

 la Presse Médicale & Quarterly Medical Review		ISSN 0755-4962  Volume 43 - N° 4 Avril 2014 cahier 1
www.em-consulte.com/revue/lpm - www.sciencedirect.com		
Quarterly Medical Review Autoimmune cytopenias Coordination : Bertrand Godeau et Loïc Guillevin		
Éditorial Traitement de l'hépatite C. Une révolution ne doit pas en cacher une autre P. Soggi 339	Images en médecine Multiples GIST gastriques avec métastases ganglionnaires chez une jeune fille : sporadique ou forme incomplète de la triade de Carney ? R. Noomene, L. Mchirgui, C. Chammakhi-jemil, A. Cherif 478	
Articles originaux Augmentation du risque de cancer extra-mammaire chez les hommes atteints de cancer du sein H. Lorphelin, I. Morlemousque, H. Manet, G. Body, L. Ouldamer e33 Mort subite d'origine cardiaque au nord de la Tunisie : variation circadienne, hebdomadaire et saisonnière H. Ben Ahmed, M. Allouche, B. Zoghiani, M. Shimi, R. Raghallah, F. Gloulou, H. Baccar, M. Hamdeun e39	En pratique Une pré-excitation en bloc A. Chahb, H. Bouzelmat, S. Beulaamayel, J. Kheyi, A. Moustaghilr 480 Une maladie dysimmunitaire bénigne ? A. Daumas, S. Gayet, P. Leveque, P. Villani 484	
Mises au point Insuffisance rénale aiguë chez la personne âgée : aspects diagnostiques et thérapeutiques M. Commereuc, E. Rondeau, C. Ridel 341 Paralysies laryngées unilatérales de l'adulte : épidémiologie, symptomatologie, physiopathologie et traitement O. Laccourreye, D. Malinvaud, M. Ménard, P. Bonfils 348 Adénocarcinome gastrique à cellules indépendantes : une entité à part T. Tabouret, M. Dhaoge, A. Rouquette, C. Brezault, F. Beuvon, S. Chaussade, R. Coriat 353 Devenir médecin : éclairer le <i>hidden curriculum</i> . L'exemple de l'erreur médicale E. Galam 358	Pathologie des surrénales La surrénale en 2014 X. Bertagna, J.-L. Wemeau 364 Syndrome de Cushing : quand y penser ? Comment l'affirmer ? L. Guignat, J. Bertherat 366 Syndromes de Cushing : physiopathologie, étiologie et principes thérapeutiques O. Chabre 376 Incidentalomes de la glande surrénale : ne pas méconnaître les tumeurs à risque A. Tabarin 393 Corticosurrénalome : nouveautés en 2014 R. Libe, G. Assié 401 Nouveautés en imagerie surrénalienne F. Ienenbaum, M. Lalauod, L. Groussin 410 Hypertension artérielle d'origine surrénale : reconnaître, évaluer et prendre en charge L. Amar, A. Lorthioir, A. Giavarini, P.-F. Plouin, M. Azizi 420 Prise en charge à l'âge adulte des hyperplasies congénitales des surrénales par déficit en 21-hydroxylase A. Bachelot, P. Touraine 428 Traiter l'insuffisance surrénale : pour quels enjeux ? Par quels moyens thérapeutiques ? Y. Zezek 438 Éducation thérapeutique dans l'insuffisance surrénale : un outil encore insuffisamment utilisé pour éviter ou traiter précocement l'insuffisance surrénale aiguë L. Guignat 444 Comment gérer l'arrêt d'une corticothérapie ? J.-M. Kuhn, G. Prévost 453 Consultation génétique des phéochromocytomes et paragangliomes C. Cardot-Bauters, M. Aïnaoui, L. Coppin, P. Pigny 460	
Lettrés à la rédaction / Letters to the editor Extrapolation des données physiopathologiques à la pratique clinique : à propos du dabigatran utilisé hors AMM A. Molinier, B. Acket, R. Bourrel, O. Lavezzi, J.-L. Monlustruc, H. Baghen 468 An explosive reaction to a spider-bite N. Martis, É. Denis, M. Cavalié, V. Queyrel, K. Rissa, F. De Salvador, P.-M. Roger 469 Pemphigoïde bulleuse : profil clinique et immunohistologique particulier chez une jeune femme S. Bejjani, F. Hali, F. Mernissi, S. Zamiati, C. Bedane, H. Benchikhi 471 Kyste biliaire du lobe gauche hépatique : à propos d'un cas à Madagascar F. Raherimanantsoa, T. Rajaonarivony, D. Solonirina Rakotomena, I. Mamin'ny Aina Rajasonahary, H. Nirina Rakoto Ratsimba 473 Lupus tuberculeux pseudo-tumoral de l'avant-bras S. Attallah, F. Hali, F. Marnissi, S. Zamiati, H. Benchikhi 475		
Indexé dans / Indexed in : MEDLINE / PubMed, Current Contents/Clinical Medicine, Current Contents/Life Sciences, EMBASE/Excerpta Medica, Science Citation Index/SCI, PASCAL (INIST-CNRS), SCOPUS®		

