychologiquement**, parce que c'est vrai qu'on est quand même assez isolé. Les

⁶⁶¹ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p. 20.

relations avec les autres sont plus ou moins hypocrites, dans le sens où on reste quand même un numéro et le principe c'est d'être au plus haut dans le classement ...enfin...au plus haut...du moins, le plus proche du premier, quoi ! **J'étais isolé**. Comme je vous le disais, j'ai passé deux années seul avec à la limite, deux, trois personnes à qui je parlais. C'est de la **concurrence** avec, voilà, le folklore : bizuts, carrés. Le carré doit absolument passer, il va tout faire pour empêcher le primant de réussir et puis voilà, **c'est très compétitif**... J'ai connu plusieurs fois des personnes qui se faisaient, soit voler les cours ou alors effacer les cours sur l'ordinateur. Très compétitif, très... Voilà ! **C'est affreux**, quoi ! Ça veut être soignant, et ça sait faire du mal, à empêcher les autres de réussir pour soi-même réussir, je ne leur jette pas la pierre, je comprends tout à fait : c'est un concours, il y a 200 places, on est 1600 : tout le monde ne passera pas ! »

(E20, garçon 22 ans, Bac technologique STL mention très bien, 2° année paramédical, mère ATSEM, père artisan électricien)

Le contact avec les autres étudiants lors des premiers cours en amphi ne génère pas de solidarité mais plutôt de l'isolement. Gilles Pinte décrit trois formes d'échec de la socialisation universitaire : « l'exclusion (on a l'impression d'avoir fait ce que l'on a pu, mais la structure nous a donné le sentiment d'être exclus), la désinsertion sociale (sentiment un peu plus fort que l'exclusion, mais le sentiment est fort d'avoir raté des étapes), la désaffiliation (le retrait se fait de manière progressive, les premières semaines ont été rassurantes mais un décrochage s'opère vers la mi-octobre). Donc on observe trois temporalités dans l'abandon universitaire et trois formes d'échec»⁶⁶².

Tableau 17 : Vécu psychologique du premier semestre par les étudiants

Perceptions	oui	
	Effectif	%
J'ai eu le sentiment de décrocher, de perdre pied	93	50,3
J'ai eu des difficultés avec l'ambiance de compétition	92	49,7
Je me suis senti(e) isolé(e)	19	10,3
Je n'ai pas trouvé de soutien	22	11,9

Effectif global : 185

⁶⁶² PINTÉ G., op cit, p. 88

Parmi les étudiants de l'échantillon, interrogés sur les sentiments ressentis face aux difficultés pendant le premier semestre, environ 10% d'entre eux disent qu'ils se sont sentis isolés ou qu'ils n'ont pas trouvé de soutien. Par contre, ils expriment le sentiment d'avoir décroché, perdu pied et d'avoir eu des difficultés avec l'ambiance de compétition pour la moitié d'entre eux.

La compétition est exprimée de façon différente selon les étudiants, mais au fur et à mesure du semestre, certains n'arrivent pas à se reconnaître dans un univers trop éloigné de ce qu'ils avaient envisagé. Ils découvrent l'écart entre la réalité des relations avec les autres étudiants tous tendus vers le concours et les valeurs auxquelles ils sont attachés :

« je pense...ben, en fait, le truc...c'est que je pense que...il y a vraiment la médecine, **c'est un monde à part**...où je me suis rendue compte que ça n'était pas du tout ma mentalité en première année et que j'étais vite surpassée, quoi...Et puis cette notion tout au long de l'année de dépasser, **dépasser les autres...chacun pour soi, c'est pas du tout mon genre...** »

(E11, fille 18 ans, bac S Physique mention passable, parcours réorientation, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

Lorsque l'ambiance devient trop délétère, ressemblant à « la cage aux lions »⁶⁶³, que la pression devient insupportable, un étudiant peut avoir plus de difficultés que d'autres à surmonter l'adversité. C'est le cas de l'étudiante suivante dont l'entretien se déroule pendant sa troisième année de formation infirmière.

C'est une jeune fille de 23 ans, originaire de l'Oise, dont le père travaille comme menuisier après un CAP Bâtiment et la mère est secrétaire après une formation en langues. Elle a un frère, deux ans plus jeune, qui a fait un semestre de PACES pour kinésithérapie et s'est réorienté : il a choisi un cursus en informatique. A la fin de son lycée, elle obtient un Bac S Spécialité Maths, sans mention mais à l'heure. Puis elle suit une année complète de PACES, mais elle n'est pas autorisée à redoubler. Elle a envie d'intégrer un IFSI mais il est trop tard pour les concours alors elle se réoriente en L1 Psychologie « *parce que ça servira aussi auprès des patients* » En parallèle, elle a un job étudiant et s'inscrit au S2 dans le parcours préparation concours paramédicaux mais l'a peu suivi. Elle a très mal supporté l'ambiance de la première

⁶⁶³ HARDY-DUBERNET A C, LE ROY F, 2006, *Op. cit.*, p.28.

année de médecine : dépression et idées suicidaires. Elle garde une rancune contre les étudiants en médecine, qu'elle juge inhumains, mauvais. Elle décrit l'ambiance de PACES comme particulière, avec un maître mot « sélection ». Depuis son entrée en formation infirmière, elle a « *trouvé le côté humain* » : elle attache beaucoup d'importance à la dimension du soin. Dès la fin de sa 1^o année d'IFSI, avec l'équivalence aide-soignante, elle a travaillé à l'hôpital en gérontologie pendant les week-ends et les vacances. Après son diplôme d'État, elle aimerait travailler en soins palliatifs et pourquoi pas « *transmettre* » (IFSI, lycées, prévention)

«Donc, je suis arrivée en médecine, j'étais ravie. Je me suis dit : « ça va super bien se passer » j'étais motivée. Et puis le 1^o semestre est passé, j'ai pas été recalée on va dire, voilà, j'ai pu continuer. Sauf que j'ai vite compris la mentalité des gens ! Et aussi tout le travail qu'on donnait, je me disais que ça me servait pas. Et la mentalité des profs qui nous enseignaient et des gens de la promo, c'était : les patients sont des numéros et des pathologies. Je me suis dit : **« mais dans quel monde je suis tombée, en fait ? »** Donc, j'ai dit : « Bon... » et puis au final, la charge de travail et la mentalité des gens qui était pas du tout agréable, c'est-à-dire que moi, y avait trop à apprendre, et comme j'arrivais pas à bien comprendre, j'y arrivais pas, j'avais des difficultés. Et en fait, je m'étais fait un groupe d'amis, et ils m'ont lâchée un par un (...) Et donc, j'ai fini par faire une dépression. Donc, j'ai fait une dépression bien comme il faut : insomnies, tout ça ...tout ce qui fallait...pensées suicidaires... j'en ai parlé à personne et je vivais ma dépression toute seule, je pleurais, j'allais en cours...voilà, c'était un cercle vicieux »

(E19, fille 23 ans, Bac S spécialité Maths sans mention obtenu à l'heure, 3^o année paramédical, mère secrétaire, père menuisier)

Certains étudiants supportent mieux cette année éprouvante, surtout ceux qui parviennent à se socialiser aux études ou ceux qui s'investissent beaucoup dans leur travail quitte à pratiquer une forme d'ascèse. Selon Hardy-Dubernet et Le Roy, les facteurs qui font la différence sont « le travail, la motivation, la capacité à gérer le stress et à résister à la pression, la solidité psychique et psychologique »⁶⁶⁴. Néanmoins, les piques verbales, les humiliations et tout ce qui s'apparente à la violence symbolique reste difficile à supporter :

Déjà, si on est malade, il faut venir. Parce que, sinon, on ne nous donne pas les cours. Ou alors, on nous donne des cours erronés ! Ça, ça se retrouve...Moi, j'ai essayé d'assister à chaque fois,

⁶⁶⁴ HARDY-DUBERNET A C, LE ROY F, 2006, *Op. cit.*, p.30.

mais comme on avait notre petit groupe, bon, je pouvais encore essayer de leur faire confiance...enfin, moi, je leur faisais confiance : pour moi, c'était des copains, enfin, bon... Après : les cours d'anatomie. Donc, fallait dessiner et puis, il fallait aussi prendre le cours. Donc, là, c'était : « qui fait quoi ? » Moi, je suis vachement douée en dessin, donc je disais : « bon, ben, moi je dessine en même temps et puis vous, vous prenez le cours ». Donc, il y avait 2 ou 3 personnes qui dessinaient, dont moi, et par exemple, un autre prenait le cours, à l'écrit. Donc, moi, je donnais mes dessins ; et en retour, par exemple lui ne voulait pas me donner le cours. Voilà, donc, moi je donne pour lui, et lui en retour : « bah, non... » parce que ça lui sert à rien... Et après, typiquement, c'est **tout ce qui est verbal** : « c'est un boulet », « laisse la, c'est bon, elle va nous retarder », « de toutes façons, elle arrive pas à apprendre » **tout un tas de choses...dégradantes...si, si dégradantes !** parce que ça fait mal quand même d'entendre ça quand on pense que c'est nos amis...et qu'au final, PAS DU TOUT. On est un peu désespéré quoi ! Je me dis c'est pas possible. Ou encore, d'aller à la bibliothèque, quand on se donnait rendez-vous pour travailler, et au final, eux se mettent sur une table totalement à l'opposé dans la bibliothèque, et moi, je me retrouve toute seule à une table ! Parce qu'en fait, ils changent de place au dernier moment...

(E19, fille 23 ans, Bac S spécialité Maths sans mention obtenu à l'heure, 3^e année paramédical, mère secrétaire, père menuisier)

Ceux sur qui l'ambiance concours semble avoir peu de prise sont ceux qui ont davantage réussi leur socialisation à la vie étudiante : être « cool », faire la fête ... mais ils n'ont pas forcément réussi leur socialisation au travail universitaire :

Et bien très rapidement, au bout de deux ou trois semaines, je me suis imposé. Donc, je chantais les paillardes... je chantais la Marseillaise au premier cours : toutes les traditions en fait, donc, **je faisais partie de ce petit noyau de meneurs** ...comme il y en a plus ou moins chaque année quoi ! (...) et puis surtout aussi, **je m'amusais** aussi...tout en travaillant...c'est pour ça, moi je le dis toujours à ceux qui font PACES : « pensez – contrairement à ce que j'ai fait – à faire un peu de sport. Et puis aux intercours, chantez des paillardes, sans tomber dans l'extrême d'il y a vingt ou trente ans, où ça pouvait être un peu trash peut-être, apparemment... mais voilà, rigolez ! Y a un temps pour tout, dans la vie... Entre les cours, vous avez un quart d'heure ? et bien défoulez-vous ! (...) mais allez-y...chantez, dansez !

(E23, garçon 26 ans, BEP électronique puis bac ST2S, L0, 3^e année paramédical, mère agent de service hospitalier, père artisan taxi)

L'idée de se faire des amis à l'entrée de la PACES a parfois pour but la recherche d'entraide, ou d'un binôme ou un petit groupe pour travailler, ce qui est clairement encouragé par les responsables hospitalo-universitaires. En entrant en PACES, certains étudiants sont arrivés avec des amis de terminale : les amitiés ne résistent pas facilement au changement d'univers, comme le disent les étudiants interviewés :

Q : Vous aviez des amis qui sont arrivés avec vous en PACES ?

E16 : Oui, j'en avais beaucoup

Q : Et maintenant ?

E16 : Ben, y a une qui est en... (*gêne*) Enfin, vu qu'on reste toujours ensemble, à un moment donné ça pète, quoi ! Vu qu'on voit tout le temps les mêmes personnes et qu'on ne sort plus, on en a marre à un moment donné...Puis, bon, maintenant, c'est un peu...mitigé...on va dire (*déception*)...

(E16, fille 19 ans, bac S SVT mention bien, parcours réorientation, mère professeur français en lycée, père professeur SVT en lycée)

Ce premier semestre de PACES est court, le volume important, le rythme rapide et les amitiés sont peu nombreuses. Réussir dans cet environnement très compétitif comme le dit l'étudiante E19, s'apparente à un « parcours du combattant ». Les enseignants contribuent à cette compétition comme lors de l'observation où le cours de neurologie avec les rappels de physique a été mené tambour battant, le chapitre 2 ayant été expédié en dix minutes, puis passant du chapitre 2 au chapitre 4. Cette participation des enseignants peut aussi se faire « soit en rajoutant de la pression (on leur serine qu'il y a beaucoup d'appelés et peu d'élus, et que ce sera dur pour tout le monde), soit en les traitant sans ménagement dans leurs cours (en dictant à toute vitesse, ne leur laissant pas le temps de prendre des notes, ne vérifiant pas si tout le monde a bien compris). Les enseignants du P1 sont perçus « comme faisant partie de la machine à broyer, un des rouages actifs du système de sélection »⁶⁶⁵. Les étudiants cherchent alors des solutions, souvent en dehors de l'université, pour surmonter les difficultés d'apprentissage et d'organisation.

⁶⁶⁵ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, pp.41-42.

4.2.4 Le tutorat, les 'conf', les prépas : des stratégies pour mettre toutes les chances de son côté ?

Dans cette sous-section, les ressources utilisées par les étudiants, en parallèle des enseignements facultaires, seront davantage analysés selon la manière dont les étudiants vont y recourir ou non, les bénéfices espérés, attendus et la discrimination financière que cela révèle : la « sélection par l'argent » comme le rapportent certains étudiants.

La mise en place de la PACES a changé le rapport au temps pour les épreuves de classement : un couperet tombe à la fin du S1 pour ceux qui sont classés dans les 15% derniers alors qu'auparavant, les étudiants pouvaient continuer leur année en PCEM1. L'enjeu est important pour les étudiants : outre le rapport au temps modifié, il faut trouver les moyens pour se maintenir, ne pas être ajourné, rester dans la course, par exemple en générant ses propres objectifs de travail et en puisant dans ses ressources, ses capacités d'adaptation, son capital social et scolaire, ou encore en étant guidé pour ses actions.

Les responsables hospitalo-universitaires craignaient que le concours, tel qu'il est organisé en PACES, n'accentue les différences de réussite en fonction de l'origine sociale :

« J'ai de grandes inquiétudes (...), je m'interroge surtout sur ce que la PACES va changer en termes d'égalité des chances. Avec la première partie de concours, les étudiants vont être mis sous pression dès le 1er septembre et, comme d'habitude, ce sont ceux qui disposent des meilleures conditions matérielles et culturelles qui s'en sortiront le mieux, alors que les autres, s'ils échouent, n'auront pas le droit de se représenter pendant dix-huit mois... »⁶⁶⁶ (R30)

Comme l'explique Emmanuelle Annot, la question de la réussite du côté des enseignants-chercheurs « renvoie à l'engagement de quelques innovateurs, à l'application de politiques publiques qui tendent à modifier leur rapport au travail ainsi qu'à une interrogation sur le contenu et le sens de leurs pratiques face à un public qui s'est diversifié »⁶⁶⁷. Cette posture renvoie à la responsabilité sociale des facultés de médecine. C'est encore la notion d'accompagnement qui est interrogée ici : le nombre d'inscrits en PACES étant de l'ordre de 1200 à 1500 étudiants au premier semestre, l'enseignement « à moyens constants » comme le disent les responsables est un enseignement en très grands groupes qui s'appuie sur des

⁶⁶⁶ R30 interviewé dans « Augmentation du numerus clausus. Ceux qui gagnent et ceux qui perdent », *Panorama du médecin*, 7 décembre 2009, p. 26-31.

⁶⁶⁷ ANNOT E., 2014, *Op. cit.*, p.13.

cours magistraux, des enseignements dirigés en groupes (100 à 400) trop conséquents pour être un accompagnement, le tout soutenu par des moyens numériques : vidéo-transmission en direct, podcast, plateforme... Aucun suivi individuel n'est possible pour deux raisons principalement : premièrement, le nombre trop important d'étudiants soit une impossibilité matérielle, et deuxièmement l'évaluation sous forme de concours qui impose une égalité de traitement entre les candidats, soit une impossibilité morale.

L'accompagnement à l'université peut alors se concrétiser sous la forme d'un soutien de l'UFR au tutorat organisé par les étudiants. Ce tutorat n'existait pas lors de la première année de PACES dans l'université observée, aussi d'autres formes de soutien à l'apprentissage pour les étudiants coexistent : les conférences privées ou « conf » et les classes préparatoires privées ou « prépas privées » tout au long de l'année. Ces deux formes de soutien sont payantes et fortement décriées par les responsables hospitalo-universitaires.

Alors, ils ont mis en place des conférences, qui sont des conférences payantes, entre eux. Ce que moi, je trouve déplorable, mais bon... (...) Et l'université n'a rien à voir là-dedans, ni la fac ... On lutte les uns et les autres à différents niveaux contre...Y a pas non plus d'enseignants de l'université qui participent à ça...Voilà, c'est quelque chose qui se fait en dehors de l'université, entre eux, chez eux. Et on n'a de cesse de rappeler aux étudiants que l'université ne soutient absolument pas ...mais force est de constater qu'il y a environ 80- 90% des étudiants qui les suivent. (...)

Mais en fait, les étudiants : ils arrivent à Amiens, ils sont paumés, on leur demande un effort de travail considérable à la sortie du bac...en 3 mois...ils ont besoin d'être ensemble, ils ont besoin de travailler en groupe. Et, le seul moyen de travailler en groupe, c'est de trouver des conf payantes. Ils pourraient très, très bien travailler en groupes entre eux, comme ça se faisait avant, sans avoir à payer, en faisant des auto-colles, mais il y a ce système de paiement, qui est...qui est franchement...ça représente pas mal d'argent, et qui est inégalitaire en plus, pour les étudiants, parce que, ceux qui n'ont pas de sous, les boursiers etc., à la limite, il faut quand même qu'ils se trouvent des sous. Donc, voilà, c'est assez déplorable. Mais qui n'est pas plus déplorable non plus, parce qu'il y a des boîtes privées qui essaient de faire ça aussi parallèlement au P1, c'est pareil : c'est un peu de l'arnaque, quoi...

(R29, homme 50 ans environ, MCU-PH, Exploration fonctionnelle neuro-pédiatrie, Vice-président Université)

A la question : avez-vous bénéficié d'une aide pour votre travail personnel ? 54,6% des étudiants de l'échantillon répondent oui. Les différentes formes d'accompagnement disponibles dans l'université et son environnement ont été explorées :

Tableau 18 : Taux de recours à une aide au travail personnel pour les étudiants de l'enquête

Type d'aide	%	Effectifs
Pas d'aide	45,4	84
Conférences payantes	16,2	30
Classe préparatoire	13,5	25
Tutorat	9,7	18
Conférence +tutorat	9,2	17
Autres, travail en groupe	2,7	5
Prépa +conférence	2,7	5
Prépa +tutorat	0,5	1
Total	100	185

Les conférences sont le type d'aide au travail personnel qui arrive en tête avec un peu plus de 16%, voire 28% en tenant compte des étudiants qui ajoutent plusieurs formes de soutien. La mise en place du tutorat peut permettre de lutter contre le système des conférences mais le principe des « prépas privées » continue d'avoir un écho auprès des étudiants et de leurs familles. Ces formations privées jouent sur les « lacunes de la structure publique pour proposer des cours et des entraînements supplémentaires aux candidats au concours. (...) Ces services payants, « cours privés » ou « boîtes à colle », se greffent donc sur le travail des enseignants à l'université, sans lequel ils ne pourraient prospérer. Tout un marché se développe aux marges d'une institution qui ne se donne pas suffisamment de moyens pour assumer ses propres exigences »⁶⁶⁸. Non seulement les prépas privées proposent un soutien sur l'année de PACES, mais certaines ont mis en place une formation sur une année complète pour anticiper le travail en PACES. Nous allons commencer par ce format de préparation aux études de santé.

⁶⁶⁸ GAILLARD M, LECHOPIER N., 2015, *Op. cit.*, p.23.

4.2.4.1 L0, une année de PACES avant la PACES

Localement, il existe une offre de préparation appelée L0⁶⁶⁹, c'est-à-dire une année avant la première année de licence, destinée à acquérir le rythme de travail, renforcer les bases et effectuer le programme de l'année de PACES. L0 est une stratégie d'aspiration d'un public d'étudiants par les prépas privées, autrement dit la « captation d'un client vers une offre de marché »⁶⁷⁰. Il peut s'agir d'étudiants de PACES en jouant sur une disposition législative : une désinscription universitaire est possible jusqu'au 31 octobre de l'année de PACES en cours. Au-delà, l'étudiant est « considéré comme ayant fait une tentative au concours de la première année commune aux études de santé même s'il ne se présente pas aux épreuves »⁶⁷¹. Il peut s'agir également d'étudiants qui veulent s'assurer des acquis plus solides que ceux dont ils disposent : bacheliers technologiques, bacheliers scientifiques sans mention. Comme un étudiant ne peut bénéficier que de deux inscriptions en PACES, cette année L0 est considérée comme une année blanche. Il a donc tout loisir de préparer son intégration l'année suivante en 'bachotant dans une prépa privée'. Les deux cas de figure ont été rencontrés en entretien au cours de cette enquête.

La première étudiante est une jeune fille de 19 ans. Originaire de l'Oise, elle a passé un bac S, option physique chimie mention bien, dans un lycée privé. Ses deux parents travaillent dans l'aviation, son père est pilote. Elle a une sœur plus âgée qui est audioprothésiste. Avant la PACES, elle a suivi la pré-rentrée d'une prépa privée, puis elle a commencé son année en continuant cette classe préparatoire. Elle n'est pas isolée en PACES car elle a plusieurs amis qui sont issus du même lycée. Au vu de ses résultats aux colles de la prépa et de ses difficultés à suivre le rythme du semestre, elle choisit de se désinscrire fin octobre pour faire une année préparatoire L0.

E15 : Alors, Poly-prépas au départ, c'est une prépa pour les carrières médicales, donc médecine... enfin, médicales et sociales, donc, ils font tout : donc, il y a des kinés, des audioprothésistes, des ostéopathes...enfin tout, il y a tout...et en fait dans le côté médical, ils font un soutien aux L1, donc comme PCMP, Gallien et autres... et ils font L0 : l'année où on fait tout le programme de médecine, enfin presque tout le programme de médecine sans les UE

⁶⁶⁹ Dernièrement, cette année a été baptisée « année préparatoire aux études de santé zéro » ou APES0.(7910€)

⁶⁷⁰ ALLOUCH A., 2017, « L'ouverture sociale par le marché ? : Sociologie de la captation des classes populaires à l'université d'Oxford », *Revue française de sociologie*, 58, 2, p. 234.

⁶⁷¹ Règlement de la PACES, UPJV 2017-2018

spécifiques, bien sûr...Et avec des contrôles continus, donc tous les jeudis, on a soit évaluation, soit concours blanc. Donc, au moins, on voit sur quoi on est interrogé : c'est des annales de concours qui sont déjà sorties, donc ça nous rassure un petit peu, on voit ce qui va tomber...

Q : Oui, c'est une année d'entraînement, en fin de compte ?

E15 : Voilà...Et c'est une remise à niveau : par exemple, il y a une fille qui vient de ST2S, une fille qui vient de STI ... et après, la plupart, c'est des S mais ça permet à n'importe qui de pouvoir attaquer médecine avec les bases.

Q : Et donc, ça fait quel présentiel en cours chez eux ? Parce que, l'autre jour, on regardait nos agendas l'une et l'autre pour caler l'entretien (*elle a un agenda très organisé avec fluotage, etc...*), et j'ai l'impression que c'est plus que médecine, non ?

E15 : C'est plus que médecine, oui, parce qu'on prend plus de temps, ils ont plus le temps de nous expliquer, en fait. Donc, vu que ça va moins vite... Globalement... Le lundi, j'ai 4H de cours, ça commence toujours à 8H30 le lundi, donc 4H de cours. Le mardi, j'ai cours jusque 15H30. Le mercredi toute la journée, comme le vendredi. Et le jeudi, c'est...Ben, ça dépend en fait : soit c'est que la matinée, avec évaluation les 2 dernières heures, soit concours blanc où c'est toute l'après-midi.

Q : ça laisse du temps pour le travail personnel ...

E15 : Et du temps pour travailler...**au moins, ça ne change pas trop du lycée**, quoi...ça fait du bien... Parce que je sais que la fac, que 4H...c'est 4H intenses, mais l'après-midi, on n'a pas souvent l'autonomie nécessaire...enfin l'intelligence de se dire : « oui, faut vraiment que je bosse »

Q : Donc, les UE sont les UE de la fac ?

E15 : Oui, après...**ça permet de voir que c'est possible**, parce qu'au début de l'année, j'avais pas encore rattrapé tous les cours, j'étais plutôt...dans toutes les matières, j'étais à 2 et là, ça remonte progressivement : dans les classements, je me classe 3°, dans ces alentours-là, donc au final, c'est vraiment possible... ouais...

Q : Et pour la fac de médecine, ça ne pose pas de problème d'avoir interrompu... de s'être désinscrit et de se réinscrire l'année d'après ?

E15 : Apparemment, cette année, ça ne gêne pas, ça a l'air de passer...

(E15, fille 19 ans, bac S physique chimie mention bien, LO, père et mère dans l'aviation)

La pédagogie en petits groupes (cette année-là, les étudiants étaient 16 en L0) ainsi que le temps plus long dédié à l'apprentissage permettent aux étudiants de retrouver un encadrement plus proche du lycée.

De plus, l'origine sociale influe sur la capacité à distinguer les solutions pour éviter l'échec, et aussi sur le coût des différentes formes de soutien au cours de cette année qui a pu être pris en charge par ses parents. Cette étudiante avait les dispositions scolaires qui pouvaient lui permettre de réussir. Elle reprendra PACES l'année suivante, réussira son concours et sera « conférencière » dans une prépa concurrente. Actuellement, elle continue médecine.

L'étudiant suivant est un jeune homme de 26 ans dont le père a d'abord été maçon puis artisan taxi. Sa mère est standardiste à l'hôpital après avoir été agent de service hospitalier. Il a une petite sœur de dix-neuf ans qui a commencé une licence de psychologie. Originaire du sud de la France, il a d'abord passé un BEP électronique puis un bac technologique STI Génie électrotechnique. Suite à des « gros problèmes de santé » selon lui (il avouera plus tard avoir fait une dépression et une tentative de suicide), il désire devenir psychiatre. Il repart vers un autre bac technologique (ST2S) plutôt qu'un bac S, ce qui reste un capital scolaire faible pour entrer en PACES. En conséquence, il fait une année préparatoire L0 (encore appelée P0) pour se mettre dans les conditions de la première année de médecine. Cette prépa n'existe que dans quelques villes universitaires en France : il quitte le sud pour Amiens. Après cette année L0, il fait deux années de PACES complètes, termine classé 540, alors que le *numerus clausus* est de 192 en médecine et de 378 places au total pour les cinq filières : il ne peut ni continuer, ni redoubler à nouveau. Il s'inscrit en première année de psychologie pour ne pas renoncer complètement à son rêve 'psy' mais prend un petit boulot alimentaire dans la restauration rapide et ne va pas en cours. C'est sur les conseils de sa tante infirmière qu'il se décide à passer le concours infirmier, mais ne veut pas entendre parler de 'roue de secours'. Il s'inscrit dans le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux en parallèle de sa première année de psychologie.

Sa trajectoire présente de nombreuses bifurcations et une « reconfiguration de l'espace des possibles »⁶⁷² à chaque fois. Au moment de l'entretien, il est en 3^e année d'IFSI

⁶⁷² HELARDOT V., 2009, « Vouloir ce qui arrive ? Les bifurcations biographiques entre logiques structurelles et choix individuels », dans Grossetti M et al., *Bifurcations : Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, La Découverte (Recherches), p. 161.

et envisage un Master en sciences infirmières psychiatriques ou un Doctorat, mais a des difficultés pour travailler, valider ses UE. La formation clinique en stage a mal commencé en première année : il n'a pas supporté l'autorité et les conseils de l'infirmière tutrice de stage, elle était issue de la promotion professionnelle (ancienne aide-soignante). Il a du mal à supporter l'encadrement de l'institut, revendique son âge, son parcours, son adhésion au syndicat étudiant infirmier FNEI. Il reconnaît ne pas travailler de façon adéquate, toujours au dernier moment. Il passe chaque année avec des dettes : de première en deuxième année, il a eu 6 matières à rattraper (sur 6) et il est passé avec le nombre suffisant d'ECTS mais en ayant deux matières à repasser en deuxième année. Pour finir, il ne validera pas sa troisième année et devra rattraper ses dettes pour obtenir son diplôme en 2019.

E23 : J'ai fait une P0, dans le privé. Pourquoi ? Raison très simple : je ne sais pas vraiment si c'est une bonne technique ou pas. **Psychologiquement, ça fait une chance en plus**, tout simplement. Et puis surtout que, moi je suis originaire du sud, et les facultés, c'était Toulouse ou Montpellier... et y avait pas de P0. (...) Voilà, je suis arrivé ici, donc P0 : j'ai tenu 2/3 mois en mode PACES, c'est-à-dire bosser, bosser, bosser et puis au bout de 2/3 mois, j'ai craqué... Quasiment, tous les gens de ma promo, sauf 2 ou 3, on était en mode étudiant, le cliché sociétal de l'étudiant, c'est-à-dire qu'on sortait... pas tous les jours, mais combien de fois je ne me suis pas levé le matin, où je n'arrivais qu'à 10H ou en début d'après-midi ... alors que je viens d'un milieu relativement modeste...modeste +, on va dire... et rien que ça (*l'année P0*), ça coutait 3 500€ et à l'époque, j'avais commencé à travailler jeune, mais mes parents avaient quand même voulu me le payer, ça. Alors 3500€...ça n'a pas été de l'argent foutu en l'air parce que, quand même, j'ai appris beaucoup de trucs. J'ai pas rentabilisé aussi bien l'investissement, j'ai pas fait une année pure...

Q : Donc, cette P0, vous l'avez faite dans quelle structure ?

E23 : Ben, dans une prépa privée. (...) et même, ils ont arrêté la P0... pas longtemps après nous. Voilà ! Sur la P0, je pense que je ne peux pas plus développer. Voilà pour quelles raisons j'ai fait ça : **pour se rassurer, pour avoir une chance en plus**, même si ça s'est pas exactement goupillé

CR : Et ceux qui étaient avec vous, il y en a qui ont continué et qui ont réussi ? Est-ce que vous pensez que c'est un bon investissement ?

E23 : Soyons pragmatiques : oui ! Quand c'est fait sérieusement, moi, je reste persuadé que oui. Mais vraiment, il faut que ce soit vécu – mais c'est horrible de dire ça- il faut que ce soit

vécu comme une PACES. Si vous le faites comme une PACES : c'est un très bon investissement. Si c'est pas le cas, bon, c'est quand même utile, moi j'ai quand même appris beaucoup de trucs, mais c'était pas la meilleure technique. Et si c'est vraiment métro-boulot-dodo avec un peu de sport, je pense que c'est excellent.

Q : Je voulais savoir : est-ce que c'est vraiment un plus ? Est-ce que c'est juste une boîte à fric ?

E23 : Est-ce que c'est une forme d'escroquerie ? Non pas forcément, mais le but c'est qu'ils fassent du pognon.

(E23, garçon 26ans, BEP électronique puis bac ST2S, L0, 3^e année paramédical, mère agent de service hospitalier, père artisan taxi)

« La chance en plus » dont parle cet étudiant fait partie des arguments commerciaux de la « prépa privée ». Le site internet vante cette année préparatoire comme une année d'études médicales : même programme, même planning universitaire, mêmes échéances pour les partiels, etc... Si bien que les étudiants peuvent acquérir de « bonnes bases » pour « affronter » leur année de PACES, avec l'argument ultime : cette année d'entraînement n'entame pas leur droit au redoublement.

Ainsi, on retrouve dans ces deux exemples, les deux types de « bizuts fourbes » décrits par Sylvia Marquès à Angers. L'appellation est issue des verbatim étudiants de son enquête et désigne celui qui a passé une année à préparer le programme de la PACES, sans y être inscrit pour ne pas épuiser une des deux chances d'intégrer la deuxième année, un seul redoublement étant autorisé⁶⁷³. L'étudiant est ainsi un faux primant lorsqu'il arrive en PACES, d'où l'appellation de « bizut fourbe ». Le premier type est celui de l'étudiant E23 qui avait déjà projeté de suivre une année préparatoire L0 pour acquérir la méthode de travail et le contenu de la PACES avant toute inscription, si bien qu'il a effectué trois années sur le programme de PACES. Cette situation s'appelle « cuber sa P1 » dans le vocabulaire étudiant, ce qui n'a pas été une stratégie gagnante dans son cas. Le second type est celui de l'étudiante E15 qui profite de la disposition de la désinscription avant le 31 octobre pour aller suivre une année L0 et s'inscrire en PACES l'année suivante, ce qui s'est révélé positif dans son cas.

Il n'y a que deux cas dans l'échantillon de l'enquête qui aient suivi ce cursus, ce qui n'est pas significatif, mais il faut tout de même remarquer que la « stratégie L0 » n'a pas

⁶⁷³Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé, Art 12 : « Nul ne peut être autorisé à prendre plus de deux inscriptions en première année des études de santé ».

modifié l'influence des dispositions socio-scolaires de ces étudiants sur la réussite ou l'échec. Il faut se rappeler les mots du doyen : « et, comme d'habitude, ce sont ceux qui disposent des meilleures conditions matérielles et culturelles qui s'en sortiront le mieux ».

4.2.4.2 *Les conférences payantes*

Une fois en PACES, les étudiants ont recours à certaines formes d'aide pour leurs apprentissages, quitte à cumuler une forme de soutien avec d'autres.

Les conférences sont le type d'aide au travail personnel qui recueille le plus l'adhésion des étudiants au moment de l'enquête. Ils parlent de « conf » ou de « conf payantes ». Les 'conf 'sont directement inspirées des conférences existant pour l'ECN (examen classant national) : le principe est de s'entraîner au concours sous la forme d'exercices et de corrections, en petits groupes de façon à faire davantage de régulation. Les « conf » sont animées par des étudiants qui demandent une rétribution. « Les pédagogies par petits groupes favorisent la création de liens et de réseaux sociaux qui concourent à une intégration plus rapide. Elles permettent la constitution de réseaux d'entraide qui peuvent s'avérer importants dans les phases de démotivation »⁶⁷⁴.

Comme le responsable hospitalo-universitaire R29 l'a expliqué, ce sont des initiatives étudiantes qui se déroulent en dehors de l'université et qui ont une antériorité dans la culture des étudiants en médecine, et il existe plusieurs « conf » qui ne se valent pas toutes. Les informations pour y accéder circulent parmi les jeunes nécessitant une certaine forme d'anticipation que les initiés maîtrisent.

C'est ce que des étudiantes, rencontrées lors d'une observation au Forum du lycéen, sous-entendent. Il s'agissait de deux jeunes filles qui se chargeaient de l'accueil sur le stand de l'UFR de médecine : elles étaient en école de sages-femmes. Quand je leur ai demandé s'il y avait des « trucs » pour se donner plus de chances de réussir, elles m'ont directement parlé des conférences faites par les 2^e années : les 'conf' payantes, avec tous les renseignements : horaires (le mercredi soir de 19H à 24H), tarifs (15€ la semaine), conditions (deux maitres de

⁶⁷⁴ PINTÉ G, 2018, *Op. cit.*, p76

conf pour 20 personnes). Elles ont insisté sur le fait de s'y inscrire dès juillet, au moment de l'inscription en faculté, pour profiter d'un envoi des cours à l'avance pour anticiper la rentrée.

Mais les conditions matérielles et financières ne sont pas à la portée de tous les étudiants :

« Enfin, je vais vous dire franchement : si on n'a pas d'argent, des fois, c'est un peu compliqué. Comme par exemple : déjà, les conférences, si on n'a pas de voiture pour y aller, pour revenir...à minuit dans Amiens, c'est un peu compliqué. Après 15 euros, toutes les semaines. Il y a aussi les cours en plus tous les après-midi... où il faut aussi...donc, un montant assez élevé, donc moi qui n'ai pas non plus les moyens... »

(E11, fille 18 ans, bac S Physique mention passable, parcours réorientation, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux) boursière 1^{er} échelon

Les « conf » sont plus abordables financièrement pour les étudiants que l'inscription dans une « prépa privée », c'est une solution de soutien personnalisé à coût intermédiaire que certains peuvent s'autoriser :

Q: en PACES, vous aviez profité des conf, du tutorat ? Vous aviez fait une prépa à côté ?

E22 : La première année, j'avais fait une conf et j'avais récupéré quelques cours de prépa par ci, par-là, mais... enfin, j'avais pas trop les moyens et pas forcément envie de mettre autant de moyens, alors que j'étais à la fac. Enfin, je sais pas ... Donc, du coup : non.

(E22, fille 21 ans, Bac S Physique mention très bien avec un an d'avance, 2^e année paramédical, mère rédactrice administration, père professeur de français lycée professionnel et technologique)

D'autres étudiants choisissent de multiplier les modes de soutien : interne ou externe à l'université, gratuit ou payant, pour faire face à la nature et à la diversité des difficultés qu'ils rencontrent. La compétition pour être classé dans le *numerus clausus* fait que chacun cherche un moyen de réussir le concours : les « prépas privées » tirent leur épingle du jeu. Pour faire face à ce phénomène, les UFR de médecine ont encouragé le développement de tutorat entre pairs, le plus souvent en s'appuyant sur les associations étudiantes. Le tutorat est un moyen complémentaire à la disposition de tous les étudiants.

4.2.4.3 Le tutorat

Généralement, les enseignants et les responsables universitaires encouragent les nouveaux entrants à se rapprocher du tutorat, car il existe une collaboration entre l'institution et les tuteurs étudiants de 2° ou 3° année :

« en parallèle, je faisais et le tutorat et les 'conf'. Donc, les 'conf', c'est des étudiants des années supérieures qui proposent de se réunir à plusieurs étudiants, contre une somme...honnêtement abordable pour le semestre comparée aux prépas privées...afin de leur faire des mini concours blancs entre guillemets sur les cours de la semaine. Il me semble que ça devait être une centaine ou 200 euros par semestre comparée aux prépas privées qui sont dix fois plus chères. Les prépas, les professeurs ont du mal avec ça, en fait parce qu'ils s'approprient les cours entre guillemets...les cours des profs, alors qu'eux les donnent gratuitement au tutorat pour que le tutorat fasse des entraînements... »

(E20, garçon 22ans, Bac technologique STL mention très bien, 2° année paramédical, mère ATSEM, père artisan électricien)

Le tutorat est organisé depuis plus ou moins longtemps selon les UFR de médecine. De façon généraliste à l'université, un tutorat méthodologique a été initié, à partir de 1996, pour « réduire le taux d'échec en première année en offrant de manière prioritaire un soutien aux étudiants en difficulté »⁶⁷⁵ avec deux principes : le volontariat et l'accès à tous. Le « Plan pluriannuel de réussite en licence », soutenu par Valérie Péresse, renforce l'accompagnement personnalisé en licence, à partir de 2008, avec le tutorat et les enseignants référents.

En médecine, le tutorat tend alors à se généraliser sur le territoire national, mais sa mise en œuvre est décentralisée au niveau des établissements et des composantes⁶⁷⁶, si bien que dans l'université observée, lors de l'entrée en vigueur de la PACES en 2010, le tutorat n'existait pas. Différents freins avaient empêché sa mise en place :

Une question que, moi, je remets systématiquement, mais qui est difficile à mettre en place, qui finira par se mettre en place, qui est **le tutorat en S1**...mais, c'est quasiment...si vous en

⁶⁷⁵ BORRAS I., 2012, « Peut-on forcer les étudiants à la réussite? Evaluation du "non-recours" au tutorat à l'université. », *Relief 36, Echanges du CEREQ*, p. 85.

⁶⁷⁶ BORRAS I., 2012, *ibid.*, p.88

parlez à R30, il est assez contre, **en tout cas pour le S1, en 3 mois, c'est infaisable**. C'est quasiment mission impossible. Alors, peut-être avec les outils informatiques, il y a peut-être des choses à faire, en payant des étudiants en thèse, ou quelque chose comme ça, pour qu'ils fassent des colles sur internet, des choses comme ça. Mais, ça ne remplace pas la notion du travail en commun, du travail en groupe.

(R29, homme 50 ans environ, MCU-PH, Exploration fonctionnelle neuro-pédiatrie, Vice-président Université)

Le tutorat est finalement opérationnel en 2015. Il est gratuit et assuré par des étudiants qui ont réussi le concours donc en deuxième ou troisième année d'une des quatre filières de santé présentes sur le campus. Sa structure s'appuie sur une association étudiante : Initiative Pédagogique pour les Étudiants Picards en Santé ou IPEPS.

Le principe est celui d'un accompagnement pour les étudiants de première année. L'accompagnement est entendu ici comme un ensemble de pratiques qui « ont vocation à établir des correspondances entre les étudiants et des mondes qui leur sont à priori étrangers selon leur situation sociale et académique »⁶⁷⁷. Il s'agit de réduire la distance entre l'étudiant, son contexte socio scolaire et la norme du milieu universitaire dans lequel il évolue. La notion d'accompagnement se manifeste par des actions elles-mêmes déterminées par des pratiques définies parmi lesquelles on trouve « tutorat, parrainage, compagnonnage »⁶⁷⁸.

Le tutorat est une notion qui appartient d'abord à la formation professionnelle avec deux composantes : une aide psychologique pour conseiller et une aide pédagogique pour guider, former et évaluer. Le tutorat réalise ainsi une fonction de socialisation où le rôle des aînés contribue à la construction de l'identité des apprenants et une fonction de formation qui repose sur une attitude pédagogique avec la transmission de pratiques et de savoirs. De plus en plus, le rôle du tuteur est maintenant compris comme un rôle de facilitateur qui « consiste à aider un jeune à se familiariser et à se former au travers d'une expérience que, grâce à lui, le jeune pourra réfléchir, analyser, comprendre ». Ceci permet aussi aux apprenants de gagner en autonomie⁶⁷⁹.

⁶⁷⁷ ANNOOT E., 2014, *Op. cit.*, p.121.

⁶⁷⁸ PAUL M., 2004, *L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique*, Paris, L'Harmattan (Savoir et Formation), p.23.

⁶⁷⁹ PAUL M., 2002, « L'accompagnement : une nébuleuse », *Education permanente*, 4, 153, p. 47-48.

Les pratiques du tutorat PACES se matérialisent par une offre de services qui ressemble beaucoup à celle des classes préparatoires privées :

- Une pré-rentrée est organisée par l'équipe pédagogique des UFR de médecine et de Pharmacie et par le tutorat. C'est une semaine de « transition » qui se déroule fin août sur des journées de six heures. Le format mixe quelques cours magistraux par les enseignants de PACES, des entraînements aux QCM dès le lendemain matin du cours magistral, des cours de méthodologie universitaire, des présentations et des échanges pour répondre aux questions. Les locaux sont les amphithéâtres de PACES pour une familiarisation avec l'environnement. Ainsi, le développement d'un tutorat à visée méthodologique et disciplinaire manifeste la préoccupation de l'institution aux difficultés d'adaptation, d'organisation des nouveaux étudiants face aux exigences de la première année des études de santé.
- La mise à disposition sur la plateforme informatique des supports de cours (ceux de l'année écoulée) ce qui constitue une base pour la prise de notes en cours, mais aussi des annales des concours des trois années passées avec les corrigés, rédigés par les tuteurs sur la base des corrections officielles des concours.
- Des colles en présentiel une fois par semaine le mercredi de 18 à 20 heures. Les étudiants font des QCM pendant une heure sur tout le programme d'une ou deux UE sous la surveillance des tuteurs. La correction est effectuée sur le créneau horaire suivant, le plus souvent au tableau, par les tuteurs. Pour permettre un classement et savoir où se situer dans la promotion, les copies sont corrigées par le lecteur optique de l'UFR.
- Des colles en ligne (encore appelées « QCM numériques ») sont aussi proposées toujours dans un but d'entraînement et d'acquisition régulière des cours. Comme il n'y a pas de contrôle continu en PACES, des QCM qui portent sur les cours de la semaine sont postés sur le site du tutorat. Ils restent en ligne pendant une semaine, ce qui offre la possibilité de se faire évaluer et classer, puis les corrections sont mises en ligne également. Les QCM restent ensuite accessibles toute l'année pour s'entraîner.
- Un concours blanc est organisé chaque semestre dans les conditions proches du concours pour en découvrir les modalités. Les temps d'épreuves sont identiques, les places sont numérotées dans les amphithéâtres. Les grilles de QCM reprennent les

grilles type de la scolarité PACES et la correction est faite par lecture optique. Le concours blanc du S1 est organisé dans la première quinzaine de novembre, ce qui est « un bon indicateur pour gérer la fin du semestre ». Il n'est pas nécessaire de participer aux autres événements du tutorat pour participer au concours blanc⁶⁸⁰.

- Pour un soutien encore plus dédié, il existe un système de parrainage.
- Enfin, un forum sur Internet permet aux étudiants de poser leurs questions.

Le service du tutorat est assuré par une équipe d'une soixantaine de tuteurs. Il est suivi par un tiers environ des étudiants (500/1500 selon le tutorat lui-même) Le concours blanc est beaucoup plus prisé (81%) car il permet à ceux qui suivent les cours privés de s'évaluer, non plus entre eux, mais aussi face à la promotion. Ceci crée une attente assez élevée :

« Moi, j'avais acheté les annales de la corpo pour m'entraîner, je faisais les colles en ligne... Toutes les colles, tous les soirs je venais tout le temps. Après, j'avais fait le concours blanc aussi, même si c'était pas tellement représentatif du concours !!! (le ton monte, agacée) »

(E17, fille 19ans, bac S Math mention bien, parcours réorientation, mère employée de commerce, père responsable maintenance électrique)

Différents travaux pointent que les véritables bénéficiaires du tutorat ne sont pas forcément ceux qui en ont le plus besoin⁶⁸¹, c'est-à-dire les étudiants en difficulté. Selon Emmanuelle Annot, il profite plutôt aux « étudiants suffisamment intégrés à l'université pour refuser d'être exclus », car il faut que les étudiants soient « actifs dans leur parcours et volontaires pour être accompagnés »⁶⁸².

Sur la population enquêtée, le questionnaire prévoyait d'explorer les raisons avancées par les étudiants de ne pas avoir eu recours au tutorat. Les réponses reposent sur une partie des enquêtés car le tutorat n'était pas en place les premiers temps de l'enquête. Les deux raisons principales du non-recours au tutorat sont le manque d'informations (32,5%) et la peur d'une charge de travail supplémentaire (32,5%).

⁶⁸⁰ Le paragraphe sur le tutorat est tiré d'une observation lors de JPO où le tutorat est venu présenter ses actions (Cahier de thèse 11 mars 2017) et du site Internet du tutorat : <http://www.tutoratpaces.fr>

⁶⁸¹ GUILLON S., 2015, « La coopération étudiante en cours d'études: Tutorat et entraide, facteurs de réussite? », Biennale Internationale de l'Éducation, de la Formation et des Pratiques professionnelles, Paris, disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01186626>, p. 3.

MICHAUT C., 2003, « L'efficacité des dispositifs d'aide aux étudiants dans les universités », *Recherche & Formation*, 43, 1, p. 103.

⁶⁸² ANNOT E., 2014, *Op. cit.*, pp.123-131.

Tableau 19 : Raisons invoquées pour ne pas avoir eu recours au tutorat

Raisons invoquées pour ne pas avoir eu recours au tutorat	Taux %	Effectifs
Insuffisance d'informations	32,4	24
Peur d'une charge de travail supplémentaire	32,4	24
Préférence pour une prépa privée	17,6	13
Pas ressenti le besoin	12,1	9
Perte de temps	5,5	4
Total	100	74

Pour remédier au manque d'information, le tutorat est régulièrement représenté à chaque évènement de l'UFR de médecine et de pharmacie : journées portes ouvertes, semaine de rentrée. La brochure d'information sur la PACES, en ligne ou en format papier mis à disposition du public, consacre un volet du triptyque à la présentation des actions du tutorat : la visibilité semble assurée.

La peur d'une charge de travail supplémentaire, l'autre raison invoquée pour ne pas s'inscrire au tutorat, est également retrouvée dans l'enquête de Borrás et al. Cette enquête effectuée sur deux universités auprès d'étudiants de première année en Sciences humaines et sociales et en Sciences montre que la moitié d'entre eux y voient une « perte de temps », une « surcharge de travail », une « incompatibilité avec leurs disponibilités »⁶⁸³.

4.2.4.4 Les classes préparatoires privées ou « prépas privées »

Les « prépas » sont des établissements privés qui proposent des services de soutien extrêmement structurés, assurés par des professeurs et cette fois moyennant des frais approchant ceux d'une scolarité dans l'enseignement supérieur privé français. La démarche commerciale est explicite. « Relayant les enseignements universitaires et complétant un emploi du temps universitaire déjà structuré, les cours privés proposent, moyennant finance,

⁶⁸³ BORRAS I., LENDRIN N., JANEAU E., MACAIRE S., WARIN P., 2011, « Evaluation du non-recours au tutorat à l'université », *Net.Doc CEREQ*, 85, p. 35.

d'encadrer et de scander la préparation au concours »⁶⁸⁴. Cette dimension d'encadrement et de scansion est recherchée par les étudiants et leur famille pour se rassurer face à l'organisation trop floue et aux incertitudes éprouvées à l'université⁶⁸⁵.

D'ailleurs, cette inscription dans une prépa 'à côté' de l'enseignement facultaire est souvent décrite par les étudiants comme un passeport pour réussir, même si les médecins hospitalo-universitaires démentent régulièrement cette affirmation. Ceux-ci s'appuient sur un article paru en 2006⁶⁸⁶ qui a évalué au moyen d'une analyse multivariée les chances de réussite au concours de PCEM1 à Paris V en fonction du sexe, de la filière du bac et de la mention, du nombre d'inscriptions en 1^o année, du temps de trajet domicile-fac et du type d'accompagnement pendant l'année : cours particuliers, tutorat, cours privés. Cette étude conclut que les critères statistiquement significatifs d'une réussite au concours sont la mention obtenue pour un bac scientifique et le fait d'être redoublant : le suivi des cours dans une prépa en parallèle n'augmente pas les chances de réussite. Il reste à se demander s'il est possible de généraliser les résultats obtenus à Paris V à la population des étudiants de première année de médecine au niveau national et par là même à la région Picardie.

Dans notre échantillon, les étudiants (N = 185) qui ont répondu à la question « avez-vous bénéficié d'une aide pour votre travail personnel ? » sont 13,5% à avoir suivi une classe préparatoire en parallèle de leur année de PACES et 16,7% si on ajoute ceux qui ont eu recours à la « prépa » et à d'autres formes de soutien. Dans la population d'étudiants de deuxième année PCEM2 interrogés en 2011-2012 (N = 220), ils sont un peu plus de 43% à avoir bénéficié d'une formation préparatoire en parallèle de la PACES. Le tutorat n'existait pas, il ne peut s'agir que de classes préparatoires privées ou de conférences. On peut observer que les étudiants qui ont été ajournés à la fin du S1 sont moins nombreux à avoir suivi une prépa que les étudiants qui ont réussi leur concours. Le suivi d'une prépa semble quand même être un facteur additionnel à la réussite en PACES.

⁶⁸⁴ MILLET M., 2003, *Les étudiants et le travail universitaire : étude sociologique*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, p.75.

⁶⁸⁵ FELOUZIS G., 2001, *op cit*, p.19.

⁶⁸⁶ FLAHAULT A, COUTURIER PL, CHATELLIER G, 2006, *Op. cit*, p 1513-20.

Tableau 20 : Recours à une formation préparatoire pour les étudiants en PCEM2 (2011/2012)

En parallèle, avez-vous été inscrit dans une formation préparatoire pour passer le concours de première année ?	%	Effectifs
Oui	43,2	95
Non	56,8	125
Total	100	220

Dans les principaux freins des étudiants face à une inscription dans une prépa, le coût est l'argument qui revient principalement parmi les étudiants amiénois. Il faut rappeler ici que le taux de boursiers dans cette université est de plus de 40%. Dans l'échantillon des étudiants réorientés dans le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux, ils sont plus de 62% alors que dans la population de PCEM2 en 2011-2012 ils sont 42%. Ceci confirme une origine sociale plus modeste pour les étudiants réorientés que les étudiants ayant réussi leur concours.

Tableau 21 : Taux de boursiers parmi les étudiants reçus en deuxième année

Statut	%	Effectifs
Boursier	42,1	72
Non boursier	57,9	99
Total	100	171

Tableau 22 : Taux de boursiers parmi les étudiants exclus de PACES

Statut	%	Effectifs
Boursier	62,2	112
Non boursier	37,8	68
Total	100	180

Localement, l'offre de cours préparatoires privés a fluctué sur le temps de cette enquête. Historiquement, il existait trois établissements lors de la création de la PACES : Polyprépas, PCMP et le Centre pédagogique. Ce dernier était plus généraliste et proposait une préparation à une grande variété de concours, plutôt paramédicaux. Puis les Cours Galien, organisme avec une implantation nationale, sont venus s'établir à Amiens entre 2013 et 2018. Seul PCMP (Préparation aux Concours Médecine Pharmacie) reste à présent. Il faut remarquer que l'offre de prépas privées s'est amenuisée depuis le développement du tutorat à l'université. Néanmoins, aucune conclusion n'en est tirée, car les données manquent pour ce versant du terrain : seul un entretien informel avec la directrice des études sur le stand de PCMP lors du Forum de l'étudiant a été possible.

Les formules de préparation⁶⁸⁷ proposées par cet organisme sont de plusieurs ordres : les stages de courte durée, pendant les vacances ou pour la pré-rentree et la préparation tout au long de l'année avec des cours complémentaires à ceux de l'université mais qui inclut aussi les entraînements aux QCM, les examens blancs 'classants', les fiches de cours et 'polys', un suivi individuel sous la forme d'un parrainage... On retrouve des formes de soutien que le tutorat a lui aussi adopté. La structure propose aussi des locaux avec des espaces de travail qui ont toujours été au plus proche de l'UFR de médecine avec une réactivité lors du déménagement du premier cycle des études de santé vers le Campus, recréant un second environnement sans temps de trajet trop long entre les amphithéâtres et les espaces de travail. Leur adaptabilité a été manifeste également avec l'arrivée de Parcoursup puisque l'offre s'étend maintenant aux lycéens avec la « Première Santé » et la « Terminale Santé », deux parcours qui anticipent le nouveau Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS) avec une préparation au long de l'année et des stages au cours de toutes les vacances pour ceux qui envisagent un cursus de santé.

Parmi les étudiants de l'échantillon entendus en entretien, certains ont suivi toute ou partie de la préparation privée :

Q : Et vous aviez suivi le tutorat ? vous avez fait une prépa comme PCMP?

⁶⁸⁷ En 2017/2018, les tarifs de la « préparation intensive annuelle » variaient de 2460€ à 3360€ (4980€ pour le PASS désormais) selon la formule choisie, avec ou sans options et selon le statut primant ou doublant de l'étudiant. Le stage de pré-rentree de 15 jours s'élevait à 930€ (1210€ à présent)

E21 : la première année, le tutorat n'était pas encore en place. Non, alors PCMP, non ! *(catégorique)* je faisais des conf...Alors, la première année, **j'avais fait la prérentrée intensive PCMP**, après...euh... PCMP, moi ça me révolte un petit peu...je trouve ça exagéré... Bon, je m'étais renseignée sur toutes, hein : PCMP, Gallien...au final, j'en étais venue à me dire que les conf, c'était mieux... Dans mes amis, y avait personne qui faisait PCMP non plus. Enfin, c'est un peu l'effet de groupe aussi, mais **on avait tous fait la prérentrée PCMP sur deux semaines...qui était très bien**. Et après, on faisait des conf – pas tous la même conf - et la première année, y avait pas encore le tutorat et ça a commencé pendant ma deuxième année. Du coup, là par contre, je l'ai suivi sur le premier semestre de ma deuxième année.

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2^e année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

La pré-rentree a été aussi le choix de l'étudiante suivante qui s'est ensuite inscrite au tutorat, mais a bénéficié de la coopération d'étudiants inscrits en « prépa privée » pour accéder aux contenus des fiches et cours, ce qui n'est pas aisé dans le contexte de compétition de la PACES.

E16 est une jeune fille de 19 ans, originaire de l'Aisne, rencontrée lors du parcours de préparation aux concours. Son père est professeur de SVT et sa mère professeur de français, tous les deux en lycée public. Elle a un seul frère. Elle obtient un bac S option SVT mention bien, à l'heure, mais avoue qu'elle doit davantage sa mention aux matières littéraires qu'aux mathématiques ou à la physique. Elle s'inscrit en PACES pour devenir kinésithérapeute suite à des problèmes de genou dans l'adolescence traités par kinésithérapie, ce qui a été à l'origine de son choix. Classée 1215/1304 au S1, elle est ajournée et s'inscrit dans le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux comme stratégie d'attente : elle vise une place en kinésithérapie par tirage au sort dans une Haute école en Belgique, qu'elle obtiendra. Sinon elle aurait suivi une licence de sciences pour une passerelle en kinésithérapie en France ou encore une intégration en école d'ingénieur en alternance.

