



HAL
open science

Représentation sociale du médecin généraliste dans les Deux-Sèvres, étude exploratoire

Jean Du Breuillac

► **To cite this version:**

Jean Du Breuillac. Représentation sociale du médecin généraliste dans les Deux-Sèvres, étude exploratoire. Médecine humaine et pathologie. Université de Poitiers, 2011. Français. NNT: . tel-03644092

HAL Id: tel-03644092

<https://hal.science/tel-03644092v1>

Submitted on 18 Apr 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2011

Thèse n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 22 juin 2011 à Poitiers
par **Jean de Vaugelade du Breuillac**

Représentation sociale du médecin généraliste dans les Deux-Sèvres
Étude exploratoire

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT

Membres : Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT
Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT
Madame le Docteur Christine GIRAUD
Monsieur le Docteur Frédéric PERRET

Membre invité : Madame Catherine ESNARD, Enseignant-chercheur en
psychologie du travail et psychologie sociale

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2011

Thèse n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 22 juin 2011 à Poitiers
par **Jean de Vaugelade du Breuillac**

<p>Représentation sociale du médecin généraliste dans les Deux-Sèvres Étude exploratoire</p>

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT

Membres : Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT
Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT
Madame le Docteur Christine GIRAUD
Monsieur le Docteur Frédéric PERRET

Membre invité : Madame Catherine ESNARD, Enseignant-chercheur en psychologie du travail et psychologie sociale

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

*Le Doyen,*

Année universitaire 2010 - 2011

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

1. AGIUS Gérard, Bactériologie-Virologie
2. ALLAL Joseph, Thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, Neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, Néphrologie
6. BURUCOA Christophe, Bactériologie-Virologie-Hygiène
7. CARRETIER Michel, Chirurgie générale
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DABAN Alain, Cancérologie Radiothérapie (**surnombre**)
11. DAGREGORIO Guy, Chirurgie plastique et Reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale
13. DEBIAIS Françoise, Rhumatologie
14. DIGHIERO Paul, Ophtalmologie
15. DORE Bertrand, Urologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, Physiologie
18. FAUCHERE Jean-Louis, Bactériologie- Virologie (**surnombre**)
19. FAURE Jean-Pierre, Anatomie
20. FRITEL Xavier, Gynécologie-obstétrique
21. FROMONT-HANKARD Gaëlle, Anatomie et cytologie pathologiques
22. GAYET Louis-Etienne, Chirurgie orthopédique et traumatologique
23. GIL Roger, Neurologie (**surnombre**)
24. GILBERT Brigitte, Génétique
25. GOMBERT Jean-Marc, Immunologie
26. GOUJON Jean-Michel, Anatomie et Cytologie Pathologiques
27. GUILHOT-GAUDEFFROY François, Hématologie et Transfusion
28. GUILLET Gérard, Dermatologie
29. HADJADJ Samy, Endocrinologie et Maladies métaboliques
30. HANKARD Régis, Pédiatrie
31. HAUET Thierry, Biochimie
32. HERPIN Daniel, Cardiologie et Maladies vasculaires
33. HOUETO Jean-Luc, Neurologie
34. INGRAND Pierre, Biostatistiques, Informatique médicale
35. IRANI Jacques, Urologie
36. KEMOUN Gilles, Médecine physique et Réadaptation (**détachement**)
37. KITZIS Alain, Biologie cellulaire
38. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
39. KRAIMPS Jean-Louis, Chirurgie générale
40. LEVARD Guillaume, Chirurgie infantile
41. LEVILLAIN Pierre, Anatomie et Cytologie pathologiques
42. MAGNIN Guillaume, Gynécologie-obstétrique
43. MARCELLI Daniel, Pédiopsychiatrie (**surnombre**)
44. MARECHAUD Richard, Médecine interne
45. MAUCO Gérard, Biochimie et Biologie moléculaire
46. MENU Paul, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
47. MEURICE Jean-Claude, Pneumologie
48. MIMOZ Olivier, Anesthésiologie, Réanimation chirurgicale
49. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, Hépto-Gastro-Entérologie
50. NEAU Jean-Philippe, Neurologie
51. ORIOT Denis, Pédiatrie
52. PACCALIN Marc, Gériatrie
53. PAQUEREAU Joël, Physiologie
54. PERAULT Marie-Christine, Pharmacologie clinique
55. PERDRISOT Rémy, Biophysique et Traitement de l'Image
56. PIERRE Fabrice, Gynécologie et obstétrique
57. POURRAT Olivier, Médecine interne
58. PRIES Pierre, Chirurgie orthopédique et traumatologique
59. RICCO Jean-Baptiste, Chirurgie vasculaire
60. RICHER Jean-Pierre, Anatomie
61. ROBERT René, Réanimation médicale
62. ROBLOT France, Maladies infectieuses, Maladies tropicales
63. ROBLOT Pascal, Médecine interne
64. RODIER Marie-Hélène, Parasitologie et Mycologie
65. SENON Jean-Louis, Psychiatrie d'adultes
66. SILVAIN Christine, Hépto-Gastro- Entérologie
67. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, Rhumatologie
68. TASU Jean-Pierre, Radiologie et Imagerie médicale
69. TOUCHARD Guy, Néphrologie
70. TOURANI Jean-Marc, Cancérologie Radiothérapie, option Cancérologie (type clinique)
71. TURHAN Ali, Hématologie-transfusion
72. VANDERMARCO Guy, Radiologie et Imagerie Médicale
73. WAGER Michel, Neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens hospitaliers

1. ARIES Jacques, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
2. BEBY-DEFAUX Agnès, Bactériologie-Virologie-Hygiène
3. BEN-BRIK Eric, Médecine du travail
4. BOINOT Catherine, Hématologie et Transfusion
5. BOUNAUD Jean-Yves, Biophysique et Traitement de l'Image
6. BOURMEYSTER Nicolas, Biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, Bactériologie-Virologie- Hygiène
8. CATEAU Estelle, Parasitologie et Mycologie
9. CAVELLIER Jean-François, Biophysique et Traitement de l'Image
10. CREMNITER Julie, Bactériologie, Virologie
11. DAHYOT-FIZELIER Claire, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
12. DIAZ Véronique, Physiologie
13. FAVREAU Frédéric, Biochimie et Biologie moléculaire
14. GRIGNON Bernadette, Bactériologie-Virologie-Hygiène
15. GUILLARD Olivier, Biochimie et Biologie moléculaire
16. HURET Jean-Loup, Génétique
17. JAAFARI Nematollah, Psychiatrie d'adultes
18. KARAYAN-TAPON Lucie, Cancérologie
19. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
20. LECRON Jean-Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
21. MIGEOT Virginie, Santé publique
22. ROUMY Jérôme, Biophysique, Médecine nucléaire
23. ROY Lydia, Hématologie
24. SAPANET Michel, Médecine légale
25. TALLINEAU Claude, Biochimie et Biologie moléculaire

Professeur associé

SCEPI Michel, médecine d'urgence

Professeurs associés de Médecine générale

GAVID Bernard

GOMES DA CUNHA José

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe

BIRAULT François

VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Professeur émérite

1. BARBIER Jacques,
2. BECQ-GIRAUDON Bertrand, Maladies infectieuses, maladies tropicales
3. BONTOUX Daniel, Rhumatologie
4. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie
5. KAMINA Pierre, Anatomie
6. LAPIERRE Françoise, Neurochirurgie
7. TANZER Joseph, Hématologie et transfusion

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, Rhumatologie
2. BABIN Michèle, Anatomie et Cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, Anatomie et Cytologie pathologiques
4. BARRIERE Michel, Biochimie et biologie moléculaire
5. BEGON François, Biophysique, Médecine nucléaire
6. BURIN Pierre, Histologie
7. CASTETS Monique, Bactériologie-Virologie – Hygiène
8. CHANSIGAUD Jean-Pierre, Biologie du développement et de la reproduction
9. CLARAC Jean-Pierre, Chirurgie orthopédique
10. DESMAREST Marie-Cécile, Hématologie
11. DEMANGE Jean, Cardiologie et Maladies vasculaires
12. GOMBERT Jacques, Biochimie
13. JACQUEMIN Jean-Louis, Parasitologie et Mycologie médicale
14. LARSEN Christian-Jacques, Biochimie et biologie moléculaire
15. MAIN de BOISSIERE Alain, Pédiatrie
16. MARILLAUD Albert, Physiologie
17. MORIN Michel, Radiologie, Imagerie médicale
18. PATTE Dominique, Médecine interne
19. PATTE Françoise, Pneumologie
20. POINTREAU Philippe, Biochimie
21. REISS Daniel, Biochimie
22. RIDEAU Yves, Anatomie
23. SULTAN Yvette, Hématologie et transfusion

REMERCIEMENTS

À **Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT**, Doyen de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Poitiers qui a immédiatement accepté de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie sincèrement de votre soutien.

À Madame le Professeur Marie-Christine PÉRAULT.

Du temps s'est écoulé depuis mes derniers cours de pharmacologie, pourtant vous avez accepté immédiatement et avec bienveillance de siéger dans le jury de cette thèse. Je me souviens agréablement que vous avez aussi été la première, il y a des années, à m'avoir fait découvrir la clinique. Recevez ici l'expression de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT.

Vous m'avez appris la rigueur nécessaire à l'exercice de la médecine. Vous m'avez aussi accueilli avec une bienveillance que je ne peux pas oublier. Nos discussions dépassaient largement le cadre de la médecine, mais étaient toujours passionnantes. Recevez l'expression de ma gratitude.

À Madame le Docteur Christine GIRAUD,

Je ne peux vous remercier assez pour votre soutien tout au long de ces années.

Vous m'avez toujours permis de retrouver confiance lorsque les circonstances étaient difficiles. Vous avez été un véritable soutien durant toutes mes études : il m'était impossible de ne pas vous associer à cette thèse.

À Monsieur le Docteur Frédéric PERRET.

Soyez assuré de ma gratitude pour tout. Que dire d'autre...

À Madame Catherine ESNARD, Enseignant-chercheur en psychologie du travail et psychologie sociale.

Grâce à votre aide et à la qualité de votre accueil, ce travail a été possible. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

À Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT, Enseignant Clinicien

Ambulatoire en médecine générale, qui a dirigé ce travail.

Vous avez été un guide, un soutien et surtout un ami durant le temps de réalisation de ce travail. Merci

À tous ceux qui ont contribué à cette thèse

Particulièrement, aux médecins généralistes qui m'ont aidé et aux patients

ET merci à tous ceux, aussi importants, sans titre particulier :

Ma famille, sans eux, rien de possible,

Mes amis,

Aux vivants,

Aux morts

Je dédie ce travail à la mémoire de Stéphanie, qui aurait dû être avec nous.

Liste des abréviations utilisées

WONCA = World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Fq = Fréquence

RAM = Réunion des arbres maximums recouvrants

CNO 1 = conseil national de l'ordre des médecins

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction.....	p.16
<u>Position du problème.....</u>	p.16
1.1 <u>Les représentations sociales : éléments théoriques.....</u>	p.17
1.1.1 Le concept de représentation sociale	p.17
1.1.2 Les fonctions des représentations sociales	p.17
1.1.3 Le modèle structural d'Abric	p.18
1.1.4 Méthodes d'étude des représentations sociales	p.20
1.2 <u>Données issues de la littérature.....</u>	p.23
1.2.1 Absence d'étude de la représentation sociale du médecin généraliste dans la littérature scientifique	p.23
1.2.2 Données des sondages	p.24
1.3 <u>Question de recherche.....</u>	p.26
2. Matériel et méthode.....	p.28
2.1 <u>Objectifs de la recherche.....</u>	p.28
2.1.1 Objectif général	p.28
2.1.2 Objectifs opérationnels	p.28
2.2 <u>Méthode et moyens.....</u>	p.28
2.2.1 Type d'étude	p.28
2.2.2 Méthode employée	p.29
2.2.3 Population-cible, échantillonnage et recueil des données	p.29
2.2.4 Construction du questionnaire de caractérisation	p.29
2.2.5 Traitement des données	p.30
2.3 <u>Plan d'analyse statistique des réponses au questionnaire.....</u>	p.30
2.3.1 Description de l'échantillon	p.30
2.3.2 Analyse des évocations libres	p.30
2.3.3 Analyse du questionnaire de caractérisation	p.32
2.4 <u>Aspects éthiques et déontologiques.....</u>	p.34
2.4.1 Personnes répondant au questionnaire	p.34

2.4.2 Médecins généralistes participant au recueil	p.35
3. Résultats.....	p.36
3.1 <u>Caractéristiques de l'échantillon.....</u>	p.36
3.1.1 Recueil des questionnaires	p.36
3.1.2 Caractéristiques de l'échantillon	p.36
a. Valeurs moyennes des variables	p.36
b. Profil de l'échantillon	p.38
3.2 <u>Analyse des évocations.....</u>	p.43
3.2.1 Analyse prototypique	p.43
3.2.2 Catégorisation sous contrainte des évocations	p.43
a. Catégorisation des évocations	p.43
b. Analyse prototypique sur les catégories	p.44
c. Classement des catégories par leur fréquence dans les évocations	p.45
d. Classement des catégories par fréquence décroissante d'apparition dans l'ensemble des mots soulignés	p.46
e. Analyse de similitude sur les catégories des évocations	p.47
3.3 <u>Analyse des réponses au questionnaire de caractérisation.....</u>	p.49
3.3.1 Qualité des réponses	p.49
3.3.2 Analyse des scores et des profils de réponse des éléments	p.49
a. Classement des éléments par leur score	p.49
b. Profils de réponse des éléments de représentation	p.50
c. Caractérisation des sous-groupes identifiés dans le profil de l'élément 15	p.52
- <i>Caractérisation par les scores des éléments</i>	
- <i>Caractérisation par les profils des répondeurs</i>	
3.3.3 Analyse de similitude et réunion des arbres maximums	p.56
a- Organisation locale de la RAM	p.56
b- Analyse des cliques	p.59
4. Discussion.....	p.60
4.1 <u>Interprétation des résultats.....</u>	p.60
4.1.1 Profil de l'échantillon	p.60
4.1.2 La tâche d'évocations libres hiérarchisées	p.60
a. Description prototypique du médecin généraliste	p.61
b. Repérage des éléments centraux	p.61

4.1.3 Le questionnaire de caractérisation	p.62
a. Classement des éléments par leur score	p.62
b. Comparaison des données des évocations et de caractérisation	p.63
c. Analyse de similitude	p.64
d. Recherche de sous-groupes de répondeurs	p.65
4.2 <u>Synthèse et comparaison aux données publiées</u>	p.66
4.2.1 Synthèse	p.66
4.2.2 Comparaison aux sondages publiés	p.67
4.3 <u>Biais et limites</u>	p.68
4.3.1 Échantillonnage	p.68
4.3.2 Construction du questionnaire de caractérisation	p.69
4.3.3 Analyse des données des évocations	p.69
4.3.4 Analyse des données du questionnaire de caractérisation	p.70
4.3.5 Conclusion	p.71
4.4 <u>Questions ouvertes et irrésolues</u>	p.71
4.4.1 Sur la représentation sociale du médecin généraliste	p.71
4.4.2 Sur la variabilité de la représentation sociale du médecin généraliste dans la population générale	p.71
4.4.3 La représentation sociale comme guide pour l'action	p.72
4.4.4 Typologie des médecins généralistes	p.72
5. Conclusion	p.73
Références	p.74
Bibliographie	p.79
ANNEXES	p.83
1- Entretiens préparatoires à l'enquête par questionnaires	
2- Questionnaire utilisé	
3- Contenu des catégories des évocations	
4- Matrice de similitude des catégories des évocations	
5- Matrice de similitude sur les données de caractérisation	
<i>Nanque</i>	
Résumé	p.117
Serment	p.118

1-INTRODUCTION

Position du problème

Les médecins généralistes sont généralement le premier contact des patients avec le système de santé. De plus, avec 75 204 praticiens en 2009 [1], ils représentent la première spécialité médicale en France. Aussi, il importe de s'interroger sur la façon dont le grand public, et donc leurs patients, les perçoivent.

En effet, selon la WONCA Europe¹ [2], le médecin généraliste, « utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée ». Or, cette interaction entre médecin et patient se pose comme une expérience vécue en fonction d'une position sociale spécifique (celle de patient et celle de médecin) [3]. La représentation que les patients se font de leurs médecins influence donc très probablement le déroulement de la consultation et, au-delà, l'ensemble de la relation médecin – patient.

Comme le note Dany [3] : « on sait que les difficultés rencontrées lors des interactions entre médecins et patients peuvent être attribuées à la diversité des attitudes et des représentations que chacun peut élaborer à propos de la maladie ou du traitement ». Il est fort probable qu'il en aille de même avec la diversité des attitudes et des représentations que chacun peut élaborer à propos de la place de patient et de la position de médecin.

Aussi, la dynamique à l'œuvre dans la relation entre un médecin généraliste et son patient s'explique probablement, du moins en partie, par la représentation que l'un a de l'autre. Dans cette optique, l'approche conceptuelle des représentations sociales constitue un opérateur de choix pour comprendre les relations entre les médecins généralistes et leurs patients.

¹ La World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, section européenne est la société savante regroupant les différentes organisations nationales des médecins généralistes en Europe.

Nous allons présenter brièvement des éléments théoriques sur les représentations sociales, puis présenter les données disponibles dans la littérature sur la représentation sociale des médecins généralistes, et enfin présenter la question de recherche que nous en avons dégagée.

1.1 Les représentations sociales : éléments théoriques

1.1.1 Le concept de représentation sociale

Pour Serge Moscovici [4], lorsqu'un groupe social est confronté à un objet qui a une importance particulière pour lui, le groupe va produire un discours sur cet objet. Dès lors, des connaissances, mais aussi des jugements ou des attitudes² vis-à-vis de l'objet, vont se structurer en un système cohérent. Moscovici appelle « représentation sociale » ce type de système.

Une représentation sociale est donc un « ensemble organisé et hiérarchisé des jugements, des attitudes et des informations qu'un groupe social donné élabore à propos d'un objet » [5].

Selon Moscovici, une représentation sociale est « l'élaboration d'un objet social par une communauté avec l'objectif d'agir et de communiquer » [6]. Une représentation sociale est donc la construction psychique qui permet à un groupe de positionner cet objet dans son imaginaire collectif. Elle fonctionne, de plus, comme un guide pour l'action vis-à-vis de l'objet.

D'autre part, pour Flament, une représentation sociale agit au niveau individuel comme un « filtre perceptif » [7], c'est-à-dire comme une grille de lecture de la réalité. Elle peut être considérée comme la connaissance spontanée, naïve, d'un objet, que l'on a coutume d'appeler la « connaissance de sens commun » [8], par opposition à la connaissance de type scientifique [9].