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

Devenir médecin : éclairer le *hidden curriculum*. L'exemple de l'erreur médicale[☆]

Éric Galam

Université Paris Diderot, département de médecine générale, 16, rue Henry-Huchard,
75018 Paris, France

Disponible sur internet le :
17 janvier 2014

eric.galam@univ-paris-diderot.fr, egalam@hotmail.com

■ Key points

Becoming doctor: Highlight the hidden curriculum. Medical error as an example

Medical culture is both individual and collective. It is also implicit, hidden (hidden curriculum) and binding. It spreads and builds from the beginning of the training. It strongly impacts the personalities and professional care practices. Awareness of its existence and identification of its main lines are the first steps for fruitful research.

Le diplôme officiel de docteur en médecine traduit l'aboutissement d'une formation reconnue par l'État et la collectivité. Il est octroyé après une soutenance de thèse, elle-même ritualisée et symboliquement sanctionnée, attestée par la déclamation publique par les impétrants du Serment d'Hippocrate et l'allégeance au Code de déontologie médicale qu'elle implique. La formation médicale fait l'objet d'un programme théorique et pratique lui aussi encadré par la loi [2]. Le premier des enseignements thématiques évoqués dans le programme

■ Points essentiels

La culture médicale est à la fois individuelle et collective. Elle est aussi implicite, cachée (*hidden curriculum*) et contraignante. Elle se transmet et se construit dès les débuts de la formation. Elle impacte fortement les personnalités professionnelles et les pratiques soignantes. La prise de conscience de son existence et la mise en évidence de ses grandes lignes sont les premières étapes de recherches fécondes.

de deuxième cycle porte sur « Santé-Société-Humanité » et son premier objectif général est de « développer une culture commune de la santé partagée par l'ensemble des professionnels ». Ainsi, constamment imprégnée par des influences externes, historiques, sociologiques, médiatiques ou autres et par une intégration à une collectivité professionnelle, voire un compagnonnage, l'éducation médicale [3] se revendique aussi comme un processus culturel.

Trois registres en interaction

L'environnement d'apprentissage comprend au moins trois registres en interaction :

- le curriculum formel, programme officiel des études ;
- le curriculum informel, implicite, latent et fortement interpersonnel par lequel étudiants, enseignants, administrateurs

* Texte largement inspiré de l'ouvrage : L'erreur médicale, le burnout et le soignant. Ed Springer 2012 [1].

ou autres apprennent les routines du quotidien aussi bien dans les salles de cours que dans les couloirs, les cafétérias, les activités associatives ou encore la presse médicale ;

- le « *hidden curriculum* » ou programme d'études caché, fondé sur les coutumes et rituels, et qui s'appuie sur ce qui est « connu », « évident », « naturel », ainsi que sur les facteurs structureaux et organisationnels qui imposent un cadre de vie et de fonctionnement. Si la part de ce dernier registre relève plutôt de la phase pratique des apprentissages, elle n'est pas exclue de sa partie théorique.