« **J'avais fait une pré-rentree de prépa...privée...euh, mi-août... donc la pré-rentree en prépa, mais j'ai pas suivi la prépa privée après**. On a déjà beaucoup bagarré avec les parents pour que je fasse la pré-rentree, parce que j'étais pas forcément d'accord, vu le prix : je voulais pas qu'ils mettent autant : c'est quand même plusieurs centaines d'euros ! Bon, au final, je

regrette pas, c'était quand même pas mal. Mais de là à faire la prépa toute l'année !...enfin, ça a un coût : 3 000€ pour l'année ! et puis c'est plusieurs après-midis de pris. Déjà, quand je vois que je galérais quand même : en ayant tous mes après-midis de pris, je sais pas comment j'aurais fait ??? Après, j'avais récupéré les cours PCMP de l'année dernière et de l'année encore avant. Surtout les cours ! Parce que les fiches de PCMP sont bien synthétiques, c'est quand même beaucoup mieux, c'est plus visuel »

(E16, fille 19 ans, bac S SVT mention bien, parcours réorientation, mère professeur français en lycée, père professeur SVT en lycée)

Si la « prépa privée » est un mode de soutien pour certains étudiants, d'autres comme cette étudiante n'arrivent pas à envisager comment concilier le temps de travail universitaire et le temps de travail en cours préparatoires. D'autres encore, en voulant se surpasser, à cause de la compétition et de la pression familiale parfois, vont jusqu'au syndrome d'épuisement.

C'est ce qui est arrivé à l'étudiant E25 : c'est un garçon de 26 ans, originaire de l'Oise, rencontré lors de sa deuxième année de formation de technicien de laboratoire médical. Sa trajectoire comporte des bifurcations tantôt par échec, tantôt par difficulté à choisir et à confirmer un projet professionnel. Son père est préparateur en pharmacie à l'hôpital et sa mère secrétaire médicale, ses deux parents appartiennent « au monde de la santé » et non au « monde médical »⁶⁸⁸. Il a deux frères plus jeunes que lui ; l'un est sommelier, l'autre encore au lycée. Son stage de troisième s'est déroulé en service de cancérologie dans un hôpital de l'Oise où travaille son père. Au lycée, il est inscrit en classe européenne et passe un Bac S option SVT, obtenu à l'heure avec une mention assez bien, mais il doit suivre des cours de soutien en maths l'année de sa terminale car il est juste à la moyenne. Son capital scolaire est très moyen pour réussir en PACES. Il dit que son choix d'orientation a été fortement influencé par sa famille. Son rêve aurait été de devenir médecin avec une spécialité en oncologie. Il entre en PACES en septembre 2010 « l'année de la réforme » après une « prépa intensive » au cours du mois d'août. Il suit une « prépa » aussi pendant l'année ainsi que les « conf ». Il n'est pas réorienté en fin de premier semestre mais finit classé environ 600 à la fin de sa première PACES, il est admis à redoubler. Il pense qu'il a souffert d'un syndrome d'épuisement : les cours en amphi, la prépa en dehors, les conf, des nuits de 3 ou 4 heures de sommeil...Il craque après les examens du S1 de sa deuxième PACES, juste avant Noël. Il suit le

⁶⁸⁸ HARDY-DUBERNET A.-C., GADEA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p. 12.

parcours de prépa concours paramédicaux pendant le S2, sans le soutien de ses parents. Il présente alors les concours de manipulateur en électroradiologie et d'infirmier, réussit l'écrit mais ne parvient pas à convaincre le jury à l'oral, sa motivation et sa projection dans le métier sont insuffisantes. Il entre en première année de licence de sciences pour faire de la biologie humaine, puis intègre l'Institut d'ingénierie de la santé : en tout, il effectue quatre années de licence de sciences dont deux L3. Au cours de sa deuxième L3, il fait un stage de six semaines au laboratoire du centre hospitalier, ce qui lui permet de découvrir le métier de technicien de laboratoire. L'entretien s'est déroulé lors de sa deuxième année à l'IFTLM.

E25 : Donc, j'ai eu mon bac en 2010, après je suis rentré directement en PACES...mais avant d'aller en PACES, j'ai fait une classe préparatoire, c'était la PCMP. Donc, j'ai commencé un mois avant la classe préparatoire, après j'ai été en PACES. (...). J'ai fait la classe préparatoire en parallèle des cours de PACES, et j'ai fait des conf aussi...ce qui fait que j'avais des journées à 10 heures de cours et après, il fallait que je travaille en sortant. (...) Et j'ai redoublé ma PACES

Q : L'été entre vos deux années, qu'est-ce que vous avez fait ?

E25 : En fait j'ai eu un petit job d'étudiant, donc en fait j'ai travaillé pendant les deux mois et après, j'ai repris « l'étau ». **Je pense que le problème a été que j'ai voulu trop en faire...** parce que, entre le travail qu'on nous donnait à PCMP et ce qu'on devait faire avec les cours ...plus les 'conf' qui nous donnaient du travail en plus...donc, au final, je savais plus où j'en étais...au bout d'un moment, j'ai saturé en fait...

Q : c'est un rythme qui est épuisant ?

E25: Oui...et par rapport à ça, la deuxième année, je suis tombé malade... parce qu'on va dire que je dormais entre quatre et... enfin, quatre heures, c'était vraiment une bonne nuit, sinon je dormais trois heures. Et au bout d'un moment, à force de manquer de sommeil, et bien, je commençais à faire des crises de tétanie... (...) et avec la pression de la famille derrière... en fait... parce que, bon, ma mère me disait qu'elle sait que c'est difficile, mais j'ai pas le droit à l'échec en fait... donc, du coup, je ne me suis pas ménagé pour autant, en fait : j'ai continué le même rythme jusqu'à ce que...ben...pfff...au bout d'un moment...c'est...je pouvais plus continuer en fait !

Mathias Millet considère que ces entraînements « enchaînés sans fin et sur un rythme précipité » ressemblent à du « forçage »⁶⁸⁹ puisqu'il faut surtout apprendre par cœur, retenir sans forcément chercher à comprendre. L'exemple de ce dernier étudiant montre que la surutilisation de méthodes de soutien peut conduire à l'épuisement.

Tous les moyens – qu'il s'agisse de l'année préparatoire L0, du tutorat ou des cours préparatoires – ont été considérés dans cette sous-section comme faisant partie de la stratégie étudiante pour parvenir à un but : réussir le concours de PACES. Felouzis ne retient pas cette notion de stratégie parce qu'il soutient que les étudiants du premier cycle se caractérisent par une indécision et subissent l'imprécision des buts à poursuivre dans une institution insuffisamment prescriptive. Il préfère la notion de tactique qui consiste pour l'étudiant à se fixer lui-même ses objectifs⁶⁹⁰. La tactique est construite sur les moyens à mettre en œuvre, avec créativité pour trouver des solutions aux problèmes rencontrés. Dans l'action tactique, « rien ou presque n'est défini au départ, et les objectifs et les moyens ne se construisent que dans le déroulement du cursus »⁶⁹¹. Il semble pourtant que la première année commune aux études de santé tende vers un objectif assez déterminé que l'étudiant connaît dès le départ ce qui l'oblige à structurer et coordonner ses actions pour s'adapter aux difficultés, à établir une stratégie pour tenter de parvenir à se maintenir dans cette compétition.

⁶⁸⁹ MILLET M., 2003, *Op. cit.*, p.75.

⁶⁹⁰ FELOUZIS G., 2001, *Op cit.*, pp.30-39.

⁶⁹¹ FELOUZIS G., 2001, *Ibid.*, p.108

4.2.5 La dynamique de travail

Dès le début du semestre, qui ne dure que trois à quatre mois, les étudiants doivent apprendre à devenir des étudiants en médecine, surtout des étudiants efficaces et performants. « Organiser leur temps et leurs activités, gérer un volume colossal de savoirs à intégrer, organiser leurs révisions, sont des exemples du type de problèmes qu'ils sont amenés à traiter pour réussir »⁶⁹².

Le questionnaire qui a été distribué aux étudiants réorientés dans le parcours interrogeait l'attitude qui avait prévalu pendant le S1, sous la forme suivante : « concernant le travail à fournir au semestre 1, quelle a été votre attitude ? »

Tableau 23: Dynamique de travail des étudiants enquêtés

Dynamique de travail	%	Effectif
Périodes alternées travail-relâchement	52,4	97
Travail régulier depuis la rentrée	40	74
Travail à l'approche du concours	10,3	19
Travail après quelques semaines	9,2	17

Une petite majorité (52,4%) reconnaît avoir connu des périodes de travail et des périodes de relâchement, mais ils se sont efforcés – comme cela leur a été conseillé de façon appuyée – de commencer à travailler dès la rentrée de manière régulière pour 40% d'entre eux. Cette régularité ne va pas de soi : il peut être tentant de remettre à plus tard le travail à faire car la temporalité des examens n'est pas comparable à ce que les étudiants ont connu au lycée. Le manque de jalons dans les évaluations peut encourager une certaine forme de procrastination.

« Plus on retarde la mise en route, plus il y a de retard à l'allumage. Et le retard à l'allumage en médecine, ça ne se rattrape pas facilement ! »

(E2exploratoire, garçon 22ans, bac S SVT mention passable, 2^eannée paramédical, mère enseignante en IME, père médecin généraliste)

⁶⁹² SAINT-MARC D., 2011, *Op. cit.*, p.57.

Ces phénomènes « sont régulièrement observables dans les premières semaines qui suivent la rentrée. [Ceci] est lié à plusieurs facteurs : certains étudiants pensent avoir le temps et voient les échéances de mi-décembre ou début janvier comme lointaines. D'autres plus perfectionnistes repoussent l'échéance par souci de s'y mettre plus tard et 'à fond'. D'autres encore sont plutôt dans une logique d'attentisme propre à la définition de la procrastination qui est de remettre à demain ce qu'on pourrait faire aujourd'hui »⁶⁹³. Parfois, la dynamique de travail subit les contretemps de plusieurs facteurs à la fois, fragilisant « l'enchantement collectif des premiers temps »⁶⁹⁴ :

Au début, on est arrivés en septembre, on était tous...je ne sais pas...contents d'être là, très joyeux...Et puis, en fait jusque fin octobre, je n'ai pas vu le temps passer...Et puis, en octobre, il y a eu des vacances et j'ai retrouvé mes amies de terminale qui n'ont toutes pas fait ça...et puis, j'ai eu...je ne sais pas...je me suis rendue compte, en fait, que **j'avais...RIEN fait et que...j'ai commencé à paniquer**...Je me suis rendue compte que...je ne sais pas...**je ne m'étais même pas intéressée aux cours**, alors que, normalement, quand il y a un truc qui me plaît, j'arrive à vraiment me mettre dedans, mais là, je ne m'étais pas jetée en fait : j'avais suivi des cours, **j'avais travaillé... euh, peut-être pas assez**, mais j'avais travaillé, mais je n'étais pas...euh...vraiment mis dedans quoi... faut vraiment se mettre à travailler dès le début, on me l'a dit aussi, mais je l'ai pas fait ! J'ai commencé l'année fatiguée, je crois que ça y fait aussi (...)
Je suis rentrée de Chine 2 jours avant et j'avais encore le décalage horaire ...pendant les 2 premières semaines, j'étais ...je m'endormais pendant les cours ...

(E13, fille 19 ans, bac S SVT mention assez bien, parcours réorientation, mère ingénieur chimiste, père fonctionnaire)

Les conseils des initiés, ceux qui ont déjà vécu la PACES et qui sont des pairs experts, peuvent être force de mobilisation dans la socialisation au travail étudiant. C'est le sens des actions du tutorat mais ces conseils peuvent être plus informels. Le travail régulier aussi est préconisé par les initiés aux primants comme dans le cas suivant :

Q : Et le rythme de travail ?

E17 : Haann !!! Ben quand on n'a pas été habitué à travailler, c'est dur ! Mais j'avais ma coloc, enfin ma colocataire, elle avait un ami qui avait fait Paces, et il a dit : « Moi, je me fixais de telle

⁶⁹³ PINTE G, 2018, *Op. cit.*, p.77

⁶⁹⁴ BODIN R., MENGNEAU J., ORANGE S., 2020, *Op. cit.*, p.455

heure à telle heure pour travailler et revoir les cours de la veille, faire les cours de la journée et regarder un peu les cours qui y avait à faire pour le lendemain » **Il a dit : « Tous les jours, faut que tu travailles un pti peu, parce que sinon tu y arriveras jamais »** Donc, moi, dès le 22 aout où je suis rentrée, j'ai commencé à me mettre dans le bain comme ça, parce que je me suis dit : « si je commence à me dire : là, j'ai pas beaucoup de cours, donc je fais rien, après je vais prendre du retard et me connaissant, vu que j'ai jamais travaillé, j'y arriverais jamais ». Donc, j'ai commencé à prendre le rythme comme ça : ça a été. Bon après, ça s'est bien passé, mais passer de une heure de travail à douze, euh ...c'est dur...

Q : Et les week-ends c'est pareil ?

E17 : Ben, y a plus de week-ends !

(E17, fille 19 ans, bac S Math mention bien, parcours réorientation, mère employée commerce, père responsable maintenance électrique)

4.2.5.1 La difficulté à juger de l'effort et de la direction à maintenir

La perspective de la première partie du concours reste un objectif à court terme, c'est-à-dire du premier semestre. Comme cela a été expliqué plus avant, selon les auteurs de *Boys in white*, le travail étudiant des primants (*freshmen year*) passe par plusieurs étapes. Tout d'abord, leur perspective initiale est immédiate et situationnelle : elle est définie par la situation présente, les buts qu'ils se fixent et les activités nécessaires pour les atteindre⁶⁹⁵. C'est la période où ils s'efforcent de tout apprendre, bientôt suivie du constat qu'il n'est pas possible de tout faire et qu'il va falloir se concentrer sur « ce qu'ils veulent que nous sachions »⁶⁹⁶ c'est-à-dire sélectionner les acquis à maîtriser pour satisfaire aux exigences des examens ou du concours, pour ce qui est de la PACES ici en France. Ainsi la perspective change pour les étudiants : « la question qu'ils ont derrière la tête est peut-être de savoir comment grimper la montagne qu'ils voient au loin » c'est-à-dire la perspective finale de devenir médecin « mais ce qui focalise leur attention immédiate, c'est comment se frayer un chemin dans le marécage où ils pataugent pour l'instant et au-delà de la pente escarpée juste devant eux »⁶⁹⁷. Cet obstacle qui représente les examens du premier semestre devient l'objectif à atteindre. L'image du marécage n'est pas relatée par les étudiants interrogés mais

⁶⁹⁵ BECKER H.S., GEER B., HUGHES E.C., STRAUSS A.L., 1977 (1961), *Op. cit.*, p 93

⁶⁹⁶ BECKER H.S., GEER B., HUGHES E.C., STRAUSS A.L., 1977 (1961), *ibid*, p. 158

⁶⁹⁷ BECKER H.S., GEER B., HUGHES E.C., STRAUSS A.L., 1977 (1961), *ibid.*, p.5, (traduit par nous)

ils expriment néanmoins leur difficulté à naviguer à vue dans les contenus de cours, comme par exemple ici :

Il y avait tout un cours, que je ne comprenais pas du tout ...le rapport avec médecine...ou à quoi ça allait servir...même parfois, le rapport entre les ED et le cours, je ne le trouvais pas...

(E13, fille 19 ans, bac S SVT mention assez bien, parcours réorientation, mère ingénieur chimiste, père fonctionnaire)

Lorsque le contenu des cours ne semble pas être un problème insurmontable, d'autres paramètres peuvent être compliqués à gérer ou à dépasser, comme la régularité, le travail autonome, la motivation :

Je savais que ça allait être un volume de travail assez conséquent quand même...on me l'avait dit... mais le contenu des cours, je me dis qu'ils étaient assez logiques... c'est de l'approfondissement par rapport au lycée (...) mais on avait surtout du mal, c'était à nous motiver à travailler, parce que, quand on sort du lycée, on est encadré bien comme il faut ; et puis là, on est lâchés, il faut qu'on travaille de nous-mêmes...et puis, c'est dur ! C'est très dur de travailler par nous-mêmes...

(E24, fille 22ans, bac S SVT mention bien, 2^e année paramédical, mère secrétaire, père ouvrier)

« Le problème, à la fois théorique et pratique, qui se pose aux étudiants est donc celui du niveau et de la direction de leur effort scolaire »⁶⁹⁸. Les étudiants sont plusieurs à exprimer le fait d'être « lâchés » et de devoir trouver le niveau et la direction pour se sortir de cette situation, ce que résume l'étudiant E20 :

La PACES : on est lâché voilà, on est lâché dans l'océan et on se débrouille comme on peut.

4.2.5.2 La dépendance à l'institution : aller ou ne pas aller en cours ?

Les responsables hospitalo-universitaires incitent les étudiants à faire la démarche de venir et assister au cours, prendre leurs propres notes dès la rentrée. Et comme cela était préconisé par les groupes de travail qui se sont succédé au Ministère de la Santé et qui ont

⁶⁹⁸ DARMON M., 2016, *op cit*, p. 86

mis en place la PACES, les supports de cours numériques ont été mis à la disposition des étudiants sur leur espace numérique de travail (ENT). Ceci faisait craindre une désertion des amphes, qui s'est produite...

« Alors, (...) pour que les gens aient une certaine égalité des chances, on a mis les cours en podcast, on a fait des plateformes informatiques bien documentées... et on a vu apparaître effectivement, progressivement tout au long de l'année, une baisse d'assistance aux cours...(s'arrête)... dont on va voir un peu le résultat, parce que je pense que ça n'améliore pas psychologiquement les étudiants d'être en tête à tête toute la journée avec un ordinateur, de ne plus avoir tellement de vie sociale : ils perdent un peu leurs repères »

(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

Les étudiants utilisent diversement les ressources universitaires. Lors de l'observation en amphithéâtre⁶⁹⁹, il était notable que, chez les doublants, peu de temps avant le concours, l'assistance au cours servait en même temps à vérifier que le contenu de leurs photocopies était conforme et à capter le moindre indice pour le concours. Par contre les primants ont, pour certains, une attitude scolaire retrouvée dans l'exemple suivant :

Alors, il en a beaucoup qui utilisaient les podcasts et qui ne venaient pas en cours. Moi, je mettais un point d'honneur au moins à aller en cours tous les matins, sinon... Déjà que l'après-midi, j'avais énormément de mal à me concentrer, à travailler... alors là, je me disais : « si je ne vais pas en cours, j'y arriverai jamais » (...) donc j'allais à tous les cours, hein ! J'étais très disciplinée.

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2^e année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

Cette attitude scolaire disciplinée est soulignée comme caractéristique féminine par cette enseignante qui intervient au premier semestre dans l'UE2 (la cellule et les tissus) pour toute la promotion puis au second semestre pour l'UE8, appelée UE spécifique, dans son cas UE Maïeutique :

⁶⁹⁹ Observation d'une matinée de cours, 4.2.2 « Les cours en amphi : aux frontières de l'explicite et de l'implicite »

Alors, L'UE Maïeutique, c'est spécial, hein ! L'UE maïeutique, il y a 90% de filles qui sont toutes bien prêtes à l'heure, qui écrivent tout, qui sont à l'affût du moindre...voilà ! (...) Alors, elles sont là au premier semestre.... sauf qu'on ne les voit pas de la même façon !

(R34, femme 40 ans environ, MCU-PH, cours d'histologie embryologie en PACES, référent médecine pour le dispositif réorientation)

Aller en cours, assister au cours sont des attitudes qui font dire à A.C Hardy et al. que la dépendance à l'institution est forte : « le concours tient en haleine les nouveaux entrants : ils se retrouvent face à une somme de travail qui les oblige à assister aux cours, car ils savent qu'il s'y passe des choses décisives»⁷⁰⁰. C'est l'accès aux informations importantes qui est recherché : contenu de cours exact, indications sur les chapitres à ne pas négliger, question qui peut « tomber » au concours... Pour l'étudiante E21 précédemment, aller en cours permet de maintenir un rythme de travail, de scander les journées. Ou pour cette autre étudiante de tenter d'optimiser le temps de travail :

Moi, je récupérais tous les cours qu'ils avaient mis sur l'ENT. Après, je voyais pendant le cours avec le prof : si il rajoutait des trucs, ben je les rajoutais dans le cours. Mais la plupart du temps, ça changeait pas beaucoup. Au moins, **on ne perdait pas de temps à prendre des notes**, à dire : « ben, j'avais oublié de prendre une phrase ! » Il y avait déjà pratiquement tout, d'écrit.

(E17, fille 19ans, bac S Math mention bien, parcours réorientation, mère employée commerce, père responsable maintenance électrique)

Comme le dit Muriel Darmon à propos des classes préparatoires, il existe aussi une socialisation temporelle des étudiants qui s'accompagne de « l'incorporation de rapports au temps particuliers »⁷⁰¹ et d'un usage intensif du temps. Or si le rythme de travail est soutenu en médecine, comme en classes préparatoires, l'institution n'y est pas aussi totale ou « enveloppante », l'université est une institution plus « faible » selon Felouzis.

Aussi, l'université ne fonctionne pas comme une classe préparatoire et les concours « publics, anonymes, égalitaires, ont tous les aspects d'une sélection neutre (...) ce qui s'y passe, la façon dont on s'y prépare se déroule ailleurs, là où les non-initiés n'ont pas accès, sur le terrain privé, personnel, familial, relationnel. Et l'on se rend compte que l'étudiant qui

⁷⁰⁰ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p.36.

⁷⁰¹ DARMON M., 2015, *Op. cit.*, p. 137.

suit à la lettre les consignes universitaires et qui s'appuie sur la faculté uniquement pour réussir, court à l'échec. Celui qui prend ses distances avec l'institution, va chercher ailleurs les ressources pour acquérir une méthode de travail et comprendre le fonctionnement complexe de l'institution, peut réussir en fournissant un effort moindre »⁷⁰². Cet « ailleurs » est essentiellement représenté par les « prépas privées » qui proposent ce type de ressources, ce que font également les tutorats. Les étudiants y sont entraînés à développer des dispositions d'usage intensif du temps et des ressources, pour canaliser leur travail universitaire et optimiser leurs apprentissages.

4.2.5.3 *Quelle approche d'apprentissage privilégier ?*

David Saint Marc s'est penché sur le travail universitaire des étudiants en médecine, mais surtout à partir de la deuxième année, celle qui débute « les véritables études de médecine ». Il retient quatre types de combinaisons de solutions organisées autour de deux grands axes : l'investissement dans le travail (la charge de travail et le temps passé à travailler) et l'utilisation de stratégies d'apprentissage (maîtrise des contenus soit par la répétition et l'usage du « par cœur », soit par le contrôle, la sélection et la généralisation).

Selon lui, certains étudiants adoptent la « solution de l'économie » avec un plus faible investissement en termes de travail et une stratégie de répétition sur des contenus qu'ils sélectionnent sans en avoir la maîtrise. Cette stratégie serait un peu plus utilisée par les garçons que par les filles et plutôt au début du cursus.

La « solution des téméraires » concerne ceux qui ne sélectionnent pas le contenu à apprendre et par conséquent sont obligés d'investir un temps considérable aux révisions, ce qui rend nécessaire une stratégie d'organisation et de planification.

La « solution de l'investissement plus maîtrisé ou sélectif » nécessite des étudiants un temps également important pour le travail personnel, mais la stratégie de répétition des contenus laisse place à une stratégie de sélection des contenus soutenue par une forte organisation et planification. Cette solution serait d'après David Saint Marc davantage utilisée par les filles que par les garçons et davantage par ceux qui ont suivi une « prépa » ou le tutorat.

⁷⁰² HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p17

Enfin, la « solution de l'investissement ponctuel » se caractérise par une bonne maîtrise des contenus de cours qui permet de sélectionner et de faire des choix dans les apprentissages et les révisions, sans être obligé de travailler tout le temps. Cette attitude nécessite de mobiliser des stratégies de régulation pour ajuster les efforts, ce qui sous-entend une acculturation aux études médicales aussi bien sur les contenus des matières enseignées que sur le fonctionnement de l'institution. Cette solution n'est pas celle des débutants.

David Saint Marc relève d'ailleurs qu'il n'existe pas de « modèle idéal »⁷⁰³. Ainsi, l'évolution des méthodes de travail au cours des études de médecine se ferait par une maîtrise progressive des contenus, une meilleure connaissance des capacités de travail et d'adaptation à l'espace dans lequel l'étudiant évolue, ce qui est sous-tendu par la socialisation universitaire et l'entrée dans le champ médical.

L'approche d'apprentissage adoptée par l'étudiant s'explique par la rencontre entre les habitudes personnelles d'apprenant acquises au cours de la scolarité et le type d'enseignement auquel il est confronté ou contexte pédagogique (nature de la tâche, méthodes d'enseignement et procédures d'évaluation, type d'établissement)⁷⁰⁴. « Tel étudiant n'est pas de nature « de surface » ou stratégique, mais aurait une prédisposition qui peut être soit renforcée, soit contrecarrée par le type d'enseignement développé à l'université. Ainsi, la première année universitaire, qui de facto est souvent une année de sélection, encourage sans doute la peur de l'échec et l'attitude servile de reproduction qui l'accompagne. La surcharge des programmes et les méthodes d'évaluation des grands groupes qui consistent souvent en des mesures de restitution rapides et peu fréquentes renforcent la prédilection de certains étudiants pour l'apprentissage« par cœur »⁷⁰⁵.

« L'attitude servile de reproduction » est prônée par certains qui n'hésitent pas à écarter du groupe de travail le « boulet » qui n'adopte pas les codes du groupe. L'étudiant, comme E19, qui ferait ralentir les autres dans leur travail, peut s'entendre dire :

« han...t'es un boulet...de toutes façons, il faut apprendre par cœur : apprends par cœur ! Tu t'en fous de comprendre ou pas ! On s'en fout ! »

⁷⁰³ SAINT-MARC D., 2011, *op. cit.*, pp. 57-85.

⁷⁰⁴ GUSTIN M.-P., VINCIGUERRA C., ISAAC S., BURILLON C., ETIENNE J., 2016, « Approches d'apprentissage et réussite en première année commune des études de santé (PACES) en France », *Pédagogie Médicale*, 17, 1, p. 24.

⁷⁰⁵ ALAVA S., ROMAINVILLE M., 2001, « Les pratiques d'étude, entre socialisation et cognition », *Revue française de pédagogie*, 136, 1, pp. 163-164.

(E19, fille 23 ans, Bac S spécialité Maths sans mention obtenu à l'heure, 3^e année paramédical, mère secrétaire, père menuisier)

Les étudiants n'arrivent pas tous à trouver cette attitude : apprendre sans comprendre et intégrer un volume conséquent de notions. Selon AC Hardy, il faut un certain temps pour comprendre qu'il ne faut pas approfondir : « c'est peut-être cette nouvelle posture, apprendre sans comprendre, que les étudiants ont le plus de mal à intégrer »⁷⁰⁶ .

En fait, je me suis vite rendue compte que ... Moi, j'ai jamais été capable d'apprendre par cœur, comme je vous dis : pour le bac, euh, pffff...Et là, je travaillais mais je me rendais bien compte que ça n'allait pas...enfin que c'était pas un mode fait pour moi, quoi ! (...) et j'ai fini par me dire : «c'est absolument pas les études qu'il me faut, déjà – parce que je ne suis pas capable de passer 10 ans comme ça et je ne suis pas capable d'apprendre bêtement ! » En fait, je passais un temps fou à essayer de comprendre tout ce qu'on nous demandait d'apprendre...sauf qu'il y a tellement une tonne de choses à apprendre... enfin, il faut juste, là, du par cœur...je suis incapable de faire ça.

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2^e année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

La dimension temporelle ne permet pas en trois mois d'observer pour comprendre comment apprendre⁷⁰⁷, les étudiants sont obligés de trouver rapidement le rythme et la méthode de travail pour réussir la première partie du concours et tentent de s'appuyer sur une stratégie de répétition des contenus, même si ce n'est pas la seule approche possible.

En effet, une étude a été menée à Lyon en 2011 auprès de l'ensemble des étudiants inscrits en PACES et ciblée sur la réussite en fin de premier semestre. Ce travail avait pour objectif d'analyser l'association entre les différentes approches d'apprentissage et la réussite en PACES. Suite à la passation d'un questionnaire usité en contexte universitaire⁷⁰⁸, les auteurs ont pu déterminer les approches spécifiques fines adoptées par les étudiants en première année des études de santé.

⁷⁰⁶ HARDY-DUBERNET A C, LE ROY F, 2006, *Op. cit.*, p.29.

⁷⁰⁷ JADDO, WINCKLER M., 2013, *Op. cit.*, p. 144.

⁷⁰⁸ Le point faible de l'outil est qu'il a dû être traduit pour s'adapter au contexte français.

BIGGS J, KEMBER D, LEUNG DYP, 2001, The revised twofactor Study Process Questionnaire: R-SPQ-2F. *British Journal of Educational Psychology*, 71, 1, pp.133-149.

L'approche profonde s'appuie sur une motivation interne – le plaisir d'apprendre – et une stratégie de travail personnel d'approfondissement et de compréhension. L'approche de surface s'appuie quant à elle sur une motivation externe – la réussite mais au moindre coût intellectuel – et une stratégie d'apprentissage calée sur les modalités d'évaluation.

Approche profonde et approche de surface ne sont pas exclusives. Il ressort de cette étude que l'approche profonde par la motivation intrinsèque des étudiants et la focalisation sur le contenu du cours⁷⁰⁹, ou stratégie de surface, permettent une meilleure réussite des étudiants aux partiels du premier semestre de PACES contrairement à la mémorisation par cœur, également stratégie de surface. Les auteurs soulignent que « l'intérêt porté aux études facilite le travail de bachotage »⁷¹⁰ mais la mémorisation par cœur est davantage en faveur de l'échec, la quantité de notions à retenir étant si importante qu'un effort de synthèse et de structuration de la mémoire est nécessaire. En effet, la motivation profonde est nécessaire pour fournir le travail conséquent demandé au premier semestre de PACES, mais une forte focalisation sur le contenu du cours est encouragée par les enseignants qui construisent les QCM de telle façon qu'ils « portent sur des éléments de connaissance qui font l'unanimité et ne peuvent à aucun moment être mis en question »⁷¹¹, la garantie d'objectivité et la garantie d'impartialité par la correction automatisée étant censées apporter l'égalité de traitement des candidats.

Les résultats secondaires de ce travail de recherche mettent en lumière que le succès potentiel des garçons est de 1,4 fois supérieur à celui des filles⁷¹², ces dernières ayant tendance à privilégier l'approfondissement et à être davantage sujettes au stress alors que les garçons ont montré une plus forte stratégie de surface. La cohorte de PACES était composée à 65% de filles.

De plus, les étudiants primants avec une mention faible (passable ou assez bien) font preuve d'approches de surfaces fortes et ont un faible pourcentage de « succès potentiel ». L'étude révèle aussi que le redoublement a un effet positif sur le « succès potentiel » d'autant plus que la mention au bac est élevée (bien à très bien), ce que démontrent d'autres

⁷⁰⁹ Un des items retenus pour cette dimension était : « Je n'étudie sérieusement que ce qui m'est donné en cours ou ce qui est au programme. »

⁷¹⁰ GUSTIN M.-P., VINCIGUERRA C., ISAAC S., BURILLON C., ETIENNE J., 2016, *Op. cit.*, p.33.

⁷¹¹ HARDY-DUBERNET A C, LE ROY F, 2006, *Op. cit.*, p.27.

⁷¹² GUSTIN M.-P., VINCIGUERRA C., ISAAC S., BURILLON C., ETIENNE J., 2016, *Ibid*, p.35

recherches : un peu plus de 10% pour les primants contre près de 50% pour les redoublants dans une enquête du MESR en 2016 ⁷¹³ ; ou encore dans l'enquête plus ancienne à Paris V, le taux de réussite global s'établissant à 19,4%, les redoublants avaient 1,9 fois plus de chances de réussite que les primants⁷¹⁴.

4.2.5.4 Les habitudes de travail

Il reste aux étudiants à estimer le travail à faire en dehors des cours et à trouver l'organisation qui leur convient pour travailler le plus efficacement possible. Les responsables hospitalo-universitaires reconnaissent qu' « *on leur demande un effort de travail considérable à la sortie du bac...en 3 mois...ils ont besoin d'être ensemble, ils ont besoin de travailler en groupe.* » (R29, homme 50 ans environ, MCU-PH, Exploration fonctionnelle neuro-pédiatrie, Vice-président Université). Le groupe permet d'entretenir la motivation et de trouver du soutien sauf qu'en PACES, la compétition n'est jamais loin comme nous l'avons déjà souligné.

Dans notre échantillon, une question a été posée à propos des habitudes de travail : il apparaît que les étudiants, qui n'ont pas été autorisés à poursuivre au S2, ont travaillé la plupart du temps seul, à près de 46%, ou bien ils ont alterné des périodes de travail seul et des périodes de travail avec des amis pour un peu plus de 15% d'entre eux. Le travail de groupe ne s'est pas révélé une manière de travailler pour eux puisqu'ils ne sont que 2% à avoir procédé ainsi.

Tableau 24 : Habitudes de travail parmi les étudiants interrogés

Habitudes de travail	%	Effectifs
Le plus souvent seul	72	85
Seul et avec amis	24,5	29
Le plus souvent en groupe	3,5	4
Total	100	118

⁷¹³ MAETZ I., 2017, « Parcours et réussite en licence et en PACES: les résultats de la session 2016 », *Note flash n°18*, MESRI-SIES.

⁷¹⁴ FLAHAULT A, COUTURIER PL, CHATELLIER G, 2006, *Op. cit.*, p 1516.

L'enquête de Borrás sur le non-recours au tutorat⁷¹⁵ montre de la même façon que les étudiants de première année de licence travaillent majoritairement seuls, qu'ils aient recours au tutorat (62%) ou qu'ils l'aient refusé (72%). L'étude sur la socialisation des étudiants débutants, coordonnée par Alain Frickey, souligne aussi que les étudiants débutants travaillent seuls « soit par habitude ou parce qu'ils n'envisagent pas d'autres pratiques » et que ce sont plutôt les filles qui travaillent en solitaire alors que « les garçons réussissent plus souvent à travailler en groupe et à s'entraîner mutuellement »⁷¹⁶.

Dans le travail de recherche d'Hardy, Gadéa et al, le cercle de travail des étudiants en médecine est exploré également⁷¹⁷ mais les résultats sont différents.

Cercle de travail selon l'année d'étude

Année	Seul	Avec 1 autre	À plusieurs	Total
P1	24 %	6 %	71 %	100 %
P2	41 %	18 %	41 %	100 %
D4	38 %	23 %	38 %	100 %

71% des étudiants de première année déclarent travailler avec d'autres. Ce chiffre baisse sensiblement en deuxième année (41%) et en DCEM4 (38%) alors que la variable « travail seul » est aux mêmes valeurs mais que le travail en binôme progresse entre la première et la deuxième année, comme s'il fallait un temps pour trouver la personne à qui faire confiance et avec qui travailler de concert. Ou encore comme le dit Mathias Millet, il existe d'un côté un esprit de compétition qui ne pousse pas à l'entraide dans le travail et d'un autre côté la coopération entre amis en tout petits groupes atténuée « les effets négatifs de la concurrence » et permet d'y « résister plus longtemps »⁷¹⁸.

⁷¹⁵ BORRAS I., 2012, *Op. cit.*, p.94.

L'étude porte sur 400 étudiants (40% en sciences et 60% en sciences humaines et sociales)

⁷¹⁶ FRICKEY A., 2000, *La socialisation des étudiants débutants: expériences universitaires, familiales et sociales*, Vanves, Ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie, Direction de la programmation et du développement (Les dossiers), pp. 113-114.

⁷¹⁷ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p. 20.

Il faut toutefois remarquer que leur échantillon est composé de 10 étudiants de Paris et 10 étudiants de Nantes pour chacune des trois promotions de l'enquête (PCEM1, PCEM2 et DCEM4)

⁷¹⁸ MILLET M., 2003, *Op. cit.*, p. 73.

4.2.5.5 Le lieu de travail habituel

Dans notre enquête, une autre dimension a été recherchée, toujours sur les façons de travailler, c'est celle du lieu qui permet le mieux de progresser et d'atteindre ses objectifs de travail universitaire.

Tableau 25 : Lieu de travail habituel des étudiants interrogés

Lieu de travail habituel	Le plus souvent		Rarement		Jamais		Non réponse	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Bibliothèque Universitaire	32	17,3%	49	26,5%	34	18,4%	70	38,7%
Chez vous	98	53%	15	8,1%	2	1,1%	70	38,7%
Autre	2	1,1%	4	2,2%	28	15,2%	150	81,5%

Majoritairement, les étudiants étudient chez eux à 53% plutôt qu'à la bibliothèque universitaire, ce qui est le cas aussi dans l'étude de Borrás auprès des étudiants de L1 (sciences et SHS) : ils préfèrent rester chez eux pour travailler : à 53% pour ceux qui suivent le tutorat et à 65% pour ceux qui ne s'y sont pas inscrits et dans tous les cas ils fréquentent « parfois » la bibliothèque⁷¹⁹.

Dans notre enquête, les résultats quantitatifs ont été complétés par des entretiens auprès d'étudiants. Il s'en dégage deux pratiques : la première est celle d'un redoublant :

Q : Et vous travailliez plutôt chez vous ? ou à la BU, ou plutôt ...

E20 : Les deux. J'ai fait les deux. Souvent, ce que je faisais, c'est que j'allais en cours, et l'après-midi... parce que le cours à Amiens, c'est le matin, et l'après-midi c'est libre. Donc, **le matin, j'allais en cours, l'après-midi j'allais à la BU.** Donc, alternativement, soit j'allais à la BU du campus ou alors des fois, j'allais à la BU Arts... pourquoi la BU Arts ? parce que là-bas y a pas d'autre étudiant en médecine : c'est une petite BU, c'est calme et puis l'environnement est quand même plus agréable que celle du campus où tout le monde bachote, où ça met vraiment la pression et ça déstabilise un peu. Donc, j'avais envie de me couper de ça aussi **et le soir, je travaillais chez moi** puisque les BU ferment à 20H. C'était vraiment pour me couper de ce côté où il y avait tout le monde qui était dans les bouquins, dans les polys...ça met une grosse pression et ça déstabilise pour travailler aussi. (E20, garçon 22ans, Bac technologique STL mention très bien, 2° année paramédical, mère ATSEM, père artisan électricien)

⁷¹⁹ BORRAS I., 2012, *Op. cit.*, p.94.

Les deux extraits suivants sont issus d'entretiens avec des étudiantes « primantes ». Ni l'une ni l'autre n'ont utilisé la bibliothèque universitaire comme lieu de travail. La première par méconnaissance, bien que les services universitaires soient présentés lors de la rentrée en PACES :

J'ai découvert que le jour du concours comment était la BU, mais j'aurais dû y aller. Je travaillais que chez moi, et à force, le silence complet, c'était énervant. Vu que la BU, y a quand même...enfin, je sais pas...y a des gens autour...ça aurait peut-être été mieux...

(E16, fille 19ans, bac S SVT mention bien, parcours réorientation, mère professeur français en lycée, père professeur SVT en lycée)

La seconde ne l'a pas fréquentée par choix, pour conserver des conditions de travail qu'elle jugeait plus profitables :

Ah moi, j'étais tout le temps chez moi ! Moi, dès qu'il y a le moindre bruit, ça va pas...Donc, **il faut vraiment que je sois toute seule, dans le silence**. Sinon, ça ne va pas. A la BU, j'y suis jamais allée !

(E17, fille 19ans, bac S Math mention bien, parcours réorientation, mère employée commerce, père responsable maintenance électrique)

La bibliothèque universitaire représente essentiellement un lieu de travail pour des étudiants en première année des études de santé. Comme déjà vu, ils n'ont pas de besoins concernant la recherche d'informations complémentaires, ils se focalisent sur le contenu du cours à partir duquel les QCM du concours seront construits. Par conséquent, en première année, ils n'utilisent pas ou peu les autres services comme le prêt de livres. La bibliothèque universitaire santé est un lieu calme et silencieux où les étudiants travaillent seuls ou en petits groupes avec une organisation temporelle de plages de travail entrecoupées de courtes pauses pendant lesquelles ils sortent : cinq à dix minutes environ. Cette tactique de travail est suggérée par le tutorat et les « prépas » dans un but de structuration temporelle pour un travail universitaire autonome.

La variable « temps consacré au travail » n'a pas été explorée en tant que telle dans cette enquête, mais il a été démontré que le rapport au temps est incorporé dès le plus jeune âge au cours de la socialisation primaire dans la famille puis à l'école. La socialisation de classe peut alors devenir prégnante : Millet et Thin soutiennent que les jeunes issus de milieu

populaire peuvent voir leurs repères temporels brouillés par une socialisation familiale entachée par les horaires de travail atypiques, la précarité économique et éprouver le risque d'être en difficulté par manque d'attention, manque de concentration ou dans l'élaboration et la planification des raisonnements⁷²⁰. À l'inverse, dans d'autres familles à plus fort capital, la structuration temporelle, que ce soit par l'organisation cadrée des activités extra-scolaires ou par le recours à « des instruments écrits de rationalisation temporelle (tels que les calendriers, les agendas, les plannings ou les listes de choses à faire) objective le temps, le règle et le structure et rend possible la planification des activités et un rapport réflexif de maîtrise du temps, qui se transmet aux enfants et correspond aux réquisits temporels scolaires⁷²¹ » Ceci peut concerner les enfants issus de milieu social favorisé par le capital économique et/ou scolaire et culturel.

4.2.6 Le concours du premier semestre : un rite scolaire éprouvant

Hormis l'esprit de compétition et la concurrence des candidats déjà évoqués comme « une rude compétition », les épreuves qui se déroulent le plus souvent la troisième semaine de décembre sont, pour les étudiants, le premier obstacle à franchir pour se maintenir dans la course, pouvoir poursuivre au second semestre et se présenter à la deuxième série d'épreuves mi-mai. Il s'agit maintenant de rendre compte de ce qui s'y joue et comment le concours opère une rupture pour ceux qui sont classés dans les 15% derniers lors des résultats.

4.2.6.1 Une sortie du cursus prévisible ?

Au fur et à mesure que le semestre avance, certains étudiants pressentent que leurs résultats ne vont pas être suffisants pour pouvoir continuer leur année de PACES :

Q : Donc, vous avez vraiment eu l'impression de décrocher, comme vous me l'avez dit ?

E11 : Bon, peut-être pas en maths, mais l'anatomie, savoir tous les schémas tout ça, c'est vrai que...

⁷²⁰ MILLET M., THIN D., 2006, « Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité », *Lien social et Politiques*, 54, p. 153-162.

⁷²¹ LAHIRE B, 2012, Tableaux de famille, Paris, Seuil, in DARMON M., 2016, *La socialisation, op cit*, p32

Q : et vous avez l'impression qu'il faut avoir un profil assez bon ?

E11 : Oui, je pense : un profil assez bon, la tête pour ...et c'est vrai : vivre que pour ça ! (...) Bon, après, je sais mes erreurs...

Q : Et vous avez dit que vous avez fait votre deuil : vous étiez à peu près sûre d'être... ?

E11 : Oui, je pense que **j'étais quand même presque sûre d'être dans les derniers**, parce que, en voyant les autres travailler, travailler, travailler ...

(E11, fille 18ans, bac S Physique mention passable, parcours réorientation, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

Même si les étudiants n'ont pas d'évaluation intermédiaire avant les examens du premier semestre, ils ont d'autres moyens pour juger de leur travail et se juger par rapport aux autres : dans les discussions, dans l'avancée de leurs révisions, dans leur facilité ou non à maintenir le cap et suivre la cadence, et pour ceux qui suivent une « prépa » ou le tutorat, les classements après les colles.

À tous les étudiants inscrits dans le parcours, la question a été posée de savoir s'ils étaient surpris d'être dans le groupe d'étudiants qui ne peuvent pas poursuivre le 2^e semestre de PACES. Les données montrent qu'à 50% les étudiants s'attendaient à ne pas être admis à poursuivre, mais 31% d'entre eux nourrissaient encore l'espoir de continuer en PACES.

Tableau 26 : Effet de surprise des résultats du premier semestre de PACES auprès des étudiants ajournés

Êtes surpris des résultats ?	%	Effectifs
Oui	31,6	48
Plus ou moins	18,4	28
Non	50	76
Total	100	152

Les responsables hospitalo-universitaires connaissent bien les cohortes de première année : que le cadre législatif ait transformé le PCEM1 en PACES ne change pas tant la physionomie des promotions, ni ce qui se joue pour les étudiants au premier semestre. Ce responsable dresse une sorte de typologie des étudiants qui abandonnent ou qui échouent au fil du premier semestre :

Donc, il y a 3 groupes d'étudiants...on a un nombre d'étudiants à l'entrée du P1 qui est d'environ 1200...qui se vide un pti peu dans le 1e semestre. Il se vide pour plusieurs raisons : il se vide parce qu'il y a des étudiants qui sont inscrits en médecine et puis **qui sont partis ailleurs**, qui sont inscrits mais qui font autre chose. Il se vide parce qu'il y a des étudiants **qui sont déçus du P1** ou qui se sont aperçus que...ou qui se sont inscrits là parce que c'est leurs parents qui voulaient ou parce que, parce que, parce que... et puis il y a les étudiants **qui sont en échec**. Et c'est 3 groupes qui ne sont pas les mêmes.

Alors les **étudiants en échec qui partent**...et puis, après, il y a **les étudiants qui sont en échec mais qui continuent jusqu'au bout en se disant qu'ils peuvent y arriver** et qui, eux, vont s'apercevoir qu'ils sont en échec à l'issue du S1. Donc, voilà, y a ceux qu'arrivent pas à se motiver : les premiers en échec et puis ceux qui sont vraiment en échec à l'issue du S1, donc, ça fait 4 groupes d'étudiants, ce qui rend les choses un pti peu hétérogènes. Alors, la réforme des études en santé oblige qu'il y ait 10 à 15% des étudiants (...) qui doivent être réorientés, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas l'autorisation de poursuivre. Mais, ceux-là, c'est la dernière partie, ce sont les étudiants qui sont en échec à l'issue du S1, mais il y a une partie qui est en amont, qui est une partie, euh...de gens qui ne suivent pas, qui ne suivent plus, qui se sont trompés, qui... et ceux-là ne sont pas obligatoirement des étudiants en situation d'échec.

(R29, homme 50 ans environ, MCU-PH, Exploration fonctionnelle neuro-pédiatrie, Vice-président Université)

Les étudiants non autorisés à poursuivre au second semestre sont donc des étudiants « qui continuent jusqu'au bout en se disant qu'ils peuvent y arriver » puisqu'ils se présentent aux épreuves du premier semestre. Toutefois, certains étudiants réorientés font aussi partie de ceux « qui se sont trompés » mais qui ont dû se confronter au principe de réalité. Interrogés pour savoir s'ils pensaient que le choix de suivre cette filière était ce qui leur convenait, ils sont 50% à penser que la PACES n'était pas le choix de filière le plus pertinent pour eux.

Tableau 27 : Adéquation entre le profil de l'étudiant et la filière PACES

Pensez-vous que le choix de suivre cette filière était ce qui vous convenait ?	%	Effectifs
Oui, plutôt d'accord	24,2	44
Moyennement d'accord	25,8	47
Non, plutôt pas d'accord	50	91
Total	100	182

Le fait de pouvoir prendre du recul sur le semestre passé et sur la façon dont ils se sont orientés permet d'exprimer la pertinence de leur choix d'orientation en fonction des éléments dont ils disposaient en terminale pour se déterminer

Q : « Est ce que vous pensez avoir eu les éléments permettant de faire un bon choix d'orientation ? », vous répondez non ? Qu'est-ce que vous auriez aimé trouver comme informations ? Ou que l'on vous prévienne de quoi ?

E13: Prévenir de la difficulté...Pourtant, je le savais mais, je ne sais pas, je ne m'en étais pas rendue compte en fait...Donc, peut-être que c'est moi qui n'ai pas cherché à voir les ...peut-être qu'on me les a donné les éléments, mais pour moi, ils étaient ...passés sous silence...ou je n'ai pas voulu voir que c'était difficile... je ne sais pas.

(E13, fille 19 ans, bac S SVT mention assez bien, parcours réorientation, mère ingénieur chimiste, père fonctionnaire)

Et pour finir, en interrogeant les étudiants réorientés dans le parcours à propos de leur ressenti sur leur première orientation après le baccalauréat, les réponses se répartissent en proportions presque équivalentes entre les trois modalités : ils sont plus d'un tiers à penser qu'ils ont eu les éléments pour pouvoir de déterminer sur leur orientation, un tiers au contraire pense qu'ils n'ont pas eu toutes les cartes en main et un peu moins d'un tiers se montre plutôt indécis.

Tableau 28 : Choix éclairé de l'orientation en terminale

Rétrospectivement, pensez-vous avoir eu les éléments permettant de faire un bon choix d'orientation après la terminale?	%	Effectifs
Oui plutôt d'accord	39,6	73
Moyennement d'accord	27,2	50
Non, plutôt pas d'accord	33,2	61
Total	100,0	184

4.2.6.2 *Le concours : une organisation sans failles ?*

« Le concours » est une expression générique qui recouvre une réalité plus complexe. Tout d'abord, la première année commune aux études de santé donne accès à cinq filières (Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie et Kinésithérapie ou MMOPK). Le concours comporte ainsi cinq classements pour l'accès à chacune de ces filières.

Ce concours est organisé en deux séries d'épreuves écrites anonymes, une première à la fin du premier semestre en décembre et la seconde à la fin du deuxième semestre en mai. Chaque série d'épreuves est précédée d'une ou deux semaines de révision. Les épreuves du premier semestre portent sur quatre unités d'enseignement qui sont au programme du semestre 1. Elles sont communes aux cinq filières :

- UE1: Atomes, biomolécules, génome, bioénergétique, métabolisme – épreuve de 2 heures - QCM
- UE2: La cellule et les tissus– épreuve de 2 heures - QCM
- UE3: Organisation des appareils et systèmes (1): bases physiques des méthodes d'exploration - aspects fonctionnels (première partie) – épreuve de 1 heure 30 - QCM
- UE 5: Organisation des appareils et systèmes (2): aspects morphologiques et fonctionnels – épreuve d'une heure - QCM

Certaines UE sont plus importantes pour l'exercice futur de tel ou tel métier, en conséquence les coefficients appliqués varient selon le choix de filière. Néanmoins le choix de filière n'est effectif qu'au début du S2. Par conséquent, à l'issue des épreuves du premier semestre, le classement des étudiants s'établit sur un classement indifférencié pour déterminer ceux qui sont autorisés à poursuivre (les premiers 85% de la liste) et cinq classements en fonction des coefficients de chaque filière pour préparer le classement final au second semestre. Le classement par filière n'est établi qu'à titre informatif, pour orienter les étudiants admis dans leur choix pour le S2.

Il faut rappeler ici que le concours est organisé au sein de chaque faculté, contrairement à l'ECN qui est organisé au niveau national. Le contenu des programmes a été déterminé pour le territoire national ainsi, pour le concours de PACES, les UFR de médecine et de pharmacie gardent une latitude qui reste relative :

Alors là, la PACES, le concours, c'est clairement un règlement national. Donc, on a des libertés mais qui sont relativement réduites... la réorientation, enfin, tout ce qui est dans la loi, il faut l'appliquer. Ce qui nous reste : c'est **un peu de liberté pédagogique dans les programmes**...encore que les programmes, les grands traits des programmes sont définis, c'est précis, il nous reste **la répartition des UE, un peu...entre le premier et le deuxième semestre, les coefficients** et puis, l'espace de liberté, ça a été **l'UE spécifique**, l'UE 8 pour essayer d'avoir des concours quand même relativement discriminants

(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

C'est sur la répartition des coefficients et le poids de l'UE spécifique que la latitude semble la plus importante. Le côté discriminant peut s'entendre comme une façon de déterminer le plus justement possible l'orientation d'un candidat vers une filière et une formation en fonction de ses aptitudes dans les matières qu'il a suivies. Mais cette discrimination peut aussi se faire en survalorisant les matières ardues pour les filières plus prestigieuses de façon à y laisser entrer les candidats au plus fort potentiel : une forme de « discrimination élective »⁷²². On remarque dans le tableau ci-dessous que, pour obtenir le même nombre d'ECTS pour l'UE3, un candidat se verra appliquer un coefficient 3 s'il choisit le concours de médecine ou 1,5 s'il choisit celui pour entrer en maïeutique. Cette variation des coefficients étant inscrite dans le règlement du concours, elle est à la disposition des candidats dans leur espace numérique de travail et par affichage.

⁷²² HARDY-DUBERNET A C, LE ROY F, 2006, *Op. cit.*, pp 25-33

**Tableau 29 : Coefficients du semestre 1 en PACES selon la filière choisie
(UFR Médecine et Pharmacie UPJV)**

UE	Intitulé	Nombre d'ECTS	Coefficients				
			Classement indifférencié	Médecine Kinésithérapie	Odontologie	Pharmacie	Sage-femme
1	Atomes-Biomolécules-Génomique-Bioénergétique-Métabolisme	10	4	3,5	3,5	4	2,5
2	La cellule et les tissus	10	4	4	4	3	4
3	Organisation des appareils et systèmes (1) Aspects fonctionnels et méthodes d'étude	6	2,5	3	2,5	2	1,5
4	Organisation des appareils et systèmes (2): aspects morphologiques et fonctionnels	4	1,5	2	2	1	2
Sous total du S1			12	12,5	12	10	10

Source : Règlement du concours de la première année commune des études de santé, UPJV Amiens, 12 pages

Le règlement, cosigné par chacun des doyens des UFR de médecine et de pharmacie et par le Président de l'université, détaille les conditions d'inscription au concours, les conditions de déroulement des épreuves et les conditions selon lesquelles les étudiants seront admis ou non à poursuivre leurs études dans une des filières de santé. Par conséquent, toutes les dispositions qui régissent le concours suivent le cadre légal⁷²³ et sont portées à la connaissance des étudiants, ceci dans le but d'informer les candidats et d'éviter les recours administratifs en cas de contestation.

Comme le soulignent Anne-Chantal Hardy et Fabienne Le Roy, le concours de première année est élaboré selon une méthode qui repose sur trois principes : « l'objectivité, l'excellence et la réduction des risques »⁷²⁴ :

⁷²³ Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé

⁷²⁴ HARDY-DUBERNET A C, LE ROY F, 2006, *Op. cit.*, p 27.

« La garantie d’objectivité est apportée par la nature des épreuves ». Premièrement, celles-ci peuvent être corrigées par n’importe quel correcteur ou bien subir une correction automatisée sans influence sur les résultats. Deuxièmement, les épreuves portent exclusivement sur le contenu des cours, soit des « éléments de connaissance qui font l’unanimité » et par conséquent non discutables. L’anonymat des copies et de la correction sont censées apporter « l’égalité de traitement des candidats » et par là, une « légitimité garantie » même si les étudiants les mieux dotés en capital social et scolaire – et ceux issus du milieu médical – se trouvent être ceux qui réussissent le mieux.

Le principe d’excellence opère une « sélection élective ». Le concours « sélectionne ceux qui ont déjà été consacrés par le système scolaire, à savoir les bacheliers scientifiques avec mention »⁷²⁵. Ainsi, le concours distingue et sélectionne ceux qui possèdent les droits d’entrée : les épreuves servent à discriminer les meilleurs. Ce qui est en question, c’est la reproduction du champ et les hospitalo-universitaires sont très attentifs au recrutement des futurs élus.

Le dernier principe, celui de « réduction des risques » est celui par lequel « le système doit protéger les responsables hospitalo-universitaires contre les contestations » Les critères de sélection et la forme du concours doivent donc apparaître légitimes pour éviter toute remise en question. C’est ainsi que le mode de correction est central et se fonde sur les QCM : l’aléa est sous la responsabilité de l’étudiant et non plus sous celle du correcteur⁷²⁶. L’étudiant suivant, qui a intériorisé les principes de la méthode de sélection, livre son expérience. Tout en étant redoublant, il est moins bien classé en deuxième année à cause d’une erreur qu’il a commise lors d’une épreuve par QCM :

En première année j’étais dans les 700 sur 1600 et en deuxième année, suite à une petite erreur que j’ai découverte ensuite : c’est-à-dire que **j’avais décalé une réponse** dans toute ma grille, **chose que l’on fait**... J’étais en colère au départ et maintenant je ne regrette absolument pas. J’étais arrivé 900...

(E20, garçon 22 ans, Bac technologique STL mention très bien, 2° année paramédical, mère ATSEM, père artisan électricien)

⁷²⁵ HARDY-DUBERNET A C, LE ROY F, 2006, *Ibid.*, p 27.

⁷²⁶ HARDY-DUBERNET A C, LE ROY F, 2006, *Ibid.*, pp 27-28

Ainsi la légitimité du concours repose sur un système qui utilise un mode de correction peu sujet aux réclamations et qui engage davantage la responsabilité des étudiants que celle des correcteurs.