En résumé, une représentation sociale est l'ensemble hiérarchisé de tout ce que les individus pensent, savent ou croient savoir d'un objet et qui conditionne la perception de cet objet et les comportements (des individus et du groupe) à son égard.

1.1.2 Les fonctions des représentations sociales

Selon Denise Jodelet [10] et Jean-Claude Abric [11], les représentations sociales

² Une attitude est la prédisposition mentale d'un individu ou d'un groupe à agir vis-à-vis d'un objet donné. Une attitude est donc une prédisposition à l'action.

assurent plusieurs fonctions :

- l'orientation des conduites et des rapports sociaux ;
- l'interprétation de la réalité quotidienne et la compréhension de phénomènes nouveaux, étranges ;
- la constitution et la préservation d'une identité psycho-sociale ;
- la justification des conduites et des rapports sociaux ;
- la facilitation de la communication sociale.

Toutes ces fonctions se rapportent directement à la définition des représentations sociales : ce sont des grilles de lecture de la réalité et des guides pour l'action.

Ainsi, la représentation sociale des médecins généralistes dans le grand public, et a fortiori chez les patients, peut expliquer, respectivement :

- les comportements des patients vis-à-vis des médecins ;
- leur jugement sur les médecins et la perception par les patients des changements éventuels de comportement des médecins ;
- la place que les patients s'attribuent et celle qu'ils attribuent au médecin dans l'espace de la consultation et dans l'espace social ;
- la justification que les patients donnent à leurs relations avec les médecins ;
- le discours qui se construit dans la société sur les médecins.

In fine, ce sont les attentes des patients et l'efficacité thérapeutique de la relation médecin - patient que les représentations sociales conditionnent.

1.1.3 Le modèle structurale d'Abric [12]

À partir de constatations empiriques, Abric a émis l'hypothèse que les représentations sociales sont constituées de deux secteurs complémentaires qu'il appelle « système central » et « système périphérique ». Ce modèle a été validé expérimentalement, mais a aussi donné lieu à de nombreuses controverses, en particulier sur les fonctions des deux systèmes [13][14].

Description des deux systèmes

Les différences principales entre système central et système périphérique sont présentées dans le tableau 1.

- Le système central est composé des éléments stables d'un individu à l'autre. Les éléments contenus dans le système central contiennent la définition de l'objet de la représentation.

Le système central donne son sens à la représentation, sans lui elle n'aurait pas de sens : il ne peut donc pas être remis en question, sans quoi la représentation perdrait son identité. On le qualifie pour cette raison de « non négociable ». Du fait que le système central donne son identité à la représentation sociale, il faut considérer que « deux représentations diffèrent effectivement l'une de l'autre si et seulement si elles n'ont pas le même système central [15].

Enfin, le système central a le rôle d'organiser la représentation, c'est-à-dire de définir la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de représentation, ce qui en fait un système « unificateur et stabilisateur » [12].

- Le système périphérique est composé d'éléments variables d'un individu à l'autre qui ne définissent pas l'objet de la représentation, mais qui indiquent aux individus comment se comporter vis-à-vis de l'objet.

Le système périphérique est fait d'éléments « proches du noyau central qui jouent un rôle important dans la concrétisation de la signification de la représentation, ou, s'ils sont plus éloignés, qui illustrent, explicitent, ou justifient cette signification » [12]. La périphérie permet ainsi de concrétiser la représentation, de faire le lien entre le système central et la réalité vécue par l'individu. La périphérie est souple et s'adapte au contexte : c'est sa fonction dite « de concrétisation ». Ainsi, elle permet d'adapter la représentation à l'expérience personnelle de chaque individu. De cette façon, des expériences personnelles différentes et variées, voire contradictoires, de l'objet restent compatibles avec le système central : c'est la fonction de « pare-choc » [16] du système périphérique (ou fonction de protection).

Les éléments du système périphérique sont, enfin, « prescripteurs de conduites adaptées à différentes situations de la vie quotidienne » [13]. On retrouve là l'orientation vers l'action des représentations sociales, décrite par Moscovici (cf. supra).

Pour caractériser une représentation sociale, il importe donc de distinguer parmi ses éléments constitutifs ceux qui sont centraux de ceux qui sont périphériques. Des méthodes d'études spécifiques ont donc été développées à cet effet, que nous présentons dans le paragraphe suivant.

	Noyau central	Périphérie
Nature des éléments constitutifs	Plutôt abstraits	Plus concrets
Fonctionnement des éléments centraux et périphériques	Fonctionnent comme des concepts-clef	Fonctionnent comme des clefs pour l'action
Taille (nombre d'éléments constitutifs)	Limitée, de 2 à 4 éléments habituellement	Volumineuse, nombreux éléments, taille mal définie
Fonctions dans la représentation sociale	Génère la représentation Structure la représentation Lui donne sa cohérence et son sens	Adapte la représentation à la réalité vécue Protège le noyau
Fonction principale par rapport à l'objet	Définit l'objet et donne la norme	Décrit l'objet et définit les attentes
Jugement sur un objet qui ne présenterait pas les éléments du noyau ou de la périphérie (mise en cause des éléments)	Ce n'est pas l'objet de la représentation	C'est l'objet de la représentation, mais atypique
Variabilité interindividuelle	Constance au sein d'un groupe	Variabilité au sein d'un groupe
Effet sur les comportements individuels	Peu d'influence	Conditionne les pratiques sociales
Scores des éléments à un questionnaire de caractérisation	Moyenne <u>élevée</u> Variance <u>faible</u>	Moyenne <u>variable</u> Variance <u>moyenne à forte</u>
Transformation	Transformation difficile (progressive ou brutale)	Réorganisation facile (selon le contexte)

Tableau n°1 : caractéristiques comparées du Noyau et de la Périphérie d'une représentation sociale, adapté de [17]

1.1.4 Méthodes d'étude des représentations sociales

Opérationnaliser la définition des représentations sociales selon Abric [5] (« ensemble organisé et hiérarchisé des jugements, des attitudes et des informations qu'un groupe social donné élabore à propos d'un objet ») impose le double repérage du contenu (jugements, attitudes, informations) et de la structure [18]. Il s'en suit que l'étude des représentations sociales impose de combiner les méthodes : méthodes d'identification du contenu et méthodes d'identification de la structure.

De fait, certaines méthodes sont inefficaces pour l'étude des représentations sociales. Ainsi, selon Pierre Vergès [19] :

« Tout questionnaire ne permet pas de recueillir des représentations sociales. Ainsi en est-il du sondage d'opinion, aussi répandu soit-il, il n'est qu'un sommaire repérage dans le paysage des idéologies. La forme de ses questions semble susciter l'attitude (« êtes-vous d'accord... »), mais sans qu'il y ait eu sélection d'éléments organisateurs ni mise en relation par le sujet ; on ne peut donc parler de connotations. [...] Il est donc nécessaire de construire des questionnaires appropriés à nos hypothèses sur les représentations [ou bien] nous procédons par entretiens ».

En d'autres termes, les sondages ne permettent pas de comprendre le fonctionnement des représentations sociales, car ils ne permettent pas de recueillir des éléments de représentation produits par les répondeurs : ces éléments sont imposés aux répondeurs des sondages.

Pour opérationnaliser la théorie des représentations sociales, il est donc nécessaire d'utiliser des méthodes spécifiques, construites à partir de la théorie.

Méthodes issues de la théorie du système central

Plusieurs méthodes ont été élaborées à partir de la théorie d'Abrieu. Il a en particulier été proposé de construire des questionnaires dédiés au repérage du système central.

- La méthode des évocations libres hiérarchisées [13]

Il s'agit de demander à un ensemble de sujets d'écrire les mots qui leur viennent spontanément à l'esprit lorsqu'ils lisent un mot inducteur donné. Ce mot inducteur est généralement le nom générique de l'objet dont on cherche à étudier la représentation. Dans un deuxième temps, les sujets sont invités à classer les mots qu'ils ont écrits par ordre décroissant d'importance.

Vergès propose d'analyser conjointement la fréquence et le rang de classement de chaque mot. Les mots les plus fréquents et dont le classement moyen est le meilleur sont considérés comme potentiellement centraux. Cependant, sur la base de données empiriques, il a été supposé par Wachelke (2008) [20], que seul le premier rang de classement était un indicateur du statut central des éléments. Toutefois, la méthode initialement décrite par Vergès reste actuellement une méthode de référence [13].

La technique des évocations libres hiérarchisées repose sur la puissance associative des éléments centraux, qui sont plus facilement mobilisés lors de l'évocation de l'objet de la représentation [13] que les éléments périphériques.

- Le questionnaire de caractérisation [13]

Il s'agit de proposer à un ensemble de sujets d'indiquer dans un ensemble de phrases ou de mots significatifs de la représentation sociale étudiée (ou éléments de représentation), les n éléments qui leur semblent les plus caractéristiques de l'objet, ainsi que les n moins caractéristiques. En prenant soin de proposer dans le questionnaire un multiple du nombre n d'éléments à sélectionner dans chaque bloc, il est possible de constituer des blocs d'éléments de taille identique. Il est possible de demander aux sujets de construire 3, 4 ou 5 blocs.

À la différence d'un questionnaire classique (utilisant des échelles de Likert, par exemple) le questionnaire de caractérisation permet de « vérifier l'hypothèse de l'existence d'une hiérarchisation collective des thèmes d'une enquête » [21]. Ainsi, le questionnaire de caractérisation presse les répondeurs à établir une hiérarchie entre éléments et à créer des groupes d'éléments.

Le questionnaire de caractérisation apporte deux types d'informations : le classement moyen de chaque élément dans les blocs et les similitudes de classement pour chaque paire possible d'éléments.

Le classement moyen de chaque élément donne une indication sur l'importance de cet élément dans la représentation. L'analyse de similitude entre les éléments donne une indication sur la structure de la représentation.

En résumé, les deux méthodes issues de la théorie structurale d'Abrieu que nous venons de présenter apportent une information sur la structure de la représentation (et une information sur son contenu pour la tâche d'évocations hiérarchiques). Si ces méthodes donnent une indication sur la structure de la représentation, elles ne permettent cependant pas de poser à coup sûr un diagnostic de centralité sur ses éléments [13].

Méthodes d'identification du système central

Une fois repérés les éléments potentiellement centraux, il est possible de s'assurer de leur statut central par des méthodes spécifiques.

Plusieurs méthodes d'identification des éléments centraux ont été décrites et validées expérimentalement. Elles permettent de poser un diagnostic de centralité quasi-certain en testant la propriété de non-négociabilité des éléments du système central.

Nous nous limiterons ici à décrire la méthode dite « de mise en cause », car elle est représentative de la philosophie à l'œuvre dans la plupart des procédures à

disposition du chercheur à l'heure actuelle et parce qu'il s'agit de l'une des plus anciennement décrites [15].

La méthode de mise en cause consiste à présenter à un groupe de sujets un court texte décrivant l'objet de la représentation étudiée. Ce texte se termine par la contradiction (ou mise en cause) d'un élément de la représentation sociale de l'objet étudié. Par exemple, on décrit un « groupe idéal d'amis » et on termine le texte par la phrase « certaines personnes dans ce groupe ne sont pas amies », ce qui remet en cause l'élément de représentation « relation amicale entre tous les membres du groupe ». On demande alors aux sujets interrogés d'indiquer si ce groupe est vraiment un groupe idéal d'amis. Ils doivent alors répondre par « oui » ou par « non ». Si la majorité de l'échantillon a répondu « non », c'est que la représentation sociale du groupe idéal d'amis a été remise en cause, c'est-à-dire qu'un élément central de la représentation est remis en cause. En l'occurrence, lors de la remise en cause de l'élément « relation amicale entre tous les membres du groupe », les échantillons testés ont répondu « non, ce n'est pas un groupe idéal d'amis ». L'élément « relation amicale entre tous les membres du groupe » est donc central [15].

1.2 Données de la littérature

1.2.1 Absence d'étude de la représentation sociale du médecin généraliste dans la littérature scientifique

Les bases de données et moteurs de recherche des consortiums d'éditeurs scientifiques³ ont été interrogés à la recherche de publications concernant la représentation sociale du médecin généraliste. Différentes combinaisons des mots « représentation sociale », « représentation », « image », « perception », « médecin généraliste », « médecine générale », « omnipraticien » ont été utilisées comme équations de recherche.

Différentes données sont disponibles sur « la perception », « l'image », voire « la représentation » du médecin généraliste en France [références 23 à 27] et en Tunisie [28][29], en particulier.

³ Il s'agit des bases : Persée, Erudit, Gallica, Project MUSE, PsychInfo, Revues.org, UNESCO, Wiley on line, la Banque de données en santé publique, PubMed, Elsevier, EBSCO, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Science Direct, J-Stage, Google et Yahoo.

Pourtant, aucune des données disponibles n'opérationnalise la théorie des représentations sociales. Il s'agit toujours d'enquêtes d'opinions par sondage. L'enquête d'Hermange de 2008 [23], toutefois, combine sondage auprès du grand public et entretiens en groupes centrés (ou *focus group*). Mais tous les groupes formés sont constitués de médecins : aucun groupe de patients n'a été constitué. Ainsi, la partie qualitative de cette enquête concerne la représentation que les médecins ont de leur propre représentation dans le grand public.

Au total, nous n'avons pas pu identifier dans la littérature scientifique d'étude de la représentation sociale, à proprement parler, que les patients ont des médecins généralistes.

1.2.2 Données des sondages

Bien que, selon Vergès [19] (voir supra), les sondages ne permettent pas de saisir complètement le contenu et le fonctionnement d'une représentation sociale, nous voulons donner, malgré tout, un aperçu des opinions dominantes sur les médecins généralistes dans grand public.

a. Le sondage d'Hermange 2008

Nous livrons ici les principaux résultats du sondage d'Hermange en 2008 sur « le rôle et la place du médecin généraliste en France ». Il s'agit de l'enquête la plus récente réalisée en France sur l'image des médecins généralistes. L'échantillon de 1004 personnes était contacté par téléphone sur l'ensemble du territoire national. Commandée par l'Académie Nationale de Médecine et le Sénat, elle avait pour buts principaux d'explorer l'image des médecins généralistes et la perception du système de soins français auprès du grand public, ainsi que la perception des études de médecine et de l'installation auprès des jeunes médecins.

- Pour le grand public

Il ressortait de ce sondage que les professions médicales étaient les plus prestigieuses, aux yeux du public, parmi 12 professions libérales et supérieures proposées au choix par les concepteurs de l'enquête. Cette image prestigieuse des médecins se serait détériorée pour 50% de l'échantillon, mais améliorée pour 37%.

Les médecins jouissaient toutefois d'une image positive pour 90% des personnes interrogées, quel que soit leur mode d'exercice (la formulation de la question était : « plus précisément, quelle opinion avez-vous des médecins ? », les réponses possibles étaient « bonne », « très bonne », « mauvaise » et « très mauvaise opinion »).

Les médecins étaient perçus comme ayant une vocation et comme exerçant leur métier pour gagner de l'argent (79% et 70% de l'échantillon, respectivement).

- Pour les médecins généralistes

Les questions posées au grand public ont été posées à un échantillon de médecins généralistes. Les réponses des généralistes étaient très proches des réponses du grand public. Les généralistes ont donc une perception assez juste de leur prestige dans le grand public.

Dans un dernier temps, le sondage auprès du grand public était complété par des groupes centrés (ou focus groups dans la terminologie anglo-saxonne), constitués de médecins généralistes. Ces focus groups avaient pour objectif de commenter les résultats du sondage.

Pour les médecins interrogés, cette bonne image s'expliquait par la proximité avec leurs patients et la confiance que les patients ont en leurs médecins. Les généralistes interrogés pensaient que les patients voyaient en eux un dévouement intrinsèque à leur personne. Leur place dans la société serait liée à leur savoir et à leur dévouement. Enfin, selon les généralistes, les patients seraient attachés au rôle préventif des généralistes.

Concernant la dégradation de leur prestige, les généralistes décrivaient une typologie de patients : les personnes âgées vivant en campagne, qui auraient toujours une image prestigieuse des médecins et les jeunes cadres supérieurs actifs, qui ne verraient plus de prestige dans l'exercice médical.

Aucun focus group constitué de personnes du grand public n'a cependant été étudié. Il n'était donc pas possible de confronter les conclusions issues des groupes centrés à la représentation réelle des médecins généralistes dans le grand public.

b. Le sondage de Ciancaleoni et D'Houtaud de 1983 [26]

Ce travail est l'un des plus anciens sondages effectués. L'échantillon comprenait 924 personnes vivant en Lorraine. Le questionnaire était rédigé par les auteurs eux-mêmes, par consensus : il n'était pas basé sur des données publiées ou sur des entretiens préalables.

- L'image du médecin de famille

Le médecin de famille était perçu comme connaissant mieux ses patients que les autres médecins (92%) et sachant les mettre à l'aise (81%). Il sait expliquer aux patients ce qu'ils ont (74%), soigner les maladies courantes (91%). Il surveille l'état de santé de toute la famille. C'est avant tout un conseiller en santé (86%), avant d'être un technicien (41%).

- La relation médecin-patient

Le médecin généraliste a une vocation (76%) et a fait médecine pour gagner de l'argent (72%).

Toutefois, pour 66% des personnes interrogées, il ne passerait pas assez de temps avec ses patients et trop peu de temps à leur expliquer « des choses ». Notons que les auteurs avaient formulé leur question de façon très vague (« il expliquent rien ou trop peu de choses »), ce qui ne permet pas de préjuger de quelles « choses » il s'agit et donc de préciser les attentes des patients en matière de communication.

Notons que 50% de l'échantillon déclarait ne pas suivre les prescriptions de leurs médecins.

Enfin, le niveau perçu de compétences des médecins généralistes n'était pas évalué.

c. Le sondage de Chaled de 2001 [28]

Ce sondage a été réalisé sur un échantillon de 289 habitants du gouvernorat de Tunis en Tunisie.

Le métier de médecin est le plus prestigieux parmi ceux qui étaient proposés aux sondés, avec toutefois un prestige moindre des généralistes que des spécialistes.

Le généraliste est perçu comme un conseiller, moins capable que les spécialistes de prendre des décisions médicales appropriées. Il fait en revanche un meilleur suivi des dossiers médicaux et connaît bien les antécédents de ses patients (87,5%).