Quand une faculté de médecine [3] définit des méthodes d'évaluation, publie des documents, érige un bâtiment, développe de nouvelles politiques, alloue des ressources, des messages implicites ou non sont véhiculés sur ce qu'elle considère comme plus ou moins important. Les établissements de formation peuvent ainsi être considérés comme des entités culturelles et des communautés morales intimement impliquées à construire des définitions de ce qu'est une « bonne » ou une « mauvaise » médecine.

Individus et collectivité

Ces messages collectifs entrent en résonance avec les valeurs et représentations individuelles qui fondent l'identité professionnelle des soignants. C'est d'ailleurs ce qui découle de la définition que donne Balint [4] de la « fonction apostolique » du médecin, cette « *idée vague mais quasi inébranlable de la façon dont on doit se comporter quand on est malade* » et qui pousse le médecin à « *se comporter comme s'il était de son devoir de convertir ses patients à sa foi* ». Et Balint d'ajouter que le propos de la formation est de faire prendre conscience au médecin de ce qui constitue ses valeurs et ses croyances, pour pouvoir les maîtriser et ainsi mieux travailler et être plus serein dans ses pratiques. Plusieurs études récentes ont été menées sur le cursus caché et ses conséquences sur les soignants et leurs patients [5–7]. Par-delà les questions complexes liées à la vocation, à l'histoire personnelle et aux aspirations de chacun, le parcours des étudiants pour devenir médecins représente une tranche déterminante de leur vie professionnelle qui influence sur leurs pratiques futures et leur façon de les vivre.

Un processus d'acculturation en plusieurs étapes

Les principales étapes de ce cursus sont :

- la réussite au difficile concours de première année et l'accès à la très symbolique salle de dissection puis aux blocs opératoires ;
- l'externat marqué par les premiers contacts avec des patients ;
- le début de l'internat avec l'orientation vers une spécialité et surtout la prise de responsabilité ;
- la finalisation des études et l'entrée dans la vie professionnelle, libérale ou pas.

Les périodes de transition sont des zones de fragilité où les valeurs et attentes des étudiants sont confrontées à celles de leur environnement de formation. Ce processus peut être source de satisfactions mais aussi de souffrances d'autant que la socialisation des médecins s'accompagne de ce qu'il faut bien appeler un contrôle social marqué de normes et de contraintes. Comment assumer la souffrance, la mort, la nudité, les demandes légitimes ou pas, l'impuissance, les tentations ? Comment se positionner face aux maladies, aux malades, aux autres soignants, aux nécessités de se soumettre aux besoins du dispositif de soin, aux injonctions ou, au contraire, aux absences de la hiérarchie et des enseignants, au travail parfois acharné ? Comment assumer ses incompétences, ses doutes, ses fragilités, ses contradictions ou autres dilemmes éthiques ? Comment articuler son idéal d'avant, ses réalités d'aujourd'hui et ses désirs pour demain ?

Le programme d'études caché

Largement exploré dans l'univers pédagogique, le curriculum caché est défini par Perrenoud [8] comme ce qui est transmis à l'insu du formateur, plutôt non-dit et partiellement non-pensé qu'activement caché (*encadré 1*). Dans l'univers médical, le curriculum caché a été étudié dans nombre de pays, notamment au Japon [9], au Pakistan [7], ou en Grande Bretagne [10]. À partir d'une étude qualitative auprès de 36 étudiants en médecine anglais, choisis de manière aléatoire et représentatifs de la population des étudiants, Lempp [11] décrit six registres dans le programme d'études caché : la perte d'idéalisme, l'adoption d'une identité professionnelle ritualisée, la neutralisation émotionnelle, les changements des critères d'intégrité morale, l'acceptation de la hiérarchie et l'apprentissage des aspects moins formels de ce qu'est un bon médecin. Quatre thèmes principaux ont émergé :