Pour éviter les contestations sur l'organisation ou les procédures administratives, les candidats doivent se soumettre aux instructions qui figurent dans le règlement du concours. Tout d'abord, ils sont invités à vérifier s'ils sont bien inscrits comme candidats au concours sur la liste définitive publiée par la scolarité PACES un peu avant les épreuves du S1, et ce, dans un délai de sept jours après publication, sans quoi ils ne peuvent se présenter aux épreuves. Cette notion de délai est importante et devient récurrente pour toutes les étapes du concours : il faut se rappeler de la date butoir du 31 octobre pour se désinscrire de la PACES pour que l'étudiant ne soit pas considéré comme ayant tenté une première fois ce concours. Les délais sont également présents dès le début du S2 : les étudiants autorisés à poursuivre (classés dans les premiers 85%) doivent s'inscrire dans une ou plusieurs filières où ils veulent concourir pour la seconde partie des épreuves. Leur inscription du S2 fait aussi l'objet d'un affichage et d'une obligation de vérifier si l'inscription est exacte dans les 7 jours. Pour les candidats qui se voient classés en rang utile à l'issue du S2, il est toujours question de délai pour saisir en ligne l'ordre de choix préférentiel des filières dans lesquelles ils sont classés pour la seconde année (MMOP). Les affectations subissent le jeu des renoncements, désistements et « remontées dans le classement » qui doivent se faire en deux semaines maximum. Le règlement du concours prévoit et encadre les modalités des inscriptions, du déroulement des épreuves et de la proclamation des résultats pour éviter les failles pouvant conduire à des recours de la part de candidats.

Pour ce qui concerne le déroulement des épreuves de la première partie du concours, le service de la scolarité de la PACES est chargé d'afficher et de mettre en ligne les dates, lieux et horaires des épreuves car aucune convocation écrite n'est envoyée aux candidats. Pour respecter calme, concentration ainsi qu'une égalité de traitement des étudiants devant la forme des épreuves, le temps est scrupuleusement défini : les candidats doivent être présents 30 minutes – et installés au moins 15 minutes – avant le début de l'épreuve. Les candidats qui le nécessitent bénéficient d'un tiers temps. Tous ne peuvent composer que lorsque les sujets sont distribués. Pour le cas où certains seraient tentés de démarrer avant et finir après les autres pour grappiller de précieuses secondes, les étudiants doivent se tenir debout sans stylo

ni correcteur lors de la distribution des sujets et le ramassage des copies. Aucun candidat n'est autorisé à entrer dans l'amphithéâtre « après l'ouverture des enveloppes contenant les sujets » et il n'est pas non plus autorisé à sortir « avant la fin de l'épreuve et le décompte des copies »⁷²⁷. Un signal est donné aux candidats pour commencer à composer et un autre pour s'arrêter à la fin du temps imparti. Bien sûr, tout document est interdit de même que les téléphones portables, matériel connecté, supports informatiques jusqu'au calculatrices.

Pour éviter les phénomènes de tricheries, respecter l'anonymat, les étudiants se voient attribuer une place numérotée, qui garde une distance suffisante avec les places avoisinantes, dans l'un des amphithéâtres où se déroule le concours⁷²⁸. Néanmoins, l'identité et la présence de chaque inscrit sont vérifiées au moyen de la carte d'étudiant, de la carte d'identité et d'une liste d'émargement présentée à chacun par un surveillant. Chaque étudiant est tenu de rendre une copie ou un formulaire de QCM, même blanc.

La gestion de l'anonymat est une question importante qui répond à deux exigences contradictoires : la copie doit pouvoir être identifiée tout en restant anonyme. Sur les formulaires papier, le procédé classique utilisait un coin cacheté pour dissimuler le nom du candidat, un numéro d'anonymat peut être préféré. En cas de lecture optique des formulaires de QCM, un code-barres ou un numéro identifie chaque candidat.

Les épreuves du premier semestre se déroulent vers la mi-décembre après une semaine de révisions. La répartition des quatre UE occupe le plus souvent deux jours et ne varie pas beaucoup au fil des années. Les deux UE dont la durée est la plus courte – UE5 « Organisation des appareils et systèmes (2) » sur une heure et UE3 « Organisation des appareils et systèmes (1) » sur une heure trente – sont placées sur une après-midi. Le lendemain, les étudiants passent une épreuve de deux heures le matin (UE2 « La cellule et les tissus ») et une autre de deux heures l'après-midi (UE1 Atomes-Biomolécules-Génome-Bioénergétique-Métabolisme) le tout sous forme de QCM. Suit une période de trois semaines d'interruption des cours qui comprend les vacances de Noël et à la fin desquelles les résultats sont publiés. Le classement dit indifférencié sépare les candidats Admis Avant Choix (ADAC) qui sont autorisés à poursuivre au second semestre et les candidats Ajournés (AJ) qui ne

⁷²⁷ Règlement du concours de la première année commune des études de santé, UPJV Amiens, p.5.

⁷²⁸ Pendant cette recherche, les observations concernant le concours n'ont pu être faites qu'en dehors des amphithéâtres où les épreuves se déroulaient car aucune autorisation d'observation in situ ne m'a été accordée.

peuvent continuer l'année de PACES et doivent se réorienter. Ces derniers sont invités à suivre la procédure de réorientation la deuxième semaine de janvier.

L'organisation n'est pas toujours sans faille. Ainsi, lors de la proclamation des résultats, il peut encore y avoir des erreurs, ce qui est source de stress pour les étudiants mais aussi source de malentendus et de doute sur la légitimité du concours :

« il y a eu 6 classements, je me rappelle...parce qu'en fait, y a eu des bugs. Donc, première fois, on me dit que c'est bon, je peux continuer si je veux : c'était 900 et quelque chose, bon... Second classement, finalement, j'étais 1 200, donc là, c'était plus possible. Puis finalement troisième classement pareil : 1 200 quelque chose. Quatrième classement : 800, donc finalement, je pouvais, et puis enfin, ça n'a fait que ça et de toute façon, j'étais partie du principe que je voulais arrêter ...et au final, ça s'est fini vers 950 ou 980 je crois...982 ! (...) Et du coup, j'ai dit : « voilà...sans regrets, de toute façon, c'était clair. Et puis de toute façon, tant mieux. Même si on m'avait dit : « ton classement, c'est 800, tu peux continuer » j'aurais dit NON »

(E19, fille 23 ans, Bac S spécialité Maths sans mention obtenu à l'heure, 3^e année paramédical, mère secrétaire, père menuisier)

Les attermoissements font basculer cette étudiante d'un côté et de l'autre de la barrière fatidique des reçus puis des collés.

4.2.6.3 *Le concours et parfois la violence de l'échec*

Les épreuves de classement ont lieu à la fin de chaque semestre. Une fois les résultats du premier semestre proclamés, le plus souvent à la fin de la première semaine de janvier, les étudiants reprennent le chemin de l'université dès le lundi suivant. Ceux qui ne sont pas autorisés à poursuivre disposent d'un week-end pour « digérer la nouvelle » et commencer à faire le deuil de la formation dont ils avaient rêvé. Dès le lundi commence la procédure de réorientation. Lors de l'observation de la toute première édition, en 2011, le fait le plus notable était l'état de sidération qui frappait de nombreux étudiants, certains étaient hébétés, d'autres au bord des larmes. Cela n'avait pas échappé au Doyen :

R30 :La première journée, on sentait qu'ils n'étaient pas bien

Q : Non, tout à fait, ils avaient des mines !

R30 : On sentait qu'ils n'étaient pas bien et qu'ils étaient, pour certains, déstabilisés, pas bien, qu'ils faisaient le deuil pour certains : ils s'étaient fait des illusions pour la plupart. Et le fait que, pendant deux, trois jours, on se soit occupé d'eux, on leur ait parlé, etc ...je pense que c'est bien.

4.2.6.3.1 Le processus de sélection est souvent vécu comme un tri douloureux

Lors de cette première année de PACES, les étudiants avaient l'impression « d'essayer les plâtres », comme c'est le cas à chaque nouvelle réforme, mais aussi un sentiment d'injustice par rapport aux étudiants des années passées : ceux-ci avaient la possibilité de passer jusqu'à deux ans en PCEM1, alors que les étudiants classés dans les 15% derniers ressentent durement leur éviction en milieu d'année universitaire :

Je comprends pas forcément les 15%. Parce que, quand on voit les carrés, ils n'étaient pas forcément très bien classés l'année dernière, ils étaient dans les 1000 et des...et maintenant, par exemple, y en a un : il est 160. C'est juste qu'on progresse d'une année à l'autre, en fait. Donc, je vois pas pourquoi on est moins bons que les autres pour pouvoir continuer notre année et redoubler. On pourrait très bien l'avoir !

(E16, fille 19 ans, bac S SVT mention bien, classée 1215/1304 au S1, parcours réorientation, mère professeur français en lycée, père professeur SVT en lycée)

Les étudiants du parcours d'aide à la préparation du concours expriment difficilement la violence du sentiment de défaite :

Eh bien, C'EST mon premier échec, donc, c'est pour ça... on en parlait avec ma famille : c'est vrai que c'est mon premier échec et c'est dur à assumer, mais après...ça va mieux quoi... (...)
Mais au début, c'est vrai que ça m'a fait un choc, quoi...comme une claque...

(E11, fille 18 ans, bac S Physique mention passable, parcours réorientation, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

Certains ne s'appesantissent pas sur ce moment précis, il faut saisir quelques bribes :

« Bon, c'est sûr que, après, c'est dur à passer ... sur le coup, j'étais plus déçu par rapport à mes parents... »

(E14, garçon 19 ans, Bac S SVT mention bien, parcours réorientation, mère secrétaire de mairie, père technicien ENEDIS)

Bien sûr, un peu douche froide, où tu te dis « ben merde, qu'est ce qui se passe ? Pourquoi ? »

(E23, garçon 26 ans, BEP électronique puis bac ST2S, L0, 3^e année paramédical, mère agent de service hospitalier, père artisan taxi)

L'état d'esprit dans lequel les étudiants les moins bien classés se trouvent après les résultats du S1 est alors loin de celui avec lequel ils ont entamé leur année de PACES, comme le dit cette étudiante :

« J'avais confiance et il n'y a pas eu de souci pour la sélection... à l'entrée en tout cas »

(E22, fille 21 ans, 2^e année paramédical, mère rédactrice administration, père professeur de français lycée professionnel et technologique)

Pour tenter de rendre compte de cet état d'esprit dans lequel se trouvent les étudiants après l'annonce des résultats, plusieurs aspects ont été explorés à travers le questionnaire. Les résultats ont déjà mis en lumière que 50% des étudiants inscrits dans le parcours n'étaient pas surpris de ne pas être autorisés à poursuivre⁷²⁹. Ils s'attendaient au verdict des résultats. Pinte décrit aussi une catégorie qu'il appelle « les battus d'avance », ce sont des étudiants qui savent ou qui pensent ne pas avoir le niveau et qui sont là « pour participer mais sans avoir l'entraînement et sans trop connaître les règles du jeu »⁷³⁰. L'exemple de l'étudiant E14 cité précédemment révèle qu'il s'attendait aux résultats du S1 et qu'il est allé passer les épreuves pour ne pas être considéré comme défaillant :

« Ben, j'y avais été dans l'idée de me faire réorienter »

(E14, garçon 19ans, Bac S SVT mention bien, parcours réorientation, mère secrétaire de mairie, père technicien ENEDIS)

⁷²⁹ Question n°29 exploitée dans le paragraphe 4.2.6.1 Une sortie du cursus prévisible ? p.418.

⁷³⁰ PINTÉ G, 2018, *Op. cit.*, p.29

À la question « Est-ce pour vous une déception de ne pas pouvoir aller jusqu'au bout de la formation médicale ? » près de 44% des étudiants s'estiment déçus de devoir s'arrêter au bout du premier semestre.

Tableau 30 : Sentiment de déception du fait d'être exclus de la formation

Est-ce pour vous une déception de ne pas pouvoir aller jusqu'au bout de la formation médicale ?	%	Effectifs
Oui, plutôt d'accord	43,9	79
Plus ou moins	20,0	36
Non, plutôt pas d'accord	36,1	65
Total	100	180

Parmi ceux qui disent ne pas être déçus (36%), certains ont parfois intégré que la formation n'étaient pas ce qui leur convenait pour diverses raisons : niveau d'exigence des études, dégoût et écœurement face à l'esprit concours, inadéquation avec la représentation qu'ils s'en étaient faite :

« J'ai passé mon concours de médecine et... j'ai pas réussi mon concours ! Toute ma famille m'est un peu tombé dessus : « Mais qu'est-ce que tu as fait ? » mais moi, ça ne m'atteignait pas du tout. Ce qui me touchait, c'était de devoir leur expliquer parce que j'ai un rapport avec la famille... j'ai pas envie de les décevoir ; mais moi-même, **j'étais pas déçue de moi parce que j'avais fait la démarche déjà dans ma tête...et c'était fini quoi !** (*sous-entendu : médecine*) J'étais déjà passée à autre chose, voilà, sans pour autant être sûre de moi par rapport à la formation d'infirmière, mais en tout cas, j'avais tourné cette page-là.

(E22, fille 21 ans, Bac S Physique mention très bien avec un an d'avance, 2^e année paramédical, mère rédactrice administration, père professeur de français lycée professionnel et technologique)

Les responsables hospitalo-universitaires ont conscience de la difficulté du contenu et de la forme des études et du concours :

Finalement, ils font une première année : on leur bourre le crâne, non pas pour être de bons médecins, de bons pharmaciens, de bonnes sages-femmes, mais pour les trier ! A la limite, on

les mettrait l'hiver, en slip, par – 10° et on récupérerait les survivants que ce serait pareil, hein...
c'est la lutte pour la vie...

(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

Ils ont à gérer à la fois la qualité de la formation et la réalité de la sélection, et la réforme de la PACES n'a pas amélioré le mal-être⁷³¹ des étudiants en santé :

« Les étudiants ont été mis en situation de souffrance importante : avec des petites facultés...enfin, je sais bien que ça peut être un épiphénomène : une faculté comme Limoges, il y a eu 3 suicides dans l'année de PACES (...) Je pense que les étudiants étaient en souffrance d'abord, parce qu'ils jouent leur vie sur une année et puis parce que les programmes étaient durs, peu ludiques...et puis dans des conditions matérielles difficiles, partout... (...) et très clairement aussi – c'est le retour qu'on a du S1 – c'est que les résultats dans toutes les facultés, même celles élitistes, ont été beaucoup plus mauvais que l'ancien système du P1. Les notes ont baissé... Ce qui veut dire que le programme est probablement dur et inadapté à des gens qui sortent du secondaire...

(R30, Homme 63 ans, PU-PH, Neurochirurgie, Doyen UFR médecine)

Anne Chantal Hardy et Fabienne Le Roy soutiennent l'idée que : « Même si la sélection opérée à l'issue d'un concours paraît brutale et immédiate (...), elle n'est qu'une étape d'un ensemble de mécanismes discriminants qui, d'une part sont antérieurs à l'épreuve elle-même et, d'autre part, marquent durablement le processus de formation du corps médical lui-même »⁷³².

4.2.6.3.2 Injustice, doutes, suspicion entremêlés

Le sentiment d'injustice face au système d'évaluation des connaissances est fréquemment soulevé. Déjà dans *Boys in white*, ce sentiment était éprouvé par le groupe des étudiants (*system-minded group*) qui avaient choisi de travailler en fonction de ce qu'ils devinaient des attentes enseignantes, trouvaient certaines questions d'examen injustes « car la place qui leur était accordée dans le cours n'était pas suffisante pour laisser entendre qu'elle

⁷³¹ MARRA D., 2018, « Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé », Paris, Ministère des Solidarités et de la Santé. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, 69.p.

⁷³² HARDY-DUBERNET A C, LE ROY F, 2006, *op cit.*, p.25

pouvait faire l'objet d'un sujet »⁷³³. L'étudiante suivante détaille longuement ce qu'elle a ressenti lors de ces épreuves :

E16 : « Moi, j'étais ajournée. J'étais 1215... bah, je me doutais que je serai pas prise quand j'ai vu comment étaient les épreuves. Mais **ça a été un choc par rapport au blanc**, où j'étais 800 (*le ton monte et le rythme de parole s'accélère au fur et à mesure qu'elle décrit le concours*) J'étais devant la majorité de mes potes et là, j'ai été derrière toutes mes potes !!! Ben, en fait, déjà l'Anatomie : j'ai vu le sujet, j'ai dit : « haa, c'est quoi, ces trucs ??? » Parce qu'on va dire qu'il y a toujours eu une partie où on savait que ça n'allait pas aller, c'était avec un prof, il était toujours horrible (...) au final, c'était simple, le jour du concours, enfin...c'était pas 'simple' mais c'était moins dur, et l'autre prof, ça allait tout le temps...et là, **c'était HORRIBLE !**

En fait, ce prof, il en avait marre des prépas, des prépas privées, déjà, il en parlait beaucoup avant, et on a l'impression qu'il s'est vengé...**il a mis toutes les questions pièges...** Du coup, après...je me suis dit : « faut que j'attrape, faut que je attrape » Mais, quand on loupe une épreuve, normalement faudrait se la sortir de la tête, mais c'était PAS possible ! Alors, **ça a commencé à être la panique, je crois que c'est surtout là où ça s'est joué.** Après, c'était Physique : globalement, j'avais l'impression de m'en être mieux sortie que d'habitude, mais au final...vu la note...**PAS DU TOUT !!!** (*rires nerveux*). Surtout, ce qui est un peu énervant, c'est ...bon, je compare avec mes amies, mais...elles n'avaient RIEN appris. Elles y sont allées. Elles ont mis au 'pif'. Elles ont plus que moi, alors que j'avais bossé à mort ma Physique. Du coup, la chance, ça commence à être un peu saoulant à force. Parce que j'en n'ai pas forcément et je sais que les autres en ont beaucoup parfois.

Q : Donc, on se dit : « c'est pas juste » ?

E16 : Non, c'est pas juste. Parce que j'ai vraiment passé beaucoup d'heures. Elles sont venues ; elles ont fait : « Oh de toute façon, moi, j'y vais 'au talent' » entre guillemets. Elles n'avaient appris aucune formule. Et elles ont eu plus ! Du coup, c'était un peu (*s'étrangle*) c'était un peu saoulant...ça reste un peu en travers !!!!

(E16, fille 19ans, bac S SVT mention bien, parcours réorientation, mère professeur français en lycée, père professeur SVT en lycée)

Anne Chantal Hardy et Fabienne Le Roy, qui ont comparé le verbatim des 1^o et 2^o années par rapport au concours, l'analysent de la façon suivante : ce sont les 2^o années qui

⁷³³ SAINT-MARC D., 2011, *Op. cit.*, p.43.

parlent le plus librement et avec les mots les plus durs du concours et de la 1^o année (horrible, moche, dur inhumain, nul, dur, cauchemar⁷³⁴) alors que les PCEM1 sont immergés dans un espace relativement clos et poursuivent un objectif, celui de décrocher leur concours. Ces derniers auraient tendance à relativiser la dureté des relations. Les étudiants de notre échantillon sont, eux aussi, libérés des contraintes comme en 2^o année et ils expriment à la fois la dureté du processus et les doutes sur la justice et l'équité du concours.

Comme expliqué plus haut, le principe d'évaluation par QCM utilisé dans toutes les UFR de santé est censé assurer une garantie d'équité : élaboration des questions sur des sujets traités en cours, pas d'intervention humaine au niveau de la correction, conditions d'examen très normées. Malgré tout, les étudiants le ressentent parfois comme de l'injustice, un mode opératoire pas forcément légitime:

« Ce qui n'allait pas, c'est surtout la méthode de notation. C'était les QCM et le fait de vouloir piéger, en fait. C'est toujours ça : c'est le piège ; je trouve que c'est difficile par rapport à l'écrit qui est quelque chose où il faut rédiger, retranscrire les connaissances : de ce côté-là, j'ai pas de problèmes ; mais les QCM où ça va plus vite et il y a le doute, il y a toujours le doute, en fait. **J'ai pas trouvé ça très juste, en fait.** C'est de la sélection et du coup, quasiment toutes les épreuves étaient comme ça : les notes, ça descend très vite. Avec les QCM, il suffit d'une case qui ne va pas. Même si il y avait des connaissances à côté, bon j'avoue, je ne connaissais pas tout, on ne pouvait pas tout connaître...mais ce système de notation !...Faut aller vite et bien on ne lit pas comme il faut, on ne fait pas attention, on est stressé... et en première année de médecine, c'était vraiment apprendre pour apprendre quoi ! Surtout, certaines matières ... on ne voyait pas forcément le rapport. (...) on savait que c'était pour la sélection, quoi ! »

(E4 exploratoire, fille 21ans, bac S Physique Chimie mention bien avec un an d'avance, 1^oannée paramédical, mère aide-soignante, père artisan)

De même, la suspicion peut s'installer sur le traitement des résultats par le jury. Cette étudiante s'interroge sur l'intervention humaine avant la proclamation des résultats alors que la correction par liseuse optique et l'anonymat des copies semblaient garantir de l'impartialité de l'évaluation :

Et les résultats sont arrivés trop tard à mon goût, trop tard...**en fait, on a dû attendre que le jury se réunisse pour regarder le classement...Mais alors c'est anonyme ???** Bon, bref... moi, j'étais virée, mais c'est un peu énervant parce que je l'aurais su avant, j'aurais eu plus de temps

⁷³⁴ HARDY-DUBERNET A C, LE ROY F, 2006, *op cit.*, p. 32

pour me remettre du choc, quoi ! Parce que, là, du coup, on a quelques jours pour se remettre du truc. Et ensuite, faut se réorienter direct ! C'est lourd (*s'étrangle*) »

(E16, fille 19 ans, bac S SVT mention bien, parcours réorientation, mère professeur français en lycée, père professeur SVT en lycée)

4.2.6.3.3 Choisir d'abandonner

Depuis la PACES, les étudiants situés dans le bas du classement, dans la proportion maximale de 15% ont l'obligation de se réorienter. D'autres étudiants choisissent aussi ce moment-là pour quitter la première année de santé même s'ils étaient autorisés à poursuivre. L'intensité du travail fourni face aux résultats insuffisants, la démotivation, une moindre résistance à la pression et toujours ce sentiment d'injustice ont parfois raison de l'enthousiasme du début d'année.

E17 : le concours, quand j'ai vu la 1^o épreuve, (*anatomie*), ben, alors là, **j'étais dépitée**, j'ai dit : « c'est pas la peine ! » *sifflement agacé*. J'ai dit : « **j'aurais jamais le concours, c'est mort !** » Aux colles, c'était toujours celle où j'avais les meilleures notes. Et là, c'est celle où j'ai eu la pire note !!!

En la questionnant sur le choix d'interrompre l'année à la fin du premier semestre :

« J'étais 816. Bon, j'étais pas éliminée, mais... De toute façon, la 1^o année, je l'aurais pas eu, j'aurais été obligée de redoubler, et **vu que ça me plaisait pas**... Puis **toute la pression** : quand je vois **le temps que je passais à travailler pour avoir ce résultat-là**, en fait, ça m'a démoralisée, j'ai dit : « c'est pas la peine, je continue pas »... parce que, passer 12 heures dans une journée à travailler, et puis arriver 800^{ème}, alors qu'il y en a, ils ne foutent pratiquement rien et ils sont classés avant... moi, ça me... voilà ! (...) Après, on sort de ça, on est déjà stressé, on est perdu, on a le moral à zéro, ça veut pas passer... »

(E17, fille 19ans, bac S Math mention bien, parcours réorientation, mère employée commerce, père responsable maintenance électrique)

Cette étudiante choisit de ne pas continuer en PACES alors qu'elle pouvait y prétendre. Avec un profil « Studieux mais pris au dépourvu », selon une étude du CEREQ, elle fait partie

« des étudiants studieux, mais disqualifiés par des modalités de travail et d'évaluation qui leur échappent et quittent l'université par dépit »⁷³⁵.

Elle fait partie des étudiants qui abandonnent, sans être en situation d'échec sec. Son discours met en lumière un ensemble de raisons ajoutées les unes aux autres. Comme le disent Galley et Droz : « s'imaginer que l'étudiant abandonne ses études à la suite d'une cause déterminante, facilement identifiable, ou d'un ensemble restreint de causes, est illusoire. La réalité de l'abandon est bien plus complexe. Chaque situation individuelle présente des caractères qui la rendent unique, et même singulière. L'observateur a davantage l'impression de raisons multiples, d'enchaînements successifs, d'incidents malheureux, voire heureux, d'un ras le bol progressif et peu spécifique ou de gouttes d'eau insignifiantes qui finissent néanmoins à faire déborder le vase. Bref, l'abandon effectif résulte fréquemment d'une décision qui, en définitive, est plutôt le produit d'une accumulation de forces contraires ou adverses que d'une cause pouvant être clairement spécifiée »⁷³⁶.

Pour tenter d'évaluer la proportion d'étudiants obligés de se réorienter et d'autres qui auraient quitté le cursus sans y être contraints par le cadre légal, le questionnaire a exploré les différents cas de réorientation. Ceci permet d'établir que près de 70% des étudiants inscrits dans le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux sont primants et ont dû se soumettre à une réorientation obligatoire⁷³⁷.

Tableau 31 : Type de parcours effectué avant de rejoindre le dispositif de réorientation

Situation avant la réorientation	%	Effectifs
PACES primant dans les 15%	68,7	90
PACES doublant dans les 15%	1,5	2
PACES primant non réorienté	11,5	15
PACES doublant non réorienté	18,3	24
Total	100	131

⁷³⁵ BEAUPERE N., BOUDESSEUL G., 2009, « Quitter l'université sans diplôme: quatre figures du décrochage étudiant », *Bref du CEREQ*, 265, p. 3.

⁷³⁶ GALLEY F., DROZ R., 1999, *L'abandon des études universitaires: des difficultés du métier d'étudiant*, Fribourg, Ed. Universitaires, p.82

⁷³⁷ Les effectifs prennent en compte le fait que cette question n'était pas présente dans les premiers questionnaires et que le dispositif a ensuite été ouvert à tout étudiant de L1 souhaitant se réorienter vers une formation paramédicale.

4.2.7 Facteurs multiples, configurations plurielles : les déterminants de l'échec en PACES

Ce dernier paragraphe de la section va permettre de rassembler les éléments recueillis et de mettre en lumière les caractéristiques intrinsèques des étudiants qui n'ont pas réussi leurs épreuves du S1 avec des éléments de contexte de cette première année des études de santé afin de mieux saisir comment l'entrée dans le champ médical n'a pas été possible pour eux.

Les évaluations réalisées au cours de la première année sont donc des épreuves organisées en vue d'effectuer un tri parmi les étudiants et de désigner ceux autorisés à poursuivre en deuxième année. Elles sont aussi appelées épreuves de classement et autorisent les étudiants à continuer leurs études en fonction de leur rang, puis des places disponibles dans la filière qu'ils ont choisie. Ces épreuves opèrent une sélection. Depuis la PACES, la sélection est effective dès le premier semestre.

Bourdieu assimile cette sélection à une « élection », l'examen à une « épreuve », la formation à une « ascèse », l'isolement à une « retraite initiatique » et la compétence technique à une « qualification charismatique » : la transformation qui s'opère pendant des études à haut niveau d'exigence, les « écoles d'élite », appartient à un « rituel d'institution ». Le *numerus clausus* est alors « un acte de clôture qui instaure entre le dernier élu et le premier exclu la discontinuité d'une frontière sociale (...) L'opération de division qui distingue dans le continuum des performances deux populations séparées, et pour la vie, est un acte de consécration (...) qui institue un ordre c'est-à-dire une division légitime, magiquement produite et juridiquement garantie du monde social »⁷³⁸.

On retrouve ce même vocabulaire de caractère sacré dans le travail dirigé par Hardy-Dubernet et Gadéa : « la première année de médecine, phase décisive qui a toutes les vertus d'une année initiatique dans la mesure où elle « fait entrer » en médecine en marquant durablement les « élus » par le mode de sélection dont ils ont été l'objet et qui constitue une « référence fondatrice » de ce corps en formation »⁷³⁹. L'enchaînement des différents concours nécessaires à la carrière de l'élite hospitalo-universitaire fait dire à Jamous, dans son travail sur la réforme Debré de 1958, que « les concours étaient donc devenus, à la limite, des

⁷³⁸ BOURDIEU P., 1989, *La noblesse d'état: grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Les Éd. de Minuit (Le sens commun), p.140-141

⁷³⁹ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p. 17.

sortes de « rites de passage », où se consacrait l'appartenance à un « nous » et leur enchaînement un processus de sélection et de socialisation permettant de choisir ceux qui méritaient de faire partie de ce « nous » et de le perpétuer »⁷⁴⁰.

Le concours agit à la manière d'un « entonnoir »⁷⁴¹ opérant une sélection au sein d'une promotion. Tout bachelier peut s'inscrire en première année de médecine : pour la PACES, l'équipe pédagogique peut formuler un avis sur les chances de réussite d'un étudiant qui présenterait un niveau ou des prérequis jugés insuffisants ou inadaptés pour le cursus. Environ 15% à 20% d'une promotion pourra accéder en deuxième année, le concours s'avère donc sélectif.

Situant son travail de recherche dans le cadre plus général de la première année universitaire, Gilles Pinte soutient que l'université joue un rôle d'intégration tout en étant une « machine à trier », de ce fait « un taux d'échec important a longtemps paru acceptable »⁷⁴². Toutefois, il identifie « quatre types de raisons d'échec qui peuvent se cumuler lors des 100 premiers jours :

- Des raisons qui tiennent à des prérequis que l'étudiant ne possède pas
- Des raisons liées à une méconnaissance des programmes de formation
- Des raisons qui tiennent à la gestion de son temps de travail
- Des problèmes liés à une défaillance majeure dans une matière considérée comme importante »⁷⁴³.

Ce sont aussi d'autres éléments combinés « comme le parcours scolaire antérieur, les prérequis disciplinaires, la motivation et la confiance en soi mais aussi l'origine socio-culturelle et le projet universitaire et professionnel à l'entrée en formation » qui agissent sur la réussite, sans compter les difficultés matérielles ou psychologiques. « Isoler des facteurs de réussite ou d'échec comme certaines études l'ont fait est pertinent sur le plan de la rationalité, mais ne rend pas compte de la complexité et de l'intrication de chaque facteur les uns avec les autres »⁷⁴⁴.

⁷⁴⁰ JAMOUS H., COMMAILLE J., PONS-VIGNON B., 1969, *op cit*, p101

⁷⁴¹ HERAULT D., LABARTHE G., 2003, « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », *Note d'Information* 03.48, MEN-DEPP, p. 1.

⁷⁴² PINTE G., 2018, *Op.cit*, p31

⁷⁴³ PINTE G., 2018, *ibid.*, p 36-37

⁷⁴⁴ PINTE G., 2018, *ibid.*, p 36-37

La contrainte des facteurs socio-scolaires décrits précédemment influe sur les parcours étudiants : nous avons conclu que les étudiants réorientés avaient des dispositions scolaires trop justes ou insuffisantes qui ne leur permettaient pas d'avoir les droits d'entrée dans le champ médical :

Les jeunes inscrits dans le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux sont titulaires à 75,4% d'un bac S. Seulement 5% d'entre eux ont une mention Bien et 1% une mention Très bien. La spécialité Sciences et Vie de la terre est surreprésentée alors que c'est la filière Maths qui offre les prérequis les plus solides pour démarrer un cursus universitaire en santé. En parallèle, les bacheliers technologiques représentent 19,1% de l'échantillon : c'est une proportion importante et leurs prérequis sont très frêles pour réussir la PACES.

L'origine sociale interrogée par le questionnaire a révélé que les pères sont majoritairement dans la catégorie « professions intermédiaires » (30,1%) et peu de paramédicaux parmi eux (1,9%). Les mères appartiennent surtout à la catégorie « employés » (35,6%) et on compte 10,6% de paramédicaux, surtout de profession infirmière. Cela confirme l'origine sociale plus modeste de cet échantillon quand on le compare avec les étudiants de deuxième année en médecine dans la même université où la PCS « cadres et professions intellectuelles supérieures » vient en tête avec 53,7% chez les pères et 42% chez les mères.

Le corollaire de l'origine sociale se retrouve dans le taux important de boursiers parmi les étudiants interrogés : ils sont plus de 60% à être dans ce cas alors que parmi les étudiants de deuxième année, le taux descend à 42%, ce qui reste au-dessus des statistiques nationales des étudiants inscrits à l'université hors DUT (entre 35% en 2011-2012 et 39% en 2017-2018)⁷⁴⁵.

Lorsqu'il s'agit par exemple de suivre une « prépa privée » en parallèle, les ressources financières des parents représentent une contrainte, ce qui conduit les étudiants à y renoncer soit par impossibilité soit par qu'ils se refusent à demander cette aide financière comme les entretiens l'ont révélé. « Tous sont conscients qu'il se joue, en faculté de médecine, quelque chose qui relève de la sélection sociale »⁷⁴⁶. Les étudiants qui ont été ajournés à la fin du S1

⁷⁴⁵ État de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche n°6 pour 2011-2012 et n°12 pour 2017-2018, Aide sociale aux étudiants, disponible sur :

https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eesr/FR/EESR12_ES_03/l_aide_sociale_aux_etudiants/

⁷⁴⁶ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p.30.

sont moins nombreux (16,7%) à avoir suivi une prépa que les étudiants qui ont réussi leur concours (43%). Nous en avons conclu que le suivi d'une prépa semble être un facteur additionnel à la réussite en PACES.

L'influence du milieu familial s'exprime aussi à travers la façon dont les étudiants se sont investis dans leur début de formation médicale. A l'inverse de certains étudiants interrogés lors de la phase exploratoire qui pouvaient avoir un des deux parents médecin (E2 et E7), et de l'étudiante E21 qui a un grand-père médecin, les étudiants du parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux ne sont pas dans le cas d'une « hérédité professionnelle » conduisant à un phénomène de reproduction sociale par le choix des études de médecine⁷⁴⁷. Il s'agit plutôt pour eux d'envisager la profession médicale selon une « trajectoire ascendante menant à la fois vers une activité bien rémunérée et vers un métier intéressant »⁷⁴⁸. Le côté valorisant de l'activité professionnelle, mêlée de l'altruisme que l'on retrouve dans les métiers adressés à autrui, s'ajoutent à l'importance que les parents portent à une profession fortement attractive. Car les attentes de la famille sont fortes au point que beaucoup évoquent la crainte de décevoir leur entourage, essentiellement leurs parents, s'ils ne parviennent pas à franchir les obstacles pour se maintenir en PACES ou décrocher leur deuxième année. Cette étudiante décrit bien la déception de ses parents lorsqu'elle prend la décision de ne pas poursuivre à cause de ses résultats trop faibles :

Enfin, eux, **ils me voyaient déjà médecin !** Donc, là, voir que je ratais, ça a eu du mal à passer. Bon après, ils voulaient pas forcément que j'arrête, mais je leur ai pas laissé le choix ! Y a un mur en face, je vais pas foncer dedans, je vais pas continuer dans cette voie-là alors que je peux trouver autre chose...

(E17, fille 19 ans, bac S Math mention bien, parcours réorientation, mère employée commerce, père responsable maintenance électrique)

Ainsi, il apparaît que les facteurs pour tenter d'expliquer la non-réussite des étudiants lors de cette première année des études de santé se mêlent en fonction de la trajectoire de chacun, se matérialisant en diverses difficultés comme nous l'avons démontré : difficulté de juger de l'effort à fournir en fonction de ses acquis précédents et de la méthode de travail ;

⁷⁴⁷ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p.95.

⁷⁴⁸ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p.109.

difficulté à résister à la pression exercée par les autres étudiants, les enseignants, l'entourage ; conditions de vie étudiante matériellement compliquées que ce soit financièrement ou pour d'autres raisons comme des temps importants de trajets domicile-université... « La question de l'échec et de la réussite à l'université est aussi le résultat d'une construction sociale progressive qui implique tous les acteurs sociaux que ce soient les enseignants, les personnels administratifs, les familles... »⁷⁴⁹. Tout cela sans compter les désillusions, les représentations erronées voire idéalisées de la médecine, la motivation qui s'érode, ou encore pour certains l'impossibilité de résister à l'appel de la « vie étudiante »...

Les facteurs influant sur la non-réussite d'un parcours dans l'enseignement supérieur sont souvent identifiés comme des « difficultés d'adaptation »⁷⁵⁰ aux conditions de vie et d'études dans le supérieur qui induisent un phénomène de rupture avec les habitudes antérieures : changement d'établissement, de ville, de logement et décohabitation avec les parents, mais aussi changement d'échelle en nombre d'étudiants par promotion, changement de méthodes d'apprentissage, place importante de l'autonomie... La multiplicité des facteurs ajoute à la complexité et ne permet pas de dire quel est leur poids dans un échec en fin de S1 de PACES. Ainsi comme nous le dit Pinte, l'échec « à l'université lors des premiers cent jours ne paraît pas imputable à une seule cause mais bien à toute une série d'indicateurs qui à partir d'un moment se cristallisent pour amener à une situation d'échec. La réussite ou l'échec à l'université est aussi le résultat de la conjonction de prédispositions, de facteurs de risque qui existaient déjà au lycée et qui prennent une autre acuité à l'université »⁷⁵¹.

⁷⁴⁹ PINTÉ G, 2018, *Op.cit.*, p.32

⁷⁵⁰CHEVAILLIER T, LANDRIER S, NAKHILI N, *op cit*, p.12.

⁷⁵¹ PINTÉ G, 2018, *ibid.*, p.99.

4.3 LE MOMENT DE LA REORIENTATION : UN TURNING POINT DE LA TRAJECTOIRE ETUDIANTE

Cette section tente de répondre à la question : « comment les étudiants se sont-ils réorientés ? » L'annonce des résultats du premier semestre, la prise de conscience dans les deux trois jours qui suivent, puis la procédure de réorientation matérialisent le basculement qui intervient dans le cursus des étudiants qui ne peuvent poursuivre leur année de PACES.

Ça a été un peu la panique ! Parce que, du coup, faut quand même trouver la réorientation. Surtout pour kiné, en France, y a pas beaucoup de portes. C'est plus que par la Paces, y a plus les écoles privées, ni rien. Du coup, c'était la panique, enfin, vraiment vraiment !!! Bon, mes parents m'ont soutenue, hein ! mais, même eux avaient du mal... Enfin, c'était pas forcément 'l'échec' mais ça leur a fait peur, quoi ! « qu'est-ce que tu vas faire ? » Donc, même pour se réorienter là, maintenant, c'était la panique : il y avait une semaine pour se réorienter. Ils ne voulaient pas forcément que je fasse prépa paramédicale, ils voulaient plus que je parte en fac de SVT, justement. Mais avec les répercussions de la PACES, je ne me voyais plus trop en scientifique : ça m'avait vraiment dégoutée.

(E16, fille 19 ans, bac S SVT mention bien, parcours réorientation, envisage kinésithérapie en Belgique, mère professeur français en lycée, père professeur SVT en lycée)

Outre le moment critique, on assiste à une rupture, un infléchissement de trajectoire. Il ne s'agit pas d'une conversion sur le modèle de la conversion religieuse puisque l'étudiant qui s'inscrit dans un parcours de préparation à la formation paramédicale se décide à rester dans le « monde médical ». Il ne sera pas fait mention non plus « d'alternations »⁷⁵² processus de transformation radicale de l'individu davantage sur le mode d'une re-socialisation. Aussi, il sera plus intéressant de faire la lecture de ce moment de basculement à la lumière des bifurcations.

⁷⁵² BERGER P.L., LUCKMANN T., 2018, *Op. cit.*, pp. 261-268

Selon Grossetti, de façon générale, une bifurcation se matérialise par « un moment d'incertitude débouchant sur des changements de plus ou moins grande ampleur »⁷⁵³. A la suite de Grossetti, Valentine Hélardot définit la bifurcation « à l'échelle biographique, comme une modification soudaine, imprévue et durable de la situation personnelle et des perspectives de vie, concernant une ou plusieurs sphères d'activités »⁷⁵⁴. On pourra objecter que les enquêtés, vu leur jeune âge, ne vivent pas dans cette expérience une inflexion biographique telle que celles qu'ils pourront en connaître plus tard dans leur vie personnelle ou professionnelle : l'analyse concerne ici le tournant biographique de leur trajectoire étudiante lors d'un échec en PACES.

Ces « points d'inflexion biographique »⁷⁵⁵ sont aussi qualifiés de *turning points*. Ce concept, déjà travaillé par Hughes⁷⁵⁶, fait référence à un tournant dans la vie. Andrew Abbott adopte une vision dynamique pour le *turning point*. C'est un événement de la vie qui réoriente la trajectoire : « le concept se réfère à deux points dans le temps et non à un seul ». Pour parler de *turning point*, il faut qu'un « temps suffisamment long se soit écoulé dans la nouvelle orientation au point qu'il soit devenu clair que la direction a véritablement changé »⁷⁵⁷. Si ce changement a eu lieu, alors il est possible de se rendre compte « que nous sommes sortis d'un schéma antérieur pour entrer dans une nouvelle trajectoire »⁷⁵⁸. Les entretiens faits à distance auprès des étudiants, alors que certains d'entre eux étaient en formation paramédicale, permettent d'avoir un recul nécessaire pour prendre conscience du changement vécu.

Avec le *turning point*, la trajectoire est composée de séquences entrecoupées de transitions qui peuvent se manifester sous la forme de changements plus ou moins radicaux réorientant le cours de la vie. Dans l'enquête ici présente, la trajectoire étudiante avait un chemin plutôt clair jusqu'au couperet des épreuves de classement, lequel représente le

⁷⁵³ BESSIN, M., BIDART, C., GROSSETTI, M. (dirs.), 2010, *Bifurcations: les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte (Recherches), p.11

⁷⁵⁴ HELARDOT V., 2009, « Vouloir ce qui arrive ? Les bifurcations biographiques entre logiques structurelles et choix individuels », dans *Bifurcations: Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, La Découverte (Recherches), p. 161.

⁷⁵⁵ LABORDE C., LELIEVRE E., VIVIER G., 2007, « Trajectoires et événements marquants, comment dire sa vie ? : Une analyse des faits et des perceptions biographiques », *Population*, 62, 3, p. 567.

⁷⁵⁶ HUGHES E.C., 1996, *Op.cit.*, pp.165-173.

⁷⁵⁷ ABBOTT A, 2009, « À propos du concept de Turning Point », in GROSSETTI M. et al., « Bifurcations », La Découverte « Recherches », p 192.

⁷⁵⁸ ABBOTT A, 2009, *Ibid.*, p. 190.

changement de direction – ou basculement – qui fait entrer dans un nouvel état et un nouveau régime d'études de façon déterminante. Les conséquences sont importantes car la carrière professionnelle ne sera pas celle envisagée lors de la première orientation⁷⁵⁹ : le changement opéré modifie les paramètres de la projection dans un futur métier et oblige l'étudiant à se déterminer pour retrouver une certaine stabilité dans sa trajectoire étudiante. Les *turning points* entraînent des changements fondamentaux. La plupart des auteurs convoqués sont d'accord pour affirmer que la bifurcation comme le *turning point* présentent plusieurs caractères dont :

- la soudaineté : le changement a une durée limitée et il peut être brutal,
- il est possible d'observer un point de basculement distinct entre un avant et un après,
- il existe une nécessaire réflexion sur une reconfiguration des possibles.

Abbott soutient qu'« on a intérêt (...) à envisager les turning points comme des changements courts entraînant des conséquences, qui opèrent la réorientation d'un processus »⁷⁶⁰.

4.3.1 Les voies privilégiées lors d'une réorientation en première année de médecine

La réorientation, telle qu'elle a été prévue lors de l'instauration de la PACES, s'inscrit dans la démarche d'orientation active visant à l'élaboration d'un projet professionnel : c'est la dernière phase de cette démarche. Il s'agit de pallier l'échec en première année universitaire en renforçant l'accompagnement de l'étudiant vers une nouvelle filière par différents services et moyens dédiés à une bifurcation en cours d'année ou à la fin de la première année. Le bilan effectué sur l'orientation active dans le rapport Saint Girons, mentionnait qu'il fallait privilégier la notion de parcours, plutôt que celle de cursus, de façon à laisser de la place aux changements dans les trajectoires étudiantes. Pour la PACES également: « l'orientation ne doit pas se jouer une fois pour toutes au moment de la pré-

⁷⁵⁹ Pour rappel, il ne sera possible de revenir dans un cursus médical qu'après avoir validé 90 ECTS pour reprendre en première année, ou tenter une passerelle dans une des années supérieures avec un master, un diplôme d'ingénieur ou un doctorat.

⁷⁶⁰ АВВОНТ А, 2009, *Op.cit.*, p.207.

inscription mais constituer un processus pouvant donner lieu à des changements de parcours assumés »⁷⁶¹.

La réorientation implique pour l'étudiant de trouver une nouvelle voie en ouvrant l'éventail des formations accessibles et d'envisager une poursuite d'études différente du choix initial. Abbott nous dit que, suite à un turning point, « tout individu (...) est face au même ensemble limité de trajectoires possibles »⁷⁶². Le rapport Saint Girons répertoriait plusieurs possibilités comme par exemple de mobiliser les places restées vacantes en BTS et DUT avec renforcements des acquis en février, d'envisager des rentrées « décalées » pour permettre aux étudiants d'intégrer une autre formation (principalement en IUT), de mettre en place des passerelles vers les formations du secteur paramédical et du secteur social et enfin de prévoir des parcours d'élaboration de nouveaux projets d'études du type « semestre Rebond » ou dispositif « Tremplin » au cours du second semestre⁷⁶³. Ces différentes possibilités ont été mobilisées sur le terrain de cette enquête.

Ceci oblige d'abord à considérer les voies de réorientation empruntées de façon générale par les étudiants après la première année des études de santé. Le phénomène de réorientation en médecine avait déjà été étudié avant la PACES lorsque les étudiants sortaient de PCEM1 après un, deux, voire même trois ans pour tenter un passage en deuxième année. Selon trois études réalisées dans les universités de Strasbourg, Lyon et Marne-la-Vallée entre 1994 et 2002 « le retour en DEUG Sciences et Technologies concerne quasiment la moitié de ces étudiants (33 % en première année, 15 % en seconde année). Environ un sur huit se réoriente dans un autre DEUG (droit, lettres, sciences économiques, ...) ou en IAE. Une autre part importante, environ 30 %, se dirige de suite vers une profession paramédicale, soit sans aucune perte de temps en réussissant le concours correspondant, concours que ces étudiants avaient pris la précaution de présenter en même temps que celui de médecine, soit après une année de préparation. Enfin, 4 % des étudiants en échec en PCEM1 s'inscrivent en PCEP1, tandis que environ 2-3 % abandonnent leurs études »⁷⁶⁴. La réorientation privilégiée consistait alors à se réinscrire dans une autre filière universitaire, puis en deuxième position d'envisager une profession paramédicale.

⁷⁶¹ SAINT-GIRONS B., 2009, *Op. cit.*, p. 17.

⁷⁶² ABBOTT A, 2009, *Op. cit.*, p.202.

⁷⁶³ SAINT-GIRONS B., 2009, *Op. cit.*, pp. 17-20.

⁷⁶⁴ DEBOUZIE D., 2003, *Op. cit.*, p.25.

Pour la PACES, les observations nationales sur le devenir des étudiants en santé ont été publiées, notamment sur l'accès en deuxième année dans les filières MMOP. La cohorte 2015-2016 montre que seuls 12% des primants de PACES sont passés en deuxième année. En intégrant les redoublants qui réussissent en deux ans, ils sont 33,5% à obtenir leur passage en année supérieure. Par conséquent, pour les étudiants qui n'accèdent pas à la suite des études de santé « la moitié (51,0 %) se réoriente à l'université, majoritairement en licence LMD. Ils sont 30,2 % à poursuivre dans une filière scientifique (dont 14,2 % en sciences de la vie, biologie, santé), 8,8 % en arts, lettres, langues, SHS, 7,0 % en droit, économie, gestion, AES et 5,1 % à poursuivre dans une autre filière universitaire. Les étudiants ne continuant pas leurs études à l'université se dirigent vers d'autres cursus du supérieur (CPGE, STS, école de commerce, d'ingénieurs, institut de formations aux professions paramédicales ou sociales, poursuite d'étude à l'étranger – y compris pour des études médicales –, etc.) ou abandonnent temporairement ou définitivement les études ». La réorientation privilégiée reste le choix d'une autre filière universitaire, mais il faut noter que 20,6% des primants sortent de l'université et 11,6% des doublants à la fin des deux ans, dont une partie se réoriente vers les formations paramédicales⁷⁶⁵.

Il s'agit d'une bifurcation que l'on pourrait qualifier de « résolue » pour la plupart des étudiants de l'échantillon. En effet, la possibilité de réintégrer la PACES après validation de 90 ECTS est inscrite dans l'arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé, mais les étudiants interrogés n'envisagent pas de reprendre le cursus médical après un an et demi de licence : ils sont 80% à renoncer aux études longues de santé (MMOP) et entrevoient un avenir différent.

Tableau 32 : Pourcentage d'étudiants envisageant de reprendre le cursus médical après validation de 90 ECTS

Reprise de la PACES après validation 90 ECTS	%	Effectifs
Non	80,0	147
Ne sait pas	15,7	29
Oui	4,3	8
Total	100	184

⁷⁶⁵ DELAPORTE A., 2018, *Op. cit.*, p. 3.

Dans chaque filière de formation, le flux des étudiants suit « un fonctionnement arborescent », comme « un embranchement à quatre voies : la poursuite dans le même cycle, le redoublement, la réorientation, la sortie ». Ce schéma permet de ne pas réduire l'année N+1 à un simple phénomène d'échec et de réussite, mais aussi de rendre compte de la diversité des possibles, encore qu'il faille se garder d'une analyse à plat mais regarder plus finement les trajectoires réelles : « rien ne permet de dire qu'une réorientation après un an soit équivalente à une réorientation après trois ans, ni qu'une sortie d'études soit définitive »⁷⁶⁶.

4.3.2 Le deuxième choix d'orientation et ses déterminants

Le but poursuivi ici est l'identification et la modélisation de caractères répétitifs dans la biographie qui permettent la compréhension des trajectoires et des choix, ou dit autrement: de repérer des régularités dans les trajectoires et les choix (rester dans le domaine de la santé, relation au patient, type d'exercice) et éventuellement des critères distinctifs dans les choix de réorientation différents.

Les étudiants inscrits dans le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux ont été interrogés, au moyen du questionnaire, sur les motivations et l'élaboration de leur nouveau projet. Les items⁷⁶⁷ reposent sur le verbatim recueilli lors des entretiens exploratoires et les échanges avec des étudiants paramédicaux issus d'une première année de médecine non aboutie tout au long de ma carrière d'enseignante d'une part, et dans une plus faible proportion, les échanges avec les responsables de formations paramédicales ainsi que les hospitalo-universitaires d'autre part.

⁷⁶⁶ BERTHELOT J.-M., 1993, *Op cit*, pp. 137-138.

⁷⁶⁷ Il existait un item « autres » avec une réponse ouverte qui n'a presque pas été utilisé et n'a donc pas fait l'objet d'un traitement lexical.

Tableau 33 : Les trois raisons principales pour intégrer une formation paramédicale, classées de la plus importante à la moins importante, en %

Motivations d'une réorientation vers une formation paramédicale	1 ^e	2 ^e	3 ^e
Pour rester dans le domaine de la santé	57,3%	25,4%	8,1%
Pour prendre soin des autres	29,6%	35,7%	9,2%
Difficulté des études plus adaptée	4,2%	11,4%	26,5%
Durée des études plus courte	4,2%	8,6%	11,9%
Pour être salarié et travailler en équipe	1,1%	3,2%	14,6%
Pour travailler en libéral	2,1%	4,9%	8,1%
Pour bien gagner sa vie	0,5%	5,4%	7,6%
Pour faire un métier technologique et scientifique	1,5%	2,7%	8,1%

La première raison retenue par les étudiants inscrits dans le parcours est de « rester dans le domaine de la santé »⁷⁶⁸ à 57%, mais ils sont tout de même près de 30% à exprimer en première raison le choix d'une profession qui leur permette de « prendre soin des autres ».

La seconde raison reprend ces deux réponses dans l'ordre inverse « prendre soin des autres » et « rester dans le domaine de la santé », respectivement à 35% puis à 25%. Ces deux raisons se détachent et semblent motiver l'inscription dans le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux.

Pour la troisième raison, il apparaît que les étudiants se prononcent à 26,5% pour un choix de formation avec une « difficulté des études plus adaptée » et aussi à près de 12% pour une formation d'une durée plus courte suite à l'expérience d'une première année des études de santé ardue, exigeante et longue. Il faut aussi remarquer qu'ils sont près de 15% à envisager un travail « salarié et en équipe ». Cet item était opposé à celui de l'exercice libéral qui est moins choisi par les étudiants du parcours et semble éloigné de leurs aspirations.

⁷⁶⁸ L'item « rester dans le domaine de la santé » a été formulé de la sorte pour éviter le « milieu médical » faisant un amalgame avec la médecine dont l'accès vient d'être refusé à ces étudiants, et plus encore avec l'expression favorite des étudiants : « le monde médical » dont le contenu et le périmètre sont difficiles à cerner. Le terme « rester » est par contre directement issu de l'enquête exploratoire.

Pour tenter de comprendre les motivations du nouveau choix, les entretiens apportent un contenu plus riche. Dès l'enquête exploratoire, des éléments intéressants sont apparus. Par exemple, certains étudiants ouvrent le champ des possibles et procèdent par élimination, comme cette étudiante l'explique clairement :

Q : Votre choix a été fait comment ? Comment vous êtes-vous débrouillée pour savoir quoi faire ?

E4 : Bah...(silence et moue dubitative) je ne sais pas vraiment comment c'est venu...Il y avait la profession d'ostéopathe qui m'intéressait et du coup je me suis dit : « juste ostéopathe, c'est risqué » parce que la reconnaissance c'était pas ça⁷⁶⁹...alors je me suis dit : « **pourquoi pas faire kiné ?** » et du coup, je suis partie sur cette idée-là. Déjà, pour le choix des concours en P1 : sage-femme, je n'aurais pas fait. Je ne me voyais pas du tout...contrairement à dentaire, en visant la fac de dentaire et en me renseignant, je me disais : « oui, pourquoi pas ? » mais sage-femme, non. (...) **Infirmière, non. Je ne me voyais pas...rien que les prises de sang, devoir piquer...ça, ça me stressait...C'est là... (geste pour montrer le blocage et la gêne respiratoire)** oui ça m'effrayait un peu et puis, je sais que dans les services, c'est pas forcément facile : les horaires et la vie à côté... C'est une profession assez difficile de ce point de vue-là : ça aussi, ça m'effrayait un peu. **Les autres métiers comme technicien de labo ou manipulateur radio ... y avait pas la relation avec le patient !** Non...ce qui est important ...c'est vraiment le fait de...oui...de le soigner en fait : soit par des gestes, soit par des conseils, mais c'est vraiment ça !

(E4 exploratoire, fille 21 ans, bac S Physique Chimie mention bien avec un an d'avance, 1^{er} année paramédical, mère aide-soignante, père artisan)

Cette jeune fille, qui désirait devenir pneumo-allergologue lors de son orientation après le Bac, envisage dans un deuxième temps un métier où le soin, le contact et la relation au patient sont prépondérants. Elle écarte donc les métiers paramédicaux médicotecniques : technicien de laboratoire et de manipulateur radio, métiers qualifiés de « technologiques et scientifiques » dans cette enquête. Néanmoins, elle se détourne de la profession infirmière car elle craint certains actes techniques avec la vue du sang et aussi parce qu'elle n'envisage pas de travailler dans un service hospitalier dont les conditions de travail ne lui plaisent pas.

⁷⁶⁹ La réglementation de la profession n'a débuté qu'en 2007 et le Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 régit la formation.

Le fait que sa mère soit aide-soignante contribue probablement à la représentation de l'exercice salarié du métier d'infirmière. Elle choisit donc un métier de la rééducation et plutôt un exercice libéral : elle pense à faire ostéopathie mais se dirige vers kinésithérapie par prudence. Elle tente cinq concours en kinésithérapie et trois concours en podologie. N'ayant pas réussi à intégrer kinésithérapie, elle fera des études de podologie. Elle exerce actuellement en libéral dans la région Bretagne.

Sur le même registre, cet étudiant de l'échantillon explique comment, après avoir ouvert l'éventail des possibles, il s'est déterminé en fonction des connaissances et des représentations qu'il se faisait sur les aspects professionnels et les conditions d'exercice des différents métiers :

Donc, j'avais trois concours en vue : infirmier, technicien de laboratoire et manip radio. L'IFTLM, avec ma formation STL, tout le côté laboratoire, ça pouvait coller. Déjà un premier choix qui se portait là... Voilà, théoriquement. Mais **si c'est pour faire des analyses, sans savoir pourquoi est-ce qu'on les fait, autant donner ça à une machine.** C'est déjà le cas, en fait, pour beaucoup d'analyses, c'est déjà le cas. Ensuite, manip radio : très intéressant d'un point de vue de l'anat-physio ; y a le côté très médical, où on n'est pas enfermé dans un laboratoire : très intéressant aussi avec beaucoup de connaissances sur des machines type scanner, IRM, ou même la radio basique entre guillemets. Bon, ça me branchait bien... **mais il manquait quelque chose en fait : l'intervention du manip radio, elle est trop courte. Il est au contact des patients, mais.....il se concentre sur son acte.** Après, il interprète plus ou moins officieusement le cliché, mais voilà : il ne fait pas plus. Et **infirmier** : le côté « **on est auprès du patient** » y a un **raisonnement clinique derrière, y a une connaissance des pathologies, des thérapeutiques...une connaissance en fait, médicale vraiment** et je pense que c'est ça qui m'a fait me dire : « vas à l'IFSI, plutôt que dans les autres formations où tu seras enfermé dans un champ de compétences restreint , soit dans un laboratoire à faire des analyses, à donner des résultats sur des noms dont tu n'as pas le visage ou sur même des numéros d'identification de patients ; ou alors, dans une pièce avec un scanner ou une IRM, où tu vas faire une imagerie, à la limite tu vas avoir une idée de ce que le patient a... mais c'est tout... plutôt que d'aller à l'IFSI où tu auras une connaissance sur tout ce que je disais, sur tout le champ médical mais où il y a aussi un suivi du patient ».