Enfin, il n'écoute pas toujours suffisamment ses patients.

d. Enseignements des sondages

Nous avons choisi de présenter ces trois sondages, car ils montrent à des époques différentes (2008, 1983, 2001) et des lieux de recrutement différents (France, Lorraine, Tunisie) des constantes. Pour le grand public :

- le métier de médecin généraliste est prestigieux ;
- une vocation anime les médecins ;
- l'envie de gagner de l'argent ne paraît pas incompatible avec l'idée d'une vocation ;
- le médecin généraliste suit ses patients sur la durée et les connaît bien ;
- c'est un conseiller pour la santé ;
- il n'écoute pas toujours suffisamment ses patients.

Les médecins sont perçus comme des conseillers qui suivent leurs patients sur la durée. Pourtant, un manque d'écoute leur est parfois reproché. Pissarro (1990) [23] note ainsi, après un sondage fait en Région Parisienne : « les patients sont fidèles, font confiance à la médecine et au médecin, recherchent chez lui des qualités d'ordre technique mais également humaine ».

1.3 Question de recherche

Au terme de ce que nous venons d'exposer, il est permis de penser que l'étude de la représentation sociale du médecin généraliste dans la population générale peut apporter une contribution originale pour comprendre la relation entre médecins et patients. Pourtant, il n'a pas été possible d'en trouver une description dans la littérature scientifique.

Notre recherche concernait la représentation sociale du médecin généraliste en population générale. La question était : « quel est l'apport des méthodes issues de la théorie structurale des représentations sociales dans l'étude de la représentation sociale du médecin généraliste en population générale ? ».

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 Objectif de la recherche

2.1.1 Objectif général

L'objectif général est d'évaluer l'apport des méthodes issues de la théorie structurale d'Abriç dans l'étude de la représentation sociale du médecin généraliste en population générale.

2.1.2 Objectifs opérationnels

Quatre objectifs opérationnels étaient visés :

- Identifier les éléments prototypiques de la représentation sociale du médecin généraliste ;
- Repérer les éléments potentiellement centraux dans la représentation sociale du médecin généraliste ;
- Rechercher s'il existe des profils de réponse particuliers parmi les répondeurs ;
- Identifier la structuration interne de la représentation sociale du médecin généraliste.

2.2 Méthode et moyens

2.2.1 Type d'étude

Une enquête par questionnaires a été réalisée auprès d'un échantillon de personnes majeures consultant dans 8 cabinets médicaux de médecine générale des Deux-Sèvres.

2.2.2 Méthode employée

Pour réaliser nos objectifs, un questionnaire a été construit, comprenant trois parties⁴ :

- Une tâche dite « d'évocations libres hiérarchisées » [30], consistant à demander aux sujets d'écrire les 5 premiers mots ou expression qui leur viennent à l'esprit lorsqu'ils entendent le mot « médecin généraliste », puis à leur demander de souligner le mot qui leur semble le plus important parmi ceux qu'ils ont produits ;
- Un questionnaire dit « de caractérisation », consistant à demander aux sujets de choisir dans une liste de 18 phrases (ou éléments) les 6 phrases qui leur semblent les plus caractéristiques des médecins généralistes, puis les 6 qui leur semblent les moins caractéristiques (les 6 phrases restantes sont considérées comme moyennement caractéristiques) ;
- Un recueil de 3 types de variables : différentes caractéristiques de santé, différentes caractéristiques de la relation actuelle avec les médecins généralistes et, enfin, des variables sociodémographiques.

2.2.3. Population cible, échantillonnage et recueil des données

Nous avons choisi la population générale des Deux-Sèvres consultant en médecine générale comme population d'étude.

Le questionnaire a été proposé aux personnes majeures consultant dans l'un des 8 cabinets de médecine générale impliqués dans ce travail.

Les personnes répondant au questionnaire devaient l'insérer rempli dans une urne opaque à disposition dans la salle d'attente des cabinets.

2.2.4 Construction du questionnaire de caractérisation

Conformément aux recommandations d'Abric [18] et de Moliner [15], nous avons préalablement réalisé une série d'entretiens non préstructurés pour construire notre questionnaire de caractérisation⁵.

Cependant, il n'existe pas d'algorithme standardisé publié pour la construction du questionnaire de caractérisation à partir du corpus des entretiens [31]. Nous avons

⁴ Voir questionnaire en annexe 4

⁵ Voir le détail de l'analyse de contenu de nos entretiens en Annexe 1.

cependant considéré qu'aucune catégorie de la représentation sociale ne devait être omise dans notre questionnaire à 18 éléments, afin de balayer largement la représentation sociale du médecin généraliste et de rendre compte de la diversité du discours recueilli lors des entretiens préalables à l'enquête par questionnaires.

Les éléments retenus dans le questionnaire de caractérisation ont été sélectionnés par consensus entre l'investigateur, le directeur du travail et un troisième analyste (non spécialiste du domaine d'étude concerné) à partir des données des entretiens préparatoires (voir tableau n°2).

Tableau n°2 : éléments proposés dans le questionnaire de caractérisation, listés dans l'ordre de présentation aux répondeurs au questionnaire

1. Les médecins généralistes ont une certaine rigueur morale
2. Ils ont d'importantes responsabilités, car ils s'occupent de la santé des gens
3. Ils sont souvent impliqués en politique ou dans la vie de leur commune
4. Ils connaissent bien leurs patients
5. Ce sont des professionnels en qui on peut avoir confiance
6. De nos jours, ils prennent le temps d'avoir une vie privée
7. On écoute les médecins généralistes parce qu'ils ont fait d'importantes études
8. Ils soignent parfois les gens gratuitement
9. Ils ont souvent une importante culture générale
10. Ils font leur métier parce qu'ils aiment le contact avec les gens
11. On peut s'adresser à un médecin généraliste pour n'importe quel problème de santé
12. Les médecins généralistes savent bien écouter leurs patients
13. Ils savent à quels spécialistes adresser leurs patients lorsque c'est nécessaire
14. Ils apportent du soutien moral aux patients qui en ont besoin
15. Ils sont souvent pressés par le temps durant leur travail
16. Ils surveillent la santé de leurs patients
17. Ils aiment leur métier
18. Il y a des choses dont on ne peut parler qu'avec son médecin généraliste

2.2.5 Traitement des données

Les données ont été codées sous forme numérique, puis entrées dans un tableau Excel. Les évocations ont été transcrites textuellement.

Les analyses descriptives et bivariées ont été réalisées avec le logiciel libre *Tanagra*. L'analyse des évocations a été réalisée avec le logiciel *Évocation 2000*. Les calculs de similitude ont été réalisés avec le logiciel *Similitude 2000* [32]⁶.

2.3 Plan d'analyse statistique des réponses au questionnaire

2.3.1 Description de l'échantillon

Pour chaque variable continue, les moyennes et intervalles de confiance ont été calculés ; pour chaque variable catégorielle, la proportion et l'intervalle de confiance ont été calculés pour chaque modalité. Le profil de l'échantillon a ensuite été comparé aux données connues dans la population des Deux-Sèvres⁷. Le test du Chi² a été utilisé pour comparer les proportions. Le test t a été utilisé pour comparer les variables continues.

2.3.2 Analyse des évocations libres

Elle a été réalisée en deux temps, conformément aux indications de Vergès [21][33] et de Moliner [31].

Premier temps : analyse prototypique

Il s'agissait de classer les mots recueillis en fonction de leur fréquence moyenne et de leur rang moyen. On appelle « rang moyen » d'un mot la place d'un mot dans l'ensemble des 5 mots produits par les répondeurs au questionnaire. Les mots

⁶ Logiciels gracieusement fournis par Lionel Dany, maître de conférences au Laboratoire Européen de Psychologie Sociale d'Aix-en-Provence

⁷ Site Internet de l'INSEE :

<http://www.recensement.insee.fr/tableauxDetailles.action?zoneSearchField=DEUX+SEVRES&codeZone=79-DEP&idTheme=9&idTableauDetaille=22&niveauDetail=2>

fréquents et proches, en moyenne, du premier rang, sont considérés comme les plus typiques de l'objet étudié.

Second temps : la catégorisation sous contrainte des évocations

Catégorisation

Il s'agissait de réunir les évocations en catégories afin de rendre compte d'une proportion maximale du corpus des évocations et de ne pas minimiser des thématiques regroupant un grand nombre de termes. La critique principale faite à l'encontre de cette méthode est liée à la technique même de la catégorisation, qui est nécessairement entachée par la subjectivité de l'analyste [18]. Toutefois, Vergès propose de limiter ce biais en commençant la catégorisation à partir des mots les plus fréquents. En pratique, il s'agit de commencer le processus de catégorisation à partir des mots retenus dans l'analyse prototypique. Nous avons appliqué la méthode de Vergès. Nous avons décidé, de plus, de réaliser la catégorisation à deux analystes travaillant conjointement pour encore limiter le biais lié à l'analyste.

Organisation des catégories

Il a ensuite été possible de réaliser des calculs statistiques sur les catégories d'évocations [34][35]. Nous avons calculé la fréquence des catégories, puis calculé le degré de similitude entre catégories, en utilisant un indice de cooccurrence [36]. Nous avons ensuite représenté la matrice de similitude ainsi obtenue sous forme graphique. Nous avons utilisé à cet effet l'algorithme de la 3-analyse [37]. Il faut toutefois considérer avec précaution ce type de représentation, puisque la matrice de similitude obtenue (et donc la structure globale du graphe de la 3-analyse) est dépendante de la fréquence des catégories et non de leur seule cooccurrence [37].

Repérage des éléments potentiellement centraux

Les éléments centraux de la représentation se trouvent parmi les mots ou les catégories les plus fréquents et de plus faibles rangs moyens [15]. Toutefois, pour Wachelke (2008) [20] seule la présence en rang 1 serait un marqueur de centralité⁸. Pour cette raison, cet auteur recommande de faire l'analyse prototypique sur les seules évocations de premier rang. Nous avons donc classé les catégories par fréquences décroissantes d'apparition au premier rang.

2.3.3 Analyse du questionnaire de caractérisation

⁸ Cf. théorie du système central en Introduction § 1.2.3

L'analyse a été réalisée selon les recommandations de Vergès [37] et de Moliner [31].

Premier temps : scores des éléments, profils et recherche de profils de réponse

- Scores des éléments

Les réponses au questionnaire sont codées +1, 0 et -1, respectivement, pour les modalités « plus caractéristique », « intermédiaire » et « moins caractéristique ». Pour chaque élément, il est ainsi possible de calculer une moyenne, appelée « score [19] », allant de +1 à -1, ces valeurs extrêmes correspondant aux éléments totalement caractéristiques et totalement non caractéristiques, respectivement.

Nous avons classé les éléments par scores décroissants.

- Recherche de sous-groupes de répondeurs

La proportion de réponses « plus caractéristique », « moins caractéristique » et « intermédiaire » a été calculée pour chaque élément du questionnaire de caractérisation. De cette façon, nous avons établi un « profil de réponse » pour chaque élément, caractérisé, en particulier, par son mode de distribution. Les éléments dont le mode est « plus caractéristique » sont considérés comme caractéristiques des médecins généralistes. Il en va de même pour les éléments « moins caractéristiques » et « intermédiaire ».

Nous avons ensuite recherché si un profil présentait une forme en U (c'est-à-dire une répartition bimodale sur les modalités « plus caractéristique » et « moins caractéristique ») : dans ce cas, il était probable que l'on fût en présence de deux sous-groupes de répondeurs [18].

Nous avons décidé de comparer le sous-groupe constitué par les personnes ayant répondu « plus caractéristique » au sous-groupe constitué par les personnes ayant répondu « moins caractéristique », pour chaque élément qui présentait un profil en U. Compte-tenu de notre recueil des données en 3 modalités, la distribution des variables ne pouvait être considérée comme normale, même si les effectifs observés permettaient l'utilisation du théorème central limite. Nous avons donc opté pour un test de Mann-Whitney et non pour un test t, comme le font Gigling, Guimelli et Pénochet [38] ou Moliner [31].

Nous avons donc calculé le score de chaque élément pour les différents sous-groupes de répondeurs. Nous avons comparé par un test de Mann-Whitney les scores attribués à chaque élément par les femmes et par les hommes.

Second temps : analyse de similitude

- Matrice de similitude et représentation graphique

Analyser la structure de la représentation suppose de caractériser la liaison existant entre chaque paire d'éléments. À cet effet, le traitement de choix des données est l'analyse de similitude [21].

Il s'agissait de calculer sur l'ensemble des données le niveau de similitude entre les éléments testés parmi les réponses des sujets. Nous avons ainsi obtenu une « matrice de similitude » récapitulant les indices de similitude (ou indice de distance, selon Flament [36]) calculés pour chaque paire d'éléments. Nous avons utilisé l'indice Tau b de Kendal, adapté aux données catégorielles ordonnées (dans le questionnaire de caractérisation, chaque sujet attribue à chaque élément une des trois catégories ordonnées possibles).

Nous avons représenté graphiquement la matrice de similitude par l'algorithme de Kruskal. Cet algorithme fournit la réunion des arbres localement maximaux ou RAM. La RAM est le graphe connexe le plus simple de la matrice similitude : tous les éléments sont représentés et reliés entre eux avec le moins d'arêtes possible (« on obtient la représentation la plus dépouillée qu'il soit possible d'avoir, en conservant la connexité » [21]). Le graphe ainsi obtenu est donc facilement lisible. La RAM peut ensuite être interprétée par secteurs et en prenant en compte le score des différents éléments.

- Recherche des cliques dans la matrice de similitude

Nous avons terminé l'analyse de similitude par le repérage des cliques présentes dans la matrice. Une clique est l'ensemble formé par tous les éléments reliés deux à deux par un indice de similitude au-moins égal à une valeur seuil donnée [37]. Les cliques correspondent donc à des groupes d'éléments tous similaires entre eux à un certain niveau. Le repérage des cliques peut donc être une aide au repérage d'organisations locales de la matrice de similitude.

2.4 Aspects éthiques et déontologiques

2.4.1 Personnes répondant au questionnaire

Les questionnaires étaient anonymes. Aucune information personnelle n'était demandée dans les questionnaires.

2.4.2 Médecins généralistes participant au recueil

Aucune marque sur les questionnaires n'identifiait le cabinet médical d'où ils provenaient, aussi aucune analyse par cabinet n'était possible.

3. RESULTATS

3.1 CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

3.1.1 Recueil des questionnaires

Trois cent cinquante questionnaires ont été distribués dans les 8 cabinets médicaux des Deux-Sèvres impliqués dans le recueil des données. Cent quatre-vingt-huit ont été retournés, soit un taux de retours de 54%. Cent cinquante-six étaient exploitables, soit un taux d'attrition de 17%.

3.1.2 Caractéristiques de l'échantillon

a. Valeurs moyennes des variables

Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans les tableaux n°3a, n°3b, n°3c et n°3d. Les données pour la population des Deux-Sèvres proviennent du site internet de l'Insee⁹ et sont celles du recensement 2007 de la population française.

Les comparaisons ont été effectuées avec le test t pour variances inégales pour les variables continues et avec le test du Chi² pour les variables binomiales. La méthode de Wald avec correction de continuité a été utilisée pour les intervalles de confiance des proportions. La méthode de l'intervalle de confiance de la loi gaussienne a été utilisée pour les variables continues. Les risques de première espèce pour les tests de comparaison des modalités des variables catégorielles sont déterminés par la ~~méthode de Wald.~~ *méthode de Sidak.*

⁹ Site Internet de l'INSEE :

<http://www.recensement.insee.fr/tableauxDetailles.action?zoneSearchField=DEUX+SEVRES&codeZone=79-DEP&idTheme=9&idTableauDetaille=22&niveauDetail=2>

Tableau n°3a. Principales variables sociodémographiques comparées dans l'échantillon et dans la population des Deux-Sèvres

Variable	Moyenne dans l'échantillon	Bornes de l'intervalle de confiance à 5%	Moyenne dans les Deux-Sèvres	Significativité à 5 %
Âge	47,3 ans	45,0 – 49,7	51,3 ans	p = 0,001
Genre				
- Femmes	67,3 %	59,6 – 75,0	51,4 %	p < 0,001
- Hommes	32,7 %	25,0 – 40,4	48,6 %	
Vie en couple				
- En couple	79,5 %	72,8 – 86,2	66,0 %	p < 0,002
- Seul	20,5 %	13,8 – 27,2	34,0 %	
Emploi	P < 0,001 globalement			
- Actifs ayant un emploi	66,0 %	58,2 – 73,8	42,5 %	Significatif
- Actifs sans emploi	9,0 %	4,2 – 13,8	31,9 %	Significatif
- Retraités	25,0 %	17,9 – 32,1	25,7 %	ns
Dernier diplôme obtenu	P < 0,001 globalement			
- Aucun	5,8 %	1,8 – 2,9	19,1 %	Significatif
- Certificat d'études	8,3 %	3,7 – 17,9	17,4 %	Significatif
- BEPC/brevet des collèges	5,1 %	1,3 – 8,9	5,8 %	ns
- Baccalauréat	28,2 %	20,8 – 35,6	26,7 %	ns
- CAP - BEP	23,1 %	16,2 – 30,0	14,1 %	Significatif
- Diplôme universitaire	29,5 %	22,0 – 37,0	17,0 %	Significatif

Tableau 3b. Autres variables sociodémographiques dans l'échantillon, sans comparaison avec la population des Deux-Sèvres¹⁰

Variables	Moyenne dans l'échantillon	Bornes de l'intervalle de confiance à 5%
Personnes ayant un ou des enfants	79,5 %	72,8 – 86,2
Zone d'habitation		
- Urbaine	39,7 %	31,7 – 47,7
- Semi-rurale	39,1 %	31,1 – 47,1
- Rurale	21,2 %	14,5 – 27,9

¹⁰ Les données pour la population des Deux-Sèvres ne sont pas disponibles

Tableau 3c. Caractéristiques du médecin traitant dans l'échantillon

Variables	Moyenne dans l'échantillon	Bornes de l'intervalle de confiance à 5%
Ont un médecin traitant	100 %	
Zone d'installation du médecin traitant		
- Urbaine	51,9 %	43,7 – 60,1
- Semi-rurale	31,4 %	23,8 – 39,0
- Rurale	16,7 %	10,5 – 22,9
Genre du médecin traitant		
- Femme	41,7 %	33,6 – 49,8
- Homme	58,3 %	50,2 – 66,4
Ancienneté de la relation avec le médecin traitant actuel	11,0 ans	9,8 – 12,2