- l'encouragement personnel. Parmi les 36 étudiants, 26 ont identifié 46 membres du personnel comme étant des modèles de rôle positifs qui les ont encouragés et ont eu un impact sur leur motivation. La plupart des modèles mentionnés étaient des hommes (27/46), évalués par rapport à leur connaissance, leur puissance professionnelle et leur autorité. Les modèles médicaux féminins (19/46) étaient rapportés comme donnant davantage d'attributs humains : tolérance, intégrité, respect et soutien des étudiants. Seulement 2 parmi les 46 modèles évoqués étaient non blancs, bien que 14 des 36 étudiants aient été eux-mêmes non blancs ;
- un enseignement aléatoire. La plupart des étudiants (25/36) ont décrit la nature aléatoire de l'enseignement, les enseignants ayant souvent négligé les horaires officiels. Vingt étudiants ont signalé de fréquents changements d'horaires. Les étudiants en fin d'année (6/7) percevaient cela comme un manque d'implication et de compétences pédagogiques chez certains enseignants. Les étudiants

ENCADRÉ 1

Qu'ai-je appris à l'école sans qu'on me l'ait ouvertement enseigné ? [8]

Lorsqu'on demande à un groupe d'étudiants en sciences de l'éducation, au début d'une recherche sur le curriculum caché, de répondre à la question « *Qu'ai-je appris à l'école sans qu'on me l'ait ouvertement enseigné ?* », on obtient une liste impressionnante :

1. À vivre avec d'autres dans une foule, à l'intérieur d'un petit espace.
2. À passer le temps.
3. À supporter le jugement des autres.
4. À craindre pour ce qu'on possède, à se méfier des autres.
5. À échapper à la violence, à se défendre.
6. À ne pas perdre la face.
7. À jouer sur plusieurs registres en présence d'autrui.
8. À construire une façade, à dissimuler.
9. À flairer les différences chez les autres, à s'adapter.
10. À juger (ses camarades, la maîtresse).
11. À s'inscrire dans un milieu contraignant.
12. À faire sa place, à se défendre.
13. À doser son effort.
14. À apprendre, à bachoter.
15. À tricher, faire semblant, simuler.
16. À travailler, à évaluer positivement le travail.
17. À se maîtriser, à se contrôler, à ne pas crier.
18. À être solidaire, à s'entraider.
19. À respecter les autres et les différences.
20. À flatter (lèche-botte).
21. À se révolter.
22. À passer des limites.
23. À être patient, à supporter, à endurer.
24. À être docile, à faire sans avoir envie.
25. À se noyer dans la masse, à se faire oublier, à être comme tout le monde.
26. À se connaître soi-même, à se situer.
27. À rêver dans une foule sans se faire prendre.
28. À faire des choix, à s'organiser.
29. À se créer un milieu de vie.
30. À vivre dans une jungle, à marcher sur les autres.
31. À se débrouiller.
32. À penser qu'il faut être bon, qu'il faut être le meilleur.
33. À être confronté à des choses dures à vivre, à des engrenages (du type du petit crédit), à des contradictions.
34. À se protéger, à se blinder.
35. À crier en silence.
36. À attendre la récréation.
37. À obéir, à se plier à une discipline.
38. À avoir une bonne ou une mauvaise estime de soi.

39. À travailler à heure fixe.
40. À gérer son temps.
41. À apprendre la hiérarchie.
42. À être autonome.
43. À identifier des jeux et des enjeux.