(E20, garçon 22ans, Bac technologique STL mention très bien, 2° année paramédical, mère ATSEM, père artisan électricien)

L'extrait d'entretien ci-dessus est capturé au moment où cet étudiant est en deuxième année de sa formation d'infirmier : il a incorporé la rhétorique professionnelle qui incite à se voir comme soignant le patient dans sa globalité avec une connaissance « médicale », ce qui permet aussi de surmonter le déclassement subi après l'échec en PACES. D'ailleurs, le programme de la formation infirmière prévoit une part importante aux sciences sociales en vue d'améliorer la relation thérapeutique entre le soignant et le soigné. Selon Aude Girier, « l'approche globale de la personne non plus seulement comme porteuse d'une pathologie mais comme sujet dans la relation, apportant son histoire et ses empreintes socio-culturelles est essentielle »⁷⁷⁰ dans la dimension du soin.

Il n'en reste pas moins que c'est la raison « prendre soin des autres » qui est ici prépondérante dans son choix parmi les trois formations qui s'offraient à lui, puisqu'il avait réussi chacun des trois concours. « Nombreux sont les étudiants qui se présentent au jury d'admission en IFSI en soulignant le caractère humain de la profession, en annonçant que l'une des motivations première est le contact avec l'autre »⁷⁷¹.

Le troisième exemple reprend à la fois l'argument « rester dans le domaine de la santé » et celui de « prendre soin des autres ». Mais ce qui est frappant dans les propos de l'interviewée, c'est le déclic qui s'est produit quand elle a eu l'opportunité d'être accueillie dans un service hospitalier, grâce aux différentes ressources familiales et sociales qui ont pu être mobilisées, agissant comme de vrais « supports sociaux »⁷⁷². Son enthousiasme lui fait exprimer son second choix de formation comme une évidence :

« Le domaine de la santé, je savais que ça me plaisait, sans bien le connaître, mais je savais que ça me plaisait : la dimension de **prendre soin des autres, d'avoir un côté scientifique**, mais qui ne soit pas hyper carré, hyper protocolaire, ça a toujours été quelque chose qui me plaisait, mais je ne savais pas vraiment dans quelle dimension parce que je ne connaissais pas bien les métiers en fait. Je ne savais pas le rôle de chacun et, quand on est immergé dans un hôpital, les professionnels, on les voit tous. Voilà (...) J'ai passé deux semaines dans un service, je suis partie au bout de deux semaines, je me suis dit : « vivement que j'y retourne, je ne veux plus

⁷⁷⁰ GIRIER A., 2012, *Les professionnels à la rencontre de la sociologie*, Paris, l'Harmattan (Logiques sociales), p.36.

⁷⁷¹ GIRIER A., 2012, *Ibid.*, p.38.

⁷⁷² NICOURD Sandrine, 2011 « Les processus de socialisation des étudiants de la démocratisation universitaire », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 42-2, p. 75.

jamais partir de cet environnement » c'est bon... Sans pouvoir l'expliquer avec des arguments très concrets, **JE SAIS QUE C'EST ÇA !** Et pour l'instant, c'est toujours ça ! Donc, c'est bien ! »
(E22, fille 21 ans, Bac S Physique mention très bien avec un an d'avance, 2° année paramédical, mère rédactrice administration, père professeur de français lycée professionnel et technologique)

L'expérience des professionnels en activité par le biais d'une immersion temporaire en milieu de travail est une aide à la décision dans le nouveau choix de formation. Il apparaît à nouveau que le rôle du stage est important et qu'il peut être significatif dans la décision de réorientation. Il n'a pas été formalisé dans le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux, mais il a été encouragé sous le format d'initiatives personnelles, ce qui reste insuffisant. Par contre, le dispositif plus large de réorientation, le Diplôme universitaire « Tremplin pour la réussite », l'a intégré dans son programme de formation. Le rôle des proches est aussi un déterminant de poids. C'est ce qu'il faut observer à présent.

4.3.3 Autrui significatifs et groupes de référence : le cercle des influents pour le nouveau choix d'orientation

La réorientation, avec toutes les incertitudes dont nous avons vu qu'elles étaient inhérentes à la bifurcation, nécessite une période de réflexion pour les étudiants. Cette réflexion s'accompagne de contacts et de discussions avec des individus référents. De façon plus générale, ces individus sont considérés comme autrui significatifs : il peut s'agir des parents, de professionnels en exercice... Et ce sont parfois les mêmes que lors de la première orientation.

C'est au cours de l'enquête exploratoire qu'est apparue pour la première fois la force de l'influence des autrui significatifs

« Ma mère, comme elle est dans le milieu médical en tant qu'aide-soignante, elle connaissait pas mal de professions et c'est ... Déjà, c'est elle qui m'a dit de passer d'autres concours (...) et elle me disait : « tu ne veux pas passer ça, ça et ça ? » Du coup, ça m'a structurée et ça m'a fait cibler ce que je voulais vraiment faire. »

(E4exploratoire, fille 21ans, bac S Physique Chimie mention bien avec un an d'avance, 1° année paramédical, mère aide-soignante, père artisan)

George Herbert Mead, le premier, a introduit les notions d'autrui généralisé et d'autrui significatif⁷⁷³. Les autrui significatifs pour Berger et Luckmann sont « les individus qui vont compter dans la socialisation primaire de l'enfant, ses parents en première instance »⁷⁷⁴. Pour eux, l'autrui généralisé apparaît dans un deuxième temps lorsque le cercle des relations de l'enfant s'élargit et qu'il prend conscience de la société qui l'entoure. L'autrui est alors pluriel et plus général.

A l'inverse chez Hughes, les autrui significatifs sont les agents qui vont marquer les étapes, ou certaines étapes, de la socialisation secondaire, principalement de la socialisation professionnelle⁷⁷⁵. Il étend donc cette notion, développée par Mead pour la socialisation primaire, à la seconde partie de la socialisation. « Chaque homme trouve ses '*autrui significatifs*' avec lesquels il s'identifie, de sorte qu'il écoute plutôt leur voix que celles des autres ». Les autrui significatifs peuvent agir comme *groupe de référence*. « Dans la mesure où il y a plusieurs groupes de référence dans la médecine moderne, l'étudiant se voit contraint de trouver un certain équilibre entre sa sensibilité vis-à-vis d'eux, sa propre configuration et ses *autrui significatifs* »⁷⁷⁶. L'idée importante développée ici est que les autrui significatifs sont divers et nombreux au fur et à mesure de l'avancée en formation. Il semble donc qu'il y ait des « configurations mouvantes d'autrui significatifs tout au long de la socialisation secondaire »⁷⁷⁷ parce que l'individu est alors en interaction avec des personnes différentes au cours de circonstances et de phases également différentes. Il est également intéressant de voir que Hughes reprend la notion de groupe de référence, utilisée par Merton pour étayer son concept de socialisation anticipatrice, mais il en fait un autre usage en considérant non pas un groupe de référence (la profession médicale) mais plusieurs au cours de la formation.

Parents, famille, amis, connaissances sont sollicités pendant ce temps d'incertitude qui sépare le « schéma antérieur » de la « nouvelle trajectoire »⁷⁷⁸. Les étudiants cherchent à ce moment-là des éléments, conseils, expériences vécues pour confirmer leur choix, se projeter dans un autre métier et ouvrir de nouvelles perspectives à leur trajectoire étudiante.

⁷⁷³ MEAD G.H., 2006, *L'esprit, le soi et la société*, Paris (Le lien social), 434 p.

⁷⁷⁴ BERGER P.L., LUCKMANN T., 2018, *Op. cit*, p. 231

⁷⁷⁵ BECKER H.S., GEER B., HUGHES E.C., STRAUSS A.L., 1977, *Boys in white : student culture in medical school*, New Brunswick; London, Transaction.

⁷⁷⁶ HUGHES E.C., 2003,(1955), « La fabrication d'un médecin », *Op cit*, p.65.

⁷⁷⁷ DARMON M., 2016, *Op cit*, p.82.

⁷⁷⁸ ABBOTT A, 2009, *Op.cit.*, p. 190.

Après, j'ai pas mal d'infirmières dans ma famille plus éloignée : des tantes, des cousines...elles m'ont dit : « si ça te plait, fais ça. Après, si ça ne te plait pas, faut pas te forcer parce que c'est un métier 'passion' quand même » Elles m'ont bien avertie sur ça, et franchement j'en avais conscience et c'est pour ça que je me suis dit : « je ne vais pas m'engager sans savoir à quoi ressemble ce travail »

(E22, fille 21 ans, Bac S Physique mention très bien avec un an d'avance, 2° année paramédical, mère rédactrice administration, père professeur de français lycée professionnel et technologique)

L'approbation d'un proche sur le second choix d'orientation permet à l'étudiant de se rassurer sur son nouveau projet. Autrui est alors celui qui donne son avis personnel, mais aussi qui valide le choix :

Q : vous avez des gens de votre famille qui sont dans la santé ?

E21 : Oui, oui, oui : des médecins et une infirmière. Mon grand-père est médecin et il m'a beaucoup supportée et au moment où justement j'ai arrêté PACES, je me disais : « mince...il va être super déçu... » et au final, il m'a dit : « mais moi, j'ai toujours su que tu serais une meilleure infirmière. T'es trop gentille pour... T'aimes trop les gens pour être médecin, tu serais une très, très bonne infirmière » et il prend toujours des nouvelles et il m'explique énormément de choses aussi...enfin, c'est très chouette.

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2° année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

L'étudiante suivante convoque un cercle de proches lors de son nouveau choix d'orientation : les parents émettent des avis et renforcent la confiance en soi, les amis ou groupe de pairs permettent la comparaison sociale et d'affirmer sa position en fonction de ce que l'autre renvoie. Enfin, le groupe de référence « les infirmières » apporte une réponse aux questions et aux doutes et permet de confirmer le choix :

Alors, je me suis dit : **faut que je sois dans la santé (...)** Et en même temps, je parlais avec des amis, **des amis** qui étaient carrément dans d'autres branches : le droit, etc... Et **mes parents, ma famille** et tout ça... Mes parents, tout de suite ils m'ont dit : « nous, on est sûrs que tu es dans la bonne voie : la santé, c'est vraiment ce que tu veux. Après, réfléchis ! Pourquoi pas infirmière ? » Effectivement, c'était le premier métier qui m'était venu à l'esprit, mais est ce

qu'il n'y en aurait pas un autre qui aurait pu me plaire ? Et j'en ai parlé et en fait, **ma mère, elle a pas mal d'amies qui sont infirmières**, donc, j'ai pu parler avec elles et tout. Et de ce qu'elles m'ont dit de leur métier, je me suis dit : « c'est ça que je veux faire, c'est ça ! »

(E19, fille 23 ans, Bac S Spécialité Maths, sans mention obtenu à l'heure, 3^e année paramédical, mère secrétaire, père menuisier)

Comme le soulignent A-C Hardy, Gadéa et al., les étudiants en médecine issus de milieu aisé ont tendance à s'inscrire dans la reproduction de la position sociale d'origine, mais ceux qui sont issus de milieu plus modeste se heurtent à un « cheminement plus aventureux »⁷⁷⁹. Il y a alors peu de médecins dans leur famille ou leur entourage mais beaucoup plus souvent une ou des professions paramédicales. L'« effet d'imitation » de ces personnes évoluant dans le domaine de la santé renforce le désir de soigner⁷⁸⁰.

Dans le dernier exemple, la discussion avec un autrui significatif, qui de plus appartient au groupe de référence, permet de revaloriser le métier envisagé d'infirmier : la comparaison sociale effectuée ici plaide en défaveur du médecin :

La jumelle de ma mère est infirmière et un jour, j'ai discuté avec elle et(...), je me suis aperçu que les représentations que j'avais du milieu infirmier – enfin du travail pas du milieu – en fait, c'était erroné et ma tante me dit : « Ben non, infirmier : on fait ça, on fait ci » et surtout ce qui m'avait marqué, c'est qu'elle m'avait bien mis en avant que **le contact avec le patient qui était BIEN PLUS IMPORTANT que les toubibs en général...** (...) c'est la seule infirmière : j'ai une très grande famille au sens large, des deux côtés, mais vraiment beaucoup...et j'ai juste un couple de toubibs : un radiologue et angéiologue, et une infirmière. Donc, je ne suis pas vraiment du tout dans une famille de la santé, pas du tout... **C'est juste que là, je suis tombé sur ma tante qui est arrivée au bon moment.** Encore qu'il y a certains jours, je me dis : « peut-être qu'elle n'aurait pas dû me convaincre de faire infirmier » ... **Si il n'y avait pas eu ma tante, je crois que je n'aurais pas fait le concours.**

(E23, garçon 26 ans, BEP électronique puis bac ST2S, L0, 3^e année paramédical, mère agent de service hospitalier, père artisan taxi)

Ici, la tante fait partie des autrui significatifs qui « constituent le dernier support récurrent. Les étudiants en mobilité sociale sont nombreux à avoir rencontré dans leur vie avant

⁷⁷⁹ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p.95.

⁷⁸⁰ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Ibid*, p. 112.

l'université une personne qui a joué un rôle important. Il s'agit toujours d'un passeur qui va décoder, soutenir, rassurer l'étudiant et amortir les expériences négatives, y compris celles liées à la violence symbolique »⁷⁸¹.

Dans l'enquête quantitative de notre échantillon, les étudiants ont déclaré à 60% avoir un professionnel de santé dans leur famille au sens large⁷⁸². La question suivante demandait de préciser la ou les professions exercées. C'est la profession d'infirmier qui est la plus représentée, puis celle d'aide-soignant et celle de médecin. Ainsi, le désir de soigner s'appuie sur l'« héritage culturel spécifique »⁷⁸³ de paramédicaux.

Tableau 34 : Professions de santé présentes dans la famille élargie des étudiants interrogés

Professions de santé	%	Effectifs
Pas de profession de santé dans la famille	41,6	77
Infirmier	22,7	42
Aide-soignant et infirmier	7,0	13
Aide-soignant	5,4	10
Médecin	4,3	8
Infirmier et kinésithérapeute	3,8	7
Infirmier et médecin	3,8	7
Médecin spécialiste	1,6	3
sage-femme	1,1	2
Cadre de santé	1,1	2
Diététicien	1,1	2
Orthophoniste	1,1	2
Kinésithérapeute	0,5	1
Pharmacien	0,5	1
Dentiste	0,5	1
Ostéopathe	0,5	1
Sage-femme+ kiné	0,5	1
Aide-soignant et dentiste	0,5	1
Infirmier et Pharmacien	0,5	1
Infirmier et dentiste	0,5	1
Médecin et Pharmacien	0,5	1
Infirmier et Sage-femme	0,5	1
Total	100	185

⁷⁸¹ NICOURD Sandrine, 2011, *Op. cit.*, p. 85.

⁷⁸² Résultats de la question n°47, paragraphe 4.1.5, p. 338

⁷⁸³ PINELL P., 2009, *op cit.*, p. 329.

Les responsables de formation paramédicale identifient aisément les autres significatifs dans le deuxième choix de formation :

Alors quand on regarde, quand il y a des enquêtes, on demande dans l'entourage, la profession. **Quand on demande pourquoi vous faites cette formation** : « Ah ben, j'avais une ...soit la mère, soit une tante, soit la sœur... dans l'entourage » et donc voilà, c'est le fait d'entendre et d'avoir des gens peut-être passionnés aussi qui parlent de façon assez positive. Mais on peut avoir ça et la confrontation de la réalité du terrain, que ça aille à l'encontre : d'un côté un discours qui était peut-être idéalisé ou passionné et puis la réalité qui désenchante en fait...Voilà, ils se renseignent mais peu quand même. **Quelquefois, leur choix, c'est un milieu : c'est 'le milieu médical'** Ils vous disent 'milieu médical' ils ne vous disent pas tellement tel ou tel métier mais 'milieu médical'

(R27, Femme 55 ans environ, Directrice des soins, Directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre hospitalier universitaire)

Le « milieu médical », dont il est question ici, est une donnée récurrente de la motivation pour tenter l'intégration dans une autre formation en santé.

4.3.4 Rester dans le domaine de la santé

Pour les étudiants non autorisés à poursuivre en PACES au second semestre, choisir le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux permet de garder un des objectifs de leur première orientation : travailler dans le domaine de la santé. C'est la raison principale qui les incite à s'inscrire dans ce parcours. Il s'agit pour eux de « rebondir » après la déception des résultats, mais sans abandonner en totalité leur idée d'un métier dans la santé :

Q : on va s'arrêter sur le parcours prépa qui était proposé par l'UFR de médecine: comment est-ce que vous l'avez connu?

E24: Il me semble qu'ils l'ont proposé vers la fin des cours du premier semestre ... pour, si jamais, ceux qui n'avaient pas réussi et qui ne pouvaient pas continuer au second semestre ...

Q : quelle a été votre réflexion ? Vous vous êtes dit : « je vais faire ça » mais pour faire quoi ?

E24: ben, je me suis dit que les métiers paramédicaux, ils pouvaient quand même me plaire, que **je n'étais pas non plus réfractaire aux autres métiers de la santé, donc j'ai commencé à m'y intéresser**. Je me suis dit : « ça a l'air quand même pas mal, ces métiers » et puis, au fur et à mesure que...je les ai un peu étudiés, je me suis dit : « ben, **pourquoi pas**, quoi ! »

(E24, fille 22 ans, bac S SVT mention bien, 2° année paramédical, mère secrétaire, père ouvrier)

La construction de ce parcours reposait justement sur l'observation des responsables de l'UFR de médecine et des instituts paramédicaux du CHU sur le phénomène du flux des étudiants vers les formations paramédicales après un échec en PCEM1. C'est un fait qui est bien connu des enseignants des disciplines médicales et surtout paramédicales qui deviennent formations de deuxième intention :

On en a, en gros, qui rentrent chez nous 50% - enfin un petit 50%, ça a tendance à diminuer - 50% qui viennent directement du bac. (...) Simplement, évidemment, au regard des parcours des plus vieux, qui ne sont jamais très vieux, hein...ces jeunes gens ont un peu moins de chances : d'abord, parce qu'ils n'ont pas fini leur terminale et que le concours porte sur le programme de première et de terminale. Et ensuite parce que les autres, ils ont fait P1 – ça ne prépare pas P1- et derrière, ils ont fait les prépas. (...) Donc, voilà, 50% qui a tendance à baisser. Les autres 50%, ce sont des gens qui ont un parcours de fac et/ou de prépa. Et quand les gens ont fait prépa, rarement, ils n'ont fait que ça. C'est-à-dire qu'ils ont fait P1, pharma....enfin...une prépa, ou deux prépas pour entrer.

(R31, femme 50 ans environ, Directrice des soins, Coordinatrice des instituts du CHU)

Le contenu des entretiens effectués auprès des étudiants révèle cette idée de « rester dans le domaine de la santé ». Certains ont les idées claires et en parlent avec conviction :

Mais je me suis dit : « j'ai toujours voulu soigner ! » Toujours, toujours, toujours, ça a toujours, été ça ! En fait, moi, je voulais SOIGNER, je voulais soigner des gens. Je me suis dit : « il faut que je trouve quelque chose qui soit...auprès des patients : à l'hôpital, auprès des patients » Et du coup, ça m'est venu tout de suite : infirmière. Je me suis dit : voilà ! Et je me suis dit infirmière, c'est vraiment ce qui, du coup, me correspondra. (...) Donc, déjà, je suis allée sur 'APB' là ! Et **j'ai regardé tout ce qui pouvait être autour de la santé. Parce que je me suis dit : voilà, moi, je ne pourrai pas faire autre chose** »

(E19, fille 23 ans, Bac S Spécialité Maths, sans mention obtenu à l'heure, 3° année paramédical, mère secrétaire, père menuisier)

D'autres n'ont pas encore arrêté leur choix même s'ils se sont inscrits dans le parcours. Ils savent qu'ils désirent continuer dans une formation en santé, mais sont confrontés à une part d'indécision. L'étudiante suivante était déjà hésitante lors de son premier semestre de PACES ; pour son deuxième choix, elle a ouvert largement le champ des possibles et a pris des renseignements au cours des journées portes ouvertes des différents instituts de formation. Elle hésite entre infirmière, orthoptiste, manipulateur en électroradiologie et technicien de laboratoire:

Q : On continue sur votre nouveau choix. Alors vous avez fait plein de nouveaux choix !

E13 : J'ai pris large

Q: Vous avez 'pris large', alors pourquoi ? Comment vous avez réfléchi à ça ?

E13 : Pour me donner le maximum de chances et **surtout, je ne sais toujours pas, en fait, qu'est-ce que je veux faire...après médecine, je ne sais pas qu'est-ce que ça pourrait être...**je ne sais pas à quoi ça correspond donc, je me suis dit autant en faire pas mal...

Q : Et est-ce que vous vous projetez dans un avenir de soignant ? Et comment vous vous verriez le mieux ?

E13 : Oui, infirmière, c'est celui que j'aurai tendance à dire en premier, mais, ce que j'ai bien aimé en manip radio et en technicien de laboratoire, c'est que, les personnes qui étaient là disaient que l'on peut reprendre des études après...c'est de pouvoir....pas forcément... euh...avoir un doctorat, mais pouvoir reprendre... à la limite, pouvoir changer...

(E13, fille 19 ans, bac S SVT mention assez bien, parcours réorientation, mère ingénieure chimiste, père fonctionnaire)

Cette étudiante a poursuivi ses études après avoir intégré l'Institut des techniciens de laboratoire et réussi son diplôme. Après une licence en biologie humaine et une école d'ingénieur en biologie et santé – peut-être avec l'influence de sa mère ingénieure chimiste – elle travaille à présent en gestion de projet d'études cliniques.

4.3.5 Le second choix : un plébiscite pour la formation infirmière

Cette sous-section va permettre de détailler la répartition des orientations vers les formations paramédicales. C'est un choix qui intervient après la bifurcation des étudiants de PACES : il est parfois décrit comme choix par défaut – celui qui est fait à défaut de pouvoir se former comme prévu après le bac – ou choix par dépit, décrit comme tel par certains

responsables de formation et dont les étudiants intériorisent la composante de désillusion. Cette notion sera illustrée dans la section suivante.

4.3.5.1 Choix par défaut

Le parcours d'aide à la préparation des concours avait été conçu pour s'adapter à la plupart des attendus nécessaires pour les épreuves de sélection à l'entrée des instituts paramédicaux, mis à part en kinésithérapie, concours interne très sélectif aussi et dont les jours étaient comptés. Les étudiants en réorientation avaient donc la possibilité de tenter plusieurs concours et ainsi de se « donner le maximum de chances ».

Le questionnaire de l'enquête interrogeait les étudiants sur les formations paramédicales qu'ils avaient envie d'intégrer à l'issue du parcours. Les étudiants devaient classer les concours qu'ils envisageaient de passer par ordre de préférence.

Tableau 35 : Concours paramédicaux envisagés par ordre de préférence (en %)

Concours d'entrée pour :	1 ^e choix	2 ^e choix	3 ^e choix	4 ^e choix
Institut de Formation Soins Infirmiers	66,5	6,5	5,9	0,5
Manipulateur Electroradiologie	8,9	13,4	2,8	1,1
Ergothérapeute	3,4	5,1	4,0	1,7
Technicien Analyses Biomédicales	4,0	4,6	5,8	1,7
Orthophonie	3,4	3,9	2,2	3,4
Psychomotricien	2,8	3,9	2,8	3,3
Orthoptiste	4,1	4,7	2,9	1,7
Pédicure Podologue	0,6	1,8	0,6	0,0

Les étudiants ont placé par ordre de préférence les formations qu'ils envisageaient et c'est la formation infirmière qui est plébiscitée en rang 1 par deux tiers des étudiants. La deuxième profession visée est celle de manipulateur en électroradiologie médicale. Viennent ensuite ergothérapeute et technicien de laboratoire.

Au total, huit professions paramédicales avaient été listées, une neuvième proposition « autres » avait été ménagée. Quelques-uns ont persisté à vouloir tenter d'intégrer un institut de kinésithérapie par la voie du concours : sur les 185 étudiants du panel, quatorze ont choisi cette profession, dont sept l'ont placé en premier rang. Trois autres métiers sont apparus:

- Préparateur en pharmacie, dont la formation est un Brevet Professionnel qui se prépare en alternance en deux ans. Ce choix peut émaner d'étudiants inscrits en PACES pour continuer en Pharmacie et qui ne renonceraient pas tout à fait à travailler en officine. Huit étudiants envisageaient ce second choix, dont trois en rang 1.
- Aide-soignant(e), dont les conditions d'accès ne nécessitent pas le bac ni aucun diplôme particulier, la formation professionnelle continue étant une voie d'entrée. Quatre étudiantes ont choisi cette formation, dont une seule en rang 1. Cette formation et la suivante sont d'une durée d'un an.
- Auxiliaire de puériculture, dont l'accès en formation se fait sans conditions de diplôme, c'est-à-dire que l'entrée à l'institut peut se faire soit sans le bac après un CAP Petite enfance ou par d'autres formes de validation des acquis professionnels, soit après un Baccalauréat professionnel de services à la personne. On peut alors se poser la question : pourquoi avoir commencé une année de PACES ? Les raisons peuvent être d'avoir envisagé de faire médecine pour pédiatrie ou pour sage-femme comme l'étudiante E11, puis d'opter pour un métier toujours auprès des enfants, mais par défaut. L'étudiante E11 a choisi de devenir infirmière et de se laisser la possibilité de continuer une année de spécialisation d'infirmière puéricultrice, les six autres étudiantes⁷⁸⁴ ont envisagé la profession d'infirmière en rang 1 et uniquement auxiliaire de puériculture en rang 2. Les filles évoquent plus souvent que les garçons cette « version particulière de la pourvoyance consistant à désirer s'occuper d'enfants »⁷⁸⁵.

⁷⁸⁴ Ce sont toutes des filles.

⁷⁸⁵ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *op cit*, p.118.

Tableau 36 : Autres concours présentés

Concours présenté :	sexe		Total %
	Féminin %	Masculin %	
Masseur-kinésithérapeute	30,4	12,1	42,5
Préparateur en pharmacie	15,2	3,0	18,2
Auxiliaire de Puériculture	18,1	0	18,1
Aide-soignant	12,1	0	12,1
Préparateur en pharmacie + Auxiliaire de Puériculture	6,1	0	6,1
Audioprothésiste	0	3,0	3,0
Total %	81,9	18,1	100
Total effectifs	27	6	33

Viser une formation « dans le domaine de la santé », mais aussi avec une « durée des études plus courte » et une « difficulté des études plus adaptée » revient à choisir une formation paramédicale, à défaut d’avoir pu continuer dans l’une des quatre filières accessibles par la PACES. Cette « recomposition des parcours » se fait vers des formations plus courtes du segment professionnel – « la revanche des filières courtes » comme le disent Debailly et Verley – par lesquelles les étudiants valorisent la « valeur instrumentale » de la formation, donc les débouchés professionnels possibles, tout en reconnaissant la « valeur intrinsèque » représentée par le développement intellectuel, une « certaine qualité de savoirs et de compétences » mise en avant par les instituts de formation paramédicale surtout depuis l’universitarisation⁷⁸⁶.

4.3.5.2 *Choix différencié selon le genre et métiers féminisés*

Déjà, en première année des études de santé, au niveau national, les étudiantes sont régulièrement plus nombreuses que les garçons (65% vs 35%)⁷⁸⁷. Les études de santé mises à part, leurs choix se portent moins vers les filières sélectives ou scientifiques. Ainsi, les garçons sont plus nombreux dans les CPGE, les formations d’ingénieur, les formations scientifiques en

⁷⁸⁶ DEBAILLY R., VERLEY E., 2011, « La recomposition des parcours dans les universités françaises à la lumière du choix professionnel », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 42, 2, p. 31-50.

⁷⁸⁷ FAUVET L., JAKOUBOVITCH S., MIKOL F., 2015, *Op. cit.*, p. 2.

général et à contrario, les filles sont encore plus présentes dans les formations paramédicales ou sociales (84,6 %) qu'en première année des études de santé⁷⁸⁸.

Le second choix obéit aussi à la division genrée du travail. Le parcours étudié ici préparant les étudiants à entrer dans une formation paramédicale, la proportion garçons/filles est largement en faveur de ces dernières au sein du panel et elle est comparable à celle mentionnée ci-dessus (83,8% vs 84,6%). Le sex-ratio s'établit à 0,19.

Tableau 37 : Proportion garçons/filles au sein du parcours de préparation aux concours paramédicaux

Sexe	%	Effectifs
Féminin	83,8	155
Masculin	16,2	30
Total	100,0	185

Mais si on effectue la comparaison avec les étudiants admis en PCEM2 en 2011/2012 au sein de l'université observée, les garçons représentaient 56,7% de la promotion et les filles 43,3%. On se rend compte que, cette année-là, les garçons ont mieux réussi que les filles au concours, ce qui ne se vérifie pas au niveau national où les filles sont majoritaires dans la suite des études médicales.

Les professions où les femmes sont fortement majoritaires (72,9%)⁷⁸⁹ sont toutes celles qui sont en lien avec la santé, le social et les services à la personne, ainsi que l'éducation. Parmi les métiers de la santé, les plus féminisés sont les sages-femmes (97,3%), les orthophonistes (96,6%), les infirmiers (86,9%)⁷⁹⁰ sans compter les aides-soignants et les agents de service hospitaliers non répertoriés dans le répertoire RPPS (91% et 81% respectivement), toutes professions «traditionnellement féminines»⁷⁹¹. Les professions paramédicales où la proportion de femmes reste sous la barre des 70% sont : les masseurs-

⁷⁸⁸ LIEVRE A, 2017, *Op. cit.*, p.4.

⁷⁸⁹ BESSIERE S., 2005, *Op. cit.*, p.19.

⁷⁹⁰ Source : Autres professions de santé. Synthèse des effectifs au 1er janvier 2015, DREES, RÉPERTOIRE ADELI. ASIP-RPPS, disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/autres_professions_de_sante.pdf

⁷⁹¹ BESSIERE S., 2005, *Ibid.*, p.22.

kinésithérapeutes (55 à 60%), les pédicures-podologues (65%), les infirmiers anesthésistes (60 à 65%). Il faut rappeler que la part des femmes dans la profession médicale est de 50%⁷⁹².

Pour autant, le « naturel » du choix d'orientation ou de réorientation des filles vers les professions de santé se révèle être aussi une construction sociale qui trouve ses fondements pour les intéressées dès l'enfance. Comme déjà vu, les stéréotypes de genre peuvent être incorporés à partir de l'univers du jeu : « Soins, embellissement et sphère domestique pour les petites filles ; manipulations, univers guerrier et ouverture au monde scientifique et technique pour les petits garçons »⁷⁹³. Mais la socialisation familiale contribue également à orienter les choix d'orientation professionnelle.

On le retrouve dans l'exemple de l'étudiante E11 : sa mère est infirmière cadre de santé et parle de son travail quand elle rentre à la maison ; elle lui a permis de réaliser un stage en maternité. De plus, l'entourage familial comprend de nombreux professionnels de santé, mais on ne relève pas de médecin :

E11 : Mon frère qui est en troisième année d'infirmier. Là, il est en train de finir... (...) il y a encore ma tante qui est aussi cadre en psy...Il y a mes grands-mères...ma grand-mère qui était infirmière psy, mon autre grand-mère qui était aide-soignante et mon parrain et ma tante sont aussi aides-soignants

La fratrie joue aussi un rôle important : elle a deux petits frères et une jeune sœur avec laquelle elle a seize ans d'écart. Elle s'en est beaucoup occupé ce qui a contribué à développer un sentiment de pourvoyance. Enfin, elle est attentive à la relation aux autres et à la souffrance. Tous ces facteurs cumulés la poussent à envisager d'être elle aussi infirmière :

E11 : Au moins être 'dans le médical'...après des patients, c'est ça que je voudrais, quoi...C'est plus...aider les personnes ...Dans ma famille, j'ai aussi des proches qui sont décédés, par rapport à la maladie...essayer de...

Q : ça, vous avez l'impression que ça a joué aussi ?

E11 : Oui, des proches comme mes grands-parents, par exemple...

Q : Le fait d'avoir vécu la maladie ?

E11 : Oui, je pense que ça m'a poussée...en plus...ça m'a frappée aussi...

⁷⁹² ANGUISS M., BERGEAT M., PISARIK J., VERGIER N., CHAPUT H., 2021, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique? », *Les dossiers de la DREES*, n°76, Ministère des Solidarités et de la Santé, p.12.

⁷⁹³ PONCE C., RUBI S., ROUYER V., 30/12/2020, « Les jeux d'enfants ont-ils un genre ? », *The Conversation*. [en ligne] disponible sur : <https://theconversation.com/les-jeux-denfants-ont-ils-un-genre-145880?>

(E11, fille 18ans, bac S Physique mention passable, parcours réorientation, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

« Le soin, l'altruisme et la pourvoyance » sont des qualités professionnelles « dévolues aux infirmières » également attendues chez les autres professionnels de santé, y compris chez les médecins⁷⁹⁴. La « prise en soin » qui fait partie de l'activité et de la rhétorique infirmières recouvre une dimension de travail de *care*. Il faut rappeler que le *care*, facilement opposé au *cure*, peut comprendre une « attitude attentionnée » en même temps qu'une activité de soins, mais c'est avant tout un ensemble d'activités matérielles, techniques et relationnelles, consistant à « apporter une réponse concrète aux besoins des autres ». Le travail de *care* peut encore s'entendre comme un rapport de service, « de soutien et d'assistance impliquant un sens de la responsabilité vis-à-vis de la vie et du bien-être d'autrui »⁷⁹⁵. La socialisation primaire est une étape pendant laquelle ces dispositions peuvent être incorporées.

Si certains des déterminants du second choix peuvent trouver leur source au cours de la socialisation, l'expérience de l'échec en PACES incite les étudiants à affirmer leur choix pour pouvoir se projeter dans un nouveau métier qui mêle dispositions et valeurs. On retrouve dans l'extrait suivant la notion d'« aider les autres » sous tendue par les valeurs d'altruisme et d'humanisme :

Voilà, moi, je suis bien contente d'avoir fait ce choix là et de n'avoir pas continué en médecine parce que je pense que je me serai pas retrouvée du tout, du tout, du tout, du tout (...) au niveau des patients, moi j'ai besoin de ce côté humain. Relationnel, vraiment c'est le relationnel, le côté humain voilà... Je me dis que, quand ce sera pour mes parents...ou pour moi...ou mes grands-parents, j'ai envie qu'on les traite d'une certaine façon. (...) Avec les personnes âgées, c'est vrai que ce lien et ces émotions, il faut vraiment les prendre en compte parce que, eux, ils ont vraiment besoin de ça...

(E19, fille 23 ans, Bac S Spécialité Maths, sans mention obtenu à l'heure, 3^e année paramédical, mère secrétaire, père menuisier)

⁷⁹⁴ DIVAY S., 2006, « Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes », Colloque Travail - Emploi - Formation Quelle égalité entre les hommes et les femmes ?, Lille, p. 5.

⁷⁹⁵ MOLINIER P., LAUGIER S., PAPERMAN P., 2009, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot & Rivages, p.11-20.

La décision de s'engager dans telle ou telle filière est, selon Françoise Vouillot, « le résultat d'une comparaison (d'un appariement) plus ou moins consciente que nous opérons entre l'image que nous nous faisons de nous-même et l'image prototypique des personnes qui suivent ces filières ou exercent ces professions. Pour qu'une formation, ou profession, puisse être dans un premier temps pensée, puis retenue comme projet possible, il faut un certain degré de congruence, de ressemblance entre ces deux images »⁷⁹⁶.

C'est pour cette raison, entre autres, que le parcours prévoyait une rencontre avec au moins un professionnel et un étudiant de chacune des formations paramédicales, de façon à pouvoir échanger sur les études et le ou les métier(s) envisagé(s). De plus, il était fortement conseillé de se rendre aux portes ouvertes des différents instituts de façon à avoir un aperçu du contexte et de l'environnement de la formation souhaitée. Il faut à présent observer comment les étudiants ont utilisé le dispositif et quelles sont les ressources qu'ils ont mobilisées.

4.3.6 Effets et bénéfices du dispositif sur les étudiants : des ressources pour un nouveau projet et pour de nouvelles perspectives

Ce paragraphe va permettre de voir comment les étudiants s'emparent du dispositif mis à leur disposition. L'intérêt porte sur l'usage qu'ils en font et les ressources qu'ils en tirent pour ouvrir de nouvelles perspectives à leur parcours étudiant et leur projet professionnel. La première année, la mise en place à l'université d'un dispositif de réorientation vers les formations paramédicales a été portée à la connaissance des étudiants au sein de l'UFR, un peu avant la fin du semestre, avant les examens. Au fur et à mesure des années, la visibilité de ce parcours a été également développée par le service d'orientation et de l'insertion professionnelle de l'université, pendant que le bouche à oreille a permis aux étudiants de diffuser l'existence de ce parcours comme opportunité pour préparer une entrée en formation paramédicale.

⁷⁹⁶ VOUILLOT F., 2007, « L'orientation aux prises avec le genre », *Travail, genre et sociétés*, N° 18, 2, p. 94.

4.3.6.1 Les effets pratiques et symboliques du parcours

La première impression ressentie par les étudiants est le soulagement de trouver une solution qui soit mise à leur disposition, ce qui correspond à une des ambitions des responsables hospitalo-universitaires de « *ne pas mettre 150 étudiants sur le trottoir en janvier* ». Cette étudiante l'exprime assez bien :

E11 : Je me suis dit en fait : « qu'est-ce que je vais faire après ? »

Q : Tout de suite ? Assez rapidement ?

E11 : Oui et je me dis, c'est ça aussi, je me suis pris la claque aussi par rapport à ce que je vais faire après, **sachant que de janvier à aout, qu'est-ce que je pourrais faire ?** Pas réintégrer une fac, parce que ça ne me plaît pas, le système de la fac...mais du coup, comme on a bien été pris en charge, quoi...du coup, **ça m'a vite rassurée aussi...sortie de l'incertitude...**

(E11, fille 18ans, bac S Physique mention passable, parcours réorientation, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

Un autre effet du parcours pour les étudiants est d'éviter de tomber dans une forme de léthargie, certains étant désabusés après leur échec en PACES :

E13 : ça oblige au moins à avoir un rythme parce que, là, entre le début des réorientations et la fin des concours, je crois qu'il y a eu 2 mois presque...et j'avoue qu'en 2 mois, j'ai fait...rien quoi...donc...Bon, j'étais quand même sur Amiens, mais je n'avais rien à faire, j'avais pas de ...Donc, **ça m'a forcé à me lever le matin, à pouvoir ...au moins faire quelque chose.**

Q : Et donc, vous avez cours tous les matins, et l'après-midi, vous arrivez à travailler correctement, à votre rythme ? Vous vous êtes fait un calendrier ?

E13 : Un calendrier, non...Je m'organise très, très mal...oui, je devrais en faire un...

(E13, fille 19ans, bac S SVT mention assez bien, parcours réorientation, mère ingénieur chimiste, père fonctionnaire)

Par contre, le fait de n'être plus dans la promotion de PACES est perçu comme une éviction par rapport à la « sélection et (au) sentiment d'élection »⁷⁹⁷ de ceux qui sont restés en S2. Ne plus faire partie des « élus » – encore que le fait de continuer au second semestre

⁷⁹⁷ BODIN R., MENGNEAU J., ORANGE S., 2020, *Op. cit.*, p. 446.

ne soit pas un gage de réussite – est ressenti d’autant plus durement que, dans les couloirs, les élus croisent les réorientés, parfois appelés « paramédicaux » :

E16 : Bon après, je compare toujours avec mes amies ! C’est pour ça que c’est un peu tendu...Mais je sais que certaines y sont restées, mais elles ne veulent pas être...elle ne veut pas être médecin quoi... alors qu’elle va avoir son année ! Elle va passer en médecine : c’est les parents qui veulent qu’elle soit médecin... Alors que nous...bon, je me sentais à ma place quand même... (...) Alors, du coup, savoir que quelqu’un est pris, alors qu’il ne veut pas faire ça, c’est ...c’est énervant, ça rajoute une couche... Et puis même, **avoir des potes dans la filière, on les croise tout le temps : on ne va pas dire qu’on se fait juger, mais...un peu quand même**

Q : Oui, c’est ça : il y a ceux qui y sont... et vous, vous n’y êtes plus ?

E16 : Enfin, moi, je sais que j’ai toujours une amie...même maintenant, elle s’amuse encore à me le rappeler ! Je ne sais pas si elle le fait exprès ou non, mais...sssss...ça fait 3 mois, quoi !
Moi, ça me passe au-dessus maintenant...

(E16, fille 19ans, bac S SVT mention bien, parcours réorientation, mère professeur français en lycée, père professeur SVT en lycée)

Les étudiants inscrits dans le parcours subissent un effet d’étiquetage comme les étudiants de première année de licence dans les « parcours accompagnés » de Parcoursup car admis avec un « oui, si »: la constitution de tels groupes sur une «catégorisation différentielle » conduit plutôt à l’exclusion selon Bodin, Mengneau et Orange⁷⁹⁸ . La « différenciation pédagogique » renforce la distinction, bien qu’ils soient restés dans les locaux selon la volonté des hospitalo-universitaires :

On a demandé à ce que les cours aient lieu ici : c’est symbolique, parce que sinon ils seraient au Pôle Santé, coupés du reste du monde, dans la vieille fac...En gros : « On ne veut plus de vous, allez, on vous enlève des bâtiments neufs et vous allez aller à la fac, dans un petit truc, où en hiver, il n’y a pas de chauffage dans la salle ». Mais là, je trouve que...voilà, c’est une des filières : comme il y en a qui vont faire ci, d’autres vont faire ça, ils ne vont pas tous faire médecine, et donc, c’est autant une filière qu’une autre. Ça, **je trouvais ça intéressant aussi de recentraliser le lieu ici, symboliquement, pour qu’il n’y ait pas une exclusion...**

(R34, femme 40 ans environ, MCU-PH, cours d’histologie embryologie en PACES, référent médecine pour le dispositif réorientation)

⁷⁹⁸ BODIN R., MENGNEAU J., ORANGE S., 2020, *Op. cit.*, p. 450-455.

Éviction, exclusion, catégorisation différentielle ou encore étiquetage, les étudiants qui n'ont pas réussi à poursuivre leur année de PACES vivent ces quelques semaines de préparation aux concours à côté du reste de la promotion, mais séparés par une frontière symbolique.

4.3.6.2 Les apports du parcours

Une fois ce parcours opérationnel, il était intéressant de savoir si les étudiants en étaient satisfaits et quels apports ils pouvaient en tirer. Des résultats quantitatifs et qualitatifs sont disponibles pour se faire une opinion.

Le parcours avait été construit pour apporter une réponse aux étudiants les plus faibles, exclus de la formation médicale à la fin du S1, et sur le constat qu'une partie d'entre eux se présentait, année après année, aux concours paramédicaux. Le questionnaire leur demandait de se prononcer sur les apports du parcours :

Tableau 38 : Taux de satisfaction des étudiants concernant les apports du parcours de réorientation

Pensez-vous que ce parcours d'aide à la préparation aux concours vous apporte :	Oui, plutôt d'accord	Non, pas d'accord
Des informations pour le choix d'un métier paramédical	75,7%	7,0%
Une motivation pour rester dans une dynamique de travail	55,7%	25,9%
Un bénéfice pour la scolarité future	63,2%	33,5%

L'apport le plus important est l'information sur les métiers : les étudiants sont assez unanimes (plus de 75% d'entre eux) pour dire que la présentation des différentes professions paramédicales leur fournit des informations sur la poursuite d'études et le métier envisagé pour éclairer leur choix. Le format adopté lors de ces présentations – professionnel-formateur et étudiant – ambitionnait de répondre à la fois sur le contenu de la formation, les aspects de

la profession et le vécu étudiant : il s'agit là d'établir « la congruence » entre l'image que les étudiants ont d'eux-mêmes et « l'image prototypique » d'autres étudiants qui suivent ces filières⁷⁹⁹.

L'information sur les métiers de la santé était un des buts poursuivis par les responsables du projet et plus généralement par l'institution hospitalo-universitaire. On le retrouve dans les propos suivants :

« Faire peut-être ce travail d'approche, de présentation des professions, de travail personnel, individuel autour de : « pourquoi vous voulez être médecin ? » « qu'est-ce que je recherchais dans le fait de faire médecine ? » et « est-ce que je voulais soigner ? ou est-ce que je voulais être médecin ? ». Voilà, c'était quoi ? (...) Simplement, on se rend compte que ces jeunes gens - là - bon, il me semble – si on leur avait donné de l'information, peut-être un peu plus tôt, peut-être que, ils n'auraient pas attendu pour tenter un concours et se demander « est-ce que je fais ou est-ce que je ne fais pas ? ».

(R31, femme 50 ans environ, Directrice des soins, Coordinatrice des instituts du CHU)

A part ce qui était proposé dans le cadre de la réorientation, les étudiants ont également eu une démarche personnelle de recherche d'informations. Le questionnaire révèle qu'ils sont plus de 76 % à avoir prospecté par eux-mêmes avec les moyens déjà connus : Journées portes ouvertes, Forums étudiant, personnes ressources et professionnels en activité ainsi que la recherche sur Internet.

Le deuxième apport supposé du parcours était de rester dans une dynamique de travail positive et d'éviter de procrastiner sur le laps de temps entre les résultats du S1 et les dates des concours paramédicaux. 55,7% des étudiants trouvent que le parcours leur a permis de rester motivés dans le travail de préparation des concours, alors que près de 26% pensent le contraire. L'exemple suivant montre qu'aller en cours est utile à certains pour se motiver :

Q : et quand vous avez préparé votre concours infirmier, vous n'étiez pas inscrite dans la prépa concours paramédicaux de la fac ?

E21 : Si, je l'ai faite. Mais c'était nul...

Q : Et bien, parlez m'en alors...

⁷⁹⁹ VOUILLOT F., 2007, *Op. cit.*, p. 94

E21 : Si, alors, j'ai fait la prépa 'réorientation' je crois que ça s'appelle... de la corpo... je ne sais même plus si c'est la corpo médecine... mais ça prépare à tous les concours paramédicaux. Moi, j'y allais : **je me mettais un point d'honneur à y aller**, aussi histoire de sortir de chez moi. Sinon, je savais que je restais chez moi. Enfin préparer les concours infirmiers...euh... enfin, je suis contente d'avoir réussi mais **je suis sûre que j'aurai été moins efficace si je restais tout le temps chez moi, toute seule.** (...) Je mettais un point d'honneur à me lever le matin pour aller aux cours de la prépa, même si ça ne m'a pas servi à grand-chose : parce qu'y avait pas de tests psychotechniques ... y avait quelques cours de physique...Ouais, ça rappelait quelques bases du lycée : c'était bien, mais ça ne m'a pas servi quoi !

Q : donc, vous l'avez utilisé davantage pour la dynamique de se lever, d'aller en cours ?

E21 : Exactement, **me motiver... faire quelque chose quand même quoi !** Parce que sinon, ça voulait dire, rester tout le temps chez moi, préparer... enfin, au bout d'un moment, je pense que j'aurai eu le moral dans les chaussettes (...) enfin, **je m'imposais** ces cours-là pour être sûre de me lever pour travailler.

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2^e année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

Les données qualitatives montrent que certains étudiants sont déçus par le contenu du parcours. Après un premier semestre intense en PACES, le parcours qualifié de « light » opère une rupture avec « l'ordre universitaire » et un retour dans « l'ordre scolaire passé »⁸⁰⁰. C'est revenir à un mode scolaire avec un contenu dévalorisant puisqu'il consiste en une reprise des programmes de première S et Terminale S, sans véritables matières nouvelles mis à part les tests psychotechniques et les entraînements aux entretiens d'admission. Pendant la procédure de réorientation, les responsables ont mis l'accent sur la nécessité de « *retrouver un niveau compatible avec les concours* », le premier semestre de PACES étant différent, et de gagner en automatisme sur les tests, calculs et autres épreuves.

L'étudiante E16 exprime sa déception :

Q : Alors, le contenu du parcours de réorientation : ça vous semble bien, suffisant ? Est-ce que le rythme est bien ?

E16 (*soupire*) : ben, justement, **je trouve qu'il n'y en a pas assez...**enfin, après, le contenu, je suis pas trop, trop fan... mais, justement, **y a pas assez d'heures** : j'ai l'impression de ne plus

⁸⁰⁰ BODIN R., MENGNEAU J., ORANGE S., 2020, *Op. cit.*, p. 447.

rien faire et ça me gêne...Après avoir autant bossé, **j'ai l'impression de perdre un rythme que j'avais.**

(E16, fille 19ans, bac S SVT mention bien, parcours réorientation, mère professeur français en lycée, père professeur SVT en lycée)

Tandis que l'étudiant E25 résume :

« Bah, pour moi, c'était presque que comme des vacances...en sortant de médecine ... »

Les déceptions modulent les réponses des étudiants sur le troisième apport supposé du parcours : un bénéfice pour la scolarité future. Ils sont 33,5% à déclarer ne pas voir de bénéfices à travers ce parcours. Effectivement, il ne s'agit que d'un accompagnement pour renforcer leurs acquis vis-à-vis des épreuves des concours paramédicaux. Il ne comporte pas de stage d'immersion et ne permet pas l'attribution d'ECTS.

Dans cette déception, les enseignants du parcours ont aussi leur part de responsabilité ce qui n'a pas échappé à R34, l'universitaire référente pour l'UFR de médecine:

Nous, quand on a commencé avec R33, les contacts qu'on avait, c'était : « ben, pff...les étudiants, ils ne sont pas motivés du tout » donc, les profs, ils sont pas motivés du tout. La moitié des cours, les profs ne viennent même pas ! Non, ça ! Soit on s'engage : il y a un volume, il y a un planning. Après, qu'à la fin de l'année, on fasse un point, et puis qu'on dise : « Ecoutez, moi, ça ne m'a pas intéressé. L'année prochaine, je ne veux pas le refaire » Bon... On a essayé déjà de rétablir le présentiel sur les profs ! Ensuite, on a rétabli une organisation fixe. Vous avez vu qu'on a dit : tous les mardis, mercredis jeudis matins et jeudi après-midi ; parce qu'avant, chacun mettait son petit créneau quand il pouvait : les étudiants avaient 2H de cours le lundi matin, puis pas de cours, puis cours à 16H, et en fait, ils ne venaient pas parce que ce n'était pas regroupé. On a essayé d'améliorer un peu l'organisation pour que ce soit plus attractif.

(R34, femme 40 ans environ, MCU-PH, cours d'histologie embryologie en PACES, référent médecine pour le dispositif réorientation)

63% des étudiants pensent tout de même y trouver des ressources pour la poursuite de leurs études. L'étudiante E11 capitalise la dynamique de travail qu'elle avait développée en PACES avec les attendus du parcours et les techniques de préparation aux concours :

E11 : En matière de travail, c'est pas du tout pareil. Mais par contre, je pense que j'ai autant travaillé en médecine, j'ai fait de mon mieux, mais par contre, là, en prépa, je travaille, mais comme j'ai déjà assimilé en cours, ça va beaucoup plus vite. Je m'entraîne à faire des tests

psychotechniques, à refaire des sujets en expression écrite...Donc, je travaille, mais autrement qu'en médecine

Q : Et quand vous dites : « Je travaille », vous travaillez régulièrement ?

E11 : Oui, tous les jours. Ben, les après-midis, on n'a pas cours. Donc, les après-midis et les week-ends.

(E11, fille 18ans, bac S Physique mention passable, parcours réorientation, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

Comme il a été possible de l'interviewer de nouveau lors de sa deuxième année en formation infirmière, je lui ai demandé ce qu'elle avait tiré de ce parcours :

Q : Comment ça s'est passé ? Le concours d'entrée ? Est-ce que la préparation était bien adaptée ?

E11 : Concernant la réorientation et la préparation d'examens, ça m'a aidé par rapport à l'oral. L'oral, ça nous a bien aidé parce qu'on a fait des oraux blancs...Les concours, j'en ai passé 3 : j'en ai passé un sur Berck, un sur Amiens, un sur Paris. J'ai eu les 3, écrit et oral, comme ça, j'ai pu choisir.

(E11, fille 20ans, 2° année paramédical, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

4.3.6.3 *L'utilisation du parcours : une pluralité de modèles*

Il s'agit d'observer comment les étudiants se sont emparés de cet objet et des usages qu'ils lui ont attribués. L'inscription dans le parcours peut revêtir plusieurs formes. La plus classique est celle de l'étudiant qui utilise la possibilité qui lui est offerte de se mettre en condition et de s'entraîner pour les concours envisagés : c'est le cas de l'étudiante E11 cité au-dessus qui présente une assiduité suffisante, assiste aux cours, continue le travail chez elle. Elle adhère au projet proposé. On pourrait dire d'elle qu'elle appartient à **un modèle « conforme »**.

D'autres étudiants adhèrent eux aussi au projet, poursuivent le but de préparer un ou des concours paramédicaux mais ont peu suivi les enseignements et développent **un modèle « peu assidu »**. Ils peuvent avoir été déçus comme nous l'avons évoqué avant, soit par le contenu soit par la forme du parcours. L'émargement de feuilles de présence était censé lutter contre ce défaut d'assiduité, mais sans réelle portée. Pour exemple, la passation du questionnaire a parfois dû être reportée sur des jours de cours plus fréquentés.

Certains étudiants ont été inscrits dans le parcours mais disent avoir préparé les concours envisagés plutôt seuls, même s'il ne faut pas occulter une part de reconstruction de leur discours à posteriori. Ces étudiants ont utilisé le parcours sur **un modèle d'« hybridation »**. Il s'agit presque toujours d'étudiants redoublants qui sont socialisés à l'environnement universitaire et à la PACES, qui développent une imagination étudiante et détournent l'usage de l'enseignement⁸⁰¹ en poursuivant leur perspective.

Le premier cas est une hybridation de la PACES et du parcours simultanément. C'est l'exemple de l'étudiant E20 : lors de sa deuxième PACES, il n'était pas ajourné à la fin du S1 mais trop loin dans le classement. On peut supposer qu'il a mené une réflexion pour éviter un deuxième échec, sec celui-ci. Comme il était admis à continuer au S2, il s'est inscrit dans le parcours, mais il a continué à aller à quelques cours de PACES, il a 'picoré' dans le parcours, il a préparé lui-même avec des annales. L'utilisation est ici une forme d'instrumentalisation du parcours :

Alors, en PACES à Amiens je ne sais pas si ça se fait ailleurs, quand on échoue ou quand on décide de se réorienter à la fin du premier semestre en PACES, la faculté de médecine nous propose une préparation aux concours paramédicaux, donc ergo, technicien de labo, bref enfin tous les concours paramédicaux. Moi, j'ai hésité à le faire parce que voilà, j'étais en PACES, je me suis dit : « toutes les connaissances que je peux encore y acquérir, autant le faire ce sera que du plus » donc, je me suis inscrit. Mais **je dirais que je me suis plutôt préparé seul** avec des livres que j'avais achetés (...) Je travaillais ça le soir en parallèle de mes cours. Les cours, je prenais ce que je pouvais prendre, je m'intéressais comme je pouvais. Je cache pas que tout ce qui est santé publique, je l'ai un peu évincé. Ça me rattrape maintenant. Les livres que j'ai travaillés, c'était la biologie et la physique. Donc c'était principalement pour le concours manip radio et technicien de labo puisque à l'IFSI le concours, c'est culture générale et tests psychotechniques, donc ça j'avais pas beaucoup révisé mis à part m'intéresser à la profession et à ses changements. Mais je travaillais surtout la physique et la biologie. **Je mêlai un petit peu tout ça et je travaillais ça à ma vitesse jusqu'au jour J du concours.**

(E20, garçon 22 ans, Bac technologique STL mention très bien, 2° année paramédical, mère ATSEM, père artisan électricien)

⁸⁰¹ MARQUES S., 2019, *op.cit.*, p. 240-243.