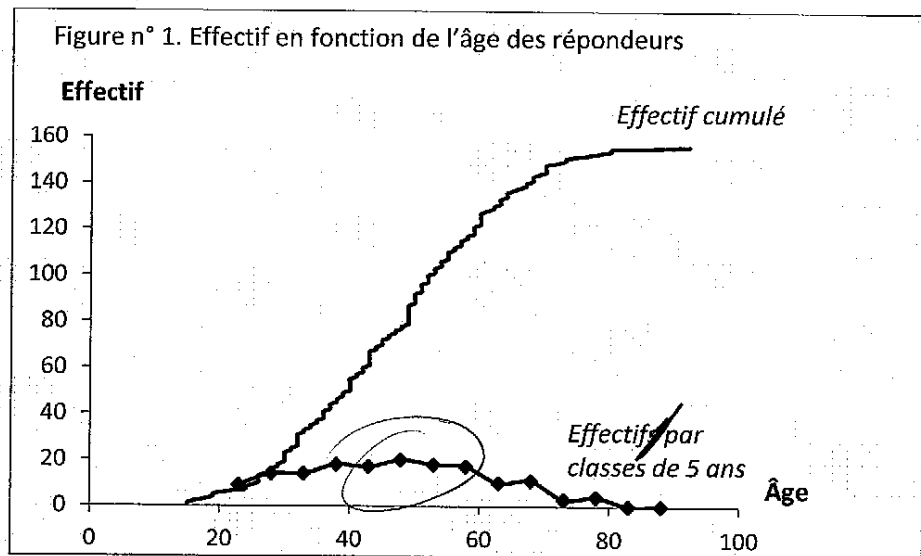
Tableau n°3d. Caractéristiques de santé dans l'échantillon

Variable	Moyenne dans l'échantillon	Bornes de l'intervalle de confiance à 5%
Santé subjective (échelle de 0 à 10)	6,7	6,3 – 7,0
Inquiétude pour la santé (échelle de 0 à 10)	4,8	4,4 – 5,1
Prise d'un traitement régulier	50,0 %	41,8 – 58,2
Nombre de consultations chez un <u>Généraliste</u> au cours des 6 derniers mois	2,8	2,4 – 3,2
Nombre de consultations chez un <u>Spécialiste</u> au cours des 6 derniers mois	1,2	0,9 – 1,4
Ont déjà eu recours à des médecines traditionnelles		
- Oui	49,4 %	41,2 – 57,6
- Non		

b. Profil de l'échantillon

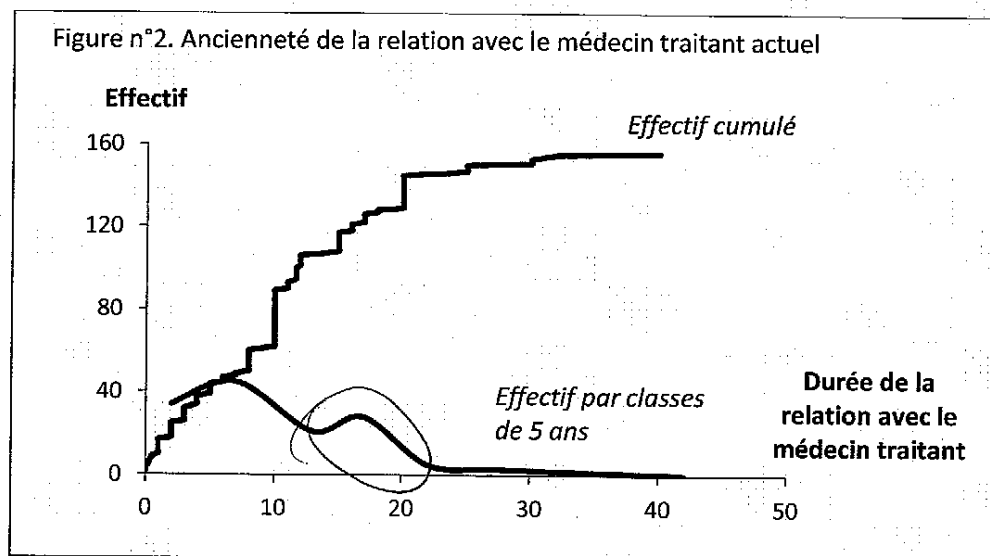
L'âge des répondants

Comme le montre la figure n°1, la distribution de l'échantillon est globalement régulière avec l'âge. La médiane est de 49 ans. Les personnes âgées de plus de 70 ans semblent toutefois sous représentées, ce qui explique probablement la moyenne d'âge dans notre échantillon plus basse que dans la population générale des Deux-Sèvres.



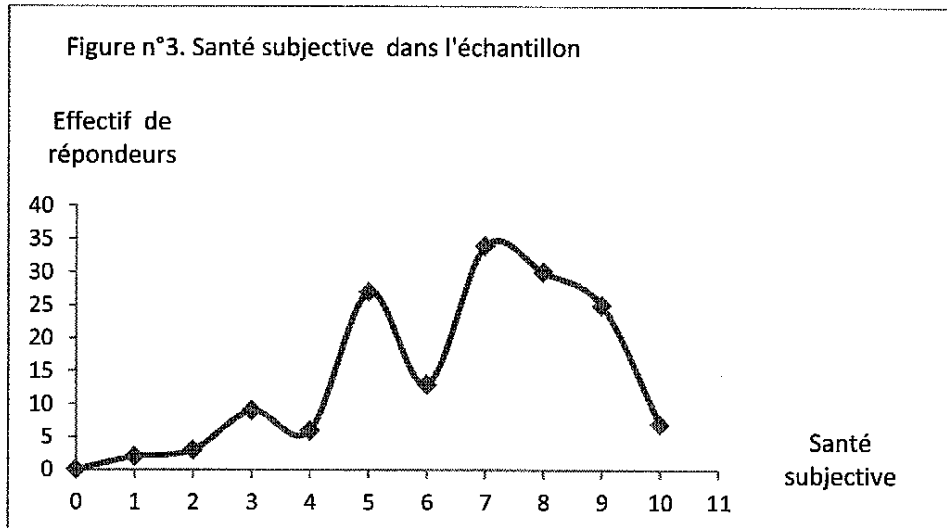
Ancienneté de la relation avec le médecin traitant actuel

La médiane de l'ancienneté de la relation avec le médecin traitant actuel est de 10 ans (voir figure n°2). La médiane de l'ancienneté de la relation avec le médecin traitant actuel est de 10 ans.



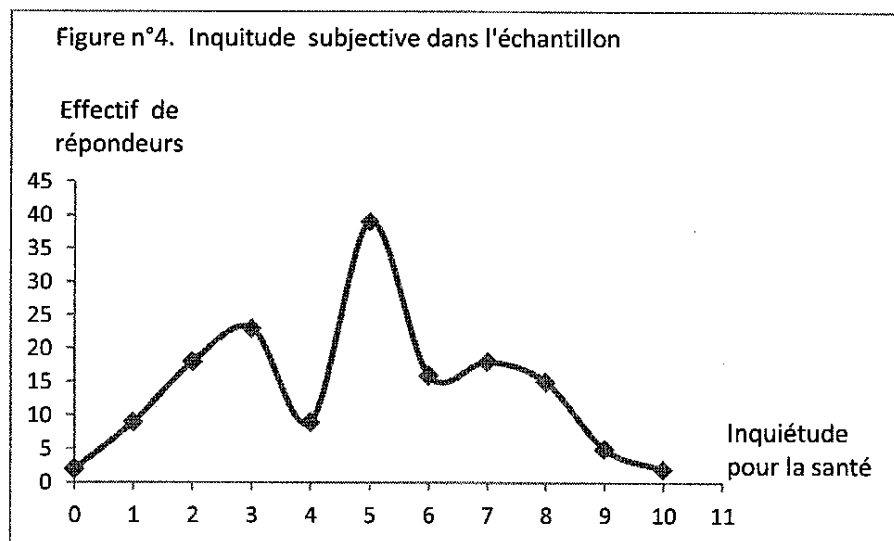
Santé subjective

On notera une répartition bimodale avec un premier pic de distribution sur la valeur centrale et un pic plus important dans les valeurs élevées de santé subjective. La médiane de la santé subjective est 7,0 (voir figure n°3).



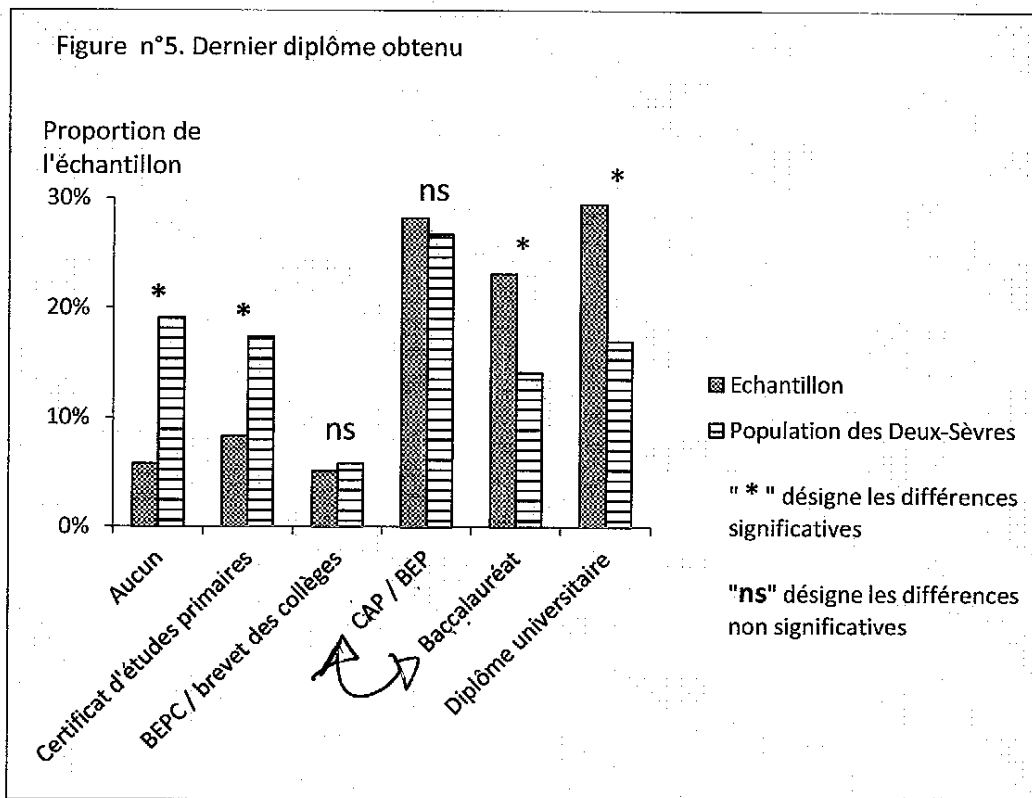
Inquiétude pour la santé

La répartition de l'effectif est globalement symétrique autour de la valeur médiane de 5 (voir figure n°4).



Dernier diplôme obtenu

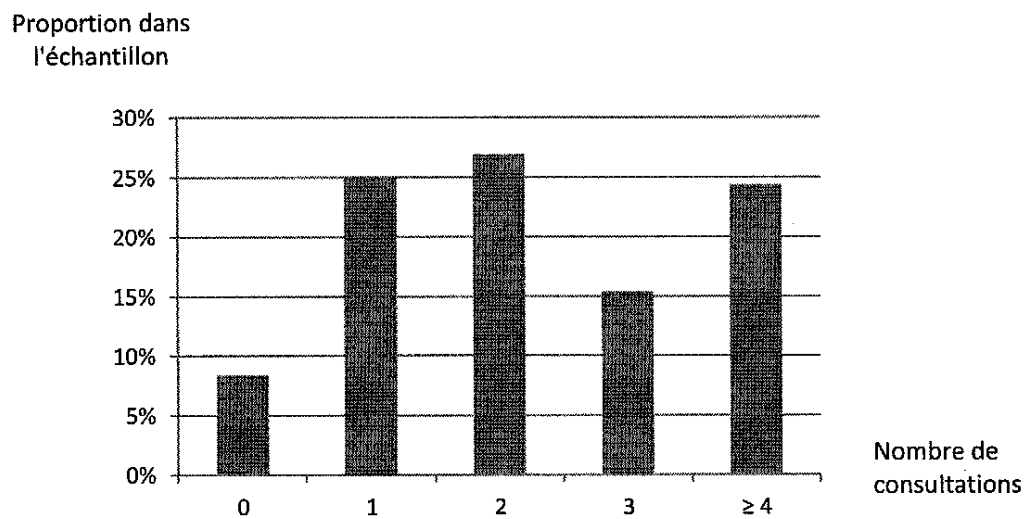
On constate une surreprésentation des personnes à niveau d'étude élevé (baccalauréat, diplôme universitaire), une sous-représentation des personnes non diplômées (voir figure n°5).



Nombre de consultations avec un Médecin Généraliste au cours des 6 derniers mois

On constate (voir figure n°6) qu'un petit nombre de répondants ne déclare aucune consultation en médecine générale au cours des six derniers mois, malgré le recrutement de l'échantillon en cabinet de médecine générale. Tout ou partie des répondants a donc tendance à ne pas compter la consultation au cours de laquelle le questionnaire est reçu.

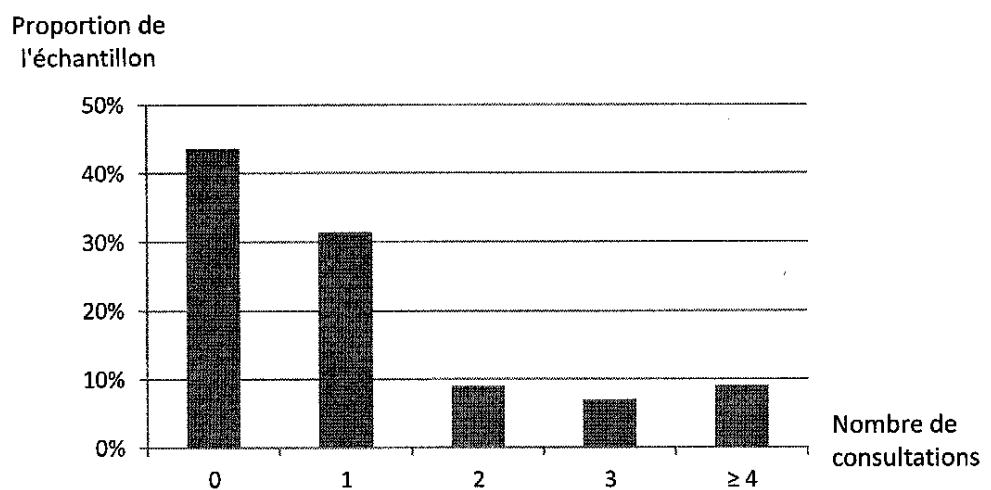
Figure n°6. Répartition de l'échantillon en fonction du nombre de consultations en médecine générale au cours des 6 derniers mois



Nombre de consultations avec un Médecin Spécialiste au cours des 6 derniers mois

Un peu plus de la moitié des répondeurs a consulté un médecin spécialiste au cours des 6 mois précédents la passation du questionnaire, dont la moitié n'a consulté qu'une seule fois (voir figure n°7).

Figure n°7. Nombre de consultations spécialisées au cours des 6 derniers mois



3.2 ANALYSE DES ÉVOCATIONS

3.2.1 Analyse prototypique

Les 156 répondeurs ont produit un corpus de 699 évocations, contenant 279 mots différents.

Chaque répondeur a produit 4,48 mots en moyenne, soit un taux de remplissage des questionnaires de 90% (il était demandé à chaque personne de produire 5 mots). L'espérance théorique du rang moyen était donc 2,24, ce qui nous a permis de fixer le rang moyen seuil pour classer les évocations selon la présentation proposée par Vergès. Chaque répondeur a apporté en moyenne 1,79 mot nouveau.

Le résultat de l'analyse prototypique est présenté dans le tableau n°4.

	Rang moyen < 2,24			Rang moyen ≥ 2,24		
	Évocations	Fq ¹¹	Rang moyen	Évocations	Fq	Rang moyen
Fréquence ≥ 10 %	Écoute	27 %	2,16	Disponible	16 %	2,38
	Maladie / malade	14 %	2,17	Confiance	15 %	2,42
	Soins	14 %	2,05	Médicaments	12 %	2,46
	Proximité	12 %	2,06			
	Médecin de famille	11 %	1,91			
Fréquence ≥ 4 %	Santé	7 %	1,90	Conseil	8 %	2,44
	Professionnel	5 %	2,12	Attente	5 %	2,71
	Confidence	5 %	1,71	Suivi	5 %	2,36
	Guérison	4 %	2,00	Confident	4 %	2,46
	Traitement	4 %	2,08	Confidentialité	4 %	2,83

Tableau n°4. Présentation des mots évoqués par fréquences et par rangs moyens

L'analyse prototypique rend compte de 54% du corpus des évocations. Les mots les plus fréquents sont « écoute », « disponible », « confiance », « soins » et « maladie ou malade ».

3.2.2 Catégorisation sous contrainte des évocations

a. Catégorisation des évocations

Dans le tableau n°5, nous présentons un bref descriptif du contenu des différentes catégories constituées.

¹¹ Fq = fréquence, calculée comme le rapport du nombre d'occurrences du mot évoqué sur le nombre de répondeurs. La fréquence cumulée des mots évoqués est donc de 448%.

En codant le corpus des évocations selon les catégories ainsi constituées, 98% du corpus des évocations est pris en compte.

	Nom de la catégorie	Descriptif
1	Écoute	On intègre dans cette catégorie le mot « écoute » et ses variantes.
2	Confiance	Même construction que la catégorie précédente
3	Maladie	Catégorie contenant les mots ayant pour thème la maladie
4	Soins	Catégorie contenant les mots « soins » et « solution »
5	Médicaments	Catégorie faite de « médicaments », « prescription » et dérivés
6	Proximité	Cette catégorie plus large comporte tous les termes évoquant la proximité géographique du médecin de ses patients
7	Santé	Catégorie contenant les thèmes « santé », « prévention », « conseils »
8	Guérison	On ajoute « soulagement » à cette catégorie
9	Disponibilité	Catégorie contenant le mot « disponibilité » et le thème de la rapidité d'accès, y compris en urgence.
10	Suivi	Thèmes : médecin traitant, suivi, connaît le patient et sa famille
11	Généraliste	Catégorie centrée sur la polyvalence et la diversité des tâches du généraliste
12	Superficiels	Catégorie contenant les notions de superficialité des soins, de rigueur professionnelle insuffisante
13	Peu disponibles	Mots principaux : « délai de rendez-vous long », « pénurie », « surbooké », « débordé »
14	Compétent	Mots inclus : « compétent », « efficace »
15	Réponse	Catégorie centrée sur la réponse du généraliste, l'information donnée, le diagnostic (« dire ce que l'on a »)
16	Professionnel	Catégorie contenant les thèmes de la rigueur morale et professionnelle
17	Confident	Mots principaux : « confidentialité », « secret médical », « discrétion »
18	Orientation spécialisée	Catégorie centrée sur l'orientation vers un spécialiste comme rôle du généraliste
19	Soutien	Mots principaux : « Rassurance », « réconfort », « aide », « espoir »
20	Formation	Catégorie exprimant la formation et le savoir du médecin
21	Qualité de l'accueil	Comprend de nombreux mots exprimant une relation humaine et bienveillante : « sympathique, ami, gentil, souriant, accueillant, généreux, relation, relationnel, franc, ensemble »
22	Nécessaire	Catégorie centrée sur l'idée qu'il est important d'avoir un médecin traitant (« utile, conseillé, important, régularité »)
23	Système de soins, argent	Catégorie réunissant les acteurs du système de soins
24	Déroulement de la consultation	Ensemble des mots décrivant le déroulement de la consultation médicale

Tableau n°5. Liste et description brève des catégories constituées à partir du corpus des évocations

b. Analyse prototypique sur les catégories

Le classement des catégories par fréquences et rangs moyens est présenté dans le tableau n°6.