étaient souvent profondément démotivés par la sensation que nombre d'enseignants avaient un bas niveau d'engagement dans l'enseignement, et ceci a mené à un cycle réitéré d'absentéisme parmi les étudiants et les professeurs ;

- l'importance de la hiérarchie : 21/36 étudiants ont rapporté 29 incidents d'humiliation (10 observés ou entendus et 19 expériences personnelles directes), en particulier pendant leurs années cliniques. Presque tous les humiliateurs étaient des médecins hommes (28/29 d'incidents). Typiquement, les incidents se sont produits lors des visites quand les étudiants ne pouvaient pas répondre à une même question répétée (11 incidents) ou quand ils étaient critiqués pour un examen clinique insatisfaisant (8 incidents). Dans trois quarts des incidents (21/29), les humiliateurs étaient des médecins plus âgés ;
- la compétitivité. La moitié des étudiants (18/36) a signalé que la concurrence plutôt que la coopération était la caractéristique de la médecine, un point de vue plus répandu parmi les étudiants des matières cliniques (16/23) que parmi les autres (2/13). Pour 13/36 des étudiants, un « module » du programme d'études caché implique la nécessité d'impressionner les médecins aînés, ce qui est vu comme une manière de se positionner pour accéder à des travaux prestigieux à l'avenir.

Les grandes lignes décrites dans ce travail nécessitent des actualisations et adaptations aux différents univers culturels. Une analyse française [12] et une étude qualitative [7] effectuées au Japon en 2007 auprès de 25 étudiants en médecine ont confirmé l'importance des modèles de rôles et de la hiérarchie dans le curriculum caché.

L'exemple de l'erreur médicale

Le rapport à l'erreur est une part importante du cursus caché. À partir de 83 entretiens et 207 questionnaires auto-administrés recueillis durant une période de trois ans, Mizrahi [13] a mené une étude longitudinale sur la socialisation par rapport aux erreurs médicales de 105 résidents de médecine interne d'un important centre médical urbain du Sud-Est des États-Unis. Les caractéristiques culturelles des professions médicales et les traits personnels typiques des médecins contribuent à accentuer leur stress lorsqu'ils sont impliqués dans une erreur médicale. Les médecins exigent d'eux-mêmes de hauts standards d'excellence. Ils sont souvent idéalistes, perfectionnistes et évoluent dans un contexte concurrentiel et hiérarchique.

Patients comme autres soignants attendent d'eux qu'ils soient infaillobles. Les internes veulent apparaître comme compétents et sont ainsi dissuadés de rapporter leurs erreurs. Ils craignent d'être critiqués voire disqualifiés par leurs enseignants et leurs collègues. L'erreur est ainsi à la fois occultée et « insularisée » puisque seuls les médecins peuvent la comprendre. Elle est aussi tolérée. Et les internes utilisent des mécanismes de défense pour diminuer leur culpabilité : déni, minimisation et distanciation. Ces méthodes associées en proportion variable s'inscrivent dans un processus à la fois individuel et collectif, renforcé et complété par les réassurances des collègues. Certains internes considèrent même la capacité à gérer les erreurs, la mort, la responsabilité et la culpabilité comme des critères de maturation dans la formation. Vincent [14] observe que tous les cliniciens sont conscients que l'erreur est inévitable mais qu'ils rapportent rarement des discussions à leurs propos. Il y a donc une discordance entre une pratique chargée d'incertitude, où la connaissance est insatisfaisante et des erreurs amenées à se produire, et un environnement encourageant une culture de perfection, dans laquelle les erreurs ne sont pas tolérées et où un sens fort de la responsabilité personnelle est attendu. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant qu'il soit difficile de parler des erreurs. À ce titre, le développement des revues morbi-mortalités, notamment en ambulatoire [15], et l'incitation institutionnelle au dévoilement au patient d'éventuels dommages associés aux soins [16] représentent des évolutions salutaires, quoiqu'encore insuffisantes dans la pratique.