Le second exemple est celui de l'étudiante E21. Elle a fait une première année de PACES entière, classée dans les 600 au S1, elle était admise en pharmacie à la fin du S2 ou pouvait redoubler. Sauf que les études l'ont désenchantée de son envie première d'être pédiatre, elle préfère alors devenir infirmière puéricultrice. Au moment des résultats du S2, il est trop tard pour les concours paramédicaux qui sont déjà passés. Elle ne se voit pas bachoter pendant un an dans une « prépa ». Elle adopte alors une stratégie : refaire six mois de PACES pour consolider ses acquis en matières fondamentales, puis suivre le parcours d'aide à la préparation des concours au second semestre. On est ici dans le cas d'une hybridation sur l'année :

« Donc, voilà, j'ai abandonné médecine, je me suis renseignée et en fait, ça s'est tout de suite dirigé vers infirmière dès que je me suis un peu plus renseignée sur les études et même la profession (...) Du coup, arrivée à la fin de ma première année de PACES, c'était trop tard pour m'inscrire au concours infirmier, mais je savais que voilà... je m'étais dit : « c'est bon, je sais que je ne veux plus faire médecine » Donc, trop tard pour les concours infirmiers, du coup s'est posée la question : est-ce que j'arrête PACES ? est-ce que je fais une prépa pour les concours infirmiers ?(...) Et en fait, je me suis dit que ce serait peut-être plus bénéfique pour moi de refaire six mois de PACES ; de vraiment bien travailler les six premiers mois dans l'optique de l'école d'infirmières après et donc, pas de me dire : « je travaille pour les concours PACES » mais « j'intègre un maximum de choses en biologie...enfin tout ce que je peux pour les concours infirmiers » et du coup, j'ai arrêté en janvier , j'ai fait la prépa qu'ils proposaient à la fac mais j'ai préparé mes concours surtout moi-même et voilà »

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2° année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

Parmi les cas d'hybridation après une première PACES, il existe aussi l'étudiante E19 qui a mêlé une première année de licence de psychologie avec le parcours:

Je me suis dit : « qu'est-ce que je fais ? et je me suis dit que j'allais rester dans le milieu scolaire, donc je vais faire une fac de psychologie et puis je vais préparer mon concours infirmier en même temps. Donc, j'ai choisi les deux : j'ai choisi ma fac de psychologie et je préparais mon concours. J'ai fait la prépa, tout ça...

(E19, fille 23 ans, Bac S Spécialité Maths, sans mention obtenu à l'heure, 3° année paramédical, mère secrétaire, père menuisier)

Dans ce groupe, certains étudiants ont même complètement occulté le fait d'avoir été inscrits dans le parcours : en étant inscrit dans deux formations à la fois (L1 Psychologie et Parcours d'aide à la préparation pour les concours) l'étudiant E 23 explique qu'il est peu assidu, il se disperse. Il n'a pas tiré grand-chose de la procédure de réorientation mais sa tante infirmière a joué le rôle d'autrui significatif. C'était sa troisième année, après deux années de PACES et un échec sec :

... voilà, je m'inscris en psy, en plus, ça me permet de garder ma petite bourse de 100€ par mois, le statut étudiant...donc, je m'inscris, machin, bidule, si je veux aller à quelques cours et puis au final, j'ai cherché des petits boulots partout ...

(E23, garçon 26ans, BEP électronique puis bac ST2S, L0, 3° année paramédical, mère agent de service hospitalier, père artisan taxi)

Le fait de rester inscrit à l'université, de ne pas perdre sa bourse est un des effets poursuivis par les responsables hospitalo-universitaires lors de l'élaboration du parcours, qui s'est transformé en argument lors des journées de réorientation face aux étudiants réorientés (on rappelle que l'échantillon enquêté présente plus de 62% de boursiers). L'étudiante E17 n'était pas ajournée mais avait décidé d'abandonner PACES et de changer de formation. Elle illustre **le modèle « boursier »** des étudiants à budget contraint :

Déjà, de base, je voulais continuer à rester inscrite en PACES. Mais rester chez moi, enfin rentrer chez mes parents et préparer le concours d'infirmière. Sauf que, ensuite, j'ai entendu parler de la formation paramédicale, j'ai dit : « au moins, je retourne là-dedans » parce que, en fait, moi, ce que j'avais peur, c'était de perdre mes bourses en n'étant plus scolarisée. Donc, j'ai dit : « **au moins, en étant là-dedans, je reste scolarisée, je perds pas mes bourses** » parce que mes parents, ils n'auraient jamais pu assumer. Du coup, je suis allée là pour dire de rester scolarisée, après.....

(E17, fille 19 ans, bac S Math mention bien, parcours réorientation, mère employée commerce, père responsable maintenance électrique)

Il reste encore **le modèle « solution d'attente »** : il s'agit des étudiants qui se sont inscrits en médecine à défaut de pouvoir entrer en IFSI tout de suite après leur terminale, ou ceux qui ont suivi le premier semestre de PACES pour attendre et éventuellement bénéficier du parcours dans les années qui ont suivi lorsque l'existence de celui-ci a commencé à être

connu. « Il y a aussi chez les étudiants une *metis*, une forme d'intelligence qui consiste à emprunter des détours pour atteindre un but, à utiliser des ruses »⁸⁰²

E11 : Ceux qui n'ont pas eu leur concours, j'en connais plein qui ne voulaient pas du tout faire médecine mais qui se sont retrouvés là pour pas faire une année sans rien quoi...

Q : Par exemple, qui avaient préparé un concours de ...infirmier, kiné entre autre ?

E11 : Oui, infirmier et tout ça...Eh ben, comme ils n'ont pas eu leur concours et qu'ils ont eu leur bac, et bien, ils sont obligés d'intégrer une autre filière.

(E11, fille 18ans, bac S Physique mention passable, parcours réorientation, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

Le modèle « solution d'attente » peut prendre des formes inhabituelles. L'étudiant E18 est un garçon de 20 ans ; fils unique, ses parents sont séparés et sa mère est agent territorial dans une communauté de communes. Issu d'une terminale aménagée sport-études, il obtient un bac S option SVT mention passable après deux tentatives. Il n'a pas suivi le premier semestre de PACES. Il était inscrit à l'institut de techniciens de laboratoire mais n'a pas pu y rester en raison d'un trouble de la vision diagnostiqué après la rentrée. Entre octobre et janvier, il se retrouve inscrit en licence STS sciences technologie santé puis il suit le parcours de préparation aux concours paramédicaux pour se réorienter vers orthoptiste sinon manipulateur radio. Il a depuis obtenu son diplôme d'État de manipulateur radio. Quand je lui demande comment il a vécu l'annonce de sa pathologie et les conséquences sur son parcours étudiant, il explique qu'il faut d'abord :

Se faire une raison, et puis réfléchir à l'orientation justement. La directrice m'avait proposé de m'inscrire en STS pour pas que j'ai rien depuis octobre jusqu'à janvier, pour faire cette prépa-là. Et après, à la fin du 1^{er} trimestre, m'inscrire dans cette prépa, pour préparer les formations paramédicales, et comme ça, ça me laissait jusqu'à janvier pour réfléchir à ce que je voulais faire. Et puis, là encore, rebelote, plein de journées ouvertes...j'ai pris RV chez ...j'ai eu pas mal de RV chez les conseillers d'orientation, et du coup, voilà.... (...) Enfin, c'était dur au début, mais maintenant, je trouve que je vais m'en sortir plus fort, avec des acquis que je n'avais pas...enfin, que je n'avais pas en terminale, que j'ai pu valider. Et une certaine culture générale aussi en plus...Ya quand même du positif. Faut pas voir que du négatif, non plus.

(E18, garçon 20 ans, Bac S SVT mention passable, parcours réorientation, mère agent territorial)

⁸⁰² PINTE G, 2018, *Op. cit.*, p.82.

Que le modèle soit assidu ou non, voire hybride, ou bien que le parcours ait été utilisé pour conserver les droits à bourse ou comme solution d'attente, ce dispositif spécifique comble un espace vacant que l'on peut considérer comme un complément de l'offre de formation venant répondre aux besoins divers des étudiants.

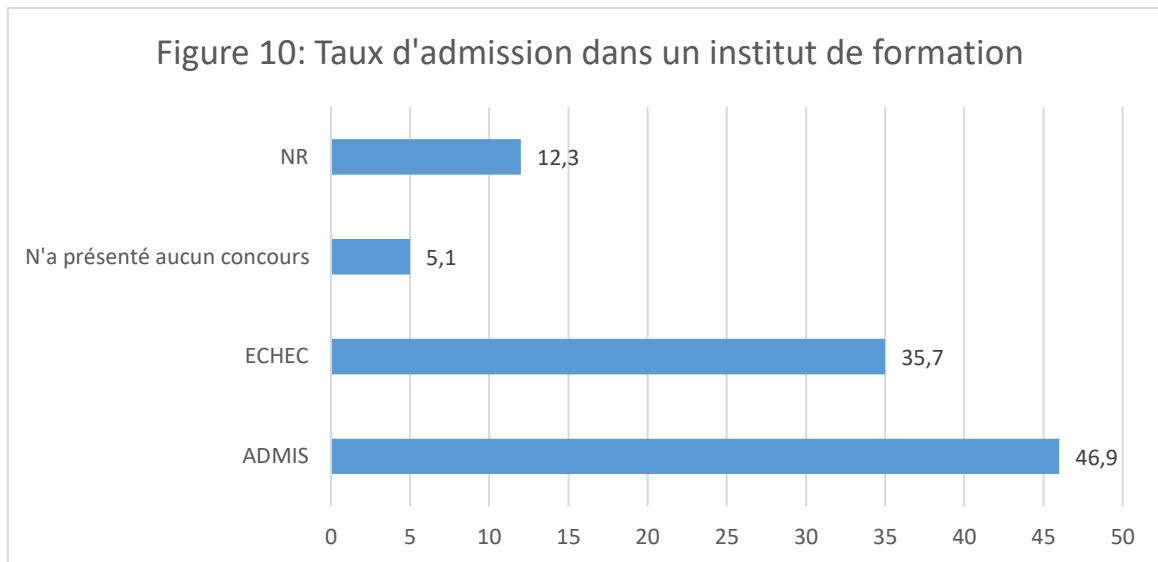
4.3.6.4 Le bénéfice majeur : pouvoir intégrer un institut paramédical

Le but du parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux était de permettre aux étudiants de PACES, classés dans les 15% derniers du classement aux examens du S1, de se réorienter vers un autre métier de la santé dont l'accès à la formation se faisait sur concours. Les données de réussite sur l'intégration en institut de formation ont été difficiles à réunir. Tout d'abord, les étudiants ont tendance à se présenter à plusieurs concours pour multiplier leurs chances de réussite. Mais la raison principale est qu'on les perd de vue puisqu'ils se dispersent sur différents instituts, y compris hors région. N'étant plus inscrits à l'université, cette dernière ne dispose pas de données à leur sujet⁸⁰³.

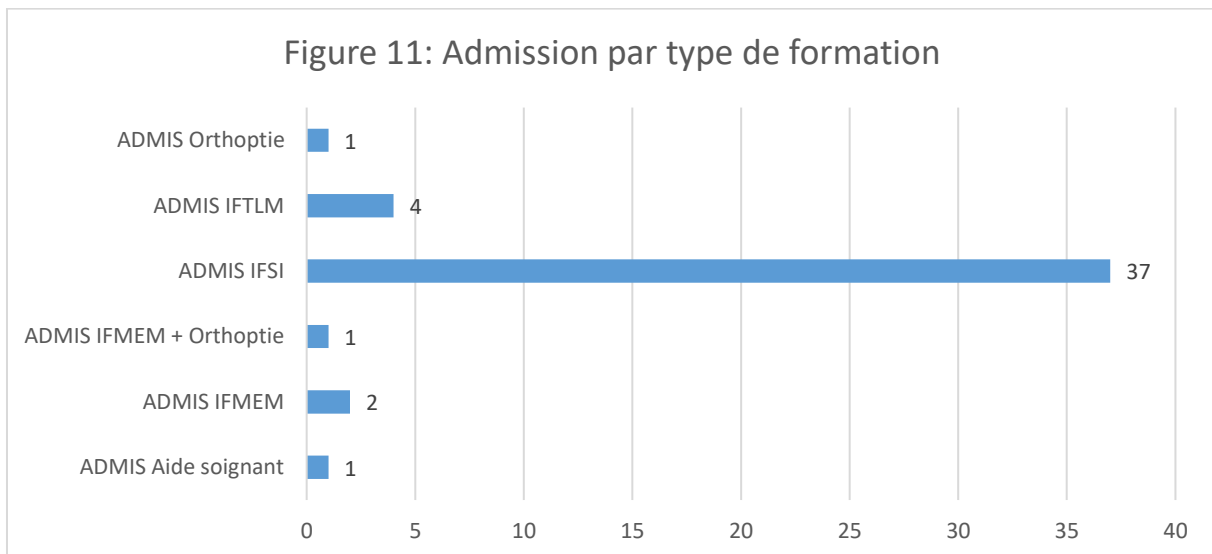
Un travail de suivi de la cohorte 2013/2014 a néanmoins été réalisé au moyen d'appels téléphoniques (3 tentatives) par le personnel administratif de l'UFR de médecine. Les données ont été complétées par les résultats de l'enquête annuelle des instituts paramédicaux et les remontées des effectifs inscrits dans les instituts du CHU.

Il y avait 98 inscrits dans le parcours cette année-là, dont 73,4% de filles. 91 étudiants étaient issus de PACES, 22 d'entre eux avaient toutefois été admis à poursuivre au S2. Les 7 autres venaient des UFR de droit, sciences, etc. 12 n'ont pas répondu à l'enquête.

⁸⁰³ Au fur et à mesure de l'universitarisation des formations paramédicales, les étudiants sont inscrits à l'université, signataire de la convention, dès leur entrée en première année de formation, ce qui n'était pas le cas au début de cette recherche.

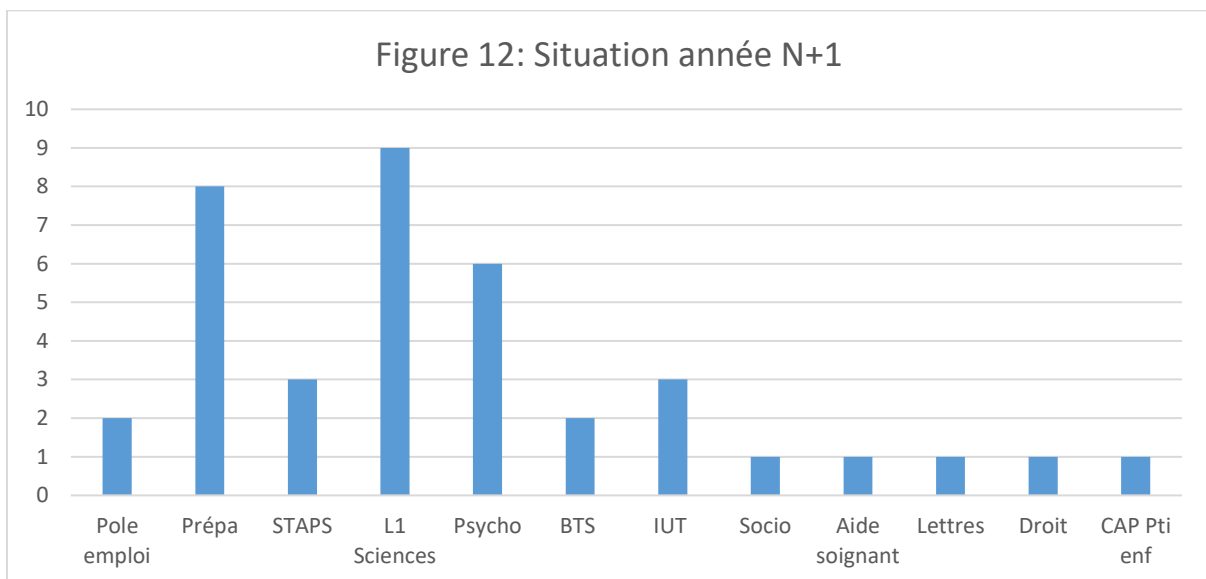


46 étudiants ont été admis dans un des instituts de formation où ils avaient candidaté, soit un taux de réussite de 47% dans cette cohorte. Majoritairement le choix des étudiants se porte sur la formation Infirmière.



Quant à ceux qui n'ont pas été reçus aux concours (40 étudiants), ils effectuent leur rentrée universitaire suivante majoritairement en première année de licence de sciences pour continuer vers une licence en biologie humaine et technologies de la santé (9 étudiants soit 23%). Ensuite, 8 étudiants (20%) ont choisi de faire une année préparatoire complète aux concours paramédicaux pour retenter leur chance. C'est aussi le cas des deux étudiants inscrits à Pôle emploi qui ont décidé de préparer leur concours seul, mais avaient besoin d'un

statut administratif comme ils n'étaient plus étudiants. 6 étudiants (15%) ont choisi d'entrer en première année de licence de psychologie. Enfin 3 étudiants qui avaient tenté un concours interne de kinésithérapie se sont inscrits en première année de licence de STAPS : cette stratégie ne leur permet pas de se présenter au concours de kinésithérapie de la PACES, mais peut-être d'envisager un parcours « activités physiques adaptées » dans une optique sport-santé. Au total, 21 étudiants se sont réorientés dans une première année de licence à l'université, soit un peu plus de 52%.



Des données fiables sur l'entrée dans les formations paramédicales étant difficiles à obtenir, il est possible qu'un ou plusieurs biais se soient glissés dans les résultats. Par exemple, la totalité des inscrits a été enquêtée, or certains étudiants n'ont pas suivi le parcours, opérant plutôt une stratégie d'inscription pour conserver le statut étudiant, et aussi leur bourse, dans l'attente d'un projet plus finalisé ou d'une autre orientation. On les retrouve parmi ceux qui n'ont présenté aucun concours ou parmi ceux qui n'ont pas participé à l'enquête.

Ainsi, on peut apporter une part de réponse à la question de recherche : la mise en place à l'université d'un dispositif de réorientation vers les formations paramédicales répond en grande partie aux perspectives des étudiants en situation d'échec en PACES. Ils sont cette année-là 47% à intégrer une formation paramédicale. Parmi ceux qui n'ont pas réussi, une partie persévère à faire le choix d'une profession paramédicale en préparant à nouveau des concours. Une autre partie se projette dans un métier en lien avec la santé : psychologie,

sport-santé, biologie humaine et technologie de la santé... Même ceux qui ont fait un choix par défaut et en cascade par rapport à PACES (CAP petite enfance ou prépa aide-soignant) ne se sont pas éloignés de la santé. Quant à ceux qui ont choisi un autre cursus (droit, lettres, sociologie, BTS ou IUT), ils rejoignent ceux qui ont fait ce choix dès la procédure de réorientation, ce ne sont pas des étudiants qui abandonnent les études et sortent de l'université.

Pour compléter la conclusion de cette section, il faut rappeler que l'échantillon d'étudiants de cette recherche présente des similitudes avec les observations au niveau national sur le devenir des étudiants en santé non autorisés à poursuivre. Sur le territoire national, la réorientation privilégiée par les étudiants consiste à se réinscrire dans une autre filière universitaire, puis à envisager une profession paramédicale. La réorientation en fin de S1 dans l'université observée suit ce même schéma, mais le flux d'étudiants envisageant une formation paramédicale atteint entre 35 et 60%⁸⁰⁴ selon les années. On peut penser que l'offre d'un parcours dédié à la préparation aux concours paramédicaux permet de rediriger davantage d'étudiants dans cette réorientation, créant un effet d'aubaine.

En effet, nous avons démontré que les étudiants ont choisi ce parcours parce que leur projet est principalement de « rester dans le domaine de la santé » et qu'ils n'envisagent pas à 80% de revenir vers des études longues de santé MMOP (bien qu'ils en aient la possibilité après avoir validé 90 ECTS). Leur motivation est aussi d'exercer un métier où ils pourront « prendre soin des autres » plutôt que d'avoir un métier « scientifique et technologique ». Enfin, ils préfèrent se tourner vers une formation dont la difficulté leur semble plus adaptée à leur profil avec une durée des études plus courte qu'un cursus médical.

En conjuguant l'intérêt des étudiants pour le domaine de la santé en parallèle de l'intérêt de l'institution et de ses agents pour une offre de formation en santé variée et évolutive vers les nouveaux métiers en santé, le parcours de préparation aux concours paramédicaux répond aux perspectives des uns et des autres, avec une fonction première qui est de permettre aux étudiants de bâtir un nouveau projet de formation et une fonction sociale qui est d'assurer la répartition des professionnels de santé dans la division du travail médical, ou dit autrement, d'intégrer la pluri professionnalité du travail dans le système de santé dès la formation. On trouve ici une partie de la réponse à la question de recherche.

⁸⁰⁴ Cf tableau page 81

Ce parcours investi massivement par les filles (84%) est suivi dans le but de se présenter à une ou plusieurs formations paramédicales. Le choix majoritaire est la formation infirmière, dont nous avons montré que la dimension « prendre soin des autres » avait de l'importance dans la détermination du choix de formation ; cette valeur fait partie de l'identité infirmière. Mais c'est aussi la formation qui permet le plus grand nombre de spécialités : infirmier de bloc opératoire, infirmier(e) puéricultrice, infirmier anesthésiste, voire cadre de santé et depuis peu l'accès aux métiers dits intermédiaires, en tant qu'infirmier de pratique avancée.

4.4 UN RAPPORT DIFFERENCIE A LA NOUVELLE FORMATION

Pour Abbott, « ni le début ni la fin d'un *turning point* ne peuvent être définis tant qu'il ne s'est pas déroulé complètement dans la mesure où c'est la naissance et l'installation d'une nouvelle trajectoire qui définit le *turning point* en lui-même. Ce qui signifie que l'analyse des *turning points* ne peut faire sens qu'après les faits, quand une nouvelle trajectoire ou un nouvel état du système est clairement établi »⁸⁰⁵. Le temps long de l'enquête a permis de recueillir des données, principalement par entretiens, auprès d'étudiants inscrits dans le parcours une fois qu'ils avaient intégré une formation paramédicale, de façon à suivre leur trajectoire. L'intérêt est de voir si cette orientation par défaut répond à leur projet, d'interroger la façon dont ils vivent la formation ou encore la manière dont ils se voient exercer ce métier paramédical dans l'avenir.

4.4.1 Trajectoires préalables à l'entrée en formation paramédicale

Il n'est pas rare de constater que l'entrée en formation paramédicale intervient le plus souvent après une ou plusieurs années d'études post-bac. Le profil des nouveaux entrants en formation permet de saisir une partie de la trajectoire antérieure des étudiants au niveau national, sachant qu'il est difficile de repérer des parcours avec des choix successifs comme par exemple PACES puis classe préparatoire puis institut de formation, trajectoires qui existent et pour lesquelles les données précises manquent.

Le tableau ci-dessous montre :

- la série du baccalauréat majoritairement présente dans les effectifs de première année, en institut paramédical en France pour l'année 2014, et la proportion de cette série parmi les bacheliers de chaque formation.
- l'origine sociale qui suit est représentée par la PCS des parents au moment du collège, seule donnée disponible pour cette source.
- la situation principale des étudiants au cours de l'année précédant leur entrée en formation : la proportion de ceux ayant fait une année de PACES et de ceux ayant suivi

⁸⁰⁵ ABBOTT A, 2009, *Op.cit.*, p. 198.

une année de classe préparatoire, ce qui est utile pour la compréhension de la réorientation. Le cumul des deux permet de déduire la proportion de ceux qui intègrent une formation en santé mais ne l'ont pas fait à la sortie du baccalauréat.

Les données ne sont disponibles que pour ces sept professions et concernent les étudiants, nouveaux entrants, effectuant un cycle normal de scolarité, sans dispense d'aucune sorte.

Tableau n°39 : Caractéristiques socio-scolaires des nouveaux inscrits dans les formations paramédicales recrutant après le baccalauréat

2014	Nouveaux inscrits en 1 ^o année	PCS père % (1)	PCS mère % (1)	Série du bac majoritaire	Proportion de ce bac %	Année N-1 en PACES %	Année N-1 en classe prépa %	Cumul N-1 %
Infirmiers	29 084	Employé 26,9	Employé 45,3	S	32,3 ⁽³⁾	5,4	32	37,4
Kinésithérapeutes	2 524	Cadre 40,3	Employé 32,8	S	95,1	48,5	37,2	85,7
Techniciens laboratoire médical	116	Ouvrier 21,6	Employé 42,2	S	70,8	17,2	6	23,2 ⁽⁴⁾
Pédicures Podologues	562	Cadre 39,1	Employé 39,5	S	81,9	9,6	75,3	84,9
Manipulateurs électroradiologie	526	Employé 24 ⁽²⁾	Employé 44,9	S	80,2	21,7	44,1	65,8
Ergothérapeutes	788	Cadre 33	Employé 40,1	S	81,3	20,8	55,7	76,5
Psychomotriciens	808	Cadre 38,2	Employé 34,3	S	63,6	12,9	68,8	81,7

Source : CASTERAN SACRESTE B., 2016, « La formation aux professions de la santé en 2014 », *Série Statistiques* n°198, DREES, 122p. (MESR, DGOS, DRJSCS)

1. Il s'agit de la PCS la plus représentée parmi les nouveaux entrants en 2014
2. La PCS du père est à 23,2% : Cadre et professions intellectuelles supérieures et à 24% : Employés
3. Bac ST2S = 25,6% ; Bac ES = 17,8%
4. L'année précédant leur entrée en formation, 46,6% des étudiants étaient encore au lycée et 18,1% étaient dans une autre filière de l'enseignement supérieur

Concernant les PCS des deux parents, il faut noter que la catégorie « employé » est la plus représentée pour les mères parmi les étudiants de toutes les formations. Chez les pères, c'est la catégorie « cadre » qui prédomine le plus souvent.

On remarque que le bac S est majoritaire pour toutes ces formations, mais c'est parmi les infirmiers que l'on trouve la plus grande diversité en ce qui concerne la filière suivie au lycée. Les techniciens de laboratoire médical présentent des profils variés sur la situation pendant l'année précédant l'entrée en première année : c'est la formation qui accueille le plus de bacheliers de l'année, suivie par les infirmiers qui étaient 17,9% encore au lycée l'année N-1. Toujours chez les infirmiers, la reconversion professionnelle est importante car 24,1% d'entre eux étaient en emploi (sanitaire et social ou autre) et 6,3% au chômage l'année précédant l'entrée en formation.

Les masseurs kinésithérapeutes, par contre, sont les plus nombreux à être issus de PACES, puisqu'avant l'année 2015 et la fin des concours internes (physique-chimie-biologie), environ deux tiers des instituts recrutait déjà à partir de la première année de médecine.

Les pédicures podologues sont très majoritairement issus de classes préparatoires. Ils n'étaient pas en PACES sur l'année N-1, mais parfois en année N-2. Entrés en PACES pour faire médecine ou plus fréquemment kinésithérapie, ils n'ont pas été admis et ont alors tenté d'intégrer kinésithérapie par la voie du concours interne à la suite d'une année de classe préparatoire pour « se donner plus de chances » au vu de la sélection. Ils ont alors présenté aussi le concours de pédicurie podologie, moins exigeant, pour augmenter la probabilité d'intégrer une formation de santé à la rentrée suivante. Cette stratégie intervient parfois plus tard encore, après un échec au concours de kinésithérapie et une deuxième année de classe préparatoire, ce qui représente « un choix par défaut en cascade ». Les entretiens exploratoires menés auprès de ces étudiants révèlent que le temps moyen entre le baccalauréat et l'entrée en institut de podologie est de trois ans, mais peut aller jusqu'à cinq ans.

« Première année de prépa : j'avais passé que des concours kiné. Et voyant après l'échec à la première année de prépa, je me dis qu'en fin d'année de la deuxième prépa, je ferai les concours kiné et podo »

(E2 exploratoire, garçon 22 ans, bac S SVT mention passable, 2^e année paramédical, mère enseignante en IME, père médecin généraliste)

Trois des sept formations ont vu plus de 50% de leurs étudiants de première année passer par une classe préparatoire pendant l'année N-1. Les épreuves d'admission se déroulant de mars à mai de l'année de terminale, les candidats n'ont pas terminé le

programme en vigueur pour le concours. Ils le tentent donc l'année suivante après avoir « bachoté » une année en classe préparatoire. Cinq des sept formations intègrent des étudiants qui ont fait soit une année de PACES soit une année de classe préparatoire avant d'intégrer la formation.

Pour finir, l'entrée en formation paramédicale, pour les diplômés de niveau bac+3 minimum, n'intervient pas majoritairement à l'issue de l'année de terminale. Les bacheliers ont fréquemment fait une année d'étude intermédiaire avant d'intégrer un institut de formation. Les infirmiers, qui représentent le plus gros contingent d'étudiants paramédicaux, sont ceux qui réunissent la plus grande diversité de trajectoires avant l'entrée en formation (emploi dans le secteur hospitalier ou non, chômage, autres études supérieures).

4.4.2 Choix par « dépit » ou « roue de secours » : le vocabulaire du déclassement

Pour parler du second choix d'orientation dans cette recherche, l'appellation « choix par défaut », éventuellement « en cascade », a été privilégiée en partant du fait qu'il était impossible aux étudiants de continuer les études médicales et qu'**à défaut** de pouvoir « faire médecine », ils restaient dans le domaine de la santé en se préparant à une profession paramédicale. Ce choix par défaut est parfois appelé « choix par dépit » connoté plus négativement et traduisant de façon plus intense la désillusion d'avoir échoué en médecine et de rabattre ses prétentions. Le dépit peut être un frein à l'engagement dans la nouvelle formation.

Ce terme est majoritairement employé par les responsables de formation paramédicale. Ici, cette responsable d'IFSI fait le constat qu'un tel choix fait peser un risque sur la réussite dans la suite de la trajectoire :

Quelquefois, l'influence de l'environnement... des fois, il y a des étudiants qui sont poussés. On leur dit : « Bon, allez, tu fais médecine avant, et puis on verra si... » Si les parents, si le père est médecin, ou la mère, c'est sûr que d'emblée ils vont plus s'orienter là...Ce sera donc un deuxième choix pour nous et je ne sais pas si vous avez remarqué, **quand c'est un choix un peu par dépit, et bien ils ne réussissent pas forcément au niveau des résultats...**

(R27, Femme 57 ans environ, Directrice des soins, Directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre hospitalier universitaire)

Cette autre responsable va plus loin : le dépit peut être source de démotivation et avoir pour conséquence l'abandon des études paramédicales ou encore une vie professionnelle peu épanouie :

La seule chose qui me pose problème, c'est le dépit. C'est-à-dire que la seule chose qu'il faut éviter, à mon sens, c'est d'accueillir chez nous des jeunes gens qui feraient ça uniquement par dépit et qui n'ont pas fait le deuil d'une formation autre, quelle qu'elle soit : généralement c'est médecine, ça peut-être aussi kiné, mais, c'est souvent médecine (...). Alors, s'ils n'ont pas fait le deuil, objectivement, là, pour le coup, il faut mieux qu'ils aillent faire une prépa pour s'endeuiller un peu et... prendre du temps. (...) Et nous on a des abandons, peu, on en a peu d'abandons, mais on en a : et à chaque fois...enfin, **il arrive que ces abandons soient liés à ce dépit.** Mais il arrive aussi que les gens n'abandonnent pas, parce qu'après 4 ans, t'as plus envie d'abandonner, et que ce soit **des étudiants pas très heureux et des professionnels malheureux.** Il y en a quand même qui ne font jamais le deuil. Peu, peu, aussi, mais ça arrive. Et ça, c'est un échec pour moi, vraiment un échec.

(R31, femme 50 ans environ, Directrice des soins, Coordinatrice des instituts du CHU)

Lorsque les étudiants parlent de dépit, ils soulignent en même temps le mal-être d'avoir été contraints d'arrêter médecine et la difficulté à retrouver une perspective satisfaisante pour la suite de leur trajectoire. Ici, l'étudiant E25 a vécu une forme de burn-out en PACES et il a été peu soutenu par ses parents :

E25 : Ben, en fait, depuis que j'ai quitté médecine...enfin, plus maintenant mais à l'époque, quand j'ai quitté médecine, pour eux, c'était presque la fin du monde ; j'avais plus du tout aucun soutien de leur part en fait ...

Q : vous avez été davantage obligé de vous prendre en main, vous-même, sur vos décisions ?

E25 : en fait, **j'ai été en classe prépa, vraiment par dépit,** parce que, en fait, vu que je ne voyais que la médecine, ben, je ne savais plus quoi faire, en fait !

Q : vous aviez un projet assez arrêté, et le projet a été sapé ?

E25 : c'est ça ... **je n'avais pas de roue de secours,** en fait

Q : et ça, ça a été difficile à vivre, ce fait d'être obligé de renoncer ?

E25 : oui, j'étais vraiment dans une période...chaotique, on va dire... où je ne savais pas du tout ce que je devais faire... et j'étais... du coup, j'ai eu un traitement d'antidépresseurs...

(E25, garçon 26 ans, bac S SVT mention assez bien, 2^e année paramédical, mère secrétaire médicale, père préparateur en pharmacie hospitalière)

A la suite du parcours d'aide à la préparation paramédicaux il n'a pas réussi à intégrer ni l'institut en soins infirmiers ni celui d'électroradiologie médicale : sa motivation et sa projection dans le métier étant insuffisantes, il n'a pas passé le cap des entretiens de sélection. Il a tenté à nouveau le concours de technicien de laboratoire après quatre années de licence de biologie humaine et technologies de la santé.

L'étudiant E23 ne parle pas de dépit mais ses propos révèlent sa déception d'être obligé d'arrêter médecine alors qu'il s'est investi dans une année L0 pour se mettre à niveau après le lycée et qu'il a tenté deux PACES. Il ne veut pas que la profession infirmière, qu'il finit par choisir, soit considérée comme une « roue de secours » ou une « voie de garage » :

Non, pour moi, aucun métier n'est une **voie de garage**. Ça, on y reviendra après, mais infirmier j'y suis pas venu tout de suite : CE N'EST PAS UNE VOIE DE GARAGE, contrairement à ce que beaucoup ne veulent pas reconnaître, qui sont en infirmier ou qui sont diplômés : ils ont fait infirmier juste par voie de garage, faut avoir l'honnêteté de le reconnaître (...)

Je crois que j'ai laissé passer l'été, parce que quand même il a fallu que j'encaisse le coup... Même – ça je l'ai compris après coup – il m'a fallu des mois de deuil carrément pour accepter. Mais là, c'est même pas une histoire d'égo... C'est juste que je me dis : « mais merde, qu'est-ce que je vais faire ? » et je ne veux pas faire comme tout le monde : **roue de secours**...et doublement : déjà, je ne veux pas 'roue de secours' par respect, envers la profession et envers les gens qui choisissent la profession ; et ensuite par l'égo : de ne pas être comme tout le monde. (...) Mais ça faisait des mois qu'on me poussait au cul, fais infirmier, et je répétais aux gens : « mais non, je ne veux pas, c'est pas une **roue de secours** ! Si c'est juste pour avoir un boulot et payer des factures, je trouverai autre chose... et d'ailleurs qui demande pas forcément trois ans d'études... » C'est pour ça que, **moi, je m'en défends de le faire en roue de secours** et en fait, c'est juste parce que j'avais de mauvaises représentations. **Pour moi, c'est pas une démarche de roue de secours** : sinon, je l'aurai passé en fin de PACES !!!

(E23, garçon 26ans, BEP électronique puis bac ST2S, L0, 3^e année paramédical, mère agent de service hospitalier, père artisan taxi)

Choisir un métier adressé à autrui, ici dans la santé, peut aussi être un désenchantement du fait d'une moindre reconnaissance sociale et, éventuellement, par la suite une moindre reconnaissance salariale. Lorsque la violence de l'échec est difficile à

évacuer, le mal être conjugué au dépit fait réfléchir certains étudiants sur leur position par rapport aux autres et dans le champ de la santé. Un laps de temps est alors nécessaire pour surmonter la déception, faire le deuil de la profession idéalisée et accepter le second choix, ne plus le considérer comme un choix par dépit :

L'étudiant suivant a été interviewé pendant la phase exploratoire : il n'a pas obtenu son entrée en kinésithérapie ni au bout de deux années en UFR de médecine, ni après trois tentatives en classe préparatoire pour les concours internes. Cinq années après son bac, il finit par intégrer un institut de formation en podologie, il explique :

E5 : Oh, j'ai passé un sale été, j'ai vraiment passé un très, très mauvais été. Et puis au final, j'ai repris toutes les autres pistes que j'avais avant : ostéo, infirmier ... Ostéo, c'est vrai que ça m'intéressait beaucoup mais je me disais que j'avais quand même 24 ans et je partais pour 6 ans... ça m'emmenait un peu loin... 30 ans, pour commencer à travailler... Donc, c'était trop loin et ... ouais, j'ai un peu pris podo **par dépit** et je suis venu à l'institut pour voir... Et donc, après avoir haï la moitié de la terre entière pendant trois quatre mois, ça allait mieux.

Q : et en septembre, ça a été difficile de rentrer ?

E5 : non, ça n'a pas été difficile de rentrer. Mais c'est vrai que quand j'étais tout seul dans mon coin, c'était assez... déprimant... et puis on trouve toutes les excuses possibles : on se dit qu'on a pas de chance... qu'on est poissard... qu'un truc comme ça, c'est pas normal... pourquoi eux et pas moi ? alors qu'on n'était pas très différents... et puis **il reste quand même un rapport de dominant-dominé au final**, quand on échoue là où d'autres ont réussi ... sans pour autant vouloir classer les gens, mais c'est quand il y en a 80% qui ont eu des concours au final, et quand on fait partie des 20% qui n'ont rien eu... on est une sous-merde.

(E5 exploratoire, garçon 25ans, bac S SVT mention passable, 1° année paramédical, mère kinésithérapeute cadre en milieu hospitalier, père kinésithérapeute libéral)

Le choix de formation que tous ces étudiants ont fait par défaut, par dépit mais aussi par conviction, va les amener à prendre une place dans le système de santé. Les différentes professions paramédicales se partagent les actes et les tâches dans la division du travail médical. Les curricula accordent à chaque métier un domaine de compétence légalement encadré. Et c'est au cours de la formation que la socialisation professionnelle va débiter.

4.4.3 Une nouvelle socialisation avec de nouveaux agents et une formation par compétences

Les formations paramédicales qui ont été observées au cours de cette recherche se déroulent sur trois ans, ou six semestres, et délivrent un diplôme d'État qui autorise l'exercice de la profession. Pour les formations qui sont passées par la réingénierie, les étudiants qui ont validé leurs six semestres obtiennent en parallèle de leur diplôme le grade de Licence, si les conditions du partenariat et du conventionnement avec une université sont réunies.

Les principes pédagogiques s'appuient sur un référentiel de formation adossé au référentiel de compétences à acquérir pour être en mesure d'exercer la profession. Le référentiel permet l'acquisition de connaissances et de savoir-faire basés sur des situations professionnelles et prévoit la réflexivité des étudiants par l'analyse des situations et pratiques professionnelles. La charge de travail des étudiants est d'un peu plus de 5000 heures au cours des trois ans (par exemple 5100 heures pour les étudiants infirmiers ou 5400 heures pour les étudiants podologues). Ces volumes horaires sont répartis en formation théorique et formation pratique, encore appelée formation clinique.

Par exemple dans la profession infirmière où l'alternance est fortement instituée, la formation clinique et pratique – séquences de cinq à dix semaines d'immersion tout au long des six semestres – repose sur les « professionnels de proximité » et les tuteurs de stages hospitaliers et non-hospitaliers. La formation théorique est réalisée par des enseignants : infirmiers cadres de santé-formateurs, enseignants universitaires ou encore intervenants extérieurs qualifiés. Ces nouveaux agents sont acteurs de la socialisation professionnelle. La théorie est délivrée dans les instituts ou à l'université, en fonction du partenariat et/ou de la mutualisation de l'enseignement avec plusieurs formations de santé, par exemple lors de séquences de simulation en santé ou pour les unités d'enseignement transversales. Cette alternance de temps de cours théoriques et temps de stage encadrés occasionne une césure entre les pratiques et les savoirs des deux types d'enseignants mais aussi des dispositifs de formation : entraînement sur mannequins à l'institut, travail réel à l'hôpital par exemple.

Le temps de formation clinique peut être plus ou moins riche en apprentissages comme l'explique cette responsable d'IFSI :

On a par exemple des étudiants qui vont partir aux urgences psychiatriques adultes, on se dit : « mince, première année quand même, c'est compliqué tout ça » et quand ils en reviennent

soit ils ont assisté effectivement à des scènes violentes, potentiellement agressives, qui les ont interpellés et tout...mais ça a été tellement bien analysé après, repris avec l'équipe de stage que finalement pour eux, c'est pas un problème ; et après on a cet étonnement : des étudiants qui reviennent de 5 semaines de stage et qui n'ont rien vu des situations d'urgence parce que, à chaque fois qu'il y avait une situation d'urgence, elle n'a pas été gérée ou on ne l'a pas exposée volontairement à l'étudiant. Et finalement quand ils reviennent de ce stage-là, ils disent : « Bah oui, c'est un service d'urgence, c'est agité. Des fois, c'est calme. Des fois, c'est agité » Mais quand on leur dit : « Mais qu'est-ce que vous avez pu voir ? par exemple, qui a pu vous heurter ? » « Ben, euh...rien » Et le pire, c'est que parfois c'est vrai : ils n'en ont rien vu ! (...) Ou bien, vous avez des étudiants qui rentrent de 5 semaines de stage en EHPAD et qui disent : « ça a été épouvantable pour moi parce que j'ai fait ma première toilette sur une dame ou un monsieur âgés, que j'étais pas du tout armé pour ça...Je savais, je sais qu'on fait des toilettes...mais là, j'ai dû déshabiller, toucher le corps d'une personne âgée. Ça a été pour moi très compliqué... »

(R26, femme 40 ans environ, Directrice des soins, Directrice de l'institut de formation en soins infirmiers Établissement Public de Santé mentale)

Les acquisitions de compétences lors des stages sont évaluées par un bilan réalisé par les professionnels et inscrites dans le portfolio de l'étudiant en fin de stage. La socialisation professionnelle des étudiants en formation paramédicale se fait par l'expérience aux côtés de professionnels et auprès des patients. Ici, le concept de communauté socialisatrice décrit par Nadège Vézinat est opératoire pour comprendre ce qui se joue dans la socialisation professionnelle des jeunes. « La socialisation est un élément important pour créer une communauté de pairs qui se reconnaissent les uns les autres en tant que tels et développent une identité professionnelle forte »⁸⁰⁶.

Q : comment ça se passe le travail en équipe pluridisciplinaire, par exemple en stage ou le week-end en tant qu'"aide-soin", les relations avec les autres professions?

E11 : Par rapport à mes stages, moi, j'ai jamais eu de problèmes. **Les cadres** ont toujours été là. Si on avait des questions, si on avait des imprévus, fallait vraiment aller les voir. Avec **l'équipe**, pareil : j'ai vraiment été bien prise en charge. Souvent, quand on arrive en stage, au

⁸⁰⁶ VEZINAT N., 2017, « Le groupe professionnel comme communauté socialisatrice », *Gérontologie et société*, 39 / n° 153, 2, p. 108.

début, on est aide-soin : montrer qu'on sait faire les toilettes, les... Mais après, quand on dit qu'on travaille aussi tous les week-ends en tant qu'aide-soin, ils nous lâchent un peu par rapport à ça et après, **on est avec les infirmières** et ça se passe bien. Enfin, il faut montrer qu'on a envie et ils nous laissent un peu d'autonomie quoi...

(E11, fille 20ans, 2° année paramédical, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

E11 est une étudiante interviewée pour la deuxième fois quand elle est en deuxième année d'IFSI. Elle travaille le week-end en tant qu'aide-soignante⁸⁰⁷. La communauté socialisatrice est « centrale dans les pratiques professionnelles et la mise en œuvre de stratégies de coopération, de soutien, d'échanges entre les générations »⁸⁰⁸. L'immersion des étudiants en soins infirmiers dans les services hospitaliers débute généralement en première année par des soins de type nursing ou soins d'hygiène et les gestes techniques s'acquièrent au fur et à mesure des expériences variées (hospitalisations de courte ou de longue durée ; services hospitaliers ou lieux de vie...) et avec une graduation:

E11 : Le premier, moi, je suis allée en lieu de vie : j'ai fait Unité Alzheimer...Donc, pas beaucoup de soins infirmiers et par contre, beaucoup de relationnel. J'ai beaucoup plus travaillé le soin relationnel que le soin technique, donc ça m'a permis aussi de me poser et d'avoir travaillé les soins relationnels pour pouvoir après être à l'aise avec les patients...C'est vrai que pour moi, c'était mieux. Après, j'ai fait en psychiatrie... Donc, c'était cinq semaines en lieu de vie, après j'ai fait 10 semaines en psychiatrie

Q : Tout ça sur la 1° année ?

E11 : Ouais. Par contre, la psychiatrie, c'était pareil : j'ai fait Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) donc y avait pas beaucoup de soins...toujours soins relationnels, mais j'ai pu valider mes compétences « soins relationnels » (*compétence 6*). En 2° année, j'ai fait chirurgie esthétique, c'était vraiment très intéressant : j'ai pu aller aussi au bloc avec le Docteur X...enfin, j'ai vu pas mal de choses...des soins techniques. Et après, j'ai fait surveillance continue... qui était plus lourd : en fait, surveillance continue, c'est comme une réa, comme les soins intensifs. En fait, on a 7 patients dans le service avec les chambres ouvertes...c'était surtout de la pneumo...donc des OAP (*œdèmes aigus du poumon*), des ... un peu plus 'hard' quoi...

⁸⁰⁷ Les étudiants en soins infirmiers qui ont validé au moins 48 ECTS sur les 60 que compte la première année (dont les 15 ECTS de stage et certaines unités d'enseignement incontournables) peuvent prétendre à une équivalence du diplôme d'aide-soignant.

⁸⁰⁸ VEZINAT N., 2017, *Op. cit.*, p. 108.

Q : Mais c'est pas mal dans la variété

E11 : Ouais, j'ai commencé comme ça et j'augmente petit à petit (*elle fait le geste d'une pente ascendante*) et là, je vais aller en médecine cardio...

Q : Donc, il y a d'abord plutôt du relationnel et après, de la difficulté psychologique pour le soignant, non ?

E11 : Ouais, et puis plus de responsabilités aussi...quand il y a des arrêts cardiaques, tout ça...

Et lorsqu'elle se souvient de son premier semestre de PACES, elle préfère de beaucoup l'expérience étudiante qu'elle vit à présent :

E11 : Par rapport à la médecine où j'étais totalement submergée. Là, je m'y retrouve et ça me plaît. Le cœur du métier : c'est ça. Les stages, je m'épanouis dedans... Je pense que j'ai trouvé ma voie là...

Q : Et dans les différentes matières ? Parce que le début de la 1^o année de médecine, c'était quand même très théorique, là, dans la théorie, ça va à l'IFSI ?

E11 : Oui, c'est abordable. Ils font tout pour. C'est-à-dire qu'ici, en médecine, on était 1000 : c'est énorme ! Alors qu'à l'IFSI, on est 100. Donc, dès qu'on a besoin, on va voir les profs, ils nous expliquent. On n'est pas lâché comme ça...comme en médecine quoi...

(E11, fille 20 ans, 2^o année paramédical, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

Tout comme l'étudiante E11, l'expérience de la socialisation professionnelle de l'étudiante suivante semble répondre à ses perspectives après la PACES. E21 est une jeune fille qui a un grand père médecin et dont le père est chef de service dans une administration territoriale, la mère conseillère financière dans le secteur bancaire. Elle est l'aînée de trois enfants : deux petites sœurs dont une en terminale S qui voulait être sage-femme mais qui renonce après l'expérience de sa sœur aînée. Agée de 21 ans, elle habite chez ses parents. Elle a obtenu un Bac S et une mention bien, avec un an d'avance dans un important lycée privé de la capitale régionale. Elle avait un capital socio-scolaire favorable pour effectuer des études médicales. Elle a suivi une année et demie de PACES et voulait en première intention devenir pédiatre. En fin de première PACES, elle pouvait intégrer pharmacie mais ne l'a pas fait par choix. Elle s'arrête en janvier de la deuxième PACES, désabusée par les cours et l'apprentissage par cœur ; elle s'inscrit dans le parcours d'aide à la préparation aux concours paramédicaux. C'est une jeune fille enthousiaste, interviewée lors de sa deuxième année d'IFSI. Elle est

satisfaite de sa formation et a bénéficié d'attribution de stages plutôt valorisés que de « sale boulot » pour sa formation clinique. Elle envisage alors de passer le concours pour devenir puéricultrice et ne pas renoncer à son projet : travailler dans la santé avec les enfants.

E21 : Pour moi, c'est parfait ! non mais vraiment : ça me convient... je suis vraiment...je ne sais pas si on peut dire épanouie, mais vraiment depuis l'année dernière, enfin, **ça me convient tout à fait**. Même je me rends compte que, là on est en partiel demain, et en fait, c'est du travail où je n'ai pas besoin d'être acharnée pour : ET comprendre, et avoir le temps de comprendre ET réussir... parce que l'année dernière, enfin, **j'estime que j'ai réussi mon année**.... sans rattrapage, sans dette, rien du tout. (...) Donc, je sais que quand je bosse, ça fonctionne. Donc, c'est tout bénéf'...**même les stages, enfin, ça, c'est génial !**

CR : Alors oui, les stages ?

E21 : ça, c'est... enfin, vraiment je souhaite... ce serait chouette d'arriver à ce que toutes les formations puissent être en alternance, parce qu'il n'y a rien de tel pour se former, et apprendre, se remettre en question, etc.

CR : Et quand vous avez démarré, le premier stage, ça vous a fait quelle impression ?

E21 : C'était top ! c'était en cardio

CR : vous n'avez pas eu un stage de nursing et de soins d'hygiène ?

E21 : Non, non, pas du tout, justement. J'étais un peu dégoutée à mon premier stage, parce qu'on m'avait dit : « la première semaine, vu que c'est ton premier stage, on ne te validera rien » (*sous-entendu pour la validation des compétences*) et effectivement, en cardio, c'était des gens qui étaient autonomes : je n'ai fait quasiment aucune toilette pendant 5 semaines, mais **c'était très instructif, c'était un bon stage**. Non, je regrette peut-être de ne pas l'avoir fait en troisième année parce que ça m'aurait apporté plus de choses, mais c'était très bien. C'était une relativement bonne équipe, une bonne ambiance, l'organisation d'un service au CHU. Parce que, du coup, un stage au CHU en premier stage, c'est pas automatique : il y en a qui, de toute leur première année, ne mettent pas les pieds au CHU, donc... Non, c'était très bien... Après, l'EHPAD : génial ! Et là, j'étais en chirurgie ambulatoire, non, **vraiment top !**

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2° année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

La nouvelle socialisation peut aussi être plus difficile. C'est le cas de l'étudiant E23 qui refuse les contraintes, se rebelle contre l'encadrement, l'institution, l'IFSI, le CHU...

E23 : Faut qu'on rentre tous dans un moule et qu'on soit tous des bons petits moutons (...) Ils font un peu leur 'sauce' : comme nous obliger à faire tant de semaines de stage, genre, dans des services de long séjour. Le texte de loi dit : que cinq semaines, mais l'IFSI, je ne sais pas par quel pouvoir, s'autorise, nous oblige à faire dix semaines.

Il existe parfois une déconvenue des étudiants en soins infirmiers lors de leurs stages de première année, qui peut même aller jusqu'à l'abandon des études si cela persiste. «L'important volume horaire consacré à la réfection des lits et aux toilettes des patients ainsi que le consensus autour de l'idée que c'est un préalable au stage annoncent une logique d'instrumentalisation des stages : dans un contexte de pénurie de personnel soignant qualifié, les stagiaires ne sont acceptés dans les services que s'ils peuvent décharger les infirmières d'une part du travail considéré comme le plus ingrat, le moins qualifié. La chronologie des apprentissages adoptée par l'école sous la pression plus ou moins implicite des hôpitaux devient aussi une hiérarchie des apprentissages pour les étudiants »⁸⁰⁹. Cette part de travail ingrat est mal ressentie dans le cas de l'étudiant E23 :

Mon premier stage s'est très mal passé : je venais de commencer ma formation et j'ai été utilisé comme aide-soignant gratuit quoi ! (...) pour mon premier, à l'EHPAD. C'était juste à côté de là où j'habitais. En plus, c'est moi qui ai demandé à aller là-bas. On m'avait conseillé : «ton premier stage, ça sert à rien que tu ailles vers des services : la réa ou les urgences du CHU. Déjà, ils te prennent pas, mais même s'ils te prenaient, ça sert à rien, t'y connais rien » Moi-même, j'avais dit : « C'est à côté. Et – excusez-moi du terme – pour aller torcher des culs et valider ma compétence 3... » De toute façon, c'est ce qu'on devait faire, donc j'ai demandé (...) Je vous la fait courte : stage très mal passé... Là, je suis tombé...et c'est là que **j'ai été désenchanté au bout de deux mois de formation et une semaine ou deux de stage...** c'est que j'avais en face de moi une infirmière, qui avait d'ailleurs une reconversion professionnelle, qui était – là c'est subjectif ce que je vais dire – complètement conne et perverse, et qui me répétait tout le temps : « remets toi en question, remets toi en question » mais elle ne se remet jamais en question.(...) D'ailleurs, je suis tombé sur une équipe irresponsable, même dangereux : j'étais inexpérimenté, déjà au bout de trois, quatre jours, on me laissait faire des toilettes complètes au lit avec des pauvres mamies qui ne pouvaient pas se mobiliser, ni rien alors que je n'avais aucune expérience ! Donc, un stage horrible, au final qui a quand même

⁸⁰⁹ PIRET A., 2003, « Analyse des processus de socialisation corporelle secondaire : le cas de la formation en soins infirmiers », *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, 36, 2, p. 48-49.

été validé, je ne sais pas trop comment... Dernière semaine de stage, elles m'ont redemandé une démarche de soins alors que d'habitude, elles n'en demandent qu'une – moi, elles m'en demandaient deux, c'était vraiment horrible.

(E23, garçon 26 ans, BEP électronique puis bac ST2S, L0, 3^e année paramédical, mère agent de service hospitalier, père artisan taxi)

Son propos souligne deux points importants : l'infirmière qui est sa tutrice de stage est issue d'une reconversion professionnelle, ce qui est parfois considéré par les étudiants comme moins noble qu'une formation en première intention. Si comme le disent les responsables de la réingénierie du DE infirmier « la carrière commence dès le premier regard porté sur des personnes déjà en activité »⁸¹⁰, l'étudiant n'est pas inspiré par le modèle renvoyé par les professionnelles en exercice. Le deuxième point qu'il considère presque comme une injustice, c'est de devoir recommencer l'évaluation de la compétence 3 : « Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ». L'approche par compétences s'appuie sur les critères et les indicateurs du référentiel de formation : si certains indicateurs – comme le repérage des risques inhérents à la personne ou la réalisation des soins conformes aux recommandations de bonnes pratiques (RBP) – ne sont pas présents lors de l'évaluation, la compétence n'est pas acquise ou maîtrisée. Cette deuxième démarche de soins est alors justifiée pour valider une compétence cœur de métier.

Cette « réalisation des soins quotidiens » encore appelée « soins d'hygiène » présente des spécificités dans le cadre du travail infirmier, qui permettent de dissocier cette activité des soins réalisés par les profanes ou par les groupes professionnels dominés comme les aides-soignants ou les agents de service hospitaliers. Ceci renforce la notion de « rôle propre » déjà évoqué. « La spécificité de la toilette comme soin infirmier réside dans le fait de laver autrui, en particulier autrui dans une situation de dépendance et / ou de fragilité physique et / ou psychique, dans une culture où l'accès au corps de l'autre, en dehors d'un contexte sexuel ou de soin parental, est tabou. C'est en ce sens que la toilette peut être qualifiée de soin et qu'il nécessite une formation professionnelle. La difficulté de ce soin vient également de sa complexité organisationnelle, au sens où la toilette intègre plusieurs activités quasi-simultanées (d'observation, de soins thérapeutiques, de revalidation, d'éducation du patient, etc. »⁸¹¹.

⁸¹⁰ COUDRAY M.-A., GAY C., 2009, *op. cit.*, p.131

⁸¹¹ PIRET A., 2003, *Op. cit.*, p.44.

Ce travail partagé avec les aides-soignants, les stages en gériatrie, parfois en psychiatrie où les conditions sont difficiles, recouvrent la notion de *dirty work* de Hughes, ou de « sale boulot » développée par Arborio⁸¹² ou Lhuillier. Ces tâches qui se trouvent aux frontières du travail de deux groupes professionnels, les infirmiers et les aides-soignants, « sont le lieu d'une nécessaire coopération »⁸¹³. L'apprentissage progressif des compétences spécifiques au travail infirmier permet aux étudiants d'acquérir les valeurs et les représentations du groupe professionnel de référence, ce qui participe aussi de leur socialisation professionnelle.

L'expérience acquise au cours des trois ans, outre les connaissances et les valeurs incorporées, permet aussi aux étudiants d'appréhender le rôle, la place, tout comme les contraintes du métier envisagé dans la division du travail à l'hôpital par exemple

Q : Et donc maintenant sur la formation actuelle ? Comme vous êtes en 3^e année, on approche de la fin...Est-ce que ça s'est bien passé au fur et à mesure ?

E19 : Tous les ans...J'ai eu toutes mes années validées, sans dette...J'ai eu quelques petits rattrapages, mais je les ai toujours eus après, à la seconde session. Donc, voilà, pas de dettes, jamais. Ça s'est plutôt bien passé en stage... (*ralentit et réfléchit*). Bon, après, on se rend compte que le métier d'infirmière change aussi : y a de moins en moins de personnel, de moins en moins de budget et du coup, y a de moins en moins de temps avec les patients... Donc, ben là, ça me manque...Parce que ce côté relationnel que je pouvais avoir au début de mes études - alors c'est bizarre parce que ça ne fait que deux ans - et pour autant, ça a totalement changé en deux ans : les infirmières, elles ont de moins en moins de temps, les patients s'en plaignent : qu'ils ne voient pas assez l'infirmière... qu'ils ne peuvent pas parler... (...) Il faut faire tellement de choses maintenant. Les patients sont pas mal procéduriers : donc, faut pas oublier ça... faut pas faire ci...faut pas... Et comme y a moins d'infirmières, du coup, y a plus de patients pour moins d'infirmières. Donc, on court, on court... Encore aujourd'hui, j'ai quitté tard. Hier, j'ai quitté tard. Avant-hier, j'ai quitté tard...C'est-à-dire que je viens de reprendre mon stage, voilà, j'ai déjà fait 3 heures sup' en 3 jours. On n'a plus le temps. Et moi, plus de temps avec le patient, ça me va pas...