	Rang moyen < 3,00			Rang moyen ≥ 3,00		
	Évocations	Fq ¹²	Rang moyen	Évocations	Fq	Rang moyen
Fréquence ≥ 22 %	Ecoute	47,0 %	2,71	Disponibilité	26,8 %	3,00
	Confiance	34,6 %	2,39	Santé	25,5 %	3,19
	Médecin de famille	30,9 %	2,66	Soins	23,5 %	3,03
	Compétence	28,2 %	2,11			
	Maladie	23,5 %	2,46			
Fréquence < 22 %	Professionnalisme	21,5 %	2,70	Qualité de l'accueil	18,8 %	3,71
	Proximité	18,1 %	2,68	Traitement	18,1 %	3,38
	Généraliste	14,1 %	2,99	Confident	16,1 %	3,42
	Diagnostic	12,1 %	2,79	Peu disponible	12,8 %	3,39
	Système de soins	10,1 %	2,75	Consultation	12,8 %	3,39
	Formation	4,7 %	2,88	Guérison	10,1 %	3,82
	Nécessaire	4,7 %	2,57	Soutien	8,7 %	3,07
	Superficiel	1,3 %	2,50	Spécialiste	6,7 %	4,20

Tableau n°6. Analyse prototypique sur les catégories des évocations.

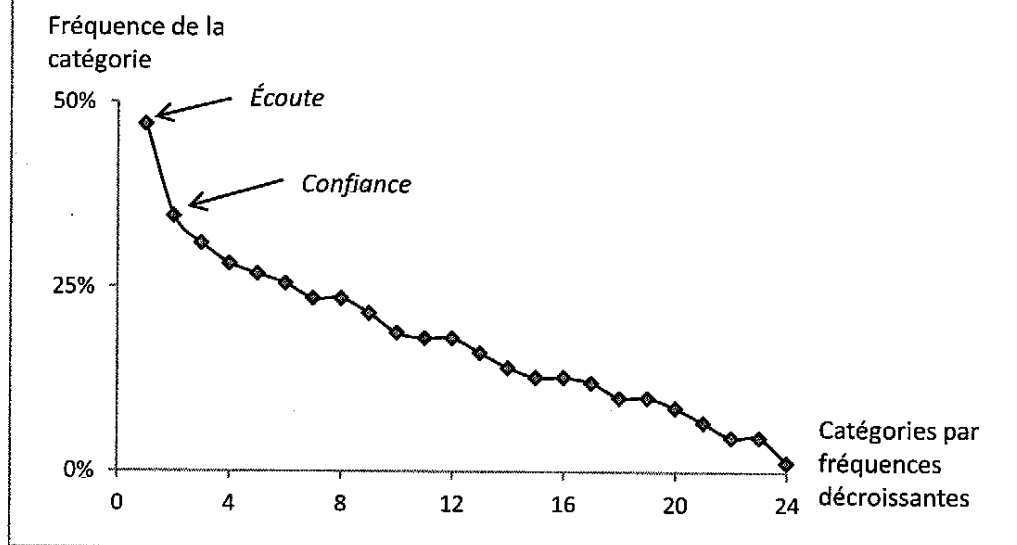
Le contenu de la première ligne du tableau n°6 (analyse prototypique sur les catégories) est proche de celui de la première ligne du tableau n°5 (analyse prototypique sur les mots) : l'analyse prototypique sur les mots ou sur les catégories ne modifie pas de façon importante le résultat de l'analyse pour les mots ou les catégories les plus importantes.

c. Classement des catégories par leurs fréquences dans les évocations

La figure n°8 montre que la première catégorie (« écoute ») se détache nettement de l'ensemble des catégories, citée par presque la moitié des répondeurs. Les fréquences des autres catégories décroissent très régulièrement et linéairement avec leur ordre de classement (coefficient de détermination linéaire à 0,98).

¹² Fq = fréquence, calculée comme le rapport du nombre d'occurrences du mot évoqué sur le nombre de répondeurs. La fréquence cumulée des mots évoqués est donc de 448%.

Figure n°8. Catégories des évocations par ordre décroissant de fréquence



d. Classement des catégories par fréquences décroissantes d'apparition dans l'ensemble des mots soulignés

Le tableau n°7 présente les catégories d'évocations, classées par ordre décroissant de fréquence parmi les évocations soulignées par les répondants au questionnaire.

Catégories	Fréquences d'apparition parmi les mots soulignés	
confiance	14,5%	✓
compétent	11,5%	✓
écoute	10,1%	✓
maladie	9,8%	✓
médecin de famille	8,5%	✓
soins	7,8%	✗
santé	5,7%	✗
proximité	4,7%	
guérison	3,7%	
diagnostic	3,7%	
disponibilité	3,7%	✗
généraliste	3,0%	

qualité de l'accueil	3,0%
professionnalisme	2,7%
confident	2,0%
consultation	1,7%
médicaments	1,4%
nécessaire	1,4%
système de soins	1,0%
superficiel	1,0%
soutien	0,7%
peu disponibles	0,7%
orientation spécialisée	0,3%
formation	0,0%

Tableau n°7. Classement des catégories des évocations par leurs fréquences d'apparition parmi les mots soulignés

e. Analyse de similitude sur les catégories des évocations

La matrice de similitude calculée sur les catégories a été représentée graphiquement par la méthode de la 3-analyse (voir figure n°9).

Six catégories ont une connexité supérieure ou égale à 3. Ces catégories font partie des 10 premières par ordre de fréquence (cf. tableau n°6).

On observe l'existence d'une structure au centre du graphe, composée de plusieurs cycles intriqués. Cette structure contient des éléments liés à la confiance et à l'écoute d'une part, aux soins et à la maladie d'autre part, et, enfin, aux compétences du médecin (compétent, professionnel, disponible).

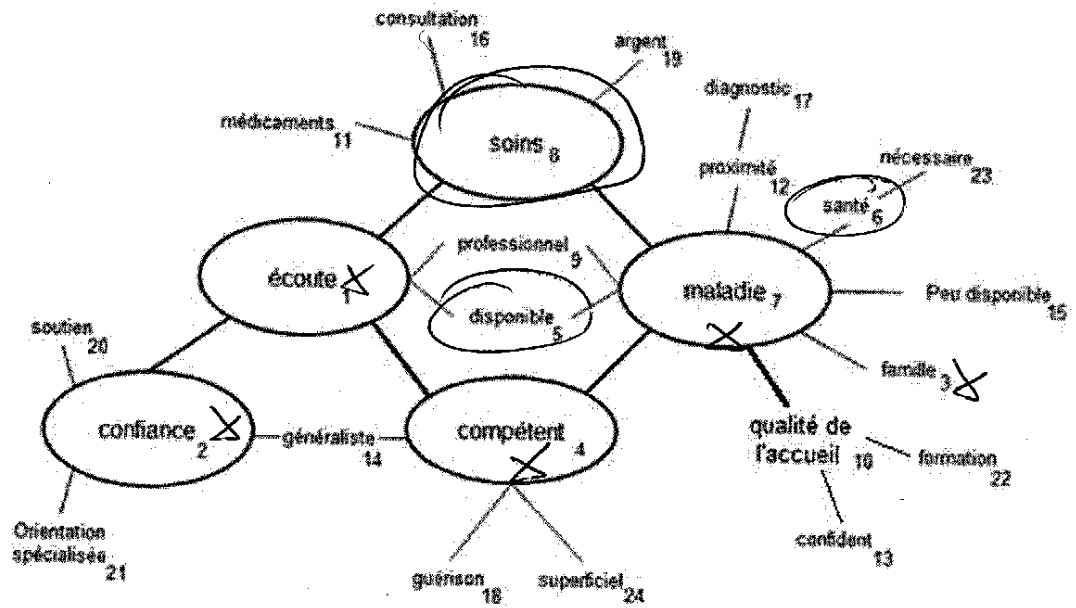


Figure n°9 : représentation de la matrice de similitude des évocations déterminée par la méthode de la 3-analyse. Les numéros placés à côté des noms des catégories correspondent aux numéros d'ordre des catégories par ordre de fréquence (cf. tableau n°6). Les catégories les plus connexes sont entourées sur le graphe.

3.3 ANALYSE DES RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE DE CARACTÉRISATION

3.3.1 Qualité des réponses

La partie « questionnaire de caractérisation » des questionnaires recueillis était correctement remplie dans 71,8% des questionnaires (tous les blocs avaient la même taille de 6 phrases). Les blocs avaient une taille inégale dans les 28,2% des questionnaires restants. Les questionnaires dans lesquels on observait une différence de taille de plus de 2 éléments entre les blocs les plus dissymétriques étaient écartés de l'analyse.

3.3.2 Analyse des scores et des profils de réponse de chaque élément

a. Classement des éléments par leurs scores

Les scores des différents éléments testés dans le questionnaire de caractérisation sont présentés dans le tableau 8.

Tous les éléments décrivant la personne ou la personnalité du médecin généraliste ont un score négatif. Inversement, les éléments liés aux compétences professionnelles du médecin (orientation spécialisée, responsabilités liées au métier, confiance en leur professionnalisme) sont placés en tête de classement.

Scores	Éléments	
	Numéro	Description
Éléments à score positif		
0,718	13	Ils savent à quels spécialistes adresser leurs patients lorsque c'est nécessaire
0,609	2	Ils ont d'importantes responsabilités, car ils s'occupent de la santé des gens
0,603	5	Ce sont des professionnels en qui on peut avoir confiance
0,494	4	Ils connaissent bien leurs patients
0,487	11	On peut s'adresser à un médecin généraliste pour n'importe quel problème de santé
0,397	12	Les médecins généralistes savent bien écouter leurs patients
0,244	17	Ils aiment leur métier
0,218	14	Ils apportent du soutien moral aux patients qui en ont besoin
0,096	16	Ils surveillent la santé de leurs patients
0,051	18	Il y a des choses dont on ne peut parler qu'avec son médecin généraliste
0,039	1	Les médecins généralistes ont une certaine rigueur morale
0,019	10	Ils font leur métier parce qu'ils aiment le contact avec les gens
Éléments à score négatif		
-0,173	15	Ils sont souvent pressés par le temps durant leur travail
-0,321	6	De nos jours, ils prennent le temps d'avoir une vie privée
-0,487	9	Ils ont souvent une importante culture générale
-0,558	7	On écoute les médecins généralistes parce qu'ils ont fait d'importantes études
-0,686	8	Ils soignent parfois les gens gratuitement
-0,795	3	Ils sont souvent impliqués en politique ou dans la vie de leur commune

Tableau n°8 : éléments de représentation proposés dans le questionnaire de caractérisation, présentés par ordre décroissant de leurs scores.

b. Profils de réponse des éléments de représentation

Les profils de réponse des 18 éléments proposés dans le questionnaire de caractérisation sont présentés dans le tableau n°9. Le mode de distribution des réponses est encadré en gras pour chaque élément.

On constate une corrélation parfaite entre l'indice de distance et le mode de la distribution des scores de chaque élément : tous les éléments dont le mode est « plus caractéristique » ont les scores les plus élevés et tous les éléments dont le mode est « moins caractéristique » ont les scores les plus faibles.

Éléments	Profils de réponse			Scores
	Plus caractéristique	Neutre	Moins caractéristique	
Éléments dont le mode est « caractéristique »				
13	73%	26%	1%	0,718
2	67%	26%	6%	0,609
5	62%	36%	2%	0,603
4	60%	30%	10%	0,494
11	61%	27%	12%	0,487
Éléments dont le mode est intermédiaire				
12	46%	47%	6%	0,397
17	35%	55%	10%	0,244
14	32%	58%	10%	0,218
16	25%	60%	15%	0,096
18	35%	36%	29%	0,051
1	25%	54%	21%	0,039
10	24%	53%	22%	0,019
Éléments dont le mode principal est « non caractéristique »				
15	30%	22%	47%	-0,173
6	21%	27%	53%	-0,321
9	7%	37%	56%	-0,487
7	6%	33%	62%	-0,558
8	4%	24%	72%	-0,686
3	2%	17%	81%	-0,795

Tableau n°9. Profils de réponse des éléments de représentation proposés dans le questionnaire de caractérisation. Les éléments sont présentés par ordre décroissant de leurs scores.

Le tableau n°9 montre, de plus, que l'élément 15 est le seul à présenter un profil de réponse en U (voir la figure 10)¹³. Il existe donc probablement deux sous-groupes de répondants pour cet élément.

¹³ La modalité « plus caractéristique » est représentée par le chiffre +1, la modalité « moins caractéristique » est représentée par le chiffre -1. La modalité intermédiaire est représentée par le chiffre 0.

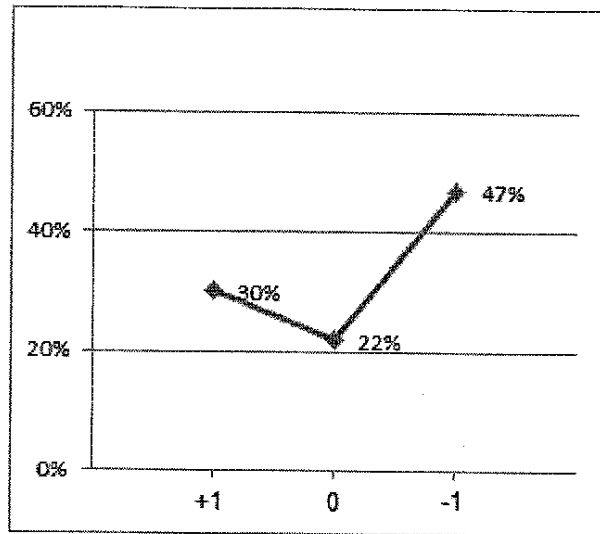


Figure n°10. Profil de réponse de l'élément 15. La modalité de réponse « plus caractéristique » est identifiée par +1, la modalité « moins caractéristique » est identifiée par -1. La modalité intermédiaire est identifiée par 0.

c. Caractérisation des sous-groupes identifiés dans le profil de l'élément 15

Caractérisation par les scores des éléments de représentation

Les scores des différents éléments de représentation observés dans les sous-groupes de répondants « plus caractéristique » et « moins caractéristique » pour l'élément 15 ont été comparés par le test de Mann-Whitney. Les résultats sont présentés dans le tableau n°10.

Eléments	Scores		Comparaison
	<i>Répondeurs « 15 est plus caractéristique » N = 47</i>	<i>Répondeurs « 15 est moins caractéristique » N = 74</i>	
1	0,15	-0,04	Ns
2	0,70	0,54	Ns
3	-0,79	-0,88	Ns
4	0,30	0,54	p < 0,05
5	0,40	0,66	p < 0,05
6	-0,09	-0,54	p < 0,01
7	-0,51	-0,66	Ns
8	-0,74	-0,70	Ns
9	-0,36	-0,57	Ns
10	-0,04	0,09	Ns
11	0,23	0,62	p < 0,01
12	0,11	0,58	p < 0,01
13	0,55	0,78	p < 0,05
14	-0,02	0,38	p < 0,01
15	+1	-1	
16	0,04	0,09	Ns
17	0,26	0,24	Ns
18	-0,02	0,11	Ns

Tableau n°10. Comparaison des scores moyens des éléments de représentation sociale du questionnaire de caractérisation en fonction des sous-groupes de répondants identifiés dans le profil de l'élément 15.

On observe une différenciation, parfois importante (pour l'élément 12 : différence de 0,47 pour une variable variant sur une amplitude de 2 unités), des scores pour 7 des 17 éléments explorés entre les sous-groupes comparés.

Les répondants qui classent l'élément 15 dans la modalité « plus caractéristique » (« ils sont souvent pressés par le temps durant leur travail ») attribuent un score meilleur à l'élément 6 (« de nos jours, ils prennent le temps d'avoir une vie privée »). Inversement, ils expriment un moindre accord avec les éléments 4, 5, 11, 12, 13 et 14, respectivement « ils connaissent bien leurs patients », « ce sont des professionnels en qui on peut avoir confiance », « on peut s'adresser à un médecin généraliste pour n'importe quel problème de santé », « ils savent à quels spécialistes adresser leurs patients lorsque c'est nécessaire » et « ils apportent du soutien moral aux patients qui en ont besoin ».

En d'autres termes, les scores de 4 des 5 éléments qui expriment les aspects relationnels de la relation médecin-patient sont modifiés lorsque les répondants ressentent une pression du temps sur les médecins durant leur travail. De même, la perception des compétences médicales (éléments 11 et 13) des médecins

généralistes est modifiée lorsque les patients ressentent une pression du temps sur l'activité des médecins généralistes.

La pression du temps sur les généralistes durant leur travail pourrait être liée à l'envie des généralistes de préserver un temps de vie privée.

Caractérisation par les profils des répondeurs

Les valeurs des variables catégorielles dans les sous-groupes formés par les répondeurs « plus caractéristique » d'une part et « moins caractéristique » d'autre part, sont comparées par test du Chi² (sauf pour la variable « emploi », pour laquelle le test exact de Fisher a été utilisé, compte-tenu d'effectifs inférieurs à 5). La comparaison des variables continues a été réalisée par le test de Mann-Whitney. Les résultats sont présentés dans les tableaux n°11a, n°11b et n°11c.