L'émotion exclue et indicible

Aasland [17] revient sur la culture médicale, caractérisée de défensive et autoritaire. Il estime que l'un de ses traits est la faible acceptation des critiques entre collègues qui peut conduire au maintien sous silence de problèmes médicaux ou éthiques sérieux et faire apparaître ceux qui les divulgueraient comme des ennemis du système devant être punis. Dans un travail de Fischer et al. [18] sur le cursus caché, des étudiants ont indiqué que quelles qu'aient été leurs tendances personnelles, ils avaient adopté rapidement la perspective de la médecine modifiant ainsi leur éthique individuelle : « *je sais que ce que je pense est la bonne chose à faire, mais c'est parfois différent des préceptes culturels* », « *une partie de la communauté médicale ne veut pas que vous parliez de ce que vous avez fait à tort. Si je fais des excuses pour une erreur sérieuse, un certain nombre de personnes m'accuseraient de ne pas être un professionnel assez endurci et de ne pas me rendre assez compte des risques juridiques* ». Pour Christensen et al. [19], les émotions et les sentiments de honte, culpabilité, dépression et anxiété occasionnées par l'erreur sont influencés par la façon dont les médecins sont sociabilisés dans la profession par une forme de contrôle social où des standards d'excellence sont incorporés en même temps que l'interdit de la fiabilité et de

l'expression des sentiments. Ainsi, les étudiants comme les médecins expérimentés qu'ils vont devenir sont-ils incités à une neutralisation voire une négation émotionnelle. Ils travaillent comme s'ils étaient dans un jeu vidéo où il n'y a pas d'échange direct entre les protagonistes et où l'affect qui émerge reste cantonné à chacun sans espace pour le travailler. Ce point de vue est corroboré et renforcé par le caractère réduit à la portion congrue, voire l'absence de formation à la relation et l'absence tout aussi étonnante de toute supervision dans une activité où les rencontres humaines sont pourtant quotidiennes. Par-delà le développement des enseignements de sciences humaines, la mise à distance des subjectivités est légitimée par le besoin de protéger le patient comme le médecin. Elle s'appuie aussi sur la nécessité d'isoler les éléments de leur vécu et de leur contexte, pour les travailler fondant ainsi la biomédecine. Il existe ainsi à la fois un corpus de référence et une aspiration fondée sur ce corpus qui rentrent en dissonance avec la réalité des pratiques perçues par les uns comme par les autres. Pourtant, la discordance dont sont bien conscients les seniors reste indicible tant elle s'oppose aux représentations officielles. Quant à ceux qui débutent à peine leur formation, ils en sont aussi conscients mais comprennent vite qu'ils doivent la neutraliser et l'oublier s'ils veulent gagner leur place dans la communauté médicale. Comme dans toute entreprise ou communauté, dans la mesure où cette discordance ne peut être exprimée ni entendue, sa perception relève de la transgression et peut accentuer la sensation d'isolement de ceux qui en seraient conscients.

La culture médicale en mouvement

Comme l'a remarquablement montré Laplantine [20], dans une société donnée, les modèles de la maladie et de la médecine sont multiples, simultanés, souvent contradictoires et évolutifs. L'émergence du patient acteur, de la tutelle contrôlée, ou encore de la santé publique avec le développement de la démarche qualité et de la culture de sécurité [21] en sont la preuve.

Pourtant, il existe toujours un modèle dominant. La culture médicale reste fondée sur le nécessaire accès au corps et aux émotions du malade et la non moins nécessaire protection du médecin qui s'en approche. La déontologie souligne explicitement l'importance du secret médical. D'autres postulats, plus ou moins implicites, peuvent être évoqués : le médecin doit être excellent, il n'existe pas, l'important c'est le patient (ou la médecine) ; il ne compte pas, il doit fonctionner dans l'intérêt de ses patients et de la collectivité ; il ne flanche pas, il surmonte (fais des efforts !) ; il ne se plaint pas, il assume et on attend aussi de lui qu'il soit admirable (sois parfait !). On peut aussi ajouter la pré-éminence du savoir sur le vécu et l'importance des individus plutôt que des systèmes.