(E19, fille 23 ans, Bac S Spécialité Maths, sans mention obtenu à l'heure, 3^e année paramédical, mère secrétaire, père menuisier)

⁸¹² ARBORIO A.-M., 2009, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot » », dans *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte (Recherches), p. 51-61.

⁸¹³ LHUILIER D., 2005, « Le "sale boulot" », *Travailler*, 2, 14, p. 76.

4.4.4 Des représentations des métiers de la santé différenciées

De toute façon, on est à l'origine des auxiliaires. C'est le corps médical qui a voulu être aidé, secondé. Donc, il fallait des auxiliaires qui soient disponibles, qui soient obéissantes, qui aient un niveau intellectuel qui soit suffisant pour comprendre ce qui était demandé, mais être dans l'obéissance... Donc, ce que l'on fait, c'est toujours par délégation, ça a été donné par délégation, on reste dans cette vision...

(R27, Femme 57 ans environ, Directrice des soins, Directrice d'Institut de Formation en Soins Infirmiers)

Les activités des professionnels paramédicaux restent soumises au monopole médical et la question des positions et du pouvoir dévolus à chacun mérite de se pencher sur les représentations que les étudiants se font des métiers de la santé alors qu'ils ne sont encore qu'en formation. Les étudiants en médecine font l'expérience de la division du travail hospitalier au cours du stage infirmier entre la première et la deuxième année « intériorisant de fait que le prestige des professions hospitalières se mesure en grande partie par leur éloignement à l'égard de la saleté. S'il y a une reconnaissance de la compétence des aides-soignantes et des infirmières, celles-ci sont toutefois rapidement reléguées à leur rang de profession paramédicale»⁸¹⁴.

Parmi les enquêtés, les représentations de la profession envisagée se retrouvent dès l'origine du second choix et dessinent une forme de hiérarchie dans le champ médical également liée aux positions sociales et culturelles des agents. Ce cas de figure est retrouvé chez les étudiants qui ont fait un choix par défaut et en cascade, par exemple au cours de la phase exploratoire de cette recherche :

Dans les métiers paramédicaux, il y en a certains qui sont plus valorisés et d'autres moins. Par exemple, l'an dernier, au moment de passer les concours : kiné et podologie, pour moi, c'était bien. Mais passer le concours de manipulation radio, non : pour moi, c'était 'en-dessous'. Y avait le côté technique, mais dans tous les cas, **on ne peut pas juger** les radios, pas dire ce qu'il y a, **pas poser le diagnostic** : c'est juste... faire... Et ça, ça me convient pas... et peut-être le fait d'être...

⁸¹⁴ HARDY-DUBERNET A.-C., GADÉA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, *Op. cit.*, p.46.

entre guillemets « subordonné » par rapport à un médecin, ça, **je pense que j'aurais eu du mal, en ayant raté médecine, me retrouver en dessous de quelqu'un qui avait réussi...**et du coup, psychologiquement, c'est pas une réussite...

(E4 exploratoire, fille 21 ans, bac S Physique Chimie mention bien avec un an d'avance, 1^oannée paramédical, mère aide-soignante, père artisan)

La position des professions dans le champ est visualisée sous la forme d'une échelle de valeurs également chez cette autre étudiante. Lorsque je lui demande comment elle s'est déterminée pour choisir sa formation après le bac, elle positionne les professions les unes par rapport aux autres. Et elle fait de même pour sa réorientation :

Ben, déjà, j'ai fait un stage en maternité, donc déjà, ça m'avait bien plu. Au tout début, franchement, je voulais faire infirmière. Mais après, je me suis dit... viser plus haut, faire sage-femme, pour, au moins me dire, **viser haut et après redescendre, s'il faut...**et ne pas aller plus bas et après augmenter, parce que, après, c'est vrai que c'est plus difficile...repandre ses études, après quand vous travaillez.

(...)Donc, du coup, j'ai **plutôt préféré faire, après, infirmière qui est pour moi... en dessous...Pour moi, c'est ça, en dessous...** et après, viser...faire aussi peut-être cadre, mais au moins être dans le médical...

(E11, fille 18ans, bac S Physique mention passable, parcours réorientation, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

Dans ce cas, le déclassement subi lors de l'échec au premier semestre de PACES doit être compensé par la recherche d'un statut cadre, lequel associe davantage de responsabilités et de reconnaissance salariale, entre autres.

4.4.4.1 *Des représentations influencées par le vécu de la formation*

Les enjeux de domination dans le champ médical, tels qu'ils sont ressentis par les étudiants en formation passent beaucoup par les attitudes et les paroles. Alors qu'elle a expérimenté les relations interprofessionnelles dans les services hospitaliers pendant ses trois

années d'études infirmières, cette étudiante revient sur des propos qui l'avaient choquée quand elle était en PACES :

Mon maître de conf, qui avait l'air super, en fait, j'ai appris que derrière, quand j'étais pas là, il disait justement à 'ces gens là' (*avec dédain*) : « ah non, mais laissez-la, ne l'aidez pas, ça sert à rien. De toute façon, elle n'y arrivera pas : elle n'est pas du tout faite pour ça. De toute façon, elle, **elle tombera : elle finira infirmière**, c'est bien ! » Ça veut dire quoi ? Elle finira infirmière ? Infirmière, c'est bien ? Voilà, faut arrêter de dégrader comme ça ! C'est pas possible : c'est pas le médecin, il est là (*montre en haut*), l'infirmière, elle est là (*montre en bas*) Non, c'est voilà : chacun dans son domaine.

(E19, fille 23 ans, Bac S Spécialité Maths, sans mention obtenu à l'heure, 3^e année paramédical, mère secrétaire, père menuisier)

Une recherche, effectuée dans le cadre d'une thèse de médecine générale, s'est penchée sur les représentations des étudiants infirmiers et kinésithérapeutes en formation vis-à-vis du médecin généraliste. Le but poursuivi était une meilleure compréhension pour une coopération entre professionnels. Ce travail était adossé à un séminaire de formation pluri-professionnelle sur les représentations à l'œuvre dans les métiers de la santé « Travailler avec les z'autres »⁸¹⁵. Il ressort de cette enquête que « le médecin est considéré comme un supérieur hiérarchique par l'ensemble des participants. Cette domination du médecin généraliste est ressentie à différents degrés selon chaque professionnel, mais ce lien de subordination reste ancré dans les pratiques professionnelles. (...) Le rapport de subordination à la profession médicale est vu comme un élément structurant de l'identité infirmière »⁸¹⁶. Pour cet étudiant également, la définition du rôle de l'infirmier se fait en fonction de celui du médecin :

La clinique, au sens propre du terme, c'est vraiment l'IDE⁸¹⁷ qui s'en occupe, c'est l'IDE qui est au plus proche du patient en permanence. Et moi, la façon dont je le vois, c'est plus que le

⁸¹⁵ Il s'agit au départ d'un cycle de trois séminaires de 2 jours au cours de l'année universitaire réunissant huit formations en santé et une centaine d'étudiants (diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, kinésithérapeutes, médecins généralistes, pharmaciens, podologues et sage-femmes)

⁸¹⁶ FIQUET L, 2010, *Comment les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes se représentent-ils le médecin généraliste ? Étude qualitative par focus group*, Mémoire de diplôme d'études spécialisées de médecine générale, UFR de médecine Université de Rennes 1, pp. 126-127.

⁸¹⁷ IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'État

médecin est vraiment la tête à penser et que l'IDE a le regard critique sur l'avis du médecin et ensuite, **c'est l'IDE qui fait vraiment les actes, les actes de soins en tant que tels.**

(E20, garçon 22 ans, Bac technologique STL mention très bien, 2° année paramédical, mère ATSEM, père artisan électricien)

« Le médecin est représenté comme un prescripteur et donc celui qui domine les autres professionnels paramédicaux. Le médecin généraliste, en tant que professionnel médical, bénéficie d'un quasi-monopole de diagnostic et de prescription même si les évolutions récentes tendent à valoriser le rôle propre des autres professionnels»⁸¹⁸. Dans l'extrait suivant, le même étudiant illustre la représentation médecin / infirmière avec le rôle de prescripteur :

Q : quelle idée vous aviez du métier infirmier avant de rentrer en formation ?

E20 : (*Sourire*) L'idée que j'en avais, elle n'était pas flatteuse, flatteuse... Ouais, j'avais pas vraiment une idée flatteuse : pour moi, l'infirmière, c'était clairement la vieille aigrie du service, qui embêtait tout le monde...humm...

Q : Vous pouvez le dire...

E20 : Non, pas de problème parce que, aujourd'hui, ma vision a changé : la preuve, je suis là aujourd'hui. Mais, oui, c'était vraiment la vieille personne aigrie du service...qui était...bah, c'est méchant à dire, mais...qui était la bonne à tout faire, en fait. **La petite main du médecin...en fait, la technicienne, voilà...qui agit sans réfléchir.** Et aujourd'hui, je me rends compte que c'est tout l'inverse, en fait, et **heureusement que les infirmiers sont là pour sauver les médecins de pas mal d'erreurs de prescriptions**, même médicamenteuses par rapport aux interactions.

Cet étudiant est adhérent d'un syndicat infirmier qui milite pour la reconnaissance de sa profession. Il opère un renversement du stigmaté : le médecin ne serait qu'un distributeur de prescription, alors que l'infirmier endosse le rôle noble de la vraie relation au patient. C'est l'étudiant en médecine qui est à plaindre... Et on retrouve le même discours chez cette autre étudiante :

Médecin par rapport à infirmière, je me rends compte, en étant dans le service, en étant en stage... han !... je préfère dix mille fois... J'aurais même été frustrée, d'être étudiante, d'être

⁸¹⁸ FIQUET L, 2010, *Op. cit.*, p. 123.

externe ou interne et de voir les infirmières faire... au final, la relation, le contact, on l'a beaucoup plus en tant qu'infirmière qu'en tant que médecin ou étudiant en médecine, et je pense que ça m'aurait vraiment manqué.

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2^e année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

Selon Chevandier, cette recherche de spécificité professionnelle est une « tentative d'affirmation identitaire atypique » plutôt en dehors des réalités de terrain. « Le rôle propre de l'infirmière, l'ensemble de son action située hors de l'intervention du médecin, est défini comme d'une autre nature que le rôle délégué par le médecin, par des prescriptions »⁸¹⁹. Les étudiants infirmiers interviewés dans cette recherche ont davantage tendance à revendiquer une reconnaissance d'un statut universitaire mieux valorisé que les générations précédentes plutôt que la spécificité d'un rôle propre. Ils font le constat que la formation a changé leur regard et leurs représentations et veulent privilégier une relation horizontale, moins subordonnée. Quand j'interroge cet étudiant sur l'idée qu'il se faisait des infirmières, il soutient que tous sont collègues :

Les anciennes infirmières d'il y a quarante ou cinquante ans, pour moi c'était les sous-fifres des toubibs. Alors que maintenant, je suis le premier à le dire : hormis le chef de service, personne n'est mon supérieur ! Hormis le cadre et le chef de service, tous les toubibs que je croise...même là, je suis étudiant infirmier, les internes, les externes, déjà, je leur dis TU et je les appelle par leur prénom : c'est des collègues ! Moi, je les appelle pas « Docteur » : ça veut rien dire. (...) pourquoi les médecins, on les appelle « Docteur » ? Les dentistes, on les appelle aussi parfois docteur, mais ça rime à rien et c'est un autre débat, mais les dentistes, ils n'ont pas fait huit ans.

(E23, garçon 26 ans, BEP électronique puis bac ST2S, L0, 3^e année paramédical, mère agent de service hospitalier, père artisan taxi)

Dans la thèse de Laure Fiquet, les infirmiers évoquent aussi le statut du médecin comme celui d'un professionnel privilégié avec qui le tutoiement n'est pas toujours aisé voire impossible : « le vouvoiement contribue à maintenir un fossé en rendant le médecin inaccessible, à un niveau supérieur »⁸²⁰.

⁸¹⁹ CHEVANDIER C., 1997, *Les métiers de l'hôpital*, Paris, Ed. La découverte, pp. 96-97.

⁸²⁰ FIQUET L, 2010, *Op. cit.*, p. 81.

4.4.4.2 Mais des représentations modulées par l'apprentissage de la coopération à l'hôpital

« Enfin...le milieu hospitalier, c'est : tout le monde doit être en collaboration... »

(E11, fille 20 ans, 2° année paramédical, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

Au-delà des acteurs eux-mêmes, le travail à l'hôpital met en relation différentes professions : chacune d'entre elles y exerce des tâches qui relèvent de sa compétence, ce qui dessine selon Andrew Abbott une *location*, forme de territoire d'exercice. L'analyse des relations entre les groupes professionnels, leurs concurrents ou encore les forces sociales à travers l'écologie des professions chez Abbott⁸²¹ a une acception plus globale que la notion de champ qui analyse de manière relationnelle les agents. Néanmoins, les deux concepts sont intéressants. De même Abbott accorde aux professions établies la maîtrise des savoirs abstraits alors que les métiers reposent sur un savoir pratique. Lorsque les différents groupes travaillent ensemble dans un même but ou pour résoudre un problème, il se dessine un espace pluridisciplinaire (comme dans un service hospitalier) où l'écologie des professions présente un intérêt : pour travailler ensemble, les groupes sont en relation de partenariat, peuvent partager une même rhétorique lors de réunions, autour d'un protocole de soins... Les relations s'en trouvent modifiées.

« Là, j'étais en stage à l'institut d'ophtalmologie et il y avait une BONNE entente entre les infirmières et les médecins et je trouvais ça chouette. **On sentait que vraiment, c'était une équipe.** Pourtant c'était des chirurgiens au bloc, des infirmières de bloc opératoire et souvent on entend : « ouais, on nous parle comme des chiens au bloc » et là, j'ai pas du tout trouvé ça parce qu'ils savent très bien que le jour où les infirmières, elles ne sont pas là, et bien.... C'est une équipe et je pense que c'est important du coup de faire en sorte que ça se passe bien parce que sinon ça ne marche pas.... »

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2° année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

⁸²¹ ABBOTT A., 2005, « Linked Ecologies: States and Universities as Environments for Professions », *Sociological Theory*, 23, 3, pp. 245-274.

« Certains professionnels confirment leur appartenance à une équipe de soins dont le médecin fait partie. Le médecin est alors qualifié de partenaire ou de collègue. La volonté d'une relation égalitaire est fortement exprimée et la notion d'interdépendance entre les professionnels est soulignée »⁸²². L'exemple permet de voir que les relations dans une équipe ne sont pas toujours sous le signe de la verticalité – le médecin *en haut* et l'infirmière *en bas* comme le soulignait l'étudiante E19 précédemment – mais que le fonctionnement de l'équipe implique le partenariat et des relations plus transversales.

L'illustration suivante met en jeu médecins, professionnels du soin et professionnels médicotechniques : les représentations du statut dominant du médecin dans l'équipe y sont à nouveau sensibles.

« Je trouve que l'équipe, c'est important, il faut travailler ensemble. C'est beaucoup de relationnel dans un groupe de travail, en fait ... : Bon, après, entre techniciens... tous les techniciens se sentent au même statut... mais après, il y a le biologiste qui est quand même au-dessus des techniciens : il est là pour les aider quand il y a un problème. Les infirmières, elles sont quand même... enfin, entre technicien et infirmière, il y a quand même une sorte d'entraide : on fait partie du même laboratoire, donc... mais avec des tâches différentes, en fait...

(E24, fille 22 ans, bac S SVT mention bien, 2^e année paramédical, mère secrétaire, père ouvrier)

Le métier « c'est l'exercice d'une compétence spécialisée dans une division du travail. »⁸²³. Même la répartition des tâches auprès des patients n'a pas échappé à cette étudiante avant son entrée en formation :

Je savais bien que la première année, ce serait un peu d'aide-soignante et le premier été, avant de rentrer à l'école d'infirmières, j'ai travaillé en tant qu'ASH (agent de service hospitalier) dans une maison de retraite. Du coup, là c'est pareil, je me suis rendue compte du poste des infirmières et du rôle aussi, enfin de l'organisation comme on dit : l'ASH, elle fait ça ; l'aide-soignante, elle fait ça ; l'infirmière, elle fait ça, mais là, je vois qu'il y a un peu de dépassement de poste de l'aide-soignante. Ça, ça m'avait permis de me rendre bien compte, après, je ne sais pas vraiment comment je me représente les choses.

⁸²² FIQUET L, 2010, *Op. cit.*, p. 83.

⁸²³ FREIDSON E., 1986, « Les professions artistiques comme défi à l'analyse sociologique », *Revue Française de Sociologie*, 27, 3, p.440.

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2^o année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

4.4.5 Projet professionnel et perspectives des enquêtés: le début d'une carrière

Pour prolonger la réflexion sur les trajectoires étudiantes et ne pas s'arrêter sur le vécu de la nouvelle formation, il est intéressant de relater les projets professionnels envisagés et ainsi de fixer un point d'horizon plus lointain.

Certains étudiants ont été entendus alors que leur formation paramédicale était déjà bien avancée. La progression pédagogique permet d'articuler des objectifs de formation de plus en plus variés et complexes avec des contenus intégrant des unités d'enseignement spécifiques et transversales et une expérience de formation clinique de plus en plus pointue. D'une mise en œuvre d'activités thérapeutiques au S1 à l'évaluation des pratiques professionnelles au cours d'une démarche de recherche concrétisée par un mémoire au S6, l'intégration des savoirs théoriques, pratiques développe la « posture professionnelle ». Au cours des six semestres, la répartition du temps entre les cours théoriques et la formation clinique se modifie et le nombre d'ECTS attribués à cette dernière croît régulièrement. Pendant la troisième année, les deux points forts de la formation reposent sur le mémoire de recherche et une période de stage clinique plus longue et/ou plus spécifique. Dans la mesure du possible, les demandes individuelles des étudiants concernant ces stages sont prises en compte de façon à soutenir leur réflexion sur un choix possible d'orientation à la sortie de la formation, que ce soit pour exercer ou pour continuer un cursus d'études spécialisées.

En troisième année, la pédicurie-podologie, profession qui a servi de support à l'enquête exploratoire, met l'accent sur le stage en cabinet libéral avec un professionnel pour préfigurer l'exercice majoritaire dans cette profession. Parmi les formations paramédicales présentes dans cette recherche, les techniciens de laboratoire ont plutôt tendance à débiter par le stage en structure privée, autrement dit un laboratoire d'analyses médicales dirigé par un ou des médecins biologistes

Q : Vous avez eu un stage à faire dans le privé dans votre cursus, parmi les terrains de stage possibles ?

E24 : C'est le premier stage qu'on fait, le stage de découverte, ils préfèrent nous le faire faire dans le privé, pour qu'on voie comment ça se passe

(E24, fille 22ans, bac S SVT mention bien, 2° année paramédical, mère secrétaire, père ouvrier)

Les infirmiers, les plus nombreux dans cette enquête, effectuent en troisième année un stage qualifié de préprofessionnel, le « stage pré pro » selon les étudiants.

Donc, mon stage pré-pro, j'ai demandé du soin palliatif. On m'a dit que, en soins palliatifs, c'était pas du tout, du tout le même rythme, et pas du tout la même ambiance, ce que j'espère quand même, parce que, en soins palliatifs, il faut être présent pour la personne. Là, c'est vraiment...on peut oublier les soins techniques : normalement, c'est le soin relationnel. C'est pour ça que j'ai demandé ce service : soins palliatifs. Et j'ai demandé dans plusieurs hôpitaux : dans le département à côté et ici, pour vraiment avoir la chance de pouvoir faire mon stage là-bas et voir comment ça se passe...et peut-être que c'est cette orientation-là que je prendrai.

(E19, fille 23 ans, Bac S Spécialité Maths, sans mention obtenu à l'heure, 3° année paramédical, mère secrétaire, père menuisier)

Mais les demandes des étudiants ne sont pas toujours satisfaites (places insuffisantes, redondances dans le parcours de formation clinique ...) ce qui occasionne parfois de la frustration et de l'incompréhension :

Faire un stage en psychiatrie en plus, ici, la direction 'ne veut pas '. Même quand on a un projet professionnel dans la psychiatrie. (...) dans un IFSI à côté, c'est une obligation, en psychiatrie, ils sont obligés de faire un service intra et extra. Chez nous, ils s'en foutent, en tout cas, c'est la politique de la maison : c'est un stage en psychiatrie, point. C'est-à-dire que moi, par exemple, j'ai fait un service intra. Je vais peut-être être diplômé : mon projet professionnel, c'est psychiatrie : je n'aurai jamais fait des services extra. Je trouve ça aberrant !

(E23, garçon 26 ans, BEP électronique puis bac ST2S, L0, 3° année paramédical, mère agent de service hospitalier, père artisan taxi)

L'attribution des terrains de stage n'est pas laissée à l'appréciation d'une seule personne : dans les équipes pédagogiques, l'étudiant est suivi par un référent pédagogique. Un autre cadre-formateur est chargé de superviser l'attribution, le suivi, la formation en stage : c'est le référent de formation clinique. Ce dernier doit aussi s'assurer, avec le directeur de l'institut de formation, en fonction du référentiel de formation et du cahier des charges,

que la structure d'accueil correspond aux objectifs de qualification pour la formation. Le tout est susceptible d'être examiné par les tutelles (Agence Régionale de Santé et Conseil Régional essentiellement) lors des renouvellements d'agrément des instituts.

D'autres étudiants changent de projet au fur et à mesure de leur avancée en formation. L'expérience de la formation clinique sur des structures d'accueil variées amène parfois à réviser les perspectives initiales :

E11 : Au début, je pensais continuer et faire puéricultrice, mais maintenant que j'ai fait plusieurs stages, je pense que les petits bébés, c'est pas trop mon domaine...Par rapport au cœur du métier... enfin, je serais aide-soignante là-bas, ça ne me gênerait pas... Mais là, en tant qu'infirmière, non. Moi, je serais plus dans les lieux de vie, les maisons de retraite...

Q : Les adultes, et le soin relationnel, ça vous plaît ça ?

E11 : Ou plutôt le SSR (*service de soins de suite et réadaptation*), parce que dans le SSR, il y a un peu de tout : y a du soin technique et il y a aussi beaucoup de soin relationnel. Là, je travaille tous les week-ends pour l'instant au SSR...et je vois qu'il y a beaucoup de soins techniques, mais on a le temps aussi de faire du soin relationnel...Parce que, pour moi, le métier d'infirmière, ce n'est pas que faire de la technique, c'est aussi la relation...

(E11, fille 20ans, 2° année paramédical, mère infirmière cadre de santé, père conducteur de travaux)

Le début de carrière de cette étudiante commencera en USLD (unité de soins de longue durée) où la prise en charge de patients de plus de soixante ans, dépendants et porteurs de pathologies, nécessitent des soins médicaux et donc des soins techniques en plus des soins relationnels, plus encore qu'en EHPAD.

4.4.5.1 Travailler dans le secteur public ou dans le secteur privé

Le choix de l'exercice professionnel futur est sous la dépendance de différents facteurs. Par exemple, en podologie les postes salariés sont presque inexistantes (un peu plus de 1%), aussi bien à l'hôpital que dans les structures de soins : les étudiants se destinent pratiquement tous à une installation libérale. Les techniciens de laboratoire, quant à eux, ne peuvent prétendre s'installer en libéral : leur activité sera salariée mais ils peuvent trouver un poste dans le secteur privé ou dans le secteur public. Les infirmiers ont la plus grande liberté de

choix : ils peuvent exercer en libéral ou en salarié, dans le public ou dans le privé. Ils sont majoritairement salariés (83%) alors que les infirmiers libéraux représentent 17% des effectifs⁸²⁴.

Les étudiants ont été interrogés sur la façon dont ils se voyaient travailler plus tard :

Je préfère éviter le libéral parce que je ne me sens pas capable, et après, ça ne me tente pas forcément non plus. J'aime bien être dans une équipe, être entouré... Et puis voilà, ça permet aussi de confronter les opinions, et puis les avis. Donc, plutôt à l'hôpital: après, au niveau des secteurs, j'ai une préférence pour tout ce qui est urgences, principalement. Mais vu la conjoncture actuelle j'avoue que... Moi, j'aimerais travailler à l'hôpital, idéalement dans le public, parce que... Voilà, c'est par convictions personnelles, c'est une façon aussi de rendre service à la population dans le public, et encore plus idéalement dans le service des urgences.

(E20, garçon 22 ans, Bac technologique STL mention très bien, 2° année paramédical, mère ATSEM, père artisan électricien)

E20 a débuté sa carrière conformément aux perspectives qu'il avait lors de ses études. Il travaille dans un Centre Hospitalier Universitaire, en réanimation cardio-thoracique, dans un service où le travail est aussi exigeant qu'aux urgences.

Cette autre étudiante pèse les différents aspects de l'exercice infirmier en fonction de l'expérience qu'elle a acquise pendant les deux années de formation :

Le libéral, ça ne m'attire pas plus que ça. Après, je pense que je vais devoir faire un stage – et je suis contente de devoir faire un stage aussi, parce que je ne connais pas vraiment – donc je demande à faire un stage en libéral. Après, pour avoir fait un stage au CHU et là, l'institut d'ophtalmologie, c'était privé, donc les infirmières n'étaient pas salariées du CHU, c'était vraiment du privé : je pense que j'ai préféré le privé : au niveau de l'ambiance et tout ça... On va dire que c'est plus familial que le CHU où les gens viennent pour travailler ...

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2° année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

Les étudiants attirés par l'exercice libéral sont souvent ceux qui envisagent une profession dans laquelle ce mode d'exercice est répandu. L'étudiante E16, alors qu'elle est

⁸²⁴ Source : Autres professions de santé. Synthèse des effectifs au 1er janvier 2015, DREES, RÉPERTOIRE ADELI. ASIP-RPPS, disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/autres_professions_de_sante.pdf

inscrite dans le parcours, n'a pas renoncé au métier de kinésithérapeute mais pense à se présenter à l'étranger (Belgique, Allemagne, mais évite l'Espagne et le Portugal car le contenu des études n'est pas équivalent à la France). Quand je lui demande comment elle se projette :

Ben, kiné en libéral, ben ouais, j'aimerais bien faire les gardes le week-end...enfin, faut mieux les faire quand on est jeune je trouve. Parce que j'aimerais bien être vraiment dans le sport : je sais qu'avec un bon DU, c'est possible. Du coup, en libéral, c'est quand même mieux. Le kiné où j'avais fait mon stage il s'occupait des équipes sportives : le basket, l'équipe de foot et tout. Donc, c'était bien... (...) Si je suis dans cette profession, j'aimerais bien multiplier les DU parce qu'ils ont l'air vraiment intéressants. Il y en a vraiment plein en Belgique, j'ai regardé.

(E16, fille 19ans, bac S SVT mention bien, parcours réorientation, mère professeur français en lycée, père professeur SVT en lycée)

Les perspectives sont clairement énoncées : cette étudiante a postulé en Belgique en fonction des quotas attribués aux étudiants français par tirage au sort. Elle a réussi son intégration dans une université belge comme elle le désirait et elle termine actuellement son Master avec une thématique de mémoire de fin d'études sur la course à pied.

4.4.5.2 Choisir de poursuivre ses études

Mise à part l'obligation de DPC (développement professionnel continu) pour les soignants, la formation initiale peut être complétée après le Diplôme d'État. Certains peuvent s'engager dans des Diplômes Universitaires (DU) pour approfondir tel domaine qui les passionne comme l'étudiante précédente.

D'autres étudiants visent plutôt un diplôme d'ingénieur, cinq années après le bac, de niveau 7 ou anciennement titre I. C'est plus fréquemment le cas dans les métiers médicotехniques comme manipulateur en électroradiologie médicale, préparateur en pharmacie hospitalière ou technicien de laboratoire médical comme l'étudiant suivant :

E25 : Moi, je me dis en fait que, dès que je serai diplômé, je veux travailler mais, j'ai toujours dans l'optique de reprendre mes études après. **Ce que je veux faire, finalement, c'est ingénieur d'exploitation...**

Q : Ah ! Vous avez des projets super précis... Donc, diplômé à la fin de la troisième année, vous travaillez plutôt dans le privé ou le public ?

E25 : Dans le public

Q : Et après, expliquez-moi votre projet : c'est quoi 'ingénieur d'exploitation' ?

E25 : A la base, il faut être technicien de laboratoire et après, il faut faire une formation de deux ans en alternance. L'école se trouve à Paris et en fait, c'est pour travailler sur la fabrication des automates d'analyse en laboratoire

Q : et ce sera encore plus scientifique et technique ?

E25 : voilà, c'est ça. Au début, c'était vraiment 'le contact avec les patients' et au fur et à mesure, je me suis vraiment orienté sur le scientifique.

(E25, garçon 26 ans, bac S SVT mention assez bien, 2° année paramédical, mère secrétaire médicale, père préparateur en pharmacie hospitalière)

D'autres peuvent choisir de préparer un autre diplôme pour un exercice plus spécialisé.

C'est le cas de l'étudiante E21 qui n'a pas renoncé à travailler avec les enfants :

Je pense que **j'aimerais bien faire puéricultrice tout de suite**. Après, sauf si je fais un stage dans un service qui me plaît énormément, et que j'ai une opportunité de travailler et que je n'ai pas besoin d'être diplômée puéricultrice : là, pourquoi pas ? Travailler là, au moins pour le moment, et puis après reprendre puéricultrice si il faut mais...j'ai vraiment très peur, une fois lancée dans la vie active, de ne pas avoir le courage de reprendre mes études et ce serait dommage parce que j'aimerais vraiment avoir un diplôme de puéricultrice pour pouvoir à tout moment aller en pédiatrie, quoi !

(E21, fille 21 ans, bac S mention bien avec un an d'avance, 2° année paramédical, mère conseillère financière banque, père chef de service administration territoriale, un grand-père médecin)

Cette étudiante a conduit son projet comme elle l'avait envisagé : après le DE d'infirmière, elle a poursuivi ses études pendant un an pour se spécialiser en puériculture et obtenir un diplôme d'État de puériculture. Elle a atteint le but qu'elle s'était fixé puisqu'elle travaille actuellement comme infirmière puéricultrice.

Pour les infirmiers, il existe également un diplôme d'infirmier de bloc opératoire (IBODE) et un diplôme d'infirmier anesthésiste (IADE), qui sont tous deux des spécialisations opérationnelles et techniques. Ensuite le diplôme de cadre de santé est à visée opérationnelle

mais plutôt managériale. Ce qui séduit de plus en plus les étudiants, c'est le diplôme d'infirmier en pratique avancée (IPA) qui a attendu avant de voir le jour⁸²⁵.

Je m'intéresse beaucoup du coup aux pratiques avancées. Alors après, je m'imagine que ce ne sera pas comme au Canada, au Royaume-Uni, dans les pays anglophones... Mais voilà... Je sais aussi qu'il faut y aller par petites étapes, et comme je vous disais tout à l'heure, j'ai envie de participer à ça aussi : participer aux avancées et montrer que la profession infirmière, en France, sait faire des choses, a des compétences et peut aussi les faire évoluer. (...) alors, s'il y a une possibilité vers le **Master infirmier**, je ferai un Master. Tant que je suis dans les études, autant y rester. Je me dis que si je travaille, ça va quand même être un petit peu plus difficile d'y retourner après. Je me dis qu'il faut mieux que j'arrive dans le milieu professionnel avec tous mes diplômes, mais néanmoins continuer à me former avec tout ce qui est DU. Derrière, moi je sais qu'il y a plein de DU qui m'intéressent beaucoup, que j'aimerais faire...

(E20, garçon 22ans, Bac technologique STL mention très bien, 2° année paramédical, mère ATSEM, père artisan électricien)

D'une durée de deux ans et validant un grade de Master, ce diplôme est préparé à l'université sous condition d'un exercice minimum préalable de trois années en tant qu'infirmier. Il était très attendu en termes de valorisation et de reconnaissance de la profession. Après un tronc commun en première année de Master, la deuxième année laisse plusieurs possibilités de spécialisations (pathologies chroniques, rénales, oncologie...). Toutefois, les textes précisent bien que « la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par le médecin »⁸²⁶. S'il s'agit d'un progrès effectif, il n'en reste pas moins que le champ de compétences est à nouveau défini en fonction du monopole médical puisqu'il s'agit de placer des praticiens à un niveau intermédiaire entre les infirmiers au grade licence et les docteurs en médecine au sein des équipes soignantes. Le projet était en gestation mais les difficultés de l'offre de soins, « pénurie de médecins » et « déserts médicaux », ont hâté le processus et permis de légiférer sur ce statut intermédiaire⁸²⁷.

⁸²⁵ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmier, dans le domaine d'intervention des urgences.

⁸²⁶ Art. R. 4301-1, chapitre I du titre préliminaire « exercice en pratique avancée », livre III de la quatrième partie du code de la santé publique.

⁸²⁷ HENART L., BERLAND Y., CADET D., 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire* « Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », 57 p.

Les poursuites d'études ne sont donc pas toujours possible immédiatement après la formation initiale, certaines spécialisations imposant d'avoir déjà exercé le plus souvent trois ans. Il faut remarquer que les étudiants craignent parfois de reprendre des études alors qu'ils sont en exercice. Le Diplôme Universitaire fait moins peur puisqu'il n'exige pas d'arrêter son activité professionnelle et se prépare souvent par des sessions courtes sur une année universitaire, alors qu'un Master ou un diplôme d'ingénieur nécessite de suspendre le travail et de réaménager éventuellement la vie personnelle et familiale.

Cette section sur le vécu de la nouvelle formation a été alimentée par le suivi de cohorte. Une partie seulement des étudiants inscrits dans le parcours a pu être interrogée mais il était important de pouvoir évaluer qualitativement l'effet principal du parcours : se former à un autre métier de la santé après un échec en PACES. On pourra objecter que la proportion de ces entretiens reste faible par rapport à la population enquêtée par questionnaire et qu'en conséquence, cette restitution ne reflète qu'une partie de la réalité constituant là un biais dans les résultats. Néanmoins, quarante années d'enseignement auprès d'étudiants paramédicaux m'autorisent à faire la part des choses, sans oublier les diplômés qui n'exerceront pas ou peu : les futurs professionnels rencontrés prendront la mesure de l'organisation du système de santé, la coordination des soins et le service rendu au patient.

CONCLUSION

Cette étude reposait initialement sur un questionnement simple : « Comment se fait le basculement vers une formation paramédicale après un échec en PACES ? ». La possibilité d'étudier un objet original, « le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux », a été l'occasion de recentrer le cadre de la recherche sur les conditions d'émergence de ce dispositif de réorientation à l'intérieur de l'université, son développement, ses enjeux et ses effets pour les différents acteurs concernés. L'objectif de cette recherche était de permettre de mieux décrire son processus d'élaboration et les enjeux sous-tendus, l'accompagnement qu'il permet aux étudiants, ainsi que les trajectoires qui en résultent.

L'approche de la problématique de l'échec en première année des études de santé s'articulait autour de deux axes de recherche. Le premier a questionné le poids de l'institution universitaire et de l'État, la position et le jeu des acteurs sur la construction des parcours de formation en santé, dans un contexte national et local de réformes permanentes. Le second incluait dans la réflexion le contexte multifactoriel des propriétés socio-scolaires et le parcours des étudiants en situation d'échec en PACES. La conjugaison de ces éléments a permis d'interroger la rencontre des choix d'orientation et des trajectoires des étudiants avec les stratégies institutionnelles, en dégagant la question de recherche suivante :

Comment la mise en place à l'université d'un dispositif de réorientation vers les formations paramédicales parvient-elle à concilier les perspectives des étudiants en situation d'échec en PACES et les logiques de l'institution hospitalo-universitaire ?

Pour être en mesure de répondre à cette question et de considérer les divers aspects de la réorientation, l'analyse a exploré les enjeux politiques, sociaux, professionnels d'une réorientation après un échec en PACES. Le contexte général de l'entrée dans l'enseignement supérieur, avec une attention particulière sur l'orientation, le processus et les dispositions qui la régissent dans le cadre des politiques publiques en France ont permis de mettre en lumière les usages qui en découlent et les injonctions de réussite universitaire.

Les systèmes d'affectation des candidats dans les filières de l'enseignement supérieur peinent à réguler le nombre trop conséquent des inscriptions en PACES au regard du nombre d'admis en deuxième année. De plus, les dispositions de l'orientation active, qui doivent permettre aux lycéens de construire leur projet d'études, sont diversement déployées sur le territoire et leur déclinaison est dépendante des structures qui les supportent : lycées, établissements d'enseignement supérieur et universités, cellules d'orientation. Le point

crucial de l'orientation active en PACES était sa faible portée puisqu'elle reposait sur une procédure facultative donnant un avis consultatif. La nécessité d'une amélioration de l'orientation active conjuguée à un système d'affectation APB à bout de souffle a conduit à la mise en place d'une nouvelle plateforme Parcoursup. Malgré tout, l'avis prononcé par les composantes universitaires en santé sous la forme d'un « oui » ou un « oui, si » pour l'entrée en formation reste insuffisamment dissuasif pour les étudiants aux prérequis fragiles. En définitive, ce ne sont que la fin de la PACES et « la suppression du *numerus clausus* », en 2020, qui ont modifié l'entrée dans les études de santé. Parcoursup a, pour sa part, intégré de plus en plus de formations supérieures et a uniformisé le mode de recrutement sur dossier, ce qui a abouti à la suppression des concours d'entrée dans les formations paramédicales après plus de trente ans d'existence.

L'espace de l'enseignement médical abordé dans une dimension socio-historique a permis de comprendre l'essor de la médecine et de son caractère élitiste à partir de la Révolution. La restructuration de la formation des médecins s'est matérialisée au XIXe siècle par l'existence de deux corps : celui des docteurs en médecine et celui des officiers de santé voués à soigner sur les champs de bataille puis dans les campagnes principalement. Les enjeux de domination de l'un sur l'autre ont abouti à la suppression du corps le plus faible. En conséquence, le groupe professionnel des docteurs en médecine acquiert alors tous les attributs de la « profession » et n'aura de cesse de préserver sa position dominante à travers le monopole d'exercice, le développement d'un savoir savant, le contrôle de la définition des frontières et des droits d'entrée dans le champ médical. Très tôt, dès les années 1800, l'exigence d'un niveau de connaissances scientifiques suffisant pour pouvoir prétendre entrer en faculté de médecine a été imposée aux candidats.

Les différentes réformes ont fait évoluer cette préparation aux études médicales : année préparatoire sanctionnée par un certificat, année propédeutique, puis intégration dans le cursus médical avec la réforme Debré mais réapparition d'un certificat quelques années plus tard. Les droits d'entrée vont encore se durcir lors de la mise en place du *numerus clausus* au début des années 1970. La « limitation » du nombre des étudiants à former conjugue les intérêts du champ bureaucratique et ceux du pôle dominant du champ médical, les premiers pour des questions de maîtrise des dépenses liées à la santé et les seconds pour la préservation du prestige et de la réputation de la profession. L'argument invoqué lors de son

instauration était d'assurer un enseignement médical dans de bonnes conditions dès la deuxième année, au regard des capacités pédagogiques des services hospitaliers. Cette limitation consiste à effectuer un tri pour garder un petit nombre d'élus susceptibles d'assurer la reproduction du champ médical, sous le contrôle de l'État et d'agents dominants dans le champ : les médecins hospitalo-universitaires. Le *numerus clausus* sert ainsi à maintenir la rareté et contribue à fermer le groupe professionnel.

L'entrée dans le champ médical repose depuis sur un paradoxe, d'un côté le libre accès aux L1 des filières universitaires en vertu du principe de non sélection à l'entrée de l'université découlant de la loi Faure, et de l'autre une sélection en fin d'année. On observe alors une première année de licence qui fonctionne comme une année de préparation au concours, véritable année de sélection à l'université. Les réformes successives, depuis 1971, ont conservé ce mode de fonctionnement permettant un afflux de candidats à l'entrée dont la majorité se trouve en situation d'échec à la fin de l'année, voire au bout de deux ans.

Le constat de ce « gâchis humain », dans les années 2000, a conduit à une réflexion sur le début de la formation médicale et sur la lutte contre l'échec en première année, sujet de politiques publiques dans le cadre plus large de la responsabilité des universités. En 2009, la réforme qui a mis en place la PACES ne s'attaque pas aux causes : elle maintient un effet de démocratisation apparente en laissant s'inscrire tous les lycéens désirant « faire médecine » et elle se contente d'atténuer les effets de la sélection en instituant la réorientation à la fin du premier puis du second semestre et en prévoyant des passerelles avec d'autres cursus de formation. Cette réforme avait aussi pour ambition de réunir les enseignements pour plusieurs professions par désir de créer une « culture commune » pour les futurs professionnels de santé dès l'université et aussi de mutualisation des formations et optimisation des coûts : à la médecine, l'odontologie et la maïeutique, est venue s'ajouter la pharmacie. Cette volonté s'est heurtée à la réalité du terrain : les rapports sociaux et les luttes entre les groupes professionnels avaient pour enjeu le maintien des positions, des postes et des volumes horaires disciplinaires, ce qui a contribué à alourdir le curriculum et l'a rendu plus scientifique. Peu de temps après sa mise en place, n'atteignant pas les objectifs pour lesquels elle avait été conçue, la PACES a été aménagée. Elle a subi une déconstruction progressive sous la forme d'expérimentations et d'alternatives.

En parallèle, les autres formations en santé ont également fait l'objet de réformes. Un temps envisagée, la grande « licence santé » pour toutes les professions médicales et paramédicales, n'a pas résisté aux enjeux de pouvoir et à la préservation de la position dominante des professions médicales. En construisant un schéma d'ingénierie pédagogique déclinable pour plusieurs professions, les instances du Ministère de la santé ont ouvert un chantier qui prévoyait de réformer les formations les unes après les autres. La réingénierie des formations paramédicales a organisé chaque formation autour d'un socle commun de savoirs contributifs permettant des compétences transversales qui autorisent les passerelles vers d'autres métiers en santé et des savoirs professionnels spécifiques pour chaque profession. L'intégration dans le cursus LMD issu du processus de Bologne et le conventionnement de chaque institut de formation avec une université disposant d'une composante santé ont réalisé une « universitarisation » des formations paramédicales. Initiée avec la profession infirmière, cette réingénierie s'est diffusée progressivement et par à-coups en fonction du degré de maturité des travaux préparatoires, des enjeux de frontières des groupes professionnels et des logiques propres à chaque profession.

Confortés par ce travail sur le contexte des formations et de leurs réformes au sein du champ médical, les résultats de la recherche sur le terrain ont permis de saisir la façon dont les acteurs, institutionnels et étudiants, se situent par rapport à la PACES et à la réorientation avec leurs logiques et leurs stratégies de reproduction. La réorientation est un processus dont la construction sociale met en jeu des ressources personnelles et des ressources collectives institutionnelles.

Le projet a été mis en place dans des conditions qui ont rendu possible son élaboration. Il faut tout d'abord rappeler le caractère obligatoire de la réorientation en fin de S1, inscrit dans le cadre législatif de la PACES, pour une application au plus tard deux ans après son entrée en vigueur. Au niveau national, le choix politique a été de garder à la fois la liberté d'inscription en première année universitaire et le *numerus clausus*, tout en accommodant les effets de la sélection. Le caractère inique du début des études médicales a été renforcé par cette opération de tri en cours d'année : de nombreux étudiants entrent librement au mois de septembre et une partie d'entre eux sont exclus au bout de quatre mois en plein milieu d'année universitaire. Localement, les responsables hospitalo-universitaires se sont saisis de la réorientation dès la première rentrée en raison de leur expérience, au long des années, de

cas d'étudiants ne pouvant poursuivre un cursus médical mais voulant exercer un métier en rapport avec la santé. L'idée était d'offrir des débouchés aux étudiants recalés. Ce parcours de réorientation n'était pas le premier essai de dérivation pour les étudiants exclus de médecine qui voulaient rester dans le domaine de la santé puisque la réflexion avait déjà donné lieu à plusieurs constructions pédagogiques : l'arrimage précoce de la kinésithérapie à la première année de médecine, la création d'un DU d'ergonomie, l'installation d'un Institut universitaire professionnalisé pour la santé...

Cette gestion des flux d'étudiants à l'université s'est inscrite dans une recherche d'équilibre entre l'accueil de tous les étudiants, le respect du *numerus clausus* et la capacité à former des soignants pour l'hôpital et le système de santé. En effet, en termes de stratégies hospitalo-universitaires il existe des enjeux sociaux et économiques forts. On peut d'abord citer la préoccupation de l'homéostasie⁸²⁸ du système de soins pour les formateurs, c'est-à-dire former des jeunes capables d'assurer une part de l'offre de soins, de s'inscrire dans le développement de nouvelles techniques et de la recherche. On peut y ajouter le poids du CHU, véritable ville dans la ville et employeur de premier plan. Enfin, le dernier axe de stratégie est représenté par le développement, la mutualisation et la diversification de l'offre de formation dans le contexte de développement des « Campus santé », dont l'idée date des années 1990. L'émergence de nouvelles activités professionnelles, ou nouveaux métiers de la santé, pour lesquels la poursuite du cursus d'études passe par un master universitaire ou un diplôme d'ingénieur permet d'ouvrir des perspectives de plus long terme pour les étudiants exclus, tout en développant la dimension interprofessionnelle entre tous les futurs intervenants en santé. Les concepts de division du travail médical et de groupes professionnels se sont avérés particulièrement pertinents pour appréhender ces éléments issus du terrain.

Enfin, pour les responsables universitaires et hospitaliers une part des enjeux reposait sur des considérations idéologiques. Parmi les plus saillantes, la mise en place du parcours de réorientation a été conçue comme relevant d'une mission de service public, en luttant contre les « officines privées », et de la responsabilité sociale des UFR de médecine et des formations en santé. Grâce à leur position dans le champ, ces responsables ont pu s'appuyer

⁸²⁸ J'utilise ici volontairement ce terme usité en sciences de la santé : l'homéostasie vise à « maintenir le milieu interne constant, face au changement des circonstances extérieures, pour préserver son existence » (Dictionnaire Le Trésor Informatisé de la Langue Française. Laboratoire ATILF Université de Lorraine. Disponible sur : <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=4261530675>)

sur leur capital social pour monter le dispositif et aussi parce qu'ils pensaient être légitimes pour le faire dans l'espace où ils évoluaient. Néanmoins, une fois le projet abouti, ils ont délégué à d'autres la tâche de s'occuper de cette population d'étudiants exclus, recalés, déclassés.

Ainsi, la PACES perpétue une reproduction élitiste des professions médicales, tout en maintenant l'illusion d'une démocratisation de l'accès aux études de médecine, ouvertes à tout bachelier. Les résultats montrent que la population étudiante accueillie dans le parcours n'avait pas les dispositions pour espérer pouvoir entrer dans le champ médical. En effet, les prérequis retrouvés dans la littérature ne sont pas présents ici, les étudiants présentent un capital scolaire trop faible, mesuré par un fort taux de bacheliers technologiques (près de 20%) et par l'existence d'une mention « Passable » au baccalauréat pour les deux tiers de l'échantillon. La comparaison de l'origine sociale des étudiants du parcours a révélé qu'elle était plus modeste que celle des étudiants qui ont réussi le concours dans l'université observée (professions intermédiaires et employés vs cadres et professions intellectuelles supérieures) avec une proportion de boursiers de l'ordre de 60%. Milieu social, niveau scolaire et acculturation au milieu médical sont trois déterminants d'une lecture courante de la réussite ou de l'échec en médecine. Dans les études de la DEPP, de la DREES ou encore dans l'enquête d'Hardy-Dubernet, Gadéa et al, les propriétés socioscolaires sont prépondérantes dans la sélection opérée pour l'accès à la suite des études de santé. Cette étude permet d'ajouter quelques facteurs pour une lecture plus fine.

Les quelques mois vécus en PACES ont été l'occasion d'une socialisation étudiante parfois contrastée qui a encore creusé l'écart avec les « élus ». Les illustrations ont été nombreuses sur l'impossibilité à acquérir les codes pour se maintenir dans la compétition : le vif ressenti de l'esprit concours, le problème du niveau et de la direction de l'effort à soutenir, l'investissement dans un travail insuffisamment sélectif par rapport au volume de connaissances à retenir, les habitudes de travail universitaire peu efficaces, le mal-être, la démotivation... Ces facteurs ne se sont pas toujours cumulés, ils ont été présents à certains moments. Leur intrication, dépendante de la trajectoire de chacun, est venue peser sur les dispositions socioscolaires existantes. Finalement, les étudiants sont près de la moitié à penser que ce choix d'études ne leur convenait pas et ne sont pas surpris de ne pas être admis au second semestre.

L'inscription dans le parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux a concerné entre 35 et 60% des étudiants ajournés en PACES au cours des années de cette recherche. Un tel flux d'étudiants a pu être induit par cette offre dédiée, les statistiques nationales faisant état d'une réorientation plus systématique vers une autre filière universitaire après PACES. Ce parcours a concerné essentiellement des étudiants primants à 80% et avec une surreprésentation féminine de l'ordre de 84%. Ces étudiants (il conviendrait de dire ces étudiantes) ont fait le choix de ce parcours dans le but de « rester dans le domaine de la santé » et pour faire un métier qui permet de « prendre soin des autres ». Leur projection dans un autre métier de la santé concernait la profession infirmière pour les deux tiers d'entre eux. Les effets du parcours révèlent un taux de réussite au concours de 47% pour l'année où les chiffres ont pu être disponibles.

Plusieurs modèles se sont dégagés de l'utilisation du parcours qu'en ont fait les étudiants. Le modèle « conforme » a concerné ceux qui se sont fondus dans les attendus : cours, révisions, entraînements, travail personnel pour se donner les moyens de réussir. Le modèle « peu assidu » a été adopté par ceux qui sont restés inscrits mais qui ont soit relâché la pression après le premier semestre, soit trouvé le programme trop allégé et s'en sont détournés. D'autres ont réalisé un modèle d'« hybridation » avec une double inscription dans une autre filière, par exemple en première année de licence de psychologie et même en PACES lorsqu'ils n'étaient pas sous le coup d'une réorientation obligatoire mais qu'ils se savaient trop loin dans le classement. Le modèle « boursier » a été adopté par ceux qui ne pouvaient pas se permettre de perdre leurs droits à bourse et qui ont visé une formation plus courte et avec une difficulté des études plus adaptée ; ce modèle avait été pressenti par les initiateurs du projet. Enfin, certains étudiants ont pu utiliser ce parcours selon le modèle « solution d'attente » faute de n'avoir pu intégrer un institut de formation l'année précédente.

Le temps long de cette étude a permis un regard sur les trajectoires étudiantes après l'entrée en formation paramédicale et un retour sur les perspectives des étudiants. Ils font le constat d'une formation plus en accord avec leur investissement dans les études et leur conception d'un métier en santé. La formation en alternance les a plongés rapidement dans l'univers de l'hôpital où ils ont pu prendre la mesure de la division du travail médical, des représentations qui en découlent ainsi que des rapports tantôt verticaux de domination tantôt

transversaux de collaboration. En d'autres termes, cette nouvelle orientation répondait à leur projet.

Il est donc possible de répondre à la question de recherche. Le parcours "Préparation aux formations des métiers liés à la santé" est toujours existant. Il est à présent durablement inscrit dans l'espace des formations en santé, en tant que dispositif, complément pour la réorientation et la réussite étudiante. Le fonctionnement sur le principe des vases communicants, de PACES vers les formations paramédicales, a autorisé la mise en place de ce système de dérivation pour les étudiants exclus à la fin du premier semestre en organisant une réponse dans le service public dans un souci de démocratie et d'égalité des chances. La logique institutionnelle s'est appuyée sur l'utilité de former des contingents de différents métiers de la santé pour la division du travail médical et sur le développement et la diversification de l'offre de formation réalisant ainsi la fonction sociale du dispositif. Tout ceci s'inscrit dans la perspective de créer une Université de santé, préfigurée par une « UFR des Sciences médicales et Paramédicales ». La possibilité de pouvoir accéder à ce néo-dispositif de réorientation a permis aux étudiants de développer des stratégies de poursuite d'études, de réfléchir à leur nouveau projet de formation et à leurs perspectives professionnelles réalisant cette fois la fonction première pour laquelle ce parcours avait été imaginé. Le parcours a donc permis de concilier les intérêts bien compris des uns et des autres.

Cette recherche avait pour objectif de mieux comprendre les enjeux et les effets d'une réorientation obligatoire en PACES. Elle a mis en lumière des facteurs connus, encore présents et toujours récurrents, et d'autres moins connus, comme les usages détournés d'enseignements, LO et les « bizuts fourbes »⁸²⁹. A présent, deux thématiques mériteraient des prolongements.

La première est celle du devenir des étudiants en termes de poursuites d'études après leur diplôme d'État. Nous avons vu qu'ils n'envisageaient pas de revenir vers des études de santé MMOP après avoir validé 90 ECTS pour 80% d'entre eux. Il serait néanmoins intéressant de savoir s'ils ont mobilisé une passerelle d'entrée aux études longues de santé, une fois diplômés, et dans quelle proportion. Leur projet était plutôt d'envisager une poursuite dans le domaine de santé qu'ils avaient choisi pour atteindre une spécialisation ou un Master en

⁸²⁹ MARQUES S., 2019, *op.cit.*, p. 245.

santé. Le suivi d'une partie de la cohorte a été trop court et reste insuffisant : à notre connaissance, l'étudiante E21 a poursuivi son projet de spécialisation pour exercer comme infirmière puéricultrice. L'offre de formation étant grandissante et le statut d'infirmier(e) en pratiques avancées opérationnel, on peut se demander si de nouveaux cursus drainent des étudiants exclus de PACES, prêts à ré escalader l'échelle sociale. Il serait pertinent d'analyser les ressorts et les motivations d'un nouvel engagement dans les études et les enjeux en termes de progression et d'avenir professionnels.

La deuxième concerne l'avancée de l'intégration des formations paramédicales à l'université encore appelée « universitarisation ». Le chantier a été ouvert par différents rapports en 2017⁸³⁰ et 2018⁸³¹. Le comité de suivi du processus d'universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique a ensuite travaillé toute l'année 2018 à raison d'une réunion par mois. En s'appuyant sur les réalisations ou les projets en cours, cinq formes d'intégration universitaire tenant compte des stratégies territoriales peuvent être développées :

1) L'intégration par les cursus articule les diplômes universitaires, ou académiques, et les diplômes d'exercice, ou professionnels.

2) L'intégration par les outils, en particulier numériques et de simulation, permet de regrouper et mutualiser différents cursus en santé. C'est le choix qu'a fait l'UPJV en montant le projet EPIONE Campus santé pour prolonger l'intégration des cursus.

3) L'intégration immobilière regroupe les formations à l'occasion de la construction d'universités de santé ou de campus santé.

4) L'intégration fonctionnelle est l'une des deux formes les plus abouties. Elle regroupe les instituts de formation au sein de l'université sous la forme d'un « département universitaire »⁸³² ou d'un « institut universitaire ». Celui-ci pilote la coordination des enseignements et de l'évaluation ainsi que la prospective pour les chantiers d'innovation pédagogique et les projets de recherche, mais les instituts gardent leur forme juridique.

⁸³⁰ DEBEAUPUIS J., ALLAL P., 2017, « Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'Université », *Rapport IGAS N°2016-123R/ IGAENR N°2017-043*.

⁸³¹ LE BOULER S., 2018, « Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation de la Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique », Ministère des Solidarités et de la Santé / Ministère de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation, 68p.

⁸³² L'institut de formation dans lequel j'enseigne est intégré dans le Département universitaire en sciences infirmières et rééducation DUSIR de Paris-Diderot, à présent Université Paris-Cité.

5) Enfin l'intégration organique cumule les autres formes d'intégration partiellement ou en totalité et modifie la personnalité juridique des instituts.

Un rapport d'information⁸³³, en 2021, souligne les difficultés de réelle mise en place, de lenteur dans la redéfinition de certains cadres juridiques mais surtout un défaut de réingénierie pour plusieurs professions n'autorisant pas la délivrance d'un grade universitaire. Pour cette thématique de l'« universitarisation », ce serait particulièrement stimulant d'analyser les freins et les facilitateurs en regard des enjeux locaux et territoriaux, voire faire une étude comparative entre deux modèles d'intégration.

« Le temps des concours » est révolu. De l'admission par concours à l'admission sur dossier, la modification des modalités d'entrée en formation paramédicale a induit une simplification ainsi qu'une meilleure visibilité sur Parcoursup. Le résultat est une très forte augmentation des demandes pour la formation infirmière. En 2019, première année de Parcoursup, 11%⁸³⁴ des lycéens soit un peu plus de 100 000 candidats avaient confirmé un vœu en IFSI pour un quota de 31 000 places disponibles. Année après année, la formation infirmière reste la plus demandée et elle est immédiatement suivie en seconde position par le Parcours Accès Spécifique Santé PASS qui a remplacé la PACES. L'attrait pour les formations en santé ne se dément pas et laisse espérer une évolution dynamique des professions au sein du champ médical. Néanmoins, si le flux des entrants en formation est en augmentation, une nécessaire prise de conscience par les politiques publiques du contexte contraint des services hospitaliers, de la crise de l'hôpital public, de la démotivation des soignants et des efforts surdimensionnés pendant la dernière crise sanitaire doit se faire sous peine de voir se produire le flux inverse.