Variables		Valeurs (moyennes ou proportions)		Comparaison
		Répondeurs « 15 est caractéristique » N = 47	Répondeurs « 15 est peu caractéristique » N = 74	
Âge		47,5 ans	46,0 ans	Ns
Parents d'enfant(s)		83,0%	81,1%	Ns
En couple		78,7%	82,4%	Ns
Dernier diplôme obtenu	Pré-bac	17,0%	17,6%	Ns
	Baccalauréat	51,1%	62,2%	
	Universitaire	31,9%	20,3%	
Genre	Femmes	70,0%	70,3%	Ns
	Hommes	30,0%	29,7%	
Zone d'habitat du répondeur	Urbaine	46,8%	35,1%	Ns
	Semi-rurale	34,0 %	43,2%	
	Rurale	19,1%	21,6%	
Emploi	Actifs avec emploi	68,1%	67,6%	Ns
	Actifs sans emploi	29,8%	20,3%	
	Retraités	2,1%	12,2%	

Tableau n°14a. Comparaison des caractéristiques des répondeurs, selon le score attribué à l'élément 15

Variables		Valeurs (moyennes ou proportions)		Comparaison
		<i>Répondeurs « 15 est caractéristique » N = 47</i>	<i>Répondeurs « 15 est peu caractéristique » N = 74</i>	
Zone d'installation du médecin traitant des répondeurs	Urbaine	48,9%	59,5%	Ns
	Semi-rurale	34,0%	24,3%	
	Rurale	17,0%	16,2%	
Genre du médecin traitant des répondeurs	Femmes	27,7%	51,4%	p = 0,002
	Hommes	72,3%	48,6%	

Tableau n°14b. Comparaison des caractéristiques des médecins traitants des répondeurs, selon le score attribué à l'élément 15

Variables	Valeurs (moyennes ou proportions)		Comparaison
	<i>Répondeurs « 15 est caractéristique » N = 47</i>	<i>Répondeurs « 15 est peu caractéristique » N = 74</i>	
Santé subjective	6,89	6,54	Ns
Inquiétude pour la santé	4,90	4,63	Ns
Nombre de consultations en médecine générale au cours des 6 derniers mois	2,88	2,82	Ns
Nombre de consultations spécialisées au cours des 6 derniers mois	1,11	1,00	Ns
Prise d'un traitement régulier	57,4%	40,5%	Ns
Problème de santé	34,0%	31,1%	Ns
Antécédent grave personnel	17,0%	9,5%	Ns
Antécédent grave chez un proche	76,6%	78,4%	Ns
Recours à des médecines alternatives ou traditionnelles	63,8%	54,1%	Ns

Tableau n°14c. Comparaison des caractéristiques de santé des répondeurs et de leurs comportements de santé, selon le score attribué à l'élément 15

◇ Les profils personnels des répondeurs ne diffèrent pas d'un groupe à l'autre (tableau n°14a).

◊ Les profils des médecins traitants des répondeurs ne diffèrent que par leur sexe (tableau n°14b).

◊ Les profils de santé et de recours aux soins ne diffèrent pas d'un groupe à l'autre (tableau 14c).

3.3.3 Analyse de similitude et réunion des arbres maximums

Une matrice de similitude a été calculée sur l'ensemble de l'échantillon par l'indice Tau b de Kendall¹⁴. La matrice de similitude obtenue a été représentée sous forme graphique grâce à l'algorithme de Kruskal. Nous avons ainsi obtenu la « réunion des arbres maximums recouvrants » ou RAM (voir figure n°12). La figure n°11 est une représentation simplifiée de la RAM.

a. Organisation locale de la RAM

La RAM montre clairement l'organisation des 18 éléments de représentation sociale testés en 5 groupes d'inégale importance, que nous avons appelés A, B, C, D et E, par ordre décroissant de la moyenne des scores de leurs éléments constitutifs.

Les quatre premiers groupes sont constitués exclusivement d'éléments à score positif :

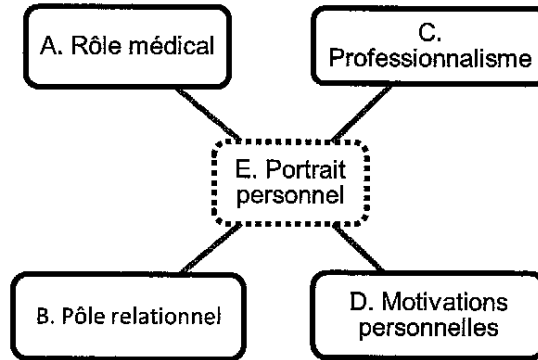
- les éléments du groupe A ont un score moyen de 0,40. Ses éléments se rapportent aux rôles médicaux du médecin généraliste ;
- les éléments du groupe B ont un score moyen de 0,35. Ses éléments se rapportent aux compétences relationnelles du médecin généralistes ;
- les éléments du groupe C ont un score moyen de 0,32. Ses éléments se rapportent au professionnalisme du médecin ;
- les éléments du groupe D ont un score moyen de 0,13. Ses éléments se rapportent aux motivations du médecin à faire son métier.

Le dernier groupe rassemble tous les éléments à score négatif :

- les éléments du groupe E se rapportent au portrait intellectuel et social du médecin. Son score moyen est de -0,50.

¹⁴ La matrice de similitude est présentée en Annexe 5.

Figure n°11. Simplification de la RAM déterminée à partir du questionnaire de caractérisation.



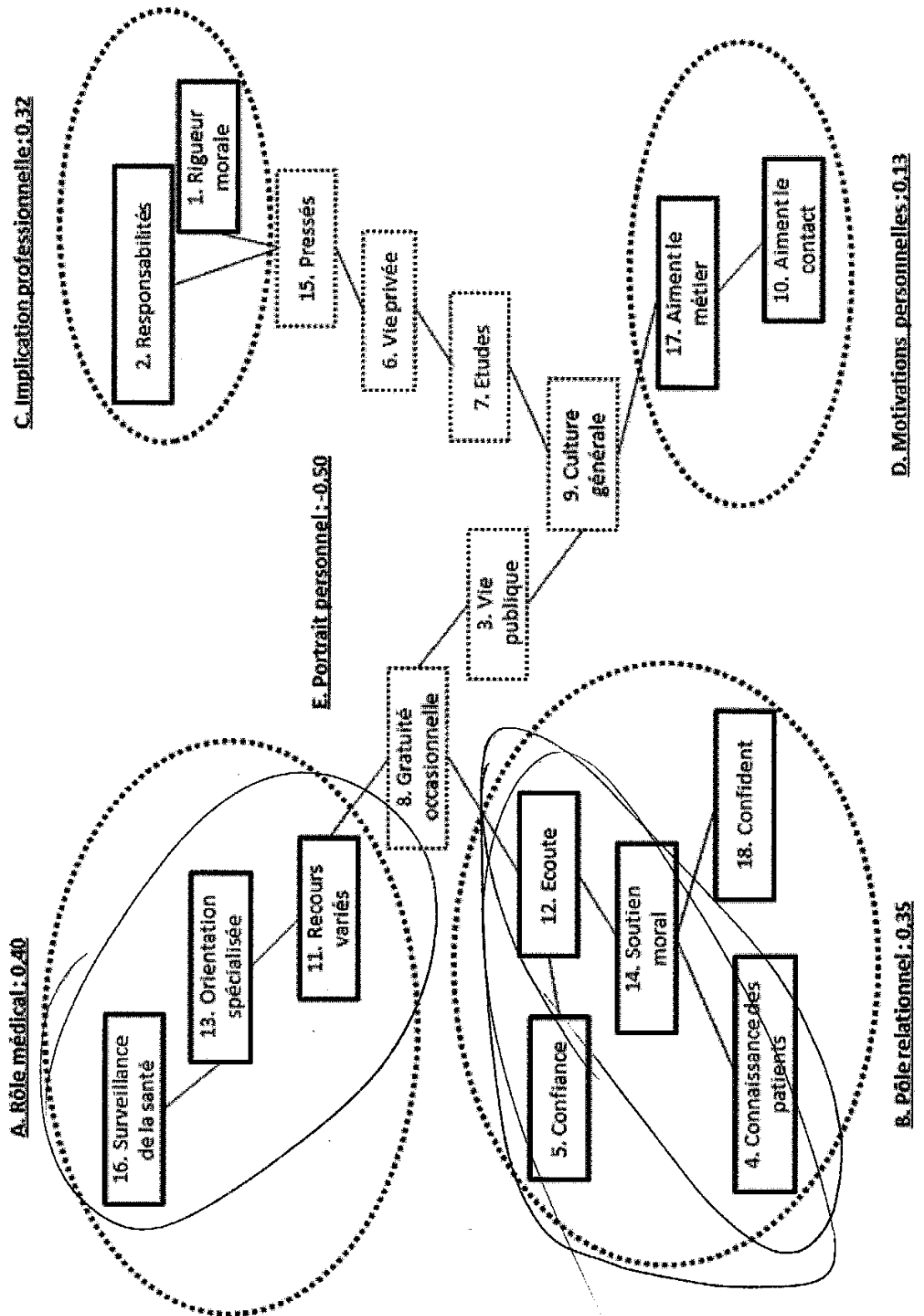


Figure n°12. Réunion des arbres localement maximaux issue de la matrice de similitude. Les noms des groupes d'éléments (A, B, C, D et E) sont suivis de la moyenne du score de leurs éléments constitutifs.

b. Analyse des cliques

Les cliques identifiées au seuil 0,07 sont présentées dans le tableau n°15.

Seuil de la clique	Éléments de la clique
0,16	3 – 7 – 8 – 9
0,11	4 – 12 – 14
0,07	11 – 13 – 16

Tableau n°15. Cliques présentes dans la matrice de similitude

Seulement 3 cliques sont présentes dans la matrice de similitude. Elles s'observent à des seuils faibles. La clique à 0,16 est contenue dans le groupe E. La clique à 0,11 est contenue dans le groupe B. La clique à 0,07 correspond au groupe A.

4. DISCUSSION

4.1 Interprétation des résultats

4.1.1 Profil de l'échantillon

Le répondeur moyen dans notre échantillon est globalement mieux inséré socialement : il vit plus souvent en couple (79,5% vs 66%), il exerce plus souvent un emploi (9% d'actifs sans emploi vs 32%), il a plus souvent un diplôme universitaire (29,5% vs 17%) (tableau n°3a).

Le répondeur moyen est aussi plus souvent de sexe féminin (67% vs 51%). Il est en moyenne plus jeune de 4 ans que notre population cible, par sous-représentation des personnes retraitées. Les répondeurs étant recrutés dans des cabinets médicaux, seules les personnes se déplaçant dans les cabinets ont pu remplir le questionnaire. Les personnes âgées qui ne peuvent pas se déplacer jusqu'aux cabinets médicaux n'avaient pas accès au questionnaire. Il se peut aussi que la tâche d'évocations libres présentée en première page ait découragé de répondre les personnes les moins à l'aise avec l'utilisation de l'écriture. Ceci expliquerait peut-être la sous-représentation des personnes les moins insérées socialement.

Le recours aux médecins généralistes est relativement important dans notre échantillon (2,8 consultations en moyenne sur les 6 mois précédant l'enquête, tableau n°3d). Ceci peut être lié, là encore, au recueil particulier de l'échantillon en cabinets médicaux, les personnes consultant le plus fréquemment étant plus en contact avec le questionnaire. Il est possible aussi que les personnes qui consultent le plus aient été particulièrement intéressées par le thème du questionnaire.

4.1.2 La tâche d'évocations libres hiérarchisées

La tâche des évocations libres hiérarchisées nous a permis d'identifier 24 catégories de mots, d'inégale importance. Nous avons pu classer ces catégories par leurs fréquences et par leurs rangs moyens dans les évocations (Tableau n°6).

Description prototypique du médecin généraliste

Si l'on s'en tient aux indications de Vergès [21] et Semin [39], l'ensemble des mots les plus fréquents se rapproche d'un prototype¹⁵ du médecin généraliste. En l'espèce, la première ligne du tableau n°6 constituerait les éléments d'un prototype du médecin généraliste, caractérisé par les catégories « écoute », « confiance », « proximité », « médecin de famille/suivi », « disponibilité », « maladie », « soins » et « médicaments ». Ce prototype est organisé autour de trois idées fortes, par ordre décroissant de fréquence :

- la qualité de la relation interpersonnelle entre médecins généralistes et patients (écoute, confiance) ;
- un médecin de référence (médecin de famille, disponible) ;
- le domaine de compétence du médecin généraliste (maladie, santé et médicaments).

Du reste, nous observons une faible fréquence des catégories décrivant la personne même du médecin : sa rigueur morale est contenue dans la catégorie « professionnel », en 9^{ème} position. Les évocations concernant ses qualités intellectuelles (« connaissances », « études ») forment une petite catégorie (4,7% des répondeurs) située en 22^{ème} position sur 24 (catégorie « formation »).

Dans nos données, le médecin généraliste typique est donc un professionnel de la santé et de la maladie, facilement accessible, avec lequel les patients nouent une relation de confiance basée sur l'écoute. De façon intéressante, les catégories « diagnostic », « traitement » et « guérison » sont toutes placées en fin de classement, la catégorie « guérison » arrivant même en 19^{ème} position sur 24.

La représentation sociale qui transparaît à travers les évocations est donc nettement orientée sur l'interaction médecin – patient. Elle est peu orientée sur le résultat formel de cette interaction (le diagnostic, la guérison, le traitement) et ignore presque totalement les qualités intellectuelles du médecin. Son professionnalisme et sa rigueur morale sont en revanche bien représentés (fréquence de 21,5%).

Repérage des éléments centraux

Conformément aux indications de Wachelke (2008) [20], nous avons classé les catégories des évocations par ordre de fréquence dans le corpus composé des mots soulignés par les répondeurs. Les 5 premières catégories de ce classement sont

¹⁵ Un prototype est un « ensemble abstrait de traits généralement associés aux membres d'une catégorie donnée, où chaque trait est pondéré par son degré d'association à la catégorie » [40]. En d'autres termes, un prototype est l'ensemble des caractéristiques typiques d'un objet donné.

celles que l'on a observées dans la première case (mots fréquents et de faible rang moyen) du tableau n°6. Il s'agit des catégories « Ecoute », « Confiance », « Médecin de famille/suivi », « Compétence » et « Maladie ». Il est donc plausible que ces catégories (ou au moins plusieurs d'entre elles) fassent partie du système central de la représentation. Il s'agit des catégories les plus connexes¹⁶ sur le graphe de la 3-analyse (figure n°9) : les éléments du système central sont effectivement, en théorie, caractérisés par leur puissance associative [41]. Nous ne pouvons cependant pas identifier avec certitude les catégories réellement centrales dans la représentation avec les données que nous avons recueillies.

Les catégories « santé » et « soin », fréquentes, mais de rang moyen élevé (case en haut à droite du tableau n°6), sont classées immédiatement après les 5 catégories dont nous venons de parler, parmi les mots soulignés. La catégorie « santé » fait écho à la catégorie « maladie », en tant que notion complémentaire [42]. D'autre part, il est possible que la catégorie « soin » fasse écho à la catégorie « compétence », en tant que concrétisation de la notion de compétence. Ceci n'a de sens que si la catégorie « compétence » fait partie du système central. On peut voir là une illustration de la propriété de concrétisation du système périphérique d'une représentation.

La position de la catégorie « disponibilité » est particulière. En effet, cette catégorie est très fréquente dans l'ensemble des évocations (26,8% des évocations), alors qu'elle est relativement rare en premier rang (3,7%). Cette catégorie est facilement associée à l'idée de médecin généraliste, mais il est extrêmement improbable qu'elle appartienne au système central de la représentation, lorsque l'on prend en compte son rang moyen. Il s'agit donc probablement d'un élément du système périphérique avec une importance particulière dans le fonctionnement de la représentation.

4.1.3 Le questionnaire de caractérisation

Le score des éléments s'est avéré être un bon indicateur de leur profil de réponse, comme le montre le tableau n°9.

Classement des éléments par leurs scores

1. Tous les éléments qui décrivent la personnalité du médecin et ses qualités intellectuelles ont un score négatif.
2. Ensuite, avec un score négatif proche de la valeur nulle, se trouvent les éléments exprimant le rapport au temps : « ils sont souvent pressés par le

¹⁶ Par définition, un élément est d'autant plus connexe qu'il forme de nombreuses liaisons avec les autres éléments d'un graphe. La connexité est une propriété graphique.

temps durant leur travail (score = - 0,17) » et « de nos jours, ils prennent le temps d'avoir une vie privée (score = - 0,32) ».

3. Les éléments concernant le lien émotionnel liant les médecins à leur métier et à leurs patients ont tous un score positif inférieur à 0,30.
4. Les éléments suivant pourraient être réunis sous l'appellation « médecin privilégié des patients » : ces trois éléments concernent en effet l'écoute des patients, la connaissance des patients et la non limitation des motifs de recours possibles.
5. Enfin, en tête de classement, nous trouvons la notion de professionnalisme : les médecins généralistes connaissent le système de soins, y assument des responsabilités importantes et sont dignes de confiance.

En résumé, se classent successivement, de ceux qui ont le plus mauvais score à ceux qui ont le meilleur score, les éléments relatifs à la personnalité du médecin, à la partition du temps du médecin généraliste entre temps personnel et temps professionnel, à l'implication émotionnelle du médecin et, enfin, à ses qualités professionnelles.

Les réponses au questionnaire de caractérisation sont donc essentiellement orientées vers la pratique du médecin, et non sur sa personne. Ce constat n'a rien d'étonnant, puisque les éléments proposés au questionnaire de caractérisation ont été formulés comme des affirmations.

Comparaison des données des évocations et de caractérisation

Dans sa formulation, notre questionnaire de caractérisation concerne donc les qualités perçues du médecin, alors que les évocations reflètent la représentation sociale dans son ensemble, c'est-à-dire un « ensemble organisé et hiérarchisé des jugements, des attitudes et des informations qu'un groupe social donné élabore à propos d'un objet » [5].

Il n'y a donc pas de contradiction avec les résultats de l'analyse des évocations libres hiérarchisées. Les évocations sont, en effet, axées avant tout sur l'écoute et la confiance, puis l'idée de médecin de famille. Dans le corpus des évocations, les compétences et le professionnalisme du médecin n'arrivent qu'en troisième position, alors qu'elles se placent en tête au questionnaire de caractérisation.

Les attentes des patients concernent donc prioritairement le mode relationnel au médecin (écoute et confiance) et l'idée d'une relation privilégiée avec lui (médecin de famille, disponibilité). D'un autre côté, le médecin généraliste est caractérisé (au questionnaire de caractérisation) par son professionnalisme et sa position de médecin privilégié de ses patients. Dans les deux cas, les caractéristiques

personnelles et intellectuelles du médecin généraliste sont reléguées en fin de classements.