Conclusions et perspectives

La médecine a des objectifs sociétaux et culturels non affichés en tant que tels mais qui déteindront à travers tout le parcours. Le programme d'études caché détermine une large part de l'éducation et de la culture médicale. Il impacte les identités professionnelles individuelles et collectives et les pratiques soignantes. Très largement implicite, sa compréhension n'est ni facile ni exempte de polémiques. Elle peut sembler étrange, voire exotique ou choquante d'autant que ses résultats et conclusions risquent parfois d'aller à l'encontre de la sagesse officielle. Pourtant, son identification permettra d'en comprendre les forces comme les faiblesses. Perrenoud [8] précise : « *ce qui est caché aux uns est apparent pour d'autres, et*

inversement ». Et il ajoute : « *Il n'y a pas de curriculum caché une fois pour toutes et pour tout le monde. L'effort des sciences humaines s'inscrit au nombre des stratégies de dévoilement, d'explicitation* ». Des études sont en cours en France [22] pour en apprécier les éventuelles spécificités. En travaillant les valeurs transmises et reçues, et les représentations véhiculées, ce travail ouvrira aussi à une analyse des structures, dispositifs et environnements d'apprentissage. Des changements pertinents pourront ainsi être obtenus dans l'intérêt des patients et des soignants.

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant. Paris: Springer; 2012.
- [2] Diplôme de formation générale en sciences médicales. http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/rubrique-bo.html?cid_bo=55867 - accès le 5 décembre 2013.
- [3] Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine hidden curriculum. *Acad Med* 1998;73:140.
- [4] Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1972.
- [5] Billings ME, Lazarus ME, Wenrich M, Curtis JR, Engelberg RA. The effect of the hidden curriculum on resident burnout and cynicism. *J Grad Med Educ* 2011;3:503-10. <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-11-00044.1>.
- [6] Stern DT. Practicing what we preach: an analysis of the curriculum of values in medical education. *Am J Med* 1998;104:569-75.
- [7] Khan AZ. Non-academic attributes of hidden curriculum in medical schools. *J Coll Physicians Surg Pak* 2013;23:5-9 [doi:01.2013/JCPSP.0509. PMID: 23286615].
- [8] Perrenoud P. Curriculum : le formel, le réel, le caché. In: Houssaye, editor. *La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui*. Paris: ESF; 1993. p. 61-76.
- [9] Murakami M, Kawabata H, Maezawa M. The perception of the hidden curriculum on medical education: an exploratory study. *Asia Pac Fam Med* 2009;8:9.
- [10] Mossop L, Dennick R, Hammond R, Robbé I. Analysing the hidden curriculum: use of a cultural web. *Med Educ* 2013;47:134-43.
- [11] Lempp H. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ* 2004;329:770-3.
- [12] Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pedagog Med* 2005;6:98-111.
- [13] Mizrahi T. Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists-in-training. *Soc Sci Med* 1984;19:135-46.
- [14] Vincent C. Patient safety. London: Churchill Livingstone, Elsevier; 2006.
- [15] Haute Autorité de santé (HAS). Revue de mortalité et de morbidité en médecine générale. Paris: HAS; 2010, (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dom-damage_associe_aux_soins_guide.pdf - accès le 6 décembre 2013).
- [16] Haute Autorité de santé (HAS). Annonce d'un dommage associé aux soins. Paris: HAS; 2011, (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dom-damage_associe_aux_soins_guide.pdf).
- [17] Aasland OG. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Qual Saf Health Care* 2005;14:13-7.
- [18] Fisher M, Mazor KM, Baril J, Alper E, DeMarco D, Pugnaire M. Learning from mistakes. *J Gen Intern Med* 2006;21:419-23.
- [19] Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on Physicians. *J Gen Intern Med* 1992;7:424-31.
- [20] Laplantine F. *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot; 1980.
- [21] Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human: building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington: National Academies Press; 1999.
- [22] Département de médecine générale, Université Paris Diderot. Moulton R. Désaccords entre médecins et internes (thèse d'exercice en cours). Te P. Bientôt médecin : craintes et aspirations des internes du DMG Paris Diderot, éclairages sur le « cursus caché » (thèse d'exercice en cours). http://www.bichat-larib.com/theses/theses.projets.liste.public.php?numero_etudiant=&categorie=deja_examines.