⁸³³ CHAPELIER M.A., 2021, « Mission sur la formation des professions paramédicales », Rapport d'information / Commission des affaires sociales, n°4298, Assemblée Nationale, 51p.

⁸³⁴ Chiffres MESRI

BIBLIOGRAPHIE

- ABBOTT A., 2005, « Linked Ecologies: States and Universities as Environments for Professions », *Sociological Theory*, 23, 3, pp. 245-274.
- ABBOTT A., 2009, « À propos du concept de Turning Point », dans *Bifurcations*, La Découverte, pp. 187-211.
- AGAMBEN G., 2014, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Paris, Payot et Rivages (Rivages poche), 64p.
- AÏACH P., DELANOË D., 1998, *L'Ere de la médicalisation : Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos.
- AÏACH P., FASSIN (DIDIER), 1994, *Les métiers de la santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos : Diffusion Economica (Collection « Sociologiques »), 364 p.
- ALAVA S., ROMAINVILLE M., 2001, « Les pratiques d'étude, entre socialisation et cognition », *Revue française de pédagogie*, 136, 1, pp. 159-180.
- ALLIOT S., CUBAS C., HAMMAR H., NOEL M., EL FAHSI R., 2006, *Les causes d'abandon et de sortie anticipée des étudiants en IFSI dans la Région Nord-Pas de Calais: recherche action*, Master Sociologie et développement social, Université Charles de Gaulle Lille 3, 265 p.
- ALLOUCH A., 2017, « L'ouverture sociale par le marché ? : Sociologie de la captation des classes populaires à l'université d'Oxford », *Revue française de sociologie*, 58, 2, pp. 233-265.
- ALLOUCH A., ZANTEN A. VAN, 2008, « Formateurs ou "grands frères" : Les tuteurs des programmes d'ouverture sociale des Grandes Écoles et des classes préparatoires », *Education et sociétés*, 21, 1, p. 49.
- AMIEL A., MORCILLO A., TRICOT A., JEUNIER B., 2003, « Quelles questions posent les jeunes de 11 à 25 ans sur les métiers et les études ? », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 32/4, pp. 617-640.
- AMIN Z., TANI M., HOON ENG K., SAMARASEKARA D.D., HUAK C.Y., 2009, « Motivation, study habits, and expectations of medical students in Singapore », *Medical Teacher*, 31, 12, p. e560-e569.
- ANGUIS M., BERGEAT M., PISARIK J., VERGIER N., CHAPUT H., 2021, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? », Les dossiers de la DREES, n°76, Ministère des Solidarités et de la Santé.
- ANNOOT E., 2014, *La réussite à l'université : du tutorat au plan licence*, Bruxelles, De Boeck Supérieur.
- ARBORIO A.-M., 1996, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, 22, 1, pp. 87-106.
- ARBORIO A.-M., 2009, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot » », dans *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte (Recherches), pp. 51-61.
- ARLIAUD M., 1987, *Les médecins*, Paris, Éd. La Découverte (Repères Groupes professionnels), 125 p.
- AVENEL C., 2011, « Les représentations sexuées des professions lors du processus de choix d'orientation vers les études de médecine chez les lycéen-ne-s de terminales scientifiques », *Questions vives recherches en éducation*, 8, 15, 11p.

- AZZOUZ R., 2015, *L'orientation active en PACES : évaluation et perspectives du dispositif de la Faculté de Médecine Henri Warenbourg – Université Lille 2*, Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine, Université de Lille 2 Droit et médecine, 31 p.
- BACHELET R., 2010, « Le tutorat par les pairs », dans *Accompagner des étudiants*, De Boeck Supérieur, pp. 397-409.
- BALL S.J., DAVIES J., DAVID M., REAY D., 2001, « Décisions, différenciations et distinctions : vers une sociologie du choix des études supérieures », *Revue française de pédagogie*, 136, 1, pp. 65-75.
- BARDIN L., 2013, *L'analyse de contenu*, Paris, Presses universitaires de France (Quadrige manuels).
- BARNIER, 2000, « Le tutorat entre pairs et l'entraide pédagogique », *CNCRE Questions d'éducation*, IUFM Aix Marseille - LAMES.
- BASZANGER I., 1981, « Socialisation professionnelle et contrôle social: Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue Française de Sociologie*, 22, 2, p. 223.
- BAUDELLOT C., ESTABLET R., 1992, *Allez les filles!*, Paris, Editions du Seuil (L'épreuve des faits).
- BEAUD M., GRAVIER M., TOLEDO A. DE, 2006, *L'art de la thèse : comment préparer et rédiger un mémoire de master, une thèse de doctorat ou tout autre travail universitaire à l'ère du net*, Paris, la Découverte (Grands repères).
- BEAUD O., VATIN F., 2018, « « Orientation et réussite des étudiants »: Une nouvelle loi pour les universités (I) », *Commentaire*, 3, 163, pp. 687-698.
- BEAUD O., VATIN F., MARQUES S., 2018, « Parcoursup : la loi en pratique », *Commentaire, Numéro164*, 4, pp. 911-924.
- BEAUPERE N., BOUDESSEUL G., 2009, « Quitter l'université sans diplôme: quatre figures du décrochage étudiant », *Bref du CEREQ*, 265, p. 4.
- BEAUPERE N., CHALUMEAU L., GURY N., HUGREE C., 2007, *L'abandon des études supérieures : Rapport réalisé pour l'observatoire national de la vie étudiante, mai 2007*, Paris, Documentation française (Panorama des savoirs).
- BECK U., 2008, *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion (Champs).
- BECKER H.S., GEER B., HUGUES E.C., STRAUSS A.L., 1977, *Boys in white : student culture in medical school*, New Brunswick; London, Transaction.
- BERAIL L., LAROSE C., 2007, « Le travail des étudiants », *Conseil Économique et Social*, 278.
- BERGER P.L., LUCKMANN T., 2018, *La construction sociale de la réalité*, Malakoff, Armand Colin (Individu et société), 340 p.
- BERLEMONT H., 2004, *Les médecins dans la cité amiénoise au XIXe siècle*, Mémoire de maîtrise en histoire contemporaine, Amiens.
- BERNARD P.-Y., 2012, « Le décrochage scolaire est-il une affaire de classes ? », *La revue de santé scolaire et universitaire*, Vol.3, N°17, pp. 13-14.

- BERNY RICHE C. DE, 2012, « Démocratisation de l'enseignement supérieur et lutte contre l'abandon des études supérieures à l'université », Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Ile de France, 57p .
- BERTHELOT J.-M., 1993, *Ecole, orientation, société*, 1°, Paris, PUF (Pédagogie d'aujourd'hui), 187 p.
- BESSIERE S., 2005, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 15.
- BESSIN, M., BIDART, C., GROSSETTI, M. (dirs.), 2010, *Bifurcations: les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte (Recherches), 397 p.
- BEZES P., 2005, « Le modèle de « l'État-stratège » : genèse d'une forme organisationnelle dans l'administration française », *Sociologie du Travail*, 47, 4, pp. 431-450.
- BEZES P., DEMAZIERE D., LE BIANIC T., PARADEISE C., NORMAND R., BENAMOUZIG D., PIERRU F. et EVETTS, J. (2011). New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? *Sociologie du Travail*, 53, 3, pp. 293-348.
- BIDART C., 2006, « Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 120, 1, pp. 29-57.
- BIDART C., 2009, « 13. Bifurcations biographiques et ingrédients de l'action: », dans *Bifurcations*, La Découverte, pp. 224-238.
- BIEMAR S., PHILIPPE M.-C., ROMAINVILLE M., 2003, « L'injonction au projet : paradoxale et infondée ? : Approche longitudinale du choix d'études supérieures », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 32/1, pp. 31-51.
- BIGGS J., KEMBER D., LEUNG D.Y.P., 2001, « The revised two-factor Study Process Questionnaire: R-SPQ-2F », *British Journal of Educational Psychology*, 71, 1, pp. 133-149.
- BLANCHET A, GOTMAN, A, 2009, *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*, 2°édition, Paris, Armand Colin (128).
- BLOY G., 2011a, « Jeunes diplômés de médecine générale: devenir généraliste... ou pas? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010) », *DREES*, 104.
- BLOY G., 2011b, « Jeunes généralistes: polyvalents plus que spécialistes », *Carnets de santé*.
- BLOY G., RIGAL L., 2012, « Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique », *Sociologie du Travail*, 54, 4, pp. 433-456.
- BLOY G., SCHWEYER F.-X., HERZLICH C., 2010, *Singuliers généralistes sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, 423p.
- BODIN R., MENGNEAU J., ORANGE S., 2020, « Adhésion enchantée et aléas universitaires : les effets ambivalents de la sélection à l'Université », *L'Année sociologique*, 70, 2, p. 443.
- BODIN R., MILLET M., 2011, « La question de l'« abandon » et des inégalités dans les premiers cycles à l'université », *Savoir/Agir*, 17, 3, p. 65.
- BODIN R., ORANGE S., 2013, « La barrière ne fera pas le niveau: La sélection à l'université : une fausse solution à un problème mal posé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 199, 4, p. 102.

- BOELEN C., 2016, « Responsabilité sociale des institutions de formation : où en sommes-nous ? », *Pédagogie Médicale*, 16, 3, pp. 171-174.
- BOITTIN I., 2002, « Étudiants en soins infirmiers de deuxième année: crise identitaire "la mise à l'épreuve des motivations" », p. 27.
- BORRAS I., LENDRIN N., JANEAU E., MACAIRE S., WARIN P., 2011, « Evaluation du non-recours au tutorat à l'université », *Net.Doc CEREQ*, 85, p. 35.
- BORRAS I., 2011, « Le tutorat à l'université . Peut-on forcer les étudiants à la réussite? », *Bref du CEREQ*, 290, p. 4.
- BORRAS I., 2012, « Peut-on forcer les étudiants à la réussite? Evaluation du "non-recours" au tutorat à l'université. », *Relief 36, Echanges du CEREQ*, pp. 85-105.
- BOUCHET T., CARNINO G., JARRIGE F., 2016, « L'Université face au déferlement numérique », *Variations. Revue internationale de théorie critique*, 19.
- BOUDRENHIEU G., DESSAMBRE N., NTAMASHIMIKIRO S., DENEJ J.-F., VANPEE D., 2015, « Qui sont les étudiants de première année en sciences de la santé ? Leurs représentations et motivations à l'égard des études et des métiers », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 44/3.
- BOURDIEU P., 1979, « Les trois états du capital culturel », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 30, 1, pp. 3-6.
- BOURDIEU P., PASSERON J.-C., 1970, *La reproduction*, Paris, Les éditions de Minuit.
- BOURDIEU P., 1984a, « Espace social et genèse des "classes" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 52, 1, pp. 3-14.
- BOURDIEU P., 1984b, *Homo academicus*, Paris, Editions de Minuit (Collection « Le Sens commun »), 302 p.
- BOURDIEU P., 1989, *La noblesse d'état: grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Les Éd. de Minuit (Le sens commun), 568 p.
- BOURDIEU P., 1994, *Raisons pratiques: sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 251 p.
- BOURDIEU P., 2013, « Séminaires sur le concept de champ, 1972-1975: Introduction de Patrick Champagne », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 200, 5, pp. 4-37.
- BOURDIEU P., BOLTANSKI L., SAINT MARTIN M. DE, 1973, « Les stratégies de reconversion. Les classes sociales et le système d'enseignement », *Information sur les sciences sociales*, 12, 5, pp. 61-113.
- BOURDIEU P., PASSERON J.-C., 1985, *Les héritiers. Les étudiants et la culture*, Paris, Les éditions de Minuit.
- BOUSSAGUET, L., HALL, P.A. (dirs.), 2014, *Dictionnaire des politiques publiques*, 4. éd, Paris, Presses de Sciences Po (Références. Gouvernances), 771 p.
- BOUTINET J.-P., 2012, *Anthropologie du projet*, 2^eed, Paris, Presses Universitaires de France (Collection Quadrige), 464 p.
- BOYER R., CORIDIAN C., ERLICH V., 2001, « L'entrée dans la vie étudiante. Socialisation et apprentissages », *Revue française de pédagogie*, 136, 1, pp. 97-105.

- BRESSOUX P., 2009, « Des contextes scolaires inégaux: effet-établissement, effet-classe et effets du groupe de pairs », dans *Sociologie du système éducatif: les inégalités scolaires*, Paris, Presses Universitaires de France (Quadrige), pp. 131-148.
- BROUILLET F., 2011, « Que deviennent les étudiants qui s'inscrivent en premier cycle des études de médecine ? », Note d'information 11-09, MESR DGESIP.
- BROUILLET F., PAPON S., 2010, « Les étudiants inscrits dans les universités publiques françaises en 2008-2009 », Note d'information 10.01, MEN-DEPP.
- BUGEJA-BLOCH F., COUTO M.-P., 2018, « Le Parcoursup des filles. Classe et genre à l'université », *La Vie des idées*.
- BUI-DANG-HA-DOAN J., 1963, « Recherches sociodémographiques sur les médecins en France », *Population (French Edition)*, 18, 4, p. 715.
- CACOUAULT-BITAUD M., OEUVRARD F., 2009, *Sociologie de l'éducation*, Paris, la Découverte.
- CAILLE J.-P., LEMAIRE S., 2002, « Filles et garçons face à l'orientation », *Education et formations*, 63, pp. 111-121.
- CAM P., MOLINARI J.-P., OBSERVATOIRE DE LA VIE ETUDIANTE (FRANCE), 1998, *Les parcours des étudiants : enquête 1994*, Paris, La Documentation française.
- CARRE P., FENOUILLET F., 2011, « Motivation et rapport à la formation », dans *Traité des sciences et techniques de la formation*, 3e éd. entièrement revue et augmentée, Paris, Dunod (Psycho sup), pp. 269-289.
- CARRICABURU D., COHEN P., 2003, *Regards croisés sur la santé- Itinéraires de recherche en anthropologie et en sociologie*, Paris, L'Harmattan (Innovations et Sociétés).
- CARRICABURU D., MENORET M., 2004, *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin.
- CASTERAN SACRESTE B., 2016, « La formation aux professions de la santé en 2014 », *Série Statistiques*, n°198, Paris, DREES.
- CAZELLES-BOU C., 2010, *Représentations de la médecine générale chez les étudiants en médecine. Etude réalisée à Poitiers en 2007*, Thèse pour le Diplôme d'État Docteur en médecine, Poitiers, 112 p.
- CHABOT J.-M., 2005, « Réformes d'hier et d'aujourd'hui », *La revue du praticien*, 55, pp. 195-196.
- CHABOT J.-M., 2008, « Une courbe pour l'après 2008 », *La revue du praticien*, 58, pp. 1341-1342.
- CHABOT J.-M., 2012, « Numerus clausus : tout est dit », *La revue du praticien*, 62, pp. 97-98.
- CHAMBOREDON H., PAVIS F., SURDEZ M., WILLEMEZ L., 1994, « S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, 16, 1, pp. 114-132.
- CHAMPAGNE P., CHRISTIN O., 2019, « Champ », dans *Pierre Bourdieu : Une initiation*, Lyon, Presses universitaires de Lyon (Sociologie), p. 147-183.
- CHAMPY F., 2012a, *La sociologie des professions*, Paris, PUF.

- CHAMPY F., 2012b, « Grand résumé de Nouvelle théorie sociologique des professions », *SociologieS*, p. 12.
- CHAPOULIE J.-M., 1973, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, 14, 1, pp. 86-114.
- CHARBONNEAU J., 2006, « Réversibilités et parcours scolaires au Québec », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 120, 1, pp. 111-131.
- CHARLIN B., GAGNON R., SIBERT L., VAN DER VLEUTEN C., 2002, « Le test de concordance de script, un instrument d'évaluation du raisonnement clinique », *Pédagogie Médicale*, 3, 3, pp. 135-144.
- CHASLES V., DENOYEL A., VINCENT C., s. d., « La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux. L'exemple de la Montagne ardéchoise. », *Géographie de la santé : territoires et sociétés - Géoconfluences*.
- CHEVANDIER C., 1997, *Les métiers de l'hôpital*, Paris, Ed. La découverte.
- CLOUTIER J., LAFRANCE J., MICHALLET B., MARCOUX L., CLOUTIER F., 2015, « French translation and validation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in a Canadian undergraduate healthcare student context », *Journal of Interprofessional Care*, 29, 2, pp. 150-155.
- COMITI V.-P., 2007, « Histoire des universités de médecine : quelques jalons », *Les Tribunes de la santé*, n° 16, 3, p. 19.
- CONFERENCE DES DOYENS DES FACULTES DE MEDECINE, 2009, « Le LMD Santé »,.
- CONFERENCE DES DOYENS DES FACULTES DE MEDECINE, 2011, « États généraux formation médicale », p. 121.
- COUDRAY M.-A., GAY C., 2009, *Le défi des compétences: comprendre et mettre en oeuvre la réforme des études infirmières*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- COULON A., 1997, *Le métier d'étudiant: l'entrée dans la vie universitaire*, Paris, Presses universitaires de France.
- CROCHE S., 2009, « Évolution d'un projet d'Europe sans Bruxelles Le cas du processus de Bologne », *Education et sociétés*, 24, 2, p. 11.
- CROCHE S., 2012, *Le pilotage du processus de Bologne*, Louvain la Neuve, Bruylant-Academia (Collection Thélème 3), 395 p.
- CROCHE S., CHARLIER J.-E., 2008, « AGCS et processus de Bologne. Des modalités différentes d'un même projet de commercialisation de l'enseignement supérieur », *Distances et savoirs*, 6, 1, pp. 13-41.
- CROCHE S., CHARLIER J.-É., 2009, *Le processus de Bologne et ses effets*, Bruxelles, De Boeck & Larcier.
- CROGUENNEC Y., 2017, « La formation aux professions de la santé en 2015 », *Série Statistiques*, DREES, 202, 156 p.
- DANVERS F., 2007, « Quelques paradigmes fondamentaux de l'orientation dans la vie », *Actualité de la Recherche en Education et en Formation*, Strasbourg, 2007.
- DARMON M., 2012, « Sélectionner, élire, prédire : le recrutement des classes préparatoires », *Sociétés contemporaines*, 86, 2, p. 5.

- DARMON M., 2015, *Classes préparatoires: la fabrique d'une jeunesse dominante*, Paris, la Découverte (La Découverte-poche), 325 p.
- DARMON M., 2016, *La socialisation*, 3e édition, Paris, Armand Colin (128).
- DEBAILLY R., VERLEY E., 2011, « La recomposition des parcours dans les universités françaises à la lumière du choix professionnel * », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 42, 2, pp. 31-50.
- DELAPORTE A., 2018, « Inscriptions et parcours des étudiants en formations longues de santé », Note d'information 18.08, MESRI-SIES.
- DEMAZIERE D., 2003, « Matériaux qualitatifs et perspective longitudinale. La temporalité des parcours professionnels saisis par les entretiens biographiques », 10^e journées d'études CEREQ-Lasmas « Les données longitudinales dans l'analyse du marché du travail », Caen, 21 mai 2003.
- DEMAZIERE, D., GADEA, C. (dirs.), 2009, *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Découverte (Recherches), 463 p.
- DENAVE S., 2006, « Les conditions individuelles et collectives des ruptures professionnelles », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 120, 1, pp. 85-110.
- DEPLAUDE M.-O., 2009, « Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, N° 2, 1, pp. 79-100.
- DEPLAUDE M.-O., 2015, *La hantise du nombre: une histoire des « numerus clausus » de médecine*, Paris, Les Belles Lettres (Médecine et sciences humaines), 408 p.
- DETEIX P., CHABOT J.-M., THIBAUT P., 2011, « 15 défis pour la formation initiale », *La revue du praticien, Médecine générale*, 25, 871, pp.798-802.
- DIVAY S., 2006, « Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes », Colloque Travail - Emploi - Formation Quelle égalité entre les hommes et les femmes ?, Lille, 2006.
- DOMINGUEZ D.G., FIKE D.S., MACLAUGHLIN E.J., ZOREK J.A., 2015, « A comparison of the validity of two instruments assessing health professional student perceptions of interprofessional education and practice », *Journal of Interprofessional Care*, 29, 2, pp. 144-149.
- DRAELANTS H., 2010, « Les effets d'attraction des grandes écoles. Excellence, prestige et rapport à l'institution », *Sociologie*, 3, 3, p. 337.
- DRULHE M., SICOT F., 2011, *La santé à coeur ouvert sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail.
- DU M.L., 2019, « Synthèse entre cure et care : les sages-femmes déboussolent le genre », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 49, 1, pp. 137-151.
- DUBAR C., 2015, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin (U), 256 p.
- DUBET F., MARTUCCELLI D., DUBET F., 1996, « Théories de la socialisation et définitions sociologiques de l'école », *Revue Française de Sociologie*, 37, 4, p. 511.

- DUPRIEZ V., MONSEUR C., VAN CAMPENHOUDT M., 2005, « Etudier à l'Université: le poids des pairs et du capital culturel face aux aspirations d'études », *Cahiers de recherche en éducation et formation*, 75, pp. 1-37.
- DURKHEIM E., 2002a, *Education et sociologie*, Chicoutimi, J.-M. Tremblay (Classiques des sciences sociales).
- DURKHEIM E., 2002b, *L'éducation morale*, Chicoutimi, J.-M. Tremblay (Classiques des sciences sociales).
- DURKHEIM É., 2013, *De la division du travail social*, Presses Universitaires de France.
- DURU-BELLAT M., KIEFFER A., 2008, « Du baccalauréat à l'enseignement supérieur en France: déplacement et recomposition des inégalités », *Population*, 63, 1, pp. 123-157.
- DURU-BELLAT M., 2006, *L'inflation scolaire : les désillusions de la méritocratie*, Paris, Seuil (La république des idées).
- DURU-BELLAT M., 2012, « Usages et mésusages des enquêtes PISA dans l'évaluation et le pilotage des systèmes éducatifs », *Policybrief du LIEPP*, 3, p. 6.
- FALL F., 2009, *Enquête sur les ruptures de parcours de formation en soins infirmiers en Picardie : mise en place d'une commande sociale*, Mémoire de Master Ingénierie des politiques sanitaires et sociales, Amiens, Université de Picardie Jules Verne, 90 p.
- FAURE L., 2009, « Les effets de la proximité sur la poursuite d'études supérieures : le cas de l'Université de Perpignan », *Education et sociétés*, 24, 2, p. 93.
- FAURE O., 1994, *Histoire sociale de la médecine*, Paris, Anthropos : Diffusion Economica (Historiques), 272 p.
- FAUVET L., JAKOUBOVITCH S., MIKOL F., 2015, « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », *MESR-SIES-DREES*, n°15-05, p. 6.
- FAYOLLE A.-V., PASSIRANI C., LETERTRE E., RAMOND A., PERROTIN D., SAINT-ANDRE J.-P., RICHARD I., 2016, « Sélection des étudiants en médecine : facteurs prédictifs de réussite ; une revue systématique de la littérature », *La Presse Médicale*, 45, 5, pp. 483-494.
- FELLMANN A., 2009, « « Augmentation du numerus clausus. Ceux qui gagnent et ceux qui perdent » », *Panorama du médecin*, 7 décembre 2009, pp. 26-31.
- FELOUZIS G., 1997, « Les étudiants et la sélection universitaire », *Revue française de pédagogie*, 119, 1, pp. 91-106.
- FELOUZIS G., 2001, *La condition étudiante : sociologie des étudiants et de l'Université*, Paris, Presses universitaires de France (Sociologie d'aujourd'hui).
- FILLAUT T., 1997, *Le système de santé français, 1880-1995: aide-mémoire*, Rennes, École nationale de la santé publique.
- FIQUET L., 2010, *Comment les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes se représentent-ils le médecin généraliste ? Etude qualitative par focus group*, Mémoire de diplôme d'études spécialisées de médecine générale, Université de Rennes 1, Faculté de médecine,.
- FLAHAULT A.T., COUTURIER P.-L., CHATELLIER G., 2006, « Critères de réussite en première année de médecine (PCEM 1) à Paris V », *La revue du praticien*, 56, pp. 1513-1520.

- FONTANINI C., 2011, « Qu'est-ce qui fait courir les filles vers la classe préparatoire scientifique Biologie, Chimie, Physique et Sciences de la Terre (BCPST) ? », *Questions Vives. Recherches en éducation*, Vol.8 n°15.
- FORCRAND R.H. DE, 1898, « Le certificat P. C. N. (Suite) », *Revue internationale de l'enseignement*, 36, 2, pp. 24-35.
- FOREST F., ESPERET E., 2012, *Les universités en France : fonctionnement et enjeux*, Mont-Saint-Aignan, Publications des universités de Rouen et du Havre, 296 p.
- FOUCAULT M., 1975, *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 318 p.
- FOUCAULT M., 1994, *Dits et écrits, tome III, « le jeu de Michel Foucault »*, 2^eed, Paris, Gallimard.
- FOUQUET S., 2013, « Réussite et échec en premier cycle », Note d'information 13-10, MESR DGESIP.
- FREIDSON E., 1984, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 369 p.
- FREIDSON E., 1986, « Les professions artistiques comme défi à l'analyse sociologique », *Revue Française de Sociologie*, 27, 3, pp. 431-443.
- FRICKEY A., 2000, *La socialisation des étudiants débutants: expériences universitaires, familiales et sociales*, Vanves, Ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie, Direction de la programmation et du développement (Les dossiers).
- FROUILLOU L., 2016, « Admission post-bac: un `` libre choix ' ' sous contrainte algorithmique », *Justice Spatiale - Spatial justice*, 10, p. 29.
- FROUILLOU L., PIN C., ZANTEN A. VAN, 2019, « Le rôle des instruments dans la sélection des bacheliers dans l'enseignement supérieur. La nouvelle gouvernance des affectations par les algorithmes », *Sociologie*, 10, 2, p. 209.
- FROUILLOU L., PIN C., ZANTEN A. VAN, 2020, « Les plateformes APB et Parcoursup au service de l'égalité des chances ? », *L'Année sociologique*, Vol. 70, 2, pp. 337-363.
- GADE M., 2010, « Le PCEM1 : Une arme à double tranchant pour la profession de sage-femme », Mémoire DE Sage-femme, Université de Nantes, 70 p.
- GADEA C., GRELON A., 2009, « Est-ce ainsi que les professions meurent? », dans *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte (Recherches), pp. 118-128.
- GAGNON R., 2011, « Les entretiens structurés multiples pour la sélection des candidats aux programmes de formation en médecine », *Pédagogie Médicale*, 12, 1, pp. 5-6.
- GALLAND O., 1990, « Un nouvel âge de la vie », *Revue française de sociologie*, 31, 4, pp. 529-551.
- GALLEY F., DROZ R., 1999, *L'abandon des études universitaires: des difficultés du métier d'étudiant*, Fribourg, Ed. Universitaires, 140 p.
- GARCIA S., 2009, « Réformes de Bologne et économicisation de l'enseignement supérieur », *Revue du MAUSS*, 33, 1, p. 154.
- GARCIA S., 2010, « Déscolarisation universitaire et rationalités étudiantes », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 183, 3, p. 48.
- GENNEP A. VAN, 1981, *Les rites de passage : étude systématique des rites de la porte et du seuil, de l'hospitalité, etc.*, Paris, Éditions A. & J. Picard.

- GHEWY P., SALERNO F., 2010, *Guide pratique de l'analyse de données avec applications sous IBM SPSS Statistics et Excel: questionnez, analysez ... et décidez!*, Bruxelles, De Boeck.
- GIET D., MASSART V., GAGNON R., CHARLIN B., 2013, « Le test de concordance de script en 20 questions », *Pédagogie Médicale*, 14, 1, pp. 39-48.
- GIRARD L., 2018, *Des femmes en blanc - La « fabrication » des infirmières*, Thèse de doctorat, Dijon, Bourgogne Franche-Comté, 292 p.
- GIRIER A., 2012, *Les professionnels à la rencontre de la sociologie*, Paris, l'Harmattan (Logiques sociales).
- GOBLOT E., 2010, *La barrière et le niveau: étude sociologique sur la bourgeoisie française moderne*, Paris, Presses universitaires de France.
- GOFFMAN E., 1968, *Asiles: Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Editions de Minuit.
- GOTTELY J., VILAIN A., 1994, « Les médecins de demain », *Economie et statistique*, 4, 274, pp. 71-87.
- GRIVILLERS E., 2008, « Les bacheliers 2007 inscrits en première année de licence ou de DUT à l'USTL en 2007-2008 », *Observatoire des formations et de l'insertion professionnelle Lille 1*, 43, pp. 1-4.
- GROSSETTI M., 2006, « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 120, 1, pp. 5-28.
- GRUEL L., GALLAND O., HOUZEL G., 2009, *Les étudiants en France histoire et sociologie d'une nouvelle jeunesse*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (Le sens social).
- GUILLAUME P., HOERNI B., 2003, « 1803: le Consulat réorganise la médecine. Une célébration oubliée », *La revue du praticien*, 53, pp. 1619-1621.
- GUILLERM M., TOMASINI M., 2007, « Devenir des bacheliers deux ans après leur première inscription en première année de médecine : réussite et réorientation », Note d'information 07 12, MEN-DEPP.
- GUILLON S., 2015, « La coopération étudiante en cours d'études: Tutorat et entraide, facteurs de réussite? », Biennale Internationale de l'Éducation, de la Formation et des Pratiques professionnelles, Paris, 13p.
- GUSTIN M.-P., VINCIGUERRA C., ISAAC S., BURILLON C., ETIENNE J., 2016, « Approches d'apprentissage et réussite en première année commune des études de santé (PACES) en France », *Pédagogie Médicale*, 17, 1, pp. 23-43.
- HAAS V., MORIN-MESSABEL C., FIEULAIN N., DEMOURES A., 2012, « L'entrée à l'université et ses difficultés : regards croisés à partir d'un dispositif du Plan Réussite Licence », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 41/4.
- HÄNSGEN K.-D. (DIR), 2008, « Questions fréquemment posées à propos de l'AMS et du Numerus clausus »,.
- HARDY-DUBERNET A.-C., 2000, « Le concours de l'internat de médecine : formation ou sélection ? », *Actualité et dossier en santé publique HCSP*, 32, pp. 26-27.

- HARDY-DUBERNET A.-C., 2005, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », *Revue française des affaires sociales*, 1, pp. 35-58.
- HARDY-DUBERNET A.-C., 2007, « Classement des facultés et normalisation des savoirs médicaux », *Conférence internationale du RESUP: Les universités et leurs marchés*, 17p.
- HARDY A.-C., 2011, « Faut-il supprimer les concours de médecine ? », *Pratiques*, 55, pp. 12-15.
- HARDY-DUBERNET A.-C., GADEA C., DIVAY S., LE ROY F., 2005, « De « faire médecine » à « faire de la médecine » », *Série Etudes*, 53, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement. Ministère de la santé et des solidarités, DREES, 203p.
- HELARDOT V., 2006, « Parcours professionnels et histoires de santé : une analyse sous l'angle des bifurcations », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 120, 1, pp. 59-83.
- HELARDOT V., 2009, « Vouloir ce qui arrive ? Les bifurcations biographiques entre logiques structurelles et choix individuels », dans *Bifurcations : Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, La Découverte (Recherches), pp. 160-167.
- HELLEC F., 2009, « La récupération de la rhétorique professionnelle par le management et ses conséquences pour les salariés. L'exemple des inséminateurs dans les coopératives d'élevage. », 12e Journées Internationales de Sociologie du Travail, Nancy, 25p.
- HENAUT L., 2011, « Capacités d'observation et dynamique des groupes professionnels: La conservation des œuvres de musées », *Revue française de sociologie*, 52, 1, p. 71.
- HERAULT D., LABARTHE G., 2003, « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », Note d'Information 03.48, MEN-DEPP.
- HERZLICH C., BUNGENER M., 1993, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France : carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Paris, Les Éditions INSERM.
- HOERNI B., 1998, « La loi du 30 novembre 1892 », *Histoire des sciences médicales*, 32, 1, pp. 63-67.
- HORSCH B., 2021, *L'architecture d'un métier : les étudiants architectes entre orientation, socialisation et insertion professionnelles – Le cas de l'École nationale supérieure d'architecture de Nantes*, Thèse de doctorat, Nantes.
- HUGHES E.C., 1996, *Le regard sociologique: essais choisis*, Paris, Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (Recherches d'histoire et de sciences sociales), 344 p.
- HUGHES E.C., 2003, « La fabrication d'un médecin », *Les sciences de l'éducation-Pour l'ère nouvelle*, 36, 2, pp. 57-70.
- JACQUET A., RIOU J., LETERTRE E., PASSIRANI C., SAINT-ANDRE J.-P., 2017, « Fidélité, équité et impact des mini entretiens multiples dans le processus de sélection des étudiants en santé en France », *Pédagogie Médicale*, 18, 4, pp. 179-188.
- JADDO, WINCKLER M., 2013, *Juste après dresseuse d'ours: les histoires brutes et non romancées d'une jeune généraliste*, Paris, Pocket.
- JAKOUBOVITCH S., 2012, « La formation aux professions de la santé en 2010 », *Série Statistiques*, DREES, 165, p. 99.
- JAMOUS H., COMMAILLE J., PONS-VIGNON B., 1969, *Sociologie de la décision: La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, C.N.R.S. Editions.

- JAOUL-GRAMMARE M., NAKHILI N., 2010, « Quels facteurs influencent les poursuites d'études dans l'enseignement supérieur? », *Net.Doc CEREQ*, 68, p. 26.
- JONNAERT P., BARRETTE J., BOUFRAHI S., MASCIOTRA D., 2004, « Contribution critique au développement des programmes d'études : compétences, constructivisme et interdisciplinarité », *Revue des sciences de l'éducation*, 30, 3, p. 667.
- JOUQUAN J., 2003, « Le choix des étudiants candidats aux études de médecines : enjeux sociaux et pédagogiques d'une décision académique », *Pédagogie médicale*, 4, 1, pp. 5-8.
- JOUQUAN J., 2016, « La sélection des candidats aux études de médecine répond à une problématique de nature éthique avant d'être un problème méthodologique », *Pédagogie Médicale*, 17, 1, pp. 1-5.
- KIVITS J., BALARD F., 2016, « La problématisation ou l'importance de penser sa question de recherche », dans *Les recherches qualitatives en santé*, Malakoff, Armand Colin (Collection U), pp. 43-59.
- KLEIN A., 2016, « La figure du bon médecin », *Recherche & formation*, 2, pp. 61-78.
- KOHLER C., BRAUN M., MARI G., ROLAND J., 2003, « Evolution du profil des étudiants ayant passé le concours de PCEM1 à la Faculté de Médecine de Nancy de 1992 à 2001 », *Pédagogie médicale*, 4, 1, pp. 12-17.
- LABORDE C., LELIEVRE E., VIVIER G., 2007, « Trajectoires et événements marquants, comment dire sa vie ? : Une analyse des faits et des perceptions biographiques », *Population*, 62, 3, p. 567.
- LAKSOV K.B., BOMAN L.E., LILJEDAHL M., BJÖRCK E., 2015, « Identifying keys to success in clinical learning: a study of two interprofessional learning environments », *Journal of Interprofessional Care*, 29, 2, pp. 156-158.
- LAPEYRE N., LE FEUVRE N., 2005, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, 1, pp. 59-81.
- LARUE A., MALENFANT R., JETTE M., 2009, « L'indécision vocationnelle et le retour aux études », *Savoirs*, 19, 1, p. 57.
- LASCOUMES, P., LE GALES, P. (dirs.), 2004, *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 370 p.
- LASSARRE D., GIRON C., PATY B., 2003, « Stress des étudiants et réussite universitaire : les conditions économiques, pédagogiques et psychologiques du succès¹ », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 32/4, pp. 669-691.
- LE CHAPELAIN C., 2008, « Pour un accès équitable à l'enseignement supérieur: analyse d'une politique éducative d'incitation ciblée », *Politique et Gestion de l'Enseignement Supérieur*, 20, 1, p. 9.
- LE GOFF B., 2022, « Les réformes de l'enseignement médical : de la connaissance vers la compétence », *Revue du Rhumatisme*, 89, 3, pp. 232-236.
- LEBER J., 1981, « Evolution des conditions de réussite ou d'échec au concours d'entrée en médecine », *Revue française de pédagogie*, 54, 1, pp. 39-52.
- LEMAIRE S., 2011, « Les bacheliers 2008 Où en sont-ils à la rentrée 2009 ? », Note d'information 11-08, MESR DGESIP.

- LEMIEUX C., 2012, « Problématiser », dans *L'enquête sociologique*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France (Quadrige), pp. 27-51.
- LENESLEY P., LE BOULER S., 2021, *Etudes de santé: le temps des réformes*, Tours, Presses universitaires François-Rabelais, 422 p.
- LEROY F., 1986, *L'histoire de l'hôpital d'Amiens de 1929 à 1966 et de l'École de Médecine d'Amiens de 1804 à 1966*, Thèse de doctorat d'exercice en médecine, Amiens.
- LERT F., 1996, « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, 14, 3, pp. 103-115.
- LEVRAUT J., FOURNIER J.-P., 2012, « Jamais la première fois sur le patient ! », *Annales françaises de médecine d'urgence*, 2, 6, pp. 361-363.
- LEYMARIE M.-C., MORIN C., 2014, « Évolution de la formation des sages-femmes », *les dossiers de l'obstétrique*, 440, pp. 28-32.
- LHUILIER D., 2005, « Le "sale boulot" », *Travailler*, 2, 14, pp. 73-98.
- LIEVRE A., 2017, « Les effectifs d'étudiants dans le supérieur en 2016-2017 en forte progression », *MESR-DGESIP/DGRI-SIES*, NI 17-12, p. 9.
- LIVE Y.-S., 1992, « Les Chinois de Paris depuis le début du siècle. Présence urbaine et activités économiques », *Revue européenne des migrations internationales*, 8, 3, pp. 155-173.
- LOMBARTS K.M.J.M.H., PLOCHG T., THOMPSON C.A., ARAH O.A., ON BEHALF OF THE DUQUE PROJECT CONSORTIUM, 2014, « Measuring Professionalism in Medicine and Nursing: Results of a European Survey » MORETTI C. (dir.), *PLoS ONE*, 9, 5, p. e97069.
- MAETZ I., 2017, « Parcours et réussite en licence et en PACES: les résultats de la session 2016 », Note flash n°18, MESRI-SIES.
- MAILLARD F., 2012, *Former, certifier, insérer effets et paradoxes de l'injonction à la professionnalisation des diplômés*, Rennes, PUR.
- MARQUES S., 2019, « La réforme de la première année commune aux études de santé », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13, 1, pp. 225-251.
- MASDONATI J., MASSOUDI K., ROSSIER J., 2012, « Introduction: L'orientation scolaire et professionnelle en Suisse », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 41/2.
- MATTEI J.-F., ETIENNE J.-C., CHABOT J.-M., 1998, *De la médecine à la santé : Pour une réforme des études médicales et la création d'universités de la santé*, Paris, Flammarion, 144 p.
- MEAD G.H., 2006, *L'esprit, le soi et la société*, Paris (Le lien social), 434 p.
- MENGER P.-M., ABBOTT A., 2003, *Les professions et leurs sociologies: modèles théoriques, catégorisations, évolutions : actes du colloque de la société française de sociologie, Paris, octobre 1999*, Les Editions de la MSH, 280 p.
- MERTON R.K., READER G.G., KENDALL P.L., 1957, *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Harvard University Press.
- MEUNIER-SCHOEN P., 2010, *Universitarisation des professions paramédicales: quel projet pour l'entreprise IFPEK, regroupant trois instituts de formation initiales?*, Mémoire de Master Ingénierie en Formation pour Adultes, Rennes 2.

- MICHAUT C., 2003, « L'efficacité des dispositifs d'aide aux étudiants dans les universités », *Recherche & Formation*, 43, 1, p. 101-113.
- MILLET M., 2003, *Les étudiants et le travail universitaire : étude sociologique*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 253 p.
- MILLET M., THIN D., 2006, « Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité », *Lien social et Politiques*, 54, pp. 153-162.
- MOLINIER P., LAUGIER S., PAPERMAN P., 2009, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot & Rivages (Petite bibliothèque Payot).
- MONET J., 2003, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle Une spécialité médicale impossible*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris I-Panthéon Sorbonne, 707 p.
- MORICE V., AURENGO A., DURAND E., 2012, « Réforme de la première année des études de santé : mise en place d'un outil pour déterminer les étudiants admis dans chaque filière », *Pédagogie Médicale*, 13, 1, pp. 65-72.
- NAVILLE P., 1949, « La crise de « l'illusion professionnelle » chez l'enfant et l'adolescent », *Enfance*, 2, 1, pp. 41-53.
- NAVILLE P., 1972, *Théorie de l'orientation professionnelle*, Paris, Gallimard.
- NEMITZ E., 2004, *Histoire de l'Ecole de santé d'Amiens : De l'école pratique aux Facultés de Médecine et de Pharmacie*, Thèse de doctorat d'exercice en médecine, Amiens.
- NGUYEN D.-Q., BLAIS J.-G., 2007, « Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique », *Pédagogie Médicale*, 8, 4, pp. 232-251.
- NICOURD S., 2011, « Les processus de socialisation des étudiants de la démocratisation universitaire », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 42, 2, pp. 73-87.
- OBSERVATOIRE DE LA VIE ETUDIANTE, 2010, « Les inscrits en L1 non présents aux examens S1 2009/2010 », Université Montpellier 3.
- OLSON R., BIALOCERKOWSKI A., 2014, « Interprofessional education in allied health: a systematic review », *Medical Education*, 48, 3, pp. 236-246.
- ORANGE S., 2012, « Interroger le choix des études supérieures: Les leçons d'un « raté » d'enquête », *Genèses*, 89, 4, p. 112.
- ORIA N., 2012, « A quoi ça nous sert la sociologie ? Des futurs professionnels du social face à la sociologie », dans *Les professionnels à la rencontre de la sociologie*, Paris, L'Harmattan.
- OUI M., 2012, « Comment mesurer la réussite en licence ? », *EducPros*, disponible sur : <https://www.letudiant.fr/educpros/enquetes/a-la-recherche-de-la-reussite-en-licence/comment-mesurer-la-reussite-en-licence.html>.
- PAQUAY L., DE_KETELÉ J.-M., CRAHAY M., 2006, *Analyse qualitative en éducation: des pratiques de recherche aux critères de qualité*, Bruxelles, De Boeck.
- PASQUALI P., 2014, *Passer les frontières sociales: comment les filières d'élite entrouvrent leurs portes*, Paris, Fayard, 459 p.

- PASSERON J.-C., 1990, « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie*, pp. 3-22.
- PARSONS T., 1951, *The social system*, New York, Free Press.
- PASSI V., DOUG M., PEILE E., THISTLETHWAITE J., JOHNSON N., 2010, « Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review », *International Journal of Medical Education*, 1, pp. 19-29.
- PATRICIO M., 2009, « Le processus de Bologne, une opportunité pour améliorer la finalité de l'éducation médicale », *Pédagogie Médicale*, 10, Suppl. 1, pp. S17-S19.
- PAUL M., 2002, « L'accompagnement : une nébuleuse », *Education permanente*, 4, 153, pp. 43-56.
- PAUL M., 2004, *L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique*, Paris, L'Harmattan (Savoir et Formation).
- PERAYA D., 1999, « Médiation et médiatisation: le campus virtuel », *Hermès*, 25, pp. 153-167.
- PERENNES L., PINTE G., 2011, « Retour d'expérience(s) sur un dispositif visant à réduire l'échec en premier cycle universitaire : le Cycle d'Orientatation et de Consolidation », *Questions Vives. Recherches en éducation*, Vol.6 n°16.
- PERIER C., 2010, *Quelle place pour l'histoire de vie des internes en médecine dans leurs choix d'orientation professionnelle ? : une enquête auprès de 313 internes de la Faculté de Médecine de Nantes*, Thèse de médecine générale, Nantes, 75 p.
- PERRENOUD P., 1994, « Curriculum : le formel, le réel, le caché », dans *La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui*, 2^e édition, ESF, pp. 61-76.
- PERRET C., VIENNEY F., HENRY M., 2018, « Le « Semestre Rebond » après la réorientation obligatoire en première année commune des études de santé (PACES) en France - Quels apports et quels devenir pour les étudiants ? », *Pédagogie Médicale*, 19, 1, pp. 3-13.
- PESTIAUX D., 2015, « La responsabilité sociale des institutions de formations en santé », *Pédagogie Médicale*, 16, 3, pp. 163-165.
- PESTIAUX D., BOELEN C., NAWAR T., LADNER J., 2013, « Responsabilité sociale des facultés de médecine », dans *Penser la formation des professionnels de santé*, De Boeck Supérieur (Pédagogies en développement), pp. 89-112.
- PEUGNY C., 2013, *Le destin au berceau: inégalités et reproduction sociale*, Paris, République des idées : Seuil (La république des idées), 111 p.
- PHAM B.-N., ESCHARD J.-P., RICHARD I., ETIENNE J., MASSOUBRE C., LES MEMBRES DU GROUPE DE PEDAGOGIE DE LA CONFERENCE DES DOYENS DES FACULTES DE MEDECINE DE FRANCE, 2016, « L'analyse des difficultés du parcours des étudiants en médecine dans les facultés de médecine françaises », *Pédagogie Médicale*, 17, 3, pp. 147-156.
- PIEDANNA V., DUMONT F., 1998, « Accès des jeunes à l'enseignement supérieur dans le Nord-Pas-de-Calais : entre mobilité et «captivité» », *Espace, populations, sociétés*, 16, 2, pp. 199-209.
- PINELL P., 2005, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157, 1, p. 4.

- PINELL P., 2009, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 50, 2, pp. 315-349.
- PINTE G., 2018, *100 premiers jours à l'université: Éléments pour comprendre la réussite et l'échec à l'université*, Louvain-La-Neuve, EME Editions S.P.R.L, 110 p.
- PIOT T., 2009, « Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ? », *Questions vives recherches en éducation*, 5, 11, pp. 259-275.
- PIRET A., 2003, « Analyse des processus de socialisation corporelle secondaire : le cas de la formation en soins infirmiers », *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, 36, 2, pp. 35-55.
- PISTOLESI N., 2015, « L'orientation active : une aide efficace pour choisir ses études ? », *Regards croisés sur l'économie*, 16, 1, p. 105.
- PLAZOLLES M., 2016, « Les pratiques d'encadrement des « tuteurs de stage » en masso-kinésithérapie », *Kinésithérapie, la Revue*, 16, 173, pp. 2-8.
- POISSON M., 2008, « Le pansement et la pensée : splendeurs et misères du rôle propre », *Recherche en soins infirmiers*, N° 93, 2, p. 56.
- POLLIER A., 2010, « Faire une pause ou bifurquer ? Essai de typologie des trajectoires de formation », *Education et sociétés*, 26, 2, p. 123.
- PONCE C., RUBI S., ROUYER V., 2020, « Les jeux d'enfants ont-ils un genre ? », *The Conversation*.
- POURCELOT C., 2017, « Quels regards les enseignants de lycée professionnel portent-ils sur la poursuite d'études en première année de licence de leurs élèves ? », *Éducation et socialisation*, 46.
- PROST A., 2018, « La loi Faure, de Matignon à l'Élysée », dans POUCKET B., VALENCE D. (dirs.), *La loi Edgar Faure : Réformer l'université après 1968*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (Histoire), pp. 61-77.
- RABIER C., 2010a, « Une révolution médicale ? Dynamiques des professions de santé entre révolution et empire », *Annales historiques de la Révolution française*, 358, pp. 141-159.
- RABIER C., 2010b, « La disparition du barbier chirurgien: Analyse d'une mutation professionnelle au XVIII^e siècle », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 65, 3, pp. 679-711.
- RAULT C., 2015, « Entre études de médecine et études paramédicales : La réorientation des étudiants après le premier semestre de PACES (Première année des études de santé) », *Colloque Questions de pédagogie dans l'enseignement supérieur*, Brest, pp. 349-353.
- RAVINET P., 2009, « Comment le processus de Bologne a-t-il commencé? La formulation de la vision de l'espace européen d'enseignement supérieur en 1998 », *Education et sociétés*, 2, 24, pp. 29-44.
- RAYOU P., 2017, *Sociologie de l'éducation*, 2^e ed, Paris, Presses Universitaires de France (Que sais-je?)
- REMI-GIRAUD S., MONTE M., 2013, « Les réformes dans l'enseignement supérieur et la recherche. Mots, discours, représentations », *Mots. Les langages du politique*, 102, p. 14.
- RENAUT A., 2007, « L'éducation est-elle une marchandise comme une autre ? », *Pouvoirs*, 122, 3, p. 125.

- ROLAND J., 2000, « Formation des médecins: la formation initiale », *Actualité et dossier en santé publique HCSP*, 32, pp. 24-26.
- ROMAINVILLE M., 1997, « Peut-on prédire la réussite d'une première année universitaire? », *Revue française de pédagogie*, 119, 1, pp. 81-90.
- ROMELAER P., 2005, « L'entretien de recherche », dans *Management des ressources humaines: méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, Bruxelles (Rue des Minimes, 9 B-1000), De Boeck Supérieur.
- ROTHIER BAUTZER E., 2017, « Les relations infirmières-médecins, reflet de notre société », *La Revue de l'Infirmière*, 66, 232, pp. 14-17.
- ROTHIER-BAUTZER É., 2012, « Formation des soignants en France : la difficile émergence de nouveaux modèles », *Les Tribunes de la santé*, n° 36, 3, pp. 83-88.
- SAINT-MARC D., 2011, *La formation des médecins: Sociologie des études médicales*, Editions L'Harmattan, 268 p.
- SARFATI F., 2013, « Peut-on décrocher de l'université ? Retour sur la construction d'un problème social », *Agora débats/jeunesses*, 63, 1, p. 7.
- SCHOTTE M., 2014, « Les coûts de la vocation », *Genèses*, 4, 97, pp.149-154.
- SCHWEYER F.-X., 2000, « L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures », *Actualité et dossier en santé publique HCSP*, 32, pp. 16-19.
- SICARD D., VIGARELLO G., 2011, *Aux origines de la médecine*, Paris, Fayard (Le Temps des sciences).
- SICART D., 2014, « Les professions de santé au 1er Janvier 2014 », *Série Statistiques*, N°189, Paris, DREES.
- SINGLY F. DE, 2016, *Le questionnaire*, Paris, Armand Colin (128), 126 p.
- SOREL M., WITTORSKI R., 2005, *La Professionnalisation en Actes Et en Questions*, Editions L'Harmattan, 82 p.
- SOURNIA J.-C., 2004, *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte (Poche / Sciences humaines et sociales), 364 p.
- STEVANOVIC B., 2011, « Orientations scientifiques des filles en France : un bilan contrasté », *Questions Vives. Recherches en éducation*, Vol.6 n°16.
- SUAUD C., 1974, « Contribution à une sociologie de la vocation: destin religieux et projet scolaire », *Revue française de sociologie*, 15, 1, pp. 75-111.
- TARLE S. DE, 2014, « Bernard Koehret (créateur d'Admission-postbac) : "APB est un observatoire extraordinaire de l'orientation en France" », 9 janvier 2014.
- THOMAS F., 2015, *L'évolution des modes de légitimation de l'autorité clinique au sein du champ médical : les hiérarchies médicales hospitalo-universitaires dans le contexte de réforme des hôpitaux*, Thèse de doctorat de sociologie, Limoges.
- THOUVENIN P., 2004, « Ethnographie de la formation des infirmières françaises », *Regards sociologiques*, n°29, pp.35-53
- TOUPIN L., 1995, *De la formation au métier: savoir transférer ses connaissances dans l'action*, ESF éditeur (Pédagogies), 194 p.

- VAN ZANTEN AGNES, 2018, « Les pratiques éducatives familiales des enseignants : des parents comme les autres ? », *Revue française de pédagogie*, 203, pp. 5-14.
- VAN ZANTEN A., RAYOU P., 2017, *Dictionnaire de l'éducation. 2e édition mise à jour.*, Paris, PUF.
- VASSY C., 2000, « Carrières et relations de pouvoir chez les médecins hospitaliers : une comparaison européenne », dans *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques.*, Rennes, Presses de l'EHESP (Recherche, santé, social), pp. 71-86.
- VEGA A., 1997, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, 15, 3, pp. 103-132.
- VERAN O., 2013, « Avis présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à l'enseignement supérieur et à la recherche », *Assemblée Nationale*, p. 36.
- VERMANDELE C., DUPRIEZ V., MAROY C., VAN CAMPENHOUDT M., 2012, « Réussir à l'Université: l'influence persistante du capital culturel de la famille », *Cahier de recherche du GIRSEF*, 87.
- VEZINAT N., 2010, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009) », *Sociologie*, 1, 3, p. 413.
- VEZINAT N., 2016, *Sociologie des groupes professionnels*, Malakoff, Armand Colin (128), 125 p.
- VEZINAT N., 2017, « Le groupe professionnel comme communauté socialisatrice », *Gerontologie et société*, 39 / n° 153, 2, pp. 107-121.
- VIEZ M.-C., 2011, « Les études de médecine en France, Allemagne et Italie », Fédération de l'Hospitalisation Privée, Direction des ressources documentaires, 17p.
- VOUILLOT F., 2007, « L'orientation aux prises avec le genre », *Travail, genre et sociétés*, N° 18, 2, p. 87.
- WALLACH D., 2011, *Numerus clausus Pourquoi la France va manquer de médecins*, Paris, Springer.
- WEISZ G., 1988, « Les transformations de l'élite médicale en France », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 74, 1, pp. 33-46.
- WITTORSKI R., 2008, « La professionnalisation », *Savoirs*, 17, 2, p. 9.
- ZANTEN A. VAN, 2019, « Neo-liberal influences in a 'conservative' regime: the role of institutions, family strategies, and market devices in transition to higher education in France », *Comparative Education*, 55, 3, pp. 347-366.

RAPPORTS

ARS PICARDIE, 2012, « Projet SROS Picardie Soins ambulatoires », Projet Régional de Santé 2012/2017.

BACH J.-F., 2008, « Réflexions et propositions sur la première année des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme L1 Santé », Rapport remis à Madame la Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

BERLAND Y., BONNEL G., CHABOISSIER M., GRANGER J.-M., JOVIC L., QUILLET E., RAPEAU M.-T., COUDRAY M.-A., 2007, « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », Haute Autorité de santé.

CHAPELIER M.A., 2021, « Mission sur la formation des professions paramédicales », Rapport d'information / Commission des affaires sociales, n°4298, Assemblée Nationale, 51p.

CONSEIL REGIONAL de PICARDIE, 2008, Schéma Régional des formations sanitaires et sociales 2008-2012, 118 p.

COURAUD F., 2008, « Rapport du groupe de travail sur le contenu pédagogique du programme de la première année des études de santé », Direction générale de l'enseignement supérieur, MESR.

DEBEAUPUIS J., ALLAL P., 2017, « Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'Université », Rapport IGAS N°2016-123R/ IGAENR N°2017-043.

DEBOUZIE D., 2003, « Rapport de la commission pédagogique nationale de la première année des études de santé », Ministère de la Santé / Ministère de l'Education Nationale et de la recherche.

DOMERGUE J., 2008, « Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de loi n° 1182 portant création d'une première année communaleaux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants, » n°1318, Assemblée Nationale.

ETIENNE J.-C., 2009, « Rapport fait au nom de la commission des Affaires culturelles sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée Nationale, portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants », n°198, Sénat.

GENISSON C., MILON A., 2014, « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé, » Sénat.

HAS/ONDPS, 2008, « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », Recommandation HAS, 61p

HENART L., BERLAND Y., CADET D., 2011, « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer ».

HETZEL P., 2006, « Rapport final « de l'université à l'emploi » ».

INSPECTION GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE, 2012, « Analyse de l'orientation et des poursuites d'études des lycéens à partir de la procédure admission post-bac », 2012-123, Ministère de l'Education Nationale.

LAFON L., 2019, « Avis fait au nom de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé », n° 516, Sénat.

LAINE F., LEBRETON E., 2011, « Construire une carte régionale des formations: outils, méthodes et enjeux pour la formation initiale », Centre d'analyse stratégique.

LE BOULER S., 2018, « Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation de la Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique », Ministère des Solidarités et de la Santé / Ministère de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation, 68p.

LE JACQUES D., BEAUPUY G., RIBRAULT A., 2008, « Le devenir des étudiants sortant sans avoir validé leur année de PCEM », Université d'Angers, Plate forme d'insertion SUIO-IP.

LENOIR N., BERRY G., DAUCHET M., 2019, « Rapport au Parlement du Comité éthique et scientifique de Parcoursup », MESRI-MENJ.

MARRA D., 2018, « Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé », Paris, Ministère des Solidarités et de la Santé. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, 69p.

MAUREY H., 2013, « Désert médicaux: agir vraiment », Rapport d'information, n° 335, Sénat, Commission du développement durable.