Analyse de similitude

La RAM (figure n°12) montre l'organisation des dix-huit éléments de représentation sociale testés en cinq groupes d'inégale importance, que nous avons appelés A, B, C, D et E, par ordre décroissant de la moyenne des scores de leurs éléments constitutifs. Toutefois, l'analyse de la matrice de similitude ne montre que trois cliques (tableau n°15), qui se forment à des seuils relativement bas. Ces cliques correspondent effectivement à trois des groupes identifiés sur la RAM :

- **Groupe A** : le rôle médical. Score moyen : 0,40

Les éléments exprimant les compétences techniques du médecin généraliste sont réunis dans ce petit groupe de 3 éléments. On notera le faible score de l'élément « surveillance de la santé » (0,096), proche de la valeur nulle. Ce groupe est donc surtout centré sur les éléments exprimant le recours au médecin généraliste et le recours aux spécialistes (score moyen de ces deux éléments : 0,604). Ce groupe pourrait donc aussi être interprété comme le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins.

- **Groupe B** : le pôle relationnel. Score moyen : 0,35

Les 5 éléments de ce groupe se réfèrent à la relation thérapeutique entre le médecin et son patient, caractérisée essentiellement par la confiance, la connaissance du patient et l'écoute.

- **Groupe E** : portrait personnel du médecin. Score moyen : -0,50

On trouve dans ce dernier groupe, à score moyen fortement négatif (-0,50), des éléments rappelant le comportement social du médecin (« gratuité occasionnelle » et « vie publique »), des éléments se rapportant à la configuration intellectuelle du médecin (« culture générale » et « études ») et, enfin, la notion de vie privée. Ce groupe correspond donc aux éléments décrivant la personne même du médecin.

Compte-tenu de leurs scores, les éléments décrivant la personne du médecin paraissent peu typiques de la représentation sociale du médecin généraliste. On peut même douter de l'appartenance de tous ces éléments à la représentation sociale. On notera, enfin, la présence de tous les éléments à score négatif au « centre » de la RAM. Ce constat est habituel lors de l'application de l'algorithme de Kruskal à une matrice de similitude [43].

La représentation sociale du médecin généraliste paraît donc organisée autour de 2 pôles majeurs de scores proches : sa position dans le système de soins et ses qualités relationnelles. De façon intéressante, la confiance est reliée à l'écoute de la part du médecin généraliste et non à ses compétences médicales ou à ses qualités morales.

Recherche de sous-groupes de répondeurs

L'élément 15 (« les médecins généralistes sont souvent pressés par le temps ») est le seul à présenter un profil de réponse bimodal. Ce profil en U correspond bien à ce que nous pourrions appeler deux « profils de caractérisation¹⁷ » distincts. Les médecins généralistes connaîtraient moins bien leurs patients et seraient moins capables d'apporter du soutien moral à leurs patients, s'ils sont pressés par le temps. Les patients leur feraient moins confiance et auraient moins confiance dans leur polyvalence et leur compétence à adresser les patients vers les bons spécialistes.

L'idée de confiance (élément 5) forme effectivement son plus fort indice de similitude positif avec l'idée d'écoute (élément 12) (voir matrice de similitude, annexe 5). Inversement, l'idée de confiance forme son indice de similitude négatif le plus fort avec les idées de pression du temps (élément 15) et de préservation d'un temps de vie privée par les généralistes (élément 6).

Le questionnaire de caractérisation ne contenait que deux éléments relatifs au temps (« ils sont souvent pressés par le temps » et « de nos jours, ils prennent le temps d'avoir une vie privée »). Une seule rationalisation était donc à disposition des personnes qui ont considéré l'élément 6 (« de nos jours, ils prennent le temps d'avoir une vie privée ») comme caractéristique. Il n'est donc pas certain que ces deux éléments aient un lien réel dans la représentation sociale. Le lien constaté est peut-être lié à la forme même du questionnaire de caractérisation.

De façon intéressante, ces deux profils de caractérisation ne sont pas liés à des profils différents de répondeurs, tant au niveau sociodémographique qu'au niveau de leur de santé. L'ancienneté de la relation médecin-patient n'est pas liée, non plus, à ces profils.

En revanche, le genre du médecin traitant semble lié à cette différence (72% de médecins traitants de sexe masculin chez les répondeurs qui pensent que la phrase « les médecins généralistes sont souvent pressés par le temps » est caractéristique, vs 49%). Cette différence peut être circonstancielle : notre échantillon a été recruté en cabinets de médecine générale (dont les médecins sont 3 femmes et 5 hommes). De ce fait, une fluctuation d'échantillonnage dans le choix des cabinets médicaux

¹⁷ Nous utilisons le terme « profil de caractérisation » par commodité pour la suite de notre exposé.

peut influencer les effets observés du genre du médecin traitant. Cependant, pour Aïach (2001) « les femmes se rencontrent plus sur le pôle global, relationnel et volontiers négocié du soin, tandis que les représentants d'un modèle positiviste et viril de l'intervention médicale plus spectaculaire ne sont pas tous les hommes, mais sont, sauf exception, des hommes » [44]. Aussi, l'effet du genre du médecin traitant que nous observons sur le sentiment des patients d'une « familiarité bienveillante »¹⁸ n'est probablement pas seulement dû aux fluctuations statistiques de notre échantillon, mais correspond peut-être à un phénomène réel. De plus, il a été effectivement décrit que les femmes médecins consacraient un temps moyen de consultation plus important avec leurs patients que leurs confrères masculins [45]. L'effet du genre du médecin traitant que nous observons est donc peut-être lié à un abord différent de la communication médecin-patient par les femmes médecins.

En résumé, on peut penser que les patients ont d'autant plus confiance dans les médecins et dans leurs compétences qu'ils ont le sentiment que ceux-ci prennent le temps de les écouter. Nous devons cependant considérer avec prudence ces conclusions, car nous n'avons fait qu'observer des profils de caractérisation différents : nous ne pouvons pas prouver la corrélation, au sens statistique du terme, entre les éléments différents entre les profils de caractérisation. Nous ne pouvons pas, non plus, démontrer le sens de la relation entre ces éléments, c'est-à-dire déterminer quel(s) élément(s) de représentation conditionne(nt) les autres. L'analyse rigoureuse des profils de caractérisation dans un questionnaire de caractérisation est d'ailleurs un point fréquemment controversé et encore irrésolu [65].

4.2 Synthèse et comparaison aux données publiées

Synthèse des résultats

- **Contenu**

Au total, ce qui ressort de la représentation sociale du médecin généraliste, c'est le lien privilégié qui unit celui-ci à ses patients. Ce lien est caractérisé par la notion de suivi (éventuellement suivi de toute la famille) et est marqué par la disponibilité du médecin.

Le généraliste est avant tout perçu comme un professionnel. Les attentes prioritaires envers lui sont d'ordre relationnel (écoute). Enfin, le maître mot pour désigner la relation médecin-patient est la confiance.

- **Structure**

¹⁸ Nous reprenons l'expression à Hermange 2008 [20]

La structure de la représentation sociale du médecin généraliste semble organisée autour de deux pôles de proches importances : le rôle du médecin traitant dans le système de soins et ses qualités humaines.

Le système central de la représentation est constitué de toutes les catégories suivantes (ou au moins certaines d'entre elles) : « Écoute », « Confiance », « Médecin de famille/suivi », « Compétence » et « Maladie ».

- Sous-groupes de répondeurs

Nous avons par ailleurs observé l'existence de deux sous-groupes de répondeurs. Les personnes qui ressentent une pression du temps sur le déroulement de la consultation avec un médecin généraliste perçoivent celui-ci comme écoutant moins bien ses patients, sachant moins bien les orienter dans le système de soins et les soutenir moralement. Il est perçu comme un peu moins polyvalent et comme connaissant probablement moins bien ses patients. En fin de compte, c'est la confiance que les patients lui accordent qui s'en trouve diminuée.

La perception d'une pression du temps sur le travail du généraliste n'est pas liée à un profil particulier de patient, ni à ses caractéristiques de santé ou à son niveau de recours au système de soins. Seul le genre du médecin traitant des répondeurs diffère avec le profil de caractérisation : les répondeurs dont le médecin traitant est une femme semblent avoir moins tendance à ressentir une pression du temps sur les médecins généralistes. Ce constat peut être lié aux fluctuations statistiques d'échantillonnage des cabinets médicaux ayant participé au travail ou correspondre à une véritable approche différente des patients dans leur abord de la médecine générale par les femmes médecins. ↘

durée Coll^o F > H
approche ≠
durée subjective

Comparaison aux sondages publiés

Nous reprenons les 5 thèmes les plus constants d'un sondage à un autre, que nous avons présentés en introduction.

- *le prestige du métier*

Cette thématique est presque totalement absente du corpus des évocations, représentée uniquement par quelques occurrences contenues dans la catégorie « professionnel ». Tous les sondages consultés cherchaient, entre autres, à évaluer la perte de prestige de la profession. Ce n'est pas une composante de la représentation sociale. Il n'est cependant pas impossible que la notion de prestige fasse partie de la zone muette de la représentation sociale, c'est-à-dire à une portion de la représentation sociale qui ne s'active que dans des contextes particuliers [48].

- *les motivations du médecin à faire son métier*

Le mot « vocation » n'apparaît que deux fois dans l'ensemble des 699 évocations ! De plus, le seul élément du questionnaire de caractérisation se rapprochant des motivations du médecin (« Ils font leur métier parce qu'ils aiment le contact avec les gens ») reçoit un score quasi-nul à 0,04. Il ne semble pas que les notions reliées aux motivations professionnelles du médecin fassent partie de sa représentation sociale dans le grand public.

- *l'image du médecin de famille*

Le sondage français de Ciancaleoni (1983) [26] montre une image privilégiée du médecin de famille, qui connaît bien ses patients (92% de l'échantillon). Tous les sondages (Ciancaleoni 1983, Pissarro 1990 [23], D'Houtaud 1982 [24], Chalek 2001 [28], en particulier) retrouvent l'expression de ce lien privilégié entre patients et médecins généralistes. La représentation sociale que nous avons mise en évidence est effectivement orientée sur le lien privilégié qui unit un médecin généraliste à ses patients.

- *Le médecin généraliste comme conseiller*

Nos résultats sont consistants avec ces données. Nous avons effectivement recueilli les mots « conseil » ou « conseiller » dans les évocations, qui représentent 8% du corpus (tableau n°4). En revanche, le mot « conseil » ou « conseiller » est seulement le neuvième mot dans notre analyse prototypique : si le médecin généraliste est perçu (et abordé) par les patients comme un conseiller, ce n'est pas l'élément dominant dans la représentation sociale qu'ils ont des généralistes.

- *Les attentes en matière d'écoute*

Les attentes en matière d'écoute sont bien identifiées dans les différents sondages : D'Houtaud en 1982 [24] indique que 66% des personnes interrogées aimeraient que leur médecin passe plus de temps à les écouter.

Dans nos données, le mot « écoute » est particulièrement important, puisqu'il est le premier par ordre de fréquence parmi les évocations.

4.3 Biais et limites

4.3.1 Échantillonnage

L'échantillon constitué au cours de notre travail semble mieux inséré socialement et un peu plus jeune que notre population cible. De ce fait, il n'est pas certain que nos résultats soient généralisables aux populations moins bien insérées socialement

et aux générations les plus âgées. Il est donc potentiellement utile de continuer l'analyse de nos données en recherchant l'effet des différentes variables testées ou, mieux, de construire une nouvelle enquête sur un échantillon construit par la méthode des quotas.

L'autre limite à notre étude est le faible effectif de notre échantillon, qui laisse supposer une faible puissance statistique des calculs réalisés. Compte-tenu du type particulier d'analyses statistiques réalisées, nous ne sommes pas en mesure d'estimer le risque de seconde espèce dans nos résultats.

La dernière limite créée par notre méthode d'échantillonnage est un effet de contexte. Comme nous l'avons évoqué dans l'exposé de la méthodologie, les circonstances de passation d'un questionnaire influencent les réponses [47], voire bloque l'expression de certains éléments de représentation [48]. Il existe donc des variations qualitatives et quantitatives entre la représentation sociale des répondeurs et leurs réponses au questionnaire. Ce biais pourrait être contrôlé en réalisant un nouveau recueil de données dans un contexte différent. La comparaison des résultats permettrait alors de préciser l'importance de cet effet de contexte.

4.3.2 Construction du questionnaire de caractérisation

Comme nous l'avons indiqué dans l'exposé de notre méthode, il n'existe pas de technique standardisée de construction du questionnaire de caractérisation. De ce fait, nous nous exposons au risque de travailler sur un questionnaire éloigné du contenu réel de la représentation sociale étudiée.

De fait, nous constatons une surreprésentation des éléments relatifs à la personne du médecin dans le questionnaire de caractérisation par rapport aux données des évocations. De plus, les notions de disponibilité et de proximité sont absentes du questionnaire de caractérisation. Le principe du questionnaire étant d'établir une hiérarchie entre éléments, il est possible que les différences de contenu entre questionnaire de caractérisation et représentation sociale aient influencé les résultats du questionnaire. Ceci pourrait expliquer que nous n'ayons pas observé de score de caractérisation très fort. Néanmoins, cette déstabilisation des résultats n'est pas mesurable. Il s'agit-là d'une limite intrinsèque à la méthode du questionnaire de caractérisation [49].

4.3.3 Analyse des données des évocations

Afin de prendre en compte l'essentiel du corpus des évocations, et non seulement une partie, il était nécessaire de construire des catégories de mots. Une part de subjectivité était donc introduite dans le résultat de l'analyse des données. Nous avons tenté de contrôler ce biais en appliquant la méthode de la catégorisation sous contrainte, en procédant à la catégorisation à plusieurs analystes (voir l'exposé

de la méthodologie) et en nous appuyant sur la relecture attentive des données des entretiens. Malgré ces précautions, on peut se demander si une catégorisation réalisée par d'autres analystes aurait produit des résultats d'analyse similaires.

4.3.4 Analyse des données du questionnaire de caractérisation

Score des éléments

La méthode de calcul des scores attribués à chaque élément du questionnaire de caractérisation est discutable. Il faut, en effet, faire l'hypothèse que les pondérations de chaque modalité de caractérisation (+1, 0 et -1) sont quantitativement homologues aux niveaux de caractérisation correspondant. Nous ne pouvons évidemment pas nous assurer de la validité de cette métrique, d'autant que les blocs d'éléments constitués par les répondeurs au questionnaire sont volumineux (6 éléments par blocs). Il est fortement improbable que tous les éléments mis dans un même bloc soient jugés aussi caractéristiques les uns que les autres de l'objet sous étude. Dès lors, il convient de considérer les scores des éléments comme des indicateurs de la position moyenne des réponses. De fait, les modes de distribution des réponses se sont révélés parfaitement corrélés au score des éléments.

Le nombre relativement important d'éléments par blocs (3 blocs de 6 éléments) a induit une classification grossière des éléments par les répondeurs. Ces derniers ne pouvaient pas affiner leurs réponses au-delà des 3 modalités proposées. Au final, ceci a probablement réduit la puissance de notre analyse. Une épreuve de caractérisation à 4 ou 5 blocs, autrement informative et fine statistiquement, n'était pas envisageable : la complexité de la consigne nous paraissait dirimante.

Analyse des sous-groupes de répondeurs

La méthode de comparaison des deux groupes de répondeurs identifiés sur le profil de réponse à l'élément 15 est théoriquement mal fondée. D'une part, elle repose sur une comparaison entre des sous-groupes constitués a posteriori du recueil des données. D'autre part, notre analyse ne prenait pas en compte le sous-groupe constitué par les répondeurs donnant une réponse intermédiaire à l'élément 15. Il était possible de réaliser une ANOVA ou un test de Kruskal-Wallis sur les trois sous-groupes. Il était possible, aussi de réaliser un test de Chi² de tendance sur la proportion de réponses dans chacune des trois modalités de caractérisation, ce qui aurait permis de vérifier que les répondeurs appartenant au troisième sous-groupe présentaient un profil de caractérisation intermédiaire. Nous aurions ainsi pu mettre en évidence un effet dose-réponse du sentiment de pression du temps sur le profil de caractérisation.

Nous n'avons pas opté pour cette solution, puisque ce type de traitement statistique n'a jamais été utilisé sur ce type de données, à notre connaissance, alors que la

méthode que nous avons utilisée l'a déjà été [38],[50]. Un second argument plaide pour la méthode que nous avons utilisée : l'hypothèse d'Abrieux est qu'il existe deux sous-groupes lorsqu'un élément présente un profil de réponse en U. Il est dès lors logique de ne faire qu'une comparaison à deux groupes.

La controverse sur les méthodes de caractérisation des sous-groupes [46] nous incite à considérer avec beaucoup de précautions les résultats de notre comparaison. En particulier, nous ne savons pas précisément quel est le risque de première espèce réel à l'issue de notre calcul.

4.3.5 Conclusion

Les nombreux biais et limitations de notre travail doivent nous inciter à considérer nos conclusions avec prudence. Ce travail vaut avant tout par son caractère exploratoire et demande à être confirmé par des travaux de plus grande envergure.

4.4 Questions ouvertes et irrésolues

a. Sur la représentation sociale du médecin généraliste

Dans la perspective structurale qui est la nôtre, il importe de repérer avec certitude les éléments de représentation qui appartiennent au système central. Il s'agirait-là de mieux comprendre le fonctionnement de la représentation dans son ensemble et de permettre un travail sur une typologie de représentations sociales. Selon la théorie structurale, seules diffèrent deux représentations dont le noyau central diffère [7]. Un travail s'impose donc d'emblée : tester par une méthode appropriée le statut (central ou périphérique) des éléments candidats que nous avons repérés.

b. Sur la variabilité de la représentation sociale du médecin généraliste dans la population générale

À partir du repérage du système central d'une représentation, il est possible de préciser si les différents profils de caractérisation que nous avons identifiés portent sur des éléments centraux ou non.

Il conviendrait aussi d'étudier des variations de la représentation sociale du médecin généraliste en fonction de diverses variables potentiellement influentes. Ce type d'exploration permettrait de comprendre dans quelle mesure cette représentation s'active dans des circonstances différentes et de quelle manière. Il

s'agirait-là aussi d'appréhender les mécanismes de transformation de cette représentation.

c. La représentation sociale comme guide pour l'action

Nous avons envisagé jusqu'à présent la représentation sociale du médecin généraliste par sa fonction de grille de lecture de la réalité, ou de filtre perceptif. Mais une représentation sociale fonctionne aussi comme un guide pour l'action. Il importe aussi de s'interroger sur les modalités de fonctionnement de la représentation sociale du médecin généraliste sous cet angle, dans la perspective plus large d'une réflexion sur les comportements de santé des patients. Rappelons que dans les sondages publiés sur l'image des médecins généralistes, malgré le haut niveau de confiance que le grand public a en eux, le taux d'observance thérapeutique n'est que de 50% à 75% en moyenne.

d. Sur la typologie des médecins généralistes

Enfin, nous pouvons nous interroger sur l'adéquation entre les représentations sociales des généralistes sur eux-mêmes et chez leurs patients. Baszanger (1985) [51] a décrit une typologie des médecins généralistes selon la perception qu'ils ont d'eux-mêmes et Sarradon-Eck (2004) [52] une typologie des médecins généralistes selon leur relation aux patients. Comparer ces typologies aux représentations sociales des patients pourrait apporter un nouvel éclairage sur les processus d'auto-sélection des patientèles.