MEDIATEUR DE L'EDUCATION NATIONALE, 2009, « Rapport du médiateur de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur. Pour une administration au service de l'évaluation », Paris, Documentation française.

MORELLE A., VEYRET J., LESAGE G., 2008, « Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales », Rapport IGAS/ IGAENR n°2008-068.

ORSS, DRASS Picardie, Conseil Régional Picardie, décembre 2009, « Les ruptures de parcours des étudiants infirmiers en cours de formation »

PINAUD M., 2004, « Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social », Avis du Conseil économique et social, NOR: CES X00003022.

RABY G., 2012, « La licence, un enjeu majeur pour l'enseignement supérieur », Contribution du Comité de suivi de la licence et licence professionnelle pour les Assises de l'enseignement supérieur et de la recherche.

SAINT-ANDRE J.-P., 2018, « Refonte du premier cycle des études de santé pour les "métiers médicaux" : Suppression du numerus clausus et de la PACES », Rapport n°1049344, Ministère des Solidarités et de la Santé – Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'innovation.

SAINT-GIRONS B., 2009, « Renforcer l'orientation active: pour une transition réussie du lycée vers l'enseignement supérieur », *La Documentation Française*, Ministère de l'Education Nationale.

SASSIER M., 2015, « Rapport du médiateur de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur: La médiation: proposer pour avancer », MENESR.

SIMON T., BOUTET-WAISS F., CANEVET F.-Y., 2006, « Accueil et orientation des nouveaux étudiants dans les universités », MEN-ESR / IGAENR.

THUILLEZ C., 2006, « Rapport de la commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD ».

VERAN O., 2013, « Avis présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à l'enseignement supérieur et à la recherche », *Assemblée Nationale*, p. 36.

WALTER J.-L., 2005, « L'insertion professionnelle des jeunes issus de l'enseignement supérieur », Avis du Conseil économique et social, NOR: CES X 0500112V.

2013, « Projet de loi d'orientation pour l'enseignement supérieur et la recherche », Dossier de presse, Ministère de l'enseignement supérieur et la recherche.

TEXTES LEGISLATIFS

CODES

Code de l'Éducation (Article L. 612-3)

Code de l'Éducation (Article L718-16)

Code de la Santé Publique. Quatrième partie. Livre III. Titre II : Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue (Articles L4321-1 à L4323-6)

Code de la Santé Publique, Partie Législative, Quatrième partie : Professions de santé (Articles L4001-1 à L4444-3) y compris les actes dérogatoires dans le cadre de coopération entre professionnels de santé (Articles L4011-1 à L4011-5) et le monopole des pharmaciens : Livre II Titre 1° (Articles L4211-1 à L4212-8)

Code de la Santé Publique. Quatrième partie. Livre III, chapitre I du titre préliminaire « Exercice en pratique avancée » (Art. R. 4301-1)

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES (Enseignement supérieur, formations médicales et paramédicales)

Lois du 2 et 17 mars 1791 « portant suspension de tous les droits d'aides, de toutes les maîtrises et jurandes et établissement des droits de patente » (Décret d'Allarde : suppression des corporations)

Décret du 14 juin 1791 relatif aux assemblées d'ouvriers et artisans de même état et profession, dit Loi Le Chapelier

Décret du 15 septembre 1793 (Article 3 les facultés de médecine sont supprimées)

Décret du 14 frimaire an III (4 décembre 1794) création des écoles de santé de Paris, Montpellier et Strasbourg

Loi du 19 ventôse An XI (10 mars 1803) mettant fin à la liberté d'exercer la médecine sans diplôme

Ordonnance royale du 18 mai 1820, concernant les écoles secondaires de médecine

Ordonnance royale du 13 octobre 1840 relative aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie

Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine (Art.16 : exercice illégal) dite Loi Chevandier

Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles

Loi n°46-857 du 30 avril 1946 tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur-gymnaste médical et de pédicure.

Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 « relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale»

Décret N° 59-57 du 6 janvier 1959 portant réforme de l'enseignement public

Décret n° 60-759 du 28 juillet 1960 portant réforme des études et des examens en vue du doctorat en médecine

Arrêté du 2 août 1960, portant répartition des enseignements entre les six années d'études médicales.

Arrêté du 26 août 1963 fixant les programmes des enseignements du certificat préparatoire aux études médicales et des deux premières années d'études médicales.

Décret n°66-872 du 26 novembre 1966 portant transformation en facultés d'écoles nationales de médecine et de pharmacie (JO 1966 10376)

Décret n°67-539 du 26 juin 1967 portant création du diplôme d'État de laborantin d'analyses médicales.

Loi n°68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur

Arrêté du 26 septembre 1969 Modalités du contrôle des aptitudes et des connaissances pendant la 1^{ère} année du 1^{er} cycle des études médicales.

Arrêté du 23 juillet 1970 Organisation du premier cycle des études médicales créé par l'arrêté du 18 février 1969 (non publié), à titre provisoire

Arrêté du 24 juillet 1970 Création d'un deuxième cycle des études médicales

Loi n° 71-557 du 12 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1969 d'orientation de l'enseignement supérieur (Art. 15 : limitation du nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales ou dentaires au-delà de la première année)

Décret n°77-299 du 22 mars 1977 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure

Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L.473, L.475 et L. 476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière.

Loi n°79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques

Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques

Loi n°84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur (Article 14)

Décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, modifié par Décret n°2006-593 du 23 mai 2006 – art. 1. JORF 25 mai 2006

Décret n°84-586 du 9 juillet 1984 fixant à titre provisoire l'organisation du 3ème cycle des études médicales

Arrêté du 3 décembre 1985 modifié relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'État d'ergothérapeute, d'infirmier, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue

Arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'État d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien.

Arrêté du 30 novembre 1988 relatif aux conditions d'admission dans les écoles préparant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière

Arrêté du 2 octobre 1991 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure-podologue

Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales

Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme d'études conduisant au diplôme d'État d'infirmier.

Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé et arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

Arrêté du 30 mai 1997 modifiant l'arrêté du 2 octobre 1991 modifié relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure-podologue

Arrêté du 30 mai 1997 modifiant l'arrêté du 4 juillet 1972 relatif au fonctionnement et aux conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'État de technicien en analyses biomédicales

Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales

Décret 2002-484 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'espace européen de l'enseignement supérieur.

Arrêté du 10 avril 2002 portant création de la Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé

Arrêté du 15 novembre 2002 modifiant l'arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles et instituts préparant au diplôme d'État d'ergothérapeute, de technicien en analyses biomédicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien

Directive Européenne n° 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

Loi du 10 août 2007 relative aux Libertés et aux Responsabilités des Universités

Circulaire de la Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche du 1° Aout 2008 concernant le projet de réforme de la première année des études de santé

Loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants.

Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP no2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus licence-master-doctorat (LMD)

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'État infirmier

Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé (paru au Journal Officiel du 17 novembre 2009)

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique

Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales

Arrêté du 21 décembre 2012 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier

Loi N°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République

Loi n°2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche

Décret N° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du Certificat de capacité d'orthophoniste

Décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques

Arrêté du 20 février 2014 relatif à l'expérimentation de nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques

Arrêté du 16 juin 2014 fixant au titre de l'année scolaire 2014-2015 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

Arrêté du 16 juin 2014 fixant au titre de l'année scolaire 2014-2015 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'État de psychomotricien

Arrêté du 6 août 2014 fixant au titre de l'année scolaire 2014-2015 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste

Arrêté du 20 octobre 2014 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthoptiste

Bulletin Officiel santé protection sociale solidarité n°2014/10 du 15/11/2014, Référentiel de formation infirmier

Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie

Arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

Décret n° 2015-813 du 5 Juillet 2015 relatif à la Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie

Arrêté du 15 juillet 2015 fixant au titre de l'année 2015-2016 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthoptiste

Règlement Européen n° 2016-679, règlement général sur la protection des données, applicable à partir du 25 mai 2018

Loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Arrêté du 30 octobre 2019 modifiant l'arrêté du 28 septembre 1987 relatif aux modalités de fonctionnement du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

Arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmier, dans le domaine d'intervention des urgences.

SITOGRAPHIE

Dictionnaire informatisé « Le trésor de la langue française » CNRS – Université de Lorraine : <http://atilf.atilf.fr/>

Bibliothèque numérique : les classiques des sciences sociales : <http://classiques.uqac.ca/classiques/>

Portail HAL : <https://hal.archives-ouvertes.fr>

Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation : <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr>

Ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère des solidarités et de la santé : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

Tutorat PACES : <http://www.tutoratpaces.fr>

Assemblée Nationale : <https://www.assemblee-nationale.fr>

Ordre des infirmiers : <https://www.ordre-infirmiers.fr/>

Ordre des médecins : <https://www.conseil-national.medecin.fr>

Ordre des Pédiatres Podologues : <https://www.onpp.fr/>

Site de la Conférence des doyens de médecine :
<https://conferencedesdoyensdemedecine.org>

Le réseau des CHU : <https://www.reseau-chu.org/article/g4-la-cooperation-inter-chu-puissance-4/>

Le quotidien du médecin : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/>

Blog du Professeur Maxime Gignon : <https://maximegignon.wordpress.com>

Vidéo PACES médecine - Dernier cours du Doyen :
<https://www.youtube.com/watch?v=4zbGI5byotU>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	5
LISTE DES ACRONYMES	9
INTRODUCTION GÉNÉRALE	15
Construction de l'objet d'étude	23
Une interrogation dans mon exercice professionnel comme point de départ	23
Objet initial	23
Objet repensé ou secondaire ou comment le terrain influence et réoriente l'objet d'étude	29
La problématique	33
Les choix conceptuels pour éclairer la réflexion	41
La socialisation	41
Le champ	48
Les propriétés opératoires du champ pour cette recherche.....	48
Quelques caractéristiques du champ universitaire	53
L'espace de la médecine abordé sous l'angle du champ médical	54
Division du travail et groupes professionnels	60
La division du travail : quelques notions pour mieux aborder le travail médical	60
Groupes professionnels et division du travail : des théories exemplifiées par la médecine	62
Division du travail et délégation des tâches peu valorisées.....	64
Groupes professionnels, un éclairage contemporain	65
De l'évolution de la division du travail à la recherche de reconnaissance et d'autonomie	68
L'enquête : Méthode, populations et terrain	70
La phase exploratoire et le choix des outils méthodologiques	70
La construction de l'échantillon	72
Le guide d'entretien	73
Le questionnaire	74
L'enquête principale	75
Le terrain d'enquête	76
La construction de l'échantillon	77
Volet quantitatif : le questionnaire	78
Volet qualitatif : les entretiens	82
Volet qualitatif : les observations	86

Le traitement des données – analyse	89
Le traitement des données quantitatives	89
Le traitement des données qualitatives des entretiens	90
Éthique de la recherche	91
1 DU LYCEE A L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR : SE DECIDER A « FAIRE MEDECINE »	93
1.1 L'orientation : trouver la « bonne » porte d'entrée de l'enseignement supérieur	97
1.1.1 L'orientation, un processus complexe	99
1.1.2 Évolution de l'orientation et évolution des politiques publiques	100
1.1.2.1 APB : un algorithme décisionnel	104
1.1.2.1.1 Le fonctionnement d'APB : réalités, intentions, stratégies	105
1.1.2.1.2 APB : ses problèmes, son algorithme	107
1.1.2.2 Parcoursup : une nouvelle plate-forme pour appairer candidats et formations	109
1.1.3 L'orientation active : outils, ressources et moyens mis en œuvre pour s'orienter	112
1.1.4 L'orientation active en PACES ou comment choisir son projet en connaissance de cause	116
1.1.4.1 L'exemple d'une expérimentation d'orientation active à l'université de Lille	119
1.1.4.2 D'autres expériences de régulation des flux d'entrée pour les études de médecine à l'étranger	121
1.2 Flux des étudiants, sélection non-sélection, harmonisation européenne : quid des formations en santé ?	126
1.2.1 Sélection ou non sélection à l'université : le cadre législatif de la loi Edgar Faure à la loi ORE	129
1.2.2 Le processus de Bologne : un processus qui impacte les études de santé	133
1.2.2.1 Des conférences qui jalonnent le processus	134
1.2.2.2 Quelques effets visibles du processus de Bologne sur les études de santé.....	136
1.3 Les études de médecine : entrer dans le champ médical	141
1.3.1 Un petit détour par l'histoire	141
1.3.1.1 La Révolution entraîne la désorganisation de la médecine dans un premier temps	142
1.3.1.2 La refondation de la médecine au début du XIXe siècle	144
1.3.1.3 L'entrée dans le vingtième siècle	148
1.3.1.4 Une réforme de fond au milieu du vingtième siècle, et celles qui s'ensuivent	150
1.3.1.5 Configuration des études médicales avant la réforme de la PACES	154
1.3.2 Le numerus clausus	157
1.3.2.1 Le numerus clausus n'est au début qu'une « limitation »	158
1.3.2.2 Cinquante ans de numerus clausus	162

1.4	Le sous-champ de l'enseignement médical traversé par des instances influentes	170
1.4.1	La Conférence des doyens de médecine : instance symbolique pour la triple mission hospitalo-universitaire	171
1.4.2	La commission pédagogique nationale des études de santé	175
1.4.3	D'autres instances mobilisables dans le capital social des hospitalo-universitaires	177
1.4.3.1	Conseil national des universités en santé (CNU santé)	178
1.4.3.2	Observatoire national de la démographie des professions de santé	178
1.4.3.3	Académie nationale de médecine	179
1.4.3.4	Conférence des Présidents de Commissions Médicales d'Établissement (CME) de CHU	180
1.4.3.5	Le Conseil de l'Ordre des médecins	180
2	LA PACES ET LES FORMATIONS EN SANTE : DES REFORMES SUCCESSIVES, JUXTAPOSEES, TOUJOURS EN COURS	183
2.1	La réforme de la première année commune des études de santé, un processus jalonné par de multiples rapports	187
2.1.1	« De la médecine à la santé »: en 1997, un rapport en décalage avec l'agenda politique mais qui prépare la réforme	188
2.1.1.1	Prendre en compte « le gâchis humain »	190
2.1.1.2	Promouvoir une culture santé commune par le biais d'un DEUG Santé	191
2.1.1.3	Et instaurer des passerelles	192
2.1.1.4	Pour faire émerger des universités de santé	193
2.1.2	Le rapport Debouzie en Juillet 2003 : une « première brique » posée au nom de la commission pédagogique nationale des études de santé	194
2.1.3	Le rapport Thuillez en Juillet 2006: organiser l'intégration des formations médicales et pharmaceutiques dans le cursus LMD	197
2.1.4	Le rapport Bach en Février 2008: l'exigence scientifique renforcée en première année des études de santé.....	199
2.1.5	Le rapport Couraud en Novembre 2008: un dernier rapport sur le contenu des enseignements de la nouvelle première année	203
2.2	La première année des études de santé issue de la réforme	205
2.2.1	Le vote de la loi pendant l'année universitaire 2008/2009	205
2.2.1.1	La circulaire du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche du 01 aout 2008.....	205
2.2.1.2	Quelques navettes entre l'Assemblée Nationale et le Sénat avant l'adoption définitive	206
2.2.2	A l'issue de la réforme: un contenu harmonisé et la réorientation instituée	208
2.3	Les évolutions de la PACES : Expérimentations, alternatives et passerelles	212
2.3.1	Les expérimentations : une déconstruction progressive de la PACES	214
2.3.1.1	Une réorientation plus précoce est prévue	214
2.3.1.2	Le modèle de l'Alter PACES, une passerelle entrante	215
2.3.1.3	Le modèle de la PACES adaptée, une passerelle sortante	216
2.3.2	Et la réflexion continue sur le regroupement de toutes les formations de santé	218

2.4	Les autres formations en santé dans le jeu des réformes	221
2.4.1	Les formations paramédicales : une grande diversité difficile à harmoniser	221
2.4.1.1	Pas de numerus clausus mais un quota	222
2.4.1.2	Les modalités d'entrée dans les différentes formations avant la mise en place de Parcoursup	224
2.4.1.2.1	Les infirmier(e)s	225
2.4.1.2.2	Les masseurs kinésithérapeutes	226
2.4.1.2.3	Les orthophonistes	227
2.4.1.2.4	Les orthoptistes	228
2.4.1.2.5	Les manipulateurs en électroradiologie médicale (MEM)	229
2.4.1.2.6	Les psychomotriciens	229
2.4.1.2.7	Les pédicures podologues	230
2.4.1.2.8	Les ergothérapeutes	231
2.4.1.2.9	Les techniciens de laboratoire médical	231
2.4.1.2.10	Les audioprothésistes	232
2.4.2	La démographie des professions de santé et l'évolution des métiers invitent à une démarche prospective sur les différentes formations	234
2.4.3	La construction d'un modèle d'ingénierie pédagogique répliqué pour les formations paramédicales	237
3	UNE REFORME DECLINEE LOCALEMENT : LES RAISONS ET LES RESSORTS DE L'EMERGENCE D'UNE SINGULARITE	247
3.1	De l'école des officiers de santé au Campus santé : Une socio-histoire locale des UFR de médecine et de Pharmacie	251
3.1.1	Émergence de l'enseignement médical à Amiens dans la première moitié du XIXe siècle	251
3.1.1.1	En 1804, la première école est une École pratique de santé qui forme des officiers de santé	252
3.1.1.2	L'École pratique de santé cède la place aux Cours pratiques de médecine, de chirurgie et de pharmacie	254
3.1.1.3	Puis une École secondaire de médecine et de pharmacie.....	255
3.1.2	Dans la seconde moitié du XIXe siècle, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie	256
3.1.3	Le début du XXe siècle : une implantation qui se confirme	258
3.1.4	La transformation de l'École nationale en Faculté de médecine en 1966	260
3.1.5	Adapter le patrimoine immobilier aux dimensions des promotions d'étudiants	261
3.1.6	Envisager une « Université de santé » ou un Campus Santé au XXIe siècle	262
3.2	Le champ local des formations en santé	265
3.2.1	Les formations médicales et pharmaceutiques du Pôle santé	266
3.2.1.1	L'offre de formation	267
3.2.1.2	Des agents multi-positions	268
3.2.1.2.1	L'assesseur du premier cycle de l'UFR de médecine	269
3.2.1.2.2	Le Directeur de l'UFR de médecine	270

3.2.1.2.3	Le second vice-président du Conseil d'administration de l'Université	272
3.2.1.2.4	La référente de l'UFR de médecine pour le parcours de réorientation	273
3.2.1.2.5	Le référent de l'UFR de pharmacie pour le parcours de réorientation	275
3.2.1.2.6	Et une responsable administrative « faisant fonction » pour le parcours de réorientation	275
3.2.1.3	La dimension géographique et immobilière : enjeu majeur pour un « Campus santé »	277
3.2.2	Les instituts de formation paramédicale : un espace qui continue de se développer	279
3.3	Le dispositif de réorientation de la PACES dans l'université étudiée	289
3.3.1	Faciliter la réorientation : l'origine du projet	290
3.3.1.1	Les agents impliqués dans l'élaboration du dispositif de réorientation	290
3.3.1.2	Une implication qui comprend aussi le financement du dispositif	293
3.3.1.3	La chronologie du projet d'aide à la préparation des concours paramédicaux	295
3.3.2	Les Journées de réorientation : un large dispositif	298
3.3.2.1	La première édition : une mobilisation sans précédent	299
3.3.2.2	Les évolutions du dispositif : un glissement vers un Diplôme Universitaire Tremplin	303
3.3.3	Le « parcours d'aide à la préparation des concours paramédicaux » : un dispositif spécifiquement conçu pour la réorientation	306
3.3.3.1	La première année : le lancement du parcours	308
3.3.3.2	La pérennisation du parcours	309
3.3.3.3	Visibilité, invisibilité du parcours et environnement concurrentiel	311
3.3.4	Les enjeux d'un projet : entre responsabilité sociale et stratégies hospitalo-universitaires	315
4	LES ETUDIANTS EXCLUS DE PACES : DES TRAJECTOIRES CONTRARIEES	319
4.1	L'orientation en PACES à la lumière des déterminants de la trajectoire antérieure	323
4.1.1	La contrainte des facteurs socio-scolaires dans les trajectoires étudiantes	323
4.1.2	La motivation : expression personnelle ou expression des déterminants sociaux ?	332
4.1.3	Un premier choix d'orientation	335
4.1.4	Le poids des stages de découverte ou d'immersion dans les choix d'orientation	340
4.1.5	L'influence de la famille et des pairs sur l'orientation	344
4.1.6	Le rôle des conseillers d'orientation	351
4.1.7	Les pratiques d'orientation variables selon les lycées	353
4.1.8	APB et les choix stratégiques	359
4.1.9	La profession de santé envisagée suite à la PACES	363
4.2	Six mois pour se dépasser ou être dépassé : le premier semestre des étudiants en PACES	366
4.2.1	L'entrée à l'université : une socialisation à l'université et à la médecine	367
4.2.1.1	Le passage du lycée à l'université : un nouveau monde.....	368
4.2.1.2	L'arrivée en PACES : le début de la formation et de la socialisation médicale	369
4.2.2	Les cours en « amphis » : aux frontières de l'explicite et de l'implicite	375

4.2.3	Une rude compétition	383
4.2.4	Le tutorat, les 'conf', les prépas : des stratégies pour mettre toutes les chances de son côté ?	391
4.2.4.1	L0, une année de PACES avant la PACES	394
4.2.4.2	Les conférences payantes	399
4.2.4.3	Le tutorat	401
4.2.4.4	Les classes préparatoires privées ou « prépas privées »	405
4.2.5	La dynamique de travail	413
4.2.5.1	La difficulté à juger de l'effort et de la direction à maintenir	415
4.2.5.2	La dépendance à l'institution : aller ou ne pas aller en cours ?	416
4.2.5.3	Quelle approche d'apprentissage privilégier ?	419
4.2.5.4	Les habitudes de travail	423
4.2.5.5	Le lieu de travail habituel	425
4.2.6	Le concours du premier semestre : un rite scolaire éprouvant	427
4.2.6.1	Une sortie du cursus prévisible ?	427
4.2.6.2	Le concours : une organisation sans failles ?	431
4.2.6.3	Le concours et parfois la violence de l'échec	437
4.2.6.3.1	Le processus de sélection est souvent vécu comme un tri douloureux	438
4.2.6.3.2	Injustice, doutes, suspicion entremêlés	441
4.2.6.3.3	Choisir d'abandonner	444
4.2.7	Facteurs multiples, configurations plurielles : les déterminants de l'échec en PACES	446
4.3	Le moment de la réorientation : un turning point de la trajectoire étudiante	451
4.3.1	Les voies privilégiées lors d'une réorientation en première année de médecine	453
4.3.2	Le deuxième choix d'orientation et ses déterminants	456
4.3.3	Autrui significatifs et groupes de référence : le cercle des influents pour le nouveau choix d'orientation	461
4.3.4	Rester dans le domaine de la santé	466
4.3.5	Le second choix : un plébiscite pour la formation infirmière	468
4.3.5.1	Choix par défaut	469
4.3.5.2	Choix différencié selon le genre et métiers féminisés	471
4.3.6	Effets et bénéfices du dispositif sur les étudiants : des ressources pour un nouveau projet et pour de nouvelles perspectives	475
4.3.6.1	Les effets pratiques et symboliques du parcours	476
4.3.6.2	Les apports du parcours	478
4.3.6.3	L'utilisation du parcours : une pluralité de modèles	482
4.3.6.4	Le bénéfice majeur : pouvoir intégrer un institut paramédical	487
4.4	Un rapport différencié à la nouvelle formation	492
4.4.1	Trajectoires préalables à l'entrée en formation paramédicale	492
4.4.2	Choix par « dépit » ou « roue de secours » : le vocabulaire du déclassement	495

4.4.3	Une nouvelle socialisation avec de nouveaux agents et une formation par compétences	499
4.4.4	Des représentations des métiers de la santé différenciées	507
4.4.4.1	Des représentations influencées par le vécu de la formation	508
4.4.4.2	Mais des représentations modulées par l'apprentissage de la coopération à l'hôpital	512
4.4.5	Projet professionnel et perspectives des enquêtés: le début d'une carrière	514
4.4.5.1	Travailler dans le secteur public ou dans le secteur privé	516
4.4.5.2	Choisir de poursuivre ses études	518
CONCLUSION		523
BIBLIOGRAPHIE		535
INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES		568
ANNEXES		571

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES

Index des tableaux

Tableau 1 : Évolution du taux des étudiants PACES inscrits dans le parcours et taux des étudiants du parcours interrogés entre 2010 et 2015	p 81
Tableau 2 : Programme d'enseignement du parcours des « paramédicaux »	p 310
Tableau 3 : Type de mention obtenue en fonction de la série du baccalauréat	p 326
Tableau 4 : Catégorie socio professionnelle de chacun des deux parents	p 328
Tableau 5 : Niveau de diplôme de chacun des parents	p 328
Tableau 6 : Typologie des différentes motivations des étudiants interrogés pour s'inscrire en PACES	p 333
Tableau 7 : Poids de l'entourage dans la prise de décision d'orientation pour l'entrée dans l'enseignement supérieur	p 347
Tableau 8 : Taux des professionnels de santé dans le cercle familial des étudiants interrogés	p 348
Tableau 9 : Renseignements pris au salon étudiant par type de formation en santé	p 354
Tableau 10 : Sources d'informations pour l'orientation pendant le lycée	p 355
Tableau 11 : Journées Portes Ouvertes fréquentées pour une formation en santé	p 358
Tableau 12 : Répartition des vœux d'orientation classés en rang 1	p 362
Tableau 13 : Répartition des vœux d'orientation classés en rang 2	p 362
Tableau 14 : Formation visée en deuxième année après la PACES	p 363
Tableau 15 : Modalités de l'utilisation du support de cours	p 381
Tableau 16 : Perception des méthodes d'enseignement en PACES par les étudiants	p 382
Tableau 17 : Vécu psychologique du premier semestre par les étudiants	p 386
Tableau 18 : Taux de recours à une aide au travail personnel pour les étudiants de l'enquête	p 393
Tableau 19 : Raisons invoquées pour ne pas avoir eu recours au tutorat	p 405
Tableau 20 : Recours à une formation préparatoire pour les étudiants en PCEM2 (2011/2012)	p 407
Tableau 21 : Taux de boursiers parmi les étudiants reçus en deuxième année	p 407
Tableau 22 : Taux de boursiers parmi les étudiants exclus de PACES	p 407

Tableau 23 : Dynamique de travail des étudiants enquêtés	p 413
Tableau 24 : Habitudes de travail parmi les étudiants interrogés	p 423
Tableau 25 : Lieu de travail habituel des étudiants interrogés	p 425
Tableau 26 : Effet de surprise des résultats du premier semestre de PACES auprès des étudiants ajournés	p 428
Tableau 27 : Adéquation entre le profil de l'étudiant et la filière PACES	p 429
Tableau 28 : Choix éclairé de l'orientation en terminale	p 430
Tableau 29 : Coefficients du semestre 1 en PACES selon la filière choisie	p 433
Tableau 30 : Sentiment de déception du fait d'être exclus de la formation	p 440
Tableau 31 : Type de parcours effectué avant de rejoindre le dispositif de réorientation	p 445
Tableau 32 : Pourcentage d'étudiants envisageant de reprendre le cursus médical après validation de 90 ECTS	p 455
Tableau 33 : Les trois raisons principales pour intégrer une formation paramédicale classées de la plus importante à la moins importante	p 457
Tableau 34 : Professions de santé présentes dans la famille élargie des étudiants interrogés	p 465
Tableau 35 : Concours paramédicaux envisagés par ordre de préférence	p 469
Tableau 36 : Autres concours présentés	p 471
Tableau 37 : Proportion garçons/filles au sein du parcours de préparation aux concours paramédicaux	p 472
Tableau 38 : Taux de satisfaction des étudiants concernant les apports du parcours de réorientation	p 478
Tableau 39 : Caractéristiques socio-scolaires des nouveaux inscrits dans les formations paramédicales recrutant après le baccalauréat	p 493

Index des figures

Figure 1 : Schéma des études médicales avant la PACES	p 155
Figure 2 : Évolution du numéus clausus en Médecine, Pharmacie, Maïeutique et Odontologie entre 1972 et 2018	p 163
Figure 3 : Évolution du nombre d'inscrits en PCEM1, des nouveaux bacheliers et du numerus clausus entre les rentrées 2001 et 2009 (France métropolitaine et DOM)	p 165

Figure 4 : Schéma des études médicales depuis la réforme des premier et deuxième cycles	p186
Figure 5 : Diagramme du flux des étudiants selon leur classement au cours de l'année de PACES	p 211
Figure 6 : Répartition des professions de santé en 2014 au niveau national	p 224
Figure 7 : Évolution de la répartition des places disponibles à l'issue de la PACES à l'Université d'Amiens entre 2010 et 2018	p 267
Figure 8 : Le champ local de la formation en santé à Amiens	p 285
Figure 9 : Intentions de réorientation des étudiants de PACES en échec au cours de la 1 ^o procédure	p 303
Figure 10 : Taux d'admission dans un institut de formation	p 488
Figure 11 : Admission par type de formation	p 488
Figure 12 : Situation année N+1	p 489

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1

Questionnaire p 572

Annexe 2

Guide d'entretien pour les étudiants p 579

Annexe 3

Guide d'entretien pour les responsables de formations hospitalo-universitaires p 580

Annexe 4

Tableau des entretiens p 581

Annexe 5

Tableau des observations p 585

Annexe 6

Questionnaire pour l'orientation active à l'entrée en PACES (Université de Lille) p 586

ANNEXE 1

Questionnaire destiné aux étudiants qui suivent la préparation aux concours paramédicaux

Ce questionnaire s'inscrit dans le travail de recherche que je mène pour ma thèse de doctorat à l'UPJV. Celle-ci porte sur l'accès aux professions paramédicales après la PACES. Votre collaboration est donc précieuse.

Les renseignements demandés (parcours antérieur, identité sociale, motivations...) sont nécessaires pour mener cette enquête. Les données resteront anonymes et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche universitaire.

Par avance, merci de bien vouloir répondre à toutes les questions.

VOTRE PARCOURS

1) A quel âge avez-vous obtenu votre Bac :ans

2) Etes vous titulaire d'un

- Bac S Spécialité.....
 Autre Bac..... Spécialité.....

3) Mention obtenue :

Très bien Bien Assez bien Passable

4) Lycée fréquenté :.....

5) En terminale, quelle était votre moyenne :

En Maths En Physique-Chimie.....
En SVT..... (éventuellement) Sc de l'ingénieur.....

6) En première, quelle était votre moyenne :

En Maths En Physique-Chimie.....
En SVT.....

7) Avez-vous redoublé une (ou plusieurs) classe(s) ? Oui Non

Si oui, combien de fois avez-vous redoublé ?

Quelles classes avez-vous redoublé ?

8) Si votre Bac est antérieur à 2012, quelles études avez-vous suivies ?

2011/2012.....2010/2011.....

VOTRE PROJET INITIAL POUR VOS ETUDES

9) Qui a décidé principalement de votre orientation scolaire ? (plusieurs réponses sont possibles)

Vous Vos parents
Vos enseignants Quelqu'un d'autre (précisez qui):

10) Concernant votre orientation pendant les années lycée et notamment en Terminale, avez-vous recherché des informations auprès de : (plusieurs réponses possibles)

- 1) CIO/ ONISEP/ Conseillers d'orientation
- 2) Recherche Internet
- 3) Forum du lycéen à l'étudiant, Mégacité
Pour quelles formations ?.....
- 4) Salon de l'étudiant, autre région que Picardie
- 5) Journées Portes ouvertes
Lesquelles.....
- 6) Chat sur forums d'étudiants
- 7) Renseignements directs auprès de professionnels
- 8) Stage en milieu professionnel

11) Sur Admission Post-Bac, quels étaient vos vœux ?

- Vœu n°1.....
- Vœu n°2.....
- Vœu n°3.....
- Vœu n°4.....

12) Depuis quand envisagez-vous de « faire » médecine (ou 'pharma', sage-femme, dentaire, 'kiné') ?

- 1) Depuis l'école primaire
- 2) Depuis le collège
- 3) Depuis le lycée
- 4) Depuis la classe de première
- 5) Depuis la classe de terminale

13) Qu'est-ce qui vous a motivé à vous inscrire en médecine ? (plusieurs réponses sont possibles)

- 1) Vœu principal refusé
- 2) Pas d'idée précise de ce que je voulais faire, alors pourquoi pas ?
- 3) Choix qui date de longtemps
- 4) Non admis au concours IFSI (ou autre paramédical) l'an dernier
- 5) Pour faire un métier utile et passionnant
- 6) Pour faire un métier technologique et scientifique
- 7) Profession socialement valorisée et reconnue
- 8) Choix conseillé par ma famille
- 9) Choix conseillé par mes amis
- 10) Connaissance de professionnels en exercice
- 11) Frais d'inscription modérés
- 12) Lieu d'étude assez proche, pour rester dans ma région
- 13) Autre.....

14) Vous êtes entré(e) en PACES pour continuer en :

Classez de 1 à 5 par ordre de préférence

- 1) Médecine
- 2) Pharmacie
- 3) Sage-femme
- 4) Odontologie
- 5) Kinésithérapie

VOTRE TRAVAIL ETUDIANT

15) Maintenant, concernant le semestre 1 de PACES, sur le contenu des UE, diriez-vous que :

- Le volume était :
- 1) important
 - 2) trop important
 - 3) juste bien comme il faut

Il y avait beaucoup de nouvelles notions à acquérir Oui
Non

16) Les méthodes d'enseignement étaient différentes du lycée, vous semblaient-elles adaptées ?

- Oui Non Ne sait pas

17) Dans quel amphi aviez vous cours ?

- 1) Haüy 2) Baudelocque 3) Amphi 600 Campus

18) Pour les cours, utilisiez-vous les supports de cours à votre disposition (INES, papier, ...)

	Souvent	Parfois	Jamais
Avant le cours, pour le travailler			
Pendant le cours, pour suivre plus facilement			
Après le cours, pour apprendre			

19) Concernant le travail personnel à fournir au semestre 1, quelle a été votre attitude :

- 1) Je me suis mis(e) au travail dès la rentrée de manière régulière
- 2) Je me suis mis(e) au travail quelques semaines après la rentrée
- 3) Je me suis plutôt mis(e) au travail en voyant arriver le concours
- 4) J'ai eu des périodes de travail et des périodes de relâchement

20) Concernant votre mental, diriez-vous :

- 1) J'ai eu le sentiment de décrocher, de perdre pied
à quel moment environ.....
- 2) J'ai eu du mal avec l'ambiance de compétition
- 3) Je me suis senti(e) isolé(e)
- 4) Je n'ai pas trouvé de soutien

21) Quelles étaient vos habitudes de travail ?

- 1) Le plus souvent seul
- 2) Seul et avec des amis
- 3) Le plus souvent en groupe

22) Et votre lieu de travail habituel ?

	Le plus souvent	Rarement	Jamais
1) Chez vous			
2) A la BU			
3) Autre.....			

23) Fréquentiez-vous souvent les BU suivantes?

	Très souvent	Parfois	Jamais
1) BU Cathédrale (Droit)			
2) BU Santé (St Charles)			
3) BU Campus			
4) Autre BU.....			

24) Avez-vous bénéficié d'une aide pour votre travail personnel ?

Oui Non

- Si oui, laquelle :
- 1) 'Prépa' au cours du semestre
 - 2) Conférences payantes
 - 3) Tutorat
 - 4) Autres précisez.....

25) Si vous n'avez pas participé au tutorat, diriez-vous que :

- 1) Je n'ai pas eu suffisamment d'informations
- 2) Je ne pensais pas en avoir besoin
- 3) Cela représente une perte de temps
- 4) J'avais peur d'une charge de travail supplémentaire
- 5) Je préférerais m'inscrire à une prépa privée

26) Dans quel cas êtes-vous ?

- 1) PACES 1^o année dans les 15% à réorientation obligatoire
- 2) PACES redoublant dans les 15% à réorientation obligatoire
- 3) PACES 1^o année sans réorientation obligatoire
- 4) PACES redoublant sans réorientation obligatoire

27) Avec le recul, pensez-vous que le choix de suivre cette filière était ce qui vous convenait ?

Oui, plutôt d'accord Moyennement d'accord Non, plutôt pas d'accord

28) Rétrospectivement, pensez-vous avoir eu les éléments permettant de faire un bon choix d'orientation après la terminale?

Oui, plutôt d'accord Moyennement d'accord Non, plutôt pas d'accord

29) Après les résultats du semestre 1, avez-vous été surpris d'être dans le groupe d'étudiants qui ne peuvent pas poursuivre le 2^o semestre de PACES ?

Oui, plutôt d'accord Moyennement d'accord Non, plutôt pas d'accord

30) Est-ce pour vous une déception de ne pas pouvoir aller jusqu'au bout de la formation médicale ?

Oui, plutôt d'accord Moyennement d'accord Non, plutôt pas d'accord

31) Envisagez-vous de reprendre plus tard ce cursus médical ? (après validation de 90 ECTS, par exemple)

Oui Non Je ne sais pas

VOTRE NOUVEAU PROJET

32) Vous avez maintenant choisi de suivre l'aide à la préparation aux concours paramédicaux, quelles sont les 3 raisons principales qui vous ont poussé à faire ce choix ?

Numérotez de 1 (le plus important) à 3 (moins important)

- 1) Durée des études plus courte _____
- 2) Difficulté des études plus adaptée _____
- 3) Pour rester dans le domaine de la santé _____
- 4) Pour faire un métier où je prendrai soin des autres _____
- 5) Pour bien gagner ma vie, avoir de bons revenus _____
- 6) Pour travailler en libéral _____
- 7) Pour être salarié(e) et travailler en équipe _____
- 8) Pour faire un métier technologique et scientifique _____
- 9) Autres.....

33) Pensez-vous que ce parcours d'aide à la préparation aux concours vous apporte :

- | | Plutôt d'accord | Pas d'accord |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Des informations pour le choix d'un métier paramédical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Une motivation pour rester dans une dynamique de travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Un bénéfice pour votre scolarité future | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

34) A part ce qui était proposé au cours de la semaine de réorientation, avez-vous fait vous-même des démarches pour vous renseigner sur les métiers paramédicaux ?

Oui Non

Si oui, quelles actions ?.....

35) Quels concours paramédicaux envisagez-vous de passer ?

Numérotez par ordre de préférence

- 1) Infirmier _____
- 2) Manipulateur radio _____
- 3) Ergothérapeute _____
- 4) Technicien de laboratoire _____
- 5) Orthophoniste _____
- 6) Psychomotricien _____
- 7) Orthoptiste _____
- 8) Pédiacre podologue _____
- 9) Autres.....

VOTRE PROFIL

36) Vous êtes :

Un garçon Une fille

37) Votre âgeans

38) Département du domicile familial (ou parent avec lequel vous vivez)

- 02 80 60
62 76 Autre.....

39) Domicile au cours de la semaine :

- 1) Chez les parents
2) Seul (chambre en ville, appartement)
3) En colocation
4) En résidence universitaire

40) Quelle est la profession de votre père (précisez sa dernière profession si retraité ou inactif)

.....
41) Quel est son diplôme le plus élevé (*une seule réponse*):

- 1) Sans diplôme
2) Brevet des collèges
3) CAP/BEP
4) Bac
5) Bac +2
6) Bac +3
7) Bac +5
8) Doctorat
9) Ecole d'ingénieur
10) Ecole de commerce/gestion

42) Quelle est la profession de votre mère (précisez sa dernière profession si retraitée ou inactive)

.....
43) Quel est son diplôme le plus élevé (*une seule réponse*):

- 1) Sans diplôme
2) Brevet des collèges
3) CAP/BEP
4) Bac
5) Bac +2
6) Bac +3
7) Bac +5
8) Doctorat
9) Ecole d'ingénieur
10) Ecole de commerce/gestion

44) Quel est le statut professionnel de vos parents ?

	Père	Mère
Salarié du service public hospitalier		
Salarié autre service public		
Salarié du secteur privé		
Travailleur indépendant		
Au foyer		

45) Avez-vous des frères et/ou des sœurs ?

Oui Non
Si oui, combien ?

46) Professions de vos grands-parents (quand ils étaient actifs), précisez éventuellement “ sans profession ” :

- 1) votre grand-père paternel :
- 2) votre grand-mère paternelle :
- 3) votre grand-père maternel :
- 4) votre grand-mère maternelle :

47) Avez-vous dans votre famille un ou plusieurs professionnel(s) de santé ?

Oui Non Si oui, combien.....

profession..... lien de parenté.....
profession..... lien de parenté.....
profession..... lien de parenté.....

48) Situation au cours du premier semestre : (*plusieurs réponses possibles*)

- 1) Boursier oui non
- 2) Aide financière parentale oui non
- 3) Autre allocation? oui non
si oui, laquelle ?.....

49) Au cours de votre premier semestre de PACES, aviez-vous un job rémunéré ?

oui non

Si oui, pendant la semaine nombre d’heures.....
pendant le week-end nombre d’heures.....
uniquement pendant les petites vacances
uniquement pendant l’été

Seriez-vous d'accord pour m'accorder un entretien sur ces thèmes ? Dans ce cas, vous pouvez me laisser vos coordonnées (celles-ci resteront anonymes), merci d'avance.

Votre mail

Et/ou votre numéro de téléphone.....

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

ANNEXE 2

Guide d'entretien

Etudiant en institut paramédical ayant fait un passage par PACES et Réorientation

► **Parcours scolaire :**

Comment décririez-vous votre parcours scolaire ? De quel type ? Matières préférées ?
Redoublement ?

► **Bac :** quel bac avez-vous passé ? Mention ? Spécialité ? à quel âge ?
Quel lycée ? vos amis : quelle poursuite d'études ?

► **Orientation en terminale :**

Comment avez-vous fait ? Moyens et ressources utilisés ?
Qui a pu vous influencer ou vous guider ? Est-ce votre propre choix au final ?
Vœux sur APB ? 1 2 3 4
De quand date le choix d'orientation vers tel type de métier ?
Connaissance du contenu des études ?

► **En PACES :** Année entière ou 1 semestre ? redoublement ?

Dynamique de travail ?
Accompagnement ou soutien complémentaire : prépa ? Tutorat ?
Classement ? Votre réaction ?
Pour vous, quelles ont été les difficultés ?
A votre avis, quels écueils ?

► **Réorientation :**

Quelles actions avez-vous faites pour vous renseigner ?
Journée de réorientation ?
Forums, salons, portes ouvertes ?
Par les proches : parents, frères et sœurs, copains et copines ?
Journée passée auprès d'un professionnel ?
Quelles réactions de la part de vos parents ? soutien ?

► **Le suivi de la prépa concours ou d'une prépa concours**

Comment avez-vous connu ce parcours ? Rôle du Bioip ?
Que pensez-vous de la prépa ?
Correspond-elle à vos attentes ? Vos besoins et votre façon d'étudier ?
Quels concours avez-vous passé ? Choix multiples ? Y a-t-il un point commun à ces choix ?
Attirance vers le technique-scientifique ou le prendre soin ?

► **Choix de la profession :** quelle idée ? Quelles représentations ?

Influence de votre entourage ? Y a-t-il des professionnels de santé ?
Profession des parents ?

► **Formation actuelle**

Correspond-elle à votre façon d'étudier ?
Comment vous voyez vous travailler après votre diplôme ?
Quelle importance accordez-vous au statut professionnel ? Social ? Réussite ?
Y a-t-il pour vous des métiers de la santé plus prestigieux que les autres ? plus influents ? plus importants ?

ANNEXE 3

Guide d'entretien

Personnes mobilisées sur le parcours d'aide à la préparation aux concours paramédicaux UPJV

Responsables de l'Université / Responsables de formation paramédicale

Se présenter et présenter mon travail.

► **Votre avis sur PACES :**

De quelle façon êtes-vous concerné(e) par la réforme ?

Motivation de la réforme ?

Modifications ? Programmes ? Sélection ?

Socle commun ? Passerelles ?

Points positifs et négatifs de la réforme ?

Echec et réorientations possibles ?

► **Votre avis sur la réorientation ?**

Votre participation au montage des solutions de réorientation ?

Qui est à l'initiative du projet ?

Y avait-il d'autres idées ou un projet auquel vous aviez réfléchi ?

Mise en place de la réorientation, c'est 2012 : choix de le faire plus rapidement, pourquoi ?

► **Au lycée :**

Y a-t-il un problème d'orientation au lycée ?

Faudrait-il insister sur les prérequis nécessaires ?

Pensez-vous qu'il y ait un problème de motivation ? Ou de choix adéquat en fonction des capacités du lycéen ?

► **Pistes à suivre pour éviter les réorientations en cascade ?**

Dès le lycée et l'orientation de terminale ?

Expérience de la réalité de terrain ? (stage ? journée à inscrire sur le passeport info-orientation)

Journées portes ouvertes ?

► **Quel est votre avis sur le meilleur moyen pour accueillir un nombre juste d'étudiants en première année ?**

► **Quel est votre rôle, vos missions au sein de l'Université ?
du CHU ?**

Partage du temps entre les différentes activités ?

► **Voyez-vous d'autres personnes ressources à rencontrer ?**

ANNEXE 4 Tableau des entretiens

Les étudiants en formation paramédicale interrogés lors de l'enquête exploratoire (étudiants Institut formation en Pédicurie Podologie IFPP- Ile de France) (n=9)

Identif.	Sexe	Age	Origine géographique	Bac Mention	Statut	Nb P1	Années prépa	Nb d'années avant entrée paramed.	Père	Mère
E1	M	23	Yvelines	S SVT / Passable	Etudiant Méd. + PP	2	1	3	Prothésiste dentaire	Au foyer
E2	M	22	Seine St Denis	S SVT / Passable	Etudiant Méd. + PP	1	2	3	Médecin généraliste	Enseignante en IME
E3	F	22	Val de Marne	S Physique / AB	Etudiant Méd. + PP+ Ostéop.	1	2	3	Artistes spectacle	
E4	F	21	Ille et Vilaine	S Physique / B	Etudiant Méd. + PP+ Ostéop.	2	1	3	Artisan	Aide-soignante
E5	M	25	Côte d'Or	S SVT / Passable	Etudiant Méd. + PP	2	3	5	Kiné libéral	Kiné cadre de santé
E6	F	24	Haute Garonne	S SVT / AB	Etudiant Méd. + PP	2	2	5(Prépa véto N-1)	Agriculteurs	
E7	M	24	Charente	S SVT / Passable	Etudiant Méd. + PP	2	3	5	Entraîneur milieu hippique	Médecin du sport
E8	M	22	Val d'Oise	S Physique / AB	Etudiant Méd. + PP	2	1	3	Artisan	NR
E9	M	26	Loiret	S SVT / AB	Etudiant Méd. +PP+MK	2	1	3	NR	Agent administratif

Les étudiants de l'UFR médecine UPJV interrogés lors de l'enquête principale (n=15)

Identif.	Sexe	âge	Origine géographique	Bac Mention	Statut	Nb P1	Années prépa	Nb d'années avant entrée paramed .	Père	Mère
E10	M	25	Somme	S Physique/ Passable	Etudiant Méd. +PP+ Ostéop	1	2	3	(Dcd) Tech laboratoire	Infirmière Cadre de santé
E11	F	18	Somme	S Physique/ Passable	Etudiant Méd. + réorientation	S1	S2	1	Conducteur travaux BTP	Infirmière Cadre de santé
E11	F	20	Somme	S Physique/ Passable	Etudiant Méd. + réorientation	S1	S2	1	idem	idem
E13	F	19	Oise	S SVT / AB	Etudiant Méd. + réorientation	S1	S2	1	Fonctionnaire	Ingénieur chimiste
E14	M	19	Aisne	S SVT / B	Etudiant Méd. + réorientation	S1	S2 + 1	2	Technicien ENEDIS	Secrétaire mairie
E15	F	19	Oise	S Physique/ B	Etudiant L0 +Médecine	-	-	-	Pilote aviation	Aviation
E16	F	19	Aisne	S SVT / B	Etudiant Méd. + réorientation	S1	S2	1	Prof SVT lycée	Prof français lycée
E17	F	19	Aisne	S Maths/ B	Etudiant Méd. + réorientation	S1	S2	1	Technicien maintenance électrique	Employée commerce
E18	M	20	Saône et Loire	S SVT / Passable	Etudiant Méd. + réorientation	-	S2	1	NR	Agent territorial
E19	F	23	Oise	S Maths/ Passable	Etudiant Méd. + réorientation	1	S2	2	Menuisier	Secrétaire
E20	M	22	Oise	STL / TB	Etudiant Méd. + réorientation	2	S2	2	Artisan	ATSEM

E21	F	21	Somme	S Physique/ B	Etudiant Méd. + réorientation	2	S2	2	Chef service Admin. territoriale	Banque
E22	F	21	Somme	S Physique/ TB	Etudiant Méd. + réorientation	2	S2	3	Prof français lycée	Rédactrice admin.
E23	M	26	Aude	ST2S	EtudiantL0+Méd+réorientation	2	S2	4	Artisan taxi	Standardiste hôpital
E24	F	22	Somme	S SVT / B	Etudiant Méd. + réorientation	2	S2	2	Ouvrier	Secrétaire
E25	M	26	Oise	S SVT / AB	Etudiant Méd. + réorientation	2	S2	6 (L Bio)	Préparateur pharmacie	Secrétaire médicale

Les responsables de formations en santé UPJV et CHU (n=9)

Identif	Sexe	âge	Origine géographique	Statut	Fonction	Responsabilité dans le dispositif	Etablissement de rattachement
R26	F	40	Nord	Directrice des soins	Directrice IFSI	-	Etablissement Public de Santé mentale départemental
R27	F	55	-	Directrice des soins	Directrice IFSI	-	CHU
R28	M	60	Nord	PU-PH Histologie, embryologie et cytogénétique	Vice-doyen UFR médecine	Assesseur Doyen	UFR Médecine CHU Chef de service médecine et biologie de la reproduction
R29	M	50	-	MCU-PH Neuro-pédiatrie	Vice-président université	Relations avec administration et Présidence U	UFR Médecine CHU Directeur Laboratoire exploration fonctionnelle
R30	M	63	Somme	PU-PH Neurochirurgie	Doyen UFR médecine	Organisation parcours	UFR Médecine CHU Chef de service

R31	F	50	Sud-Ouest	Directrice des soins	Coordinatrice des instituts Directrice IFMEM	Organisation parcours	CHU
R32	F	60+	-	Technicien recherche et formation cl exceptionnelle	Attachée Laboratoire Anatomie	Tâches administratives	UFR Médecine
R33	M	40	-	PU Chimie		Référent Pharmacie et cours chimie	UFR Pharmacie
R34	F	40	Picardie	MCU-PH Histologie, embryologie et cytogénétique		Référent Médecine et cours biologie	UFR Médecine CHU Praticien hospitalier médecine et biologie de la reproduction

ANNEXE 5 TABLEAU DES OBSERVATIONS						
Réunion de préparation du parcours	14 décembre 2010	18 janvier 2012	18 janvier 2013	16 janvier 2014	21 janvier 2015	13 janvier 2017 18 janvier 2018
Journées de réorientation	10 et 11 janvier 2011	09 janvier 2012	14 janvier 2013	13 janvier 2014 Et fin du S2 : 26 juin 2014	12 janvier 2015	10 janvier 2017 16 janvier 2018
Forum de l'étudiant	14 janvier 2011	13 janvier 2012				26 janvier 2018
Journées Portes Ouvertes JPO	IFSI 1 16 février 2011 13 février 2013	IFSI 2 15 février 2012 13 février 2013	Prépa lycée public 04 février 2012	UFR Pôle Santé 09 mars 2011 15 février 2012 11 février 2015 11 mars 2017	Centre Préparateurs Pharmacie (CREF) 15 mars 2014	
Observation d'un cours en amphithéâtre	S1 PACES 23 novembre 2011	S2 PACES 10 février 2012	S2 Parcours 06 avril 2012			
Réunion bilan du parcours	06 juin 2011					
États généraux de la formation et de la recherche médicale	Bobigny 2011				Bobigny 2015	Caen 2017
OPCEST ESR	04 décembre 2012					
OBSERVATIONS PARTICIPANTES						
Présentation des formations paramédicales	01 mars 2011	08 février 2012	25 février 2013	31 janvier 2014	04 février 2015 10 février 2016 02 février 2017	07 février 2018 05 février 2019
Cours SHS pour étudiants 1 ^{ère} année IFSI		2012	2013	2014	2015 2016	2017 2018
Direction de mémoires de cadres formateurs en IFSI			En Master 1 2013 à 2019			En Master 2 2020 et 2021

ANNEXE 6

QUESTIONNAIRE POUR L'ORIENTATION ACTIVE A L'ENTREE EN PACES (CIO LILLE)

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION

NOTES (de 0 à 4=1 point, de 5 à 8=2 points, de 9 à 12=3 points, de 13 à 16=4 points, >16=5 points)	/ 20
Moyenne générale 1 ^{er} trimestre en terminale	
Moyenne générale en 1 ^{ère}	
Moyenne générale en 2 nd e	
Moyenne des notes de l'écrit et de l'oral du bac français	
CAPACITES (noté de 1 à 5, 1 étant le minimum et 5 le maximum)	/ 80
Capacité de travail personnel (évaluer la capacité à travailler de façon autonome, sans contrôle continu)	
Capacité de travail régulier	
Aptitude psychologique (évaluer la résistance au stress)	
Capacité de raisonnement scientifique (hiérarchiser des idées, formuler des hypothèses, proposer des solutions)	
Capacité d'organisation	
Capacité de mémorisation	
Capacité de synthèse	
Capacité d'expression orale et écrite	
Don d'observation	
Autonomie de prise de notes	
Concentration et attention	
Savoir travailler en équipe / en binôme	
Sens des responsabilités/Maturité	
Aptitude aux relations sociales (communication)	
Capacité à faire des longues études	
Ouverture d'esprit (musique, latin ou grec, sport dans un club, 3 ^{ème} langue, club d'échecs)	

RÉSUMÉ

La Première Année Commune des Études de Santé ou PACES est entrée en vigueur à la rentrée 2010. Cette réforme prévoyait également de faciliter la réorientation pour lutter contre l'échec en première année. Le caractère obligatoire de la réorientation intervenait dès les épreuves du premier semestre et concernait les étudiants classés dans les derniers 15%, non autorisés à poursuivre leur année.

Le travail de thèse vise à explorer les différentes dimensions d'un dispositif spécialement conçu pour la réorientation des étudiants vers les professions paramédicales pendant le second semestre universitaire. Dans une démarche compréhensive, la recherche s'attache à saisir les mécanismes de mise en place de stratégies des acteurs institutionnels d'une part. D'autre part, elle vise à éclairer le contexte multifactoriel des propriétés socio-scolaires et de la trajectoire de l'étudiant qui influe sur son échec en PACES et sur une poursuite d'études dans le domaine de la santé.

Les résultats montrent que le parcours de préparation aux concours paramédicaux accueille une population étudiante avec une surreprésentation féminine, des prérequis scolaires insuffisants pour espérer poursuivre au second semestre et une origine sociale modeste par rapport aux étudiants autorisés à poursuivre un cursus médical. Les apports et les effets de ce dispositif ont permis aux étudiants de se projeter dans un autre métier pour « rester dans le domaine de la santé » et envisager la poursuite de leurs études.

Ces résultats méritent d'être analysés dans leur articulation avec les stratégies institutionnelles. La mise en place à l'université d'un dispositif de réorientation vers les formations paramédicales répond à un premier enjeu institutionnel qui est d'organiser le flux des étudiants exclus. Un autre enjeu est d'envisager la formation de futurs professionnels de santé pour assurer la division du travail médical dans le système de santé. Enfin, ce parcours intervient comme un complément dans un contexte de développement, de mutualisation et de diversification de l'offre de formation pour les Campus santé.

MOTS CLES : réorientation, PACES, échec à l'université, Numerus clausus, réformes des études de santé.

ABSTRACT

First Common Year of Health Studies, also named PACES, became effective at the beginning of the 2010 school year. This reform also aimed to facilitate academic reorientation to combat student failure in the first year. The mandatory nature of the reorientation started from the first semester tests and concerned students ranked in the last 15%, who were not allowed to continue this year. The thesis aims to explore the different dimensions of a program specially designed for the reorientation of students towards paramedical professions during the second academic semester. With a comprehensive approach, the research seeks to understand the mechanisms for implementing strategies of institutional actors on the one hand. On the other hand, it aims to shed light on the multifactorial context of the socio-academic properties and trajectory of the students that influence their failure in PACES and on a pursuit of studies in the field of health.

The results show that the course for paramedical competitions welcomes a student population with an overrepresentation of women, insufficient academic prerequisites to hope to continue in the second semester and a modest social origin compared to students authorized to pursue a medical course. The contributions and effects of this device have allowed students to project themselves into another profession to "stay in the field of health" and consider their pursuit of studies.

These results deserve to be analysed in their articulation with institutional strategies. The establishment at the university of a system of reorientation towards paramedical training responds to a first institutional challenge which is to organize the flow of excluded students. Another challenge is to consider the training of future health professionals to ensure the division of medical labor in the health system. Finally, this course acts as a complement in a context of development, pooling and diversification of the training offer for Health Campuses.

KEY WORDS: reorientation, first year medical education, failure at university, Numerus clausus, reforms of health studies.