CONCLUSION

Le présent travail avait pour but de tester une approche de l'image du médecin généraliste dans le grand public qui diffère des sondages habituels.

Les avantages de l'outil que nous avons mis en œuvre, la théorie des représentations sociales, sont de trois ordres :

- D'abord, il repose sur un socle théorique solide et bien établi depuis un demi-siècle. De ce fait, la pertinence et la performance des méthodes dérivées de la théorie des représentations sociales sont assez bien connues. Il est donc possible de donner un sens aux données qu'elles produisent.
- Ensuite, il permet d'aborder la représentation de l'objet sous étude à la fois par son contenu et par sa structure : une représentation sociale se définit effectivement comme un ensemble hiérarchisé de cognitions relatives à un objet.
- Enfin, il traite d'un bloc les perceptions, les informations et les attitudes relatives à l'objet. Il est ainsi possible d'aborder l'image de l'objet sous son aspect fonctionnel : grille de lecture de la réalité et guide pour l'action. Les représentations sociales peuvent alors être pensées comme les instances de raison des jugements et des opinions.

Ce cadre théorique précis présente, en corollaire, un défaut : son opérationnalisation par les méthodes qui en découlent exige une rigueur particulière pour en interpréter les résultats, il est donc nécessaire de toujours croiser les méthodes et de confronter les données pour tirer des conclusions fiables.

Nous avons supposé et constaté que cette approche offrait des perspectives nouvelles pour aborder notre sujet d'étude : les relations entre les médecins généralistes et les patients. Nous n'avons, toutefois, fait qu'effleurer une question dont la complexité ne peut se satisfaire de ce seul angle de vue. Lorsque nous parlons de relations humaines, nous ne pouvons méconnaître les apports de l'anthropologie, de la sociologie ou de l'étude de l'histoire. Après tout, toutes ces sciences sont humaines et les patients comme les médecins généralistes pourraient faire sien le vers sublime de Térence : « je suis un homme : rien de ce qui est humain ne m'est étranger »¹⁹.

Leur

¹⁹ L'Héautontimorouménos, v. 77

RÉFÉRENCES

1. Atlas de la démographie médicale 2009, CNOM, 2009.
2. **Allen J et al.** *La définition européenne de la médecine générale*. WONCA Europe 2002
3. **Dany L et al.** *Patients et médecins face à la chimiothérapie*. Journal International sur les Représentations Sociales 2004 (2) ; 1 : 57-67
4. **Moscovici S.** *La psychanalyse, son image et son public* 2^{ème} ed, Paris : PUF, 1976
5. **Abric J-C.** *De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale*. In Abric J.-C. (Ed.), *Exclusion sociale, insertion et prévention*, Saint-Agne : Érès, 1996
6. **Moscovici S.** *Attitudes and opinions*. Annual review of psychology 1963 ; 14 : 231-260
7. **Flament C.** *Structure et dynamique des représentations sociale*. In J.-C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations*, Paris : PUF, 1994
8. **Jodelet D.** *Les représentations sociales*. Cours à l'Université d'Aix-en-Provence 2003
9. **Bangerter A.** *Rethinking relations between science and common sense : a comment on the current social representations theory*. Papers on social representations 1995 ; 4 : 1 – 78
10. **Jodelet D.** *Représentation sociale: phénomène, concept et théorie*. In Moscovici S. *Psychologie sociale*, Paris : PUF, 1994
11. **Abric J-C.** *Les représentations sociales : aspects théoriques*. In J.-C. Abric (Ed.), *Pratiques Sociales et Représentations*, Paris : PUF, 1994
12. **Abric J.-C.** *L'organisation interne des représentations sociales : système central et système périphérique*. In C. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales*, Neuchâtel/Paris : Delachaux et Niestlé, 1994
13. **Roussiau N, Bonardi C.** *Le noyau central des représentations sociales*. In Roussiau. N., Bonardi. C. (Ed.), *Les représentations sociales, état des lieux et perspectives*, Sprimont : Mardaga, 2001
14. **Moliner P.** *La fonction génératrice de sens du noyau central des représentations sociales : une remise en cause ?* Papers on social representations 2005 ; 24 (3) : 1 – 12

15. **Moliner P.** *Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales.* In Guimelli C. Structure et transformation des représentations sociales. Textes de base en sciences sociales, Neuchâtel/Paris : Delachaux et Niestlé, 1994
16. **Flament C.** *Pratiques et représentations sociales.* In J.L. Beauvois, R.V. Joule, J.M. Monteil (Eds.). Perspectives cognitives et conduites sociales, Tome 1, Fribourg : Delval, 1987
17. **Abric J-C.** *Central system, peripheral system: their functions and the roles in the dynamics of the social representations.* Papers on social representations 1993 ; 2 (2) : 75-78
18. **Abric J-C (dir.)**, *Méthodes d'étude des représentations sociales*, Ramonville St-Agne, Erès, 2003
19. **Vergès P.** *Représentations sociales de l'économie : une forme de connaissance.* In Jodelet D. (Ed.) Les représentations sociales, Paris : PUF, 2007
20. **Wachelke J.** *Relationship between response evocation rank in social representation associative tasks and personal symbolic value.* International Review of Social Psychology 2008 ; 21 (3) : 113-126
21. **Vergès P.** *L'analyse des représentations sociales par questionnaires.* Revue française de sociologie 2001 ; 42 (3) : 537-561
22. **Hermange MT et al.** *Le rôle et la place du médecin généraliste en France : sondage BVA.* Académie Nationale de Médecine. Paris 2008
23. **Pissarro B (dir.)** *Image du médecin généraliste dans le public.* Faculté de Médecine Saint-Antoine, Paris 1990 (non publié)
24. **D'Houtaud A et al.** *Représentations du médecin et de la médecine. Une enquête psychosociale à partir de recherches lorraines sur la population et sur des praticiens en Lorraine.* In Leçons d'économie médicale. Paris : Masson, 1982 : 73-97
25. **D'Houtaud A et al.** *Comment le médecin est-il perçu et comment les praticiens se croient-ils perçus ?* Cah. Socio. Démogr. Med 1998 ; 4 : 182-91
26. **Ciancaleoni G et al.** *L'image du médecin en Lorraine.* Médecins de Lorraine 1983 ; 4 [2] : 35-37
27. **Senand R, Chambonet J-Y, Léauté S.** *Esquisse par des patients de leur médecin généraliste.* La revue du praticien. Med. Générale 1995 Nov ; 318 [9] : 20
28. **Chaled Mk et al.** *Médecin généraliste et médecine générale : image sociale et représentation de la population.* Tunisie Médicale 2001 ; 79 : 401-7

29. **Chahed Mk, Maghzaoui F, Ennigrou S, Zouari B.** *Opinion de la population concernant la médecine générale et le médecin généraliste. Résultats d'un sondage effectué auprès de la population du Grand Tunis.* Rapport tunisien du thème principal. XXXIème Congrès Médical Maghrébin Alger 24-25-26 février 2003
30. **Lo Monaco G, Lheureux F.** *Représentations sociales : théorie du noyau central et méthodes d'étude.* Revue électronique de Psychologie Sociale 2007 ; 1 : pp. 55-64
31. **Moliner P, Rateau P, Cohen-Scali M.** *Les représentations sociales. Pratique des études de terrain,* Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2002
32. **Vergès P, Scano S et Junique C.** *Ensembles de programmes permettant l'analyse des évocations.* Aix en Provence: Université de Provence, 2002
33. **Vergès P.** *L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation.* Bulletin de Psychologie 1992 ; XLV (405) : 203-209
34. **Lacassagne M-F et al.** *La représentation sociale du sport : vision d'étudiants sportifs et non-sportifs.* Science et motricité 2006 ; 2 (58) : 117-134
35. **Negura L.** *L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales.* SociologieS 2006 ; (1) [En ligne] <http://sociologies.revues.org/index993.html>
36. **Flament C.** *L'analyse de similitude : une technique pour les recherches sur les représentations sociales.* In W. Doise et A. Palmonari (Eds.), *L'étude des représentations sociales,* Paris : Delachaux et Niestlé, 1986 : 139-156
37. **Vergès P, Bouriche B.** *L'analyse des données par les graphes de similitude,* Paris : Sciences Humaines, 2001 : 26-28
38. **Gigling M, Guimelli C, Pénochet J-C.** *Les représentations sociales de la dépression chez les médecins : entre pratiques et normes.* Papers on social representations 1996 ; 5 (1) : 27- 40
39. **Semin G.R;** *Prototypes et représentations sociales.* In D. Jodelet. Les représentations sociales, 7^{ème} éd. Paris : PUF 2003
40. **Giddens A.** *La constitution de la société,* Paris : PUF, 1987
41. **Vergès P.** *Approche du noyau central : propriétés quantitatives et structurales.* In Guimelli C. (Ed.), *Structure et transformations des représentations sociales,* Neuchâtel/paris : Delachaux et Niestlé, 1994
42. **Herzlich C.** *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale,* Paris : EHESP, 1969
43. **Flament C.** *Quand les Elements centraux d'une représentation sont excentriques - Note Technique.* Papers on Social Representations 1996 ; 5 : 145-156

44. **Aïach P, Cèbe D, Cresson G, Philippe C. (dir.)** *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Rennes : éditions ENSP 2001
45. **Breuil-Genier P, Goffette C.** *La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats* 2006 ; 481 : 1-8
46. **Lo Monaco G, Guimelli C et Abric J-C.** *Questionnaire de caractérisation et analyse factorielle des correspondances : contribution méthodologique et applications.* 10^{ème} Conférence Internationale sur les Représentations Sociales, Gammarth (Tunisie), 5-8 juillet 2010 (in press)
47. **Lo Monaco G, Lheureux F, Chianèse L, Codaccioni C, Halimi-Falkowicz S et Cano P.** *Contexte d'expression, statut social des intervenants de santé et production d'un discours normatif : le cas de l'alcool et des jeunes.* *Pratiques psychologiques* 2009 ; 15 (3) : 367-386
48. **Flament C, Guimelli C et Abric J-C.** *Effets de masquage dans l'expression d'une représentation sociale.* *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 2006 ; 69 (1) : 15-32
49. **Roussiau N, Jmel S et Saint-Pierre J.** *Apports des modèles graphiques gaussiens en analyse de similitude.* *Papers on social representations* 1997 ; 6 (1) : 59-71
50. **Guimelli C.** *Pratique nouvelles et transformation sans rupture d'une représentation sociale : l'exemple de la représentation de la chasse et de la nature.* In J-L Beauvois, R-V Joule et J-M Monteil (Eds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales* Ramonville Saint-Agne : Erès, 2000 : 119-146
51. **Baszanger I.** *Les jeunes généralistes et leurs pratiques.* *Prospective et santé* 1985 ; 62-63 : 105-110
52. **Sarrandon-Eck et al.** *Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels.* Rapport de recherche du programme Anthropologie de la santé ANAES /Fondation Fyssen 2004
53. **Roussiau N, Bonardi C.** *Principes organisateurs et représentations.* In Roussiau. N., Bonardi. C. (Ed.), *Les représentations sociales, état des lieux et perspectives*, Sprimont : Mardaga, 2001
54. **Duchesne S.** *Entretien non-préstructuré, stratégie de recherche et étude des représentations.* *Politix* 1997 Juillet ; 35 : 189 – 206
55. **Beaud S, Weber F.** *Guide de l'enquête de terrain*, Paris : La Découverte, 1998
56. **Blais M, Martineau S.** *L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes.* *Recherches qualitatives* 2006 ; 26 (2) : 1 – 18

57. **Bardin L.** *L'analyse de contenu*, Paris. : PUF, coll. Le psychologique, 1977.
58. **Landis JR, Koch GG.** *The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data*, *Biometrics* 1977a ; 33 : 159-174
59. **W. Doise, J.-CL. Deschamps et G. Mugny.** *Psychologie sociale et expérimentale*, Ed. Armand Colin, Paris, 1991

BIBLIOGRAPHIE

Abric J.-C. *L'organisation interne des représentations sociales : système central et système périphérique.* In C. Guimelli (Ed.), Structures et transformations des représentations sociales, Neuchâtel/Paris : Delachaux et Niestlé, 1994

Abric J.-C. (dir.). *Méthodes d'étude des représentations sociales,* Ramonville St-Agne, Erès, 2003

Abric J.-C. *Central system, peripheral system: their functions and the roles in the dynamics of the social representations.* Papers on social representations 1993 ; 2 (2) : 75-78

Abric J.-C. *De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale.* In Abric J.-C. (Ed.), Exclusion sociale, insertion et prévention, Saint-Agne : Erès, 1996

Abric J.-C. *Les représentations sociales : aspects théoriques.* In J.-C. Abric (Ed.), *Pratiques Sociales et Représentations,* Paris : PUF, 1994

Aïach P, Cèbe D, Cresson G, Philippe C. (dir.) *Femmes et hommes dans le champ de la santé,* Rennes : éditions ENSP 2001

Allen J et al. *La définition européenne de la médecine générale.* WONCA Europe 2002

Bangerter A. *Rethinking relations between science and common sense : a comment on the current social representations theory.* Papers on social representations 1995 ; 4 : 1 – 78

Bardin L. *L'analyse de contenu,* Paris. : PUF, coll. Le psychologique, 1977.

Baszanger I. *Les jeunes généralistes et leurs pratiques.* Prospective et santé 1985 ; 62-63 : 105-110

Beaud S, Weber F. *Guide de l'enquête de terrain,* Paris : La Découverte, 1998

Blais M, Martineau S. *L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes.* Recherches qualitatives 2006 ; 26 (2) : 1 – 18

Breuil-Genier P, Goffette C. *La durée des séances des médecins généralistes.* Etudes et résultats 2006 ; 481 : 1-8

Chahed Mk, Maghzaoui F, Ennigrou S, Zouari B. *Opinion de la population concernant la médecine générale et le médecin généraliste. Résultats d'un sondage effectué auprès de la population du Grand Tunis.* Rapport tunisien du thème principal. XXXIème Congrès Médical Maghrébin Alger 24-25-26 février 2003

Chaled Mk et al. *Médecin généraliste et médecine générale : image sociale et représentation de la population.* Tunisie Médicale 2001 ; 79 : 401-7

- Ciancaleoni G et al.** *L'image du médecin en Lorraine*. Médecins de Lorraine 1983 ; 4 [2] : 35-37
- CNOM.** Atlas de la démographie médicale 2009
- D'Houtaud A et al.** *Comment le médecin est-il perçu et comment les praticiens se croient-ils perçus ?* Cah. Socio. Démogr. Med 1998 ; 4 : 182-91
- D'Houtaud A et al.** *Représentations du médecin et de la médecine. Une enquête psychosociale à partir de recherches lorraines sur la population et sur des praticiens en Lorraine*. In Leçons d'économie médicale. Paris : Masson, 1982 : 73-97
- Dany L et al.** *Patients et médecins face à la chimiothérapie*. Journal International sur les Représentations Sociales 2004 (2) ; 1 : 57-67
- Duchesne S.** *Entretien non-préstructuré, stratégie de recherche et étude des représentations*. Politix 1997 Juillet ; 35 : 189 – 206
- Flament C, Guimelli C et Abric J-C.** *Effets de masquage dans l'expression d'une représentation sociale*. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale 2006 ; 69 (1) : 15-32
- Flament C.** *L'analyse de similitude : une technique pour les recherches sur les représentations sociales*. In W. Doise et A. Palmonari (Eds.), *L'étude des représentations sociales*, Paris : Delachaux et Niestlé, 1986 : 139-156
- Flament C.** *Pratiques et représentations sociales*. In J.L. Beauvois, R.V. Joule, J.M. Monteil (Eds.). Perspectives cognitives et conduites sociales, Tome 1, Fribourg : Delval, 1987
- Flament C.** *Quand les Elements centraux d'une représentation sont excentriques - Note Technique*. Papers on Social Representations 1996 ; 5 : 145-156
- Flament C.** *Structure et dynamique des représentations sociale*. In J.-C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations*, Paris : PUF, 1994
- Giddens A.** *La constitution de la société*, Paris : PUF, 1987
- Gigling M, Guimelli C, Pénochet J-C.** *Les représentations sociales de la dépression chez les médecins : entre pratiques et normes*. Papers on social representations 1996 ; 5 (1) : 27- 40
- Guimelli C.** *Pratique nouvelles et transformation sans rupture d'une représentation sociale : l'exemple de la représentation de la chasse et de la nature*. In J-L Beauvois, R-V Joule et J-M Monteil (Eds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales* Ramonville Saint-Agne : Erès, 2000 : 119-146
- Hermange MT et al.** *Le rôle et la place du médecin généraliste en France : sondage BVA*. Académie Nationale de Médecine. Paris 2008

- Herzlich C.** Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris : EHESP, 1969
- Jodelet D.** *Les représentations sociales*. Cours à l'Université d'Aix-en-Provence 2003
- Jodelet D.** *Représentation sociale: phénomène, concept et théorie*. In Moscovici S. *Psychologie sociale*, Paris : PUF, 1994
- Lacassagne M-F et al.** *La représentation sociale du sport : vision d'étudiants sportifs et non-sportifs*. *Science et motricité* 2006 ; 2 (58) : 117-134
- Landis JR, Koch GG.** *The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data*, *Biometrics* 1977a ; 33 : 159-174
- Lo Monaco G, Guimelli C et Abric J-C.** *Questionnaire de caractérisation et analyse factorielle des correspondances : contribution méthodologique et applications*. 10^{ème} Conférence Internationale sur les Représentations Sociales, Gammarth (Tunisie), 5-8 juillet 2010 (in press)
- Lo Monaco G, Lheureux F, Chianèse L, Codaccioni C, Halimi-Falkowicz S et Cano P.** *Contexte d'expression, statut social des intervenants de santé et production d'un discours normatif : le cas de l'alcool et des jeunes*. *Pratiques psychologiques* 2009 ; 15 (3) : 367-386
- Lo Monaco G, Lheureux F.** *Représentations sociales : théorie du noyau central et méthodes d'étude*. *Revue électronique de Psychologie Sociale* 2007 ; 1 : pp. 55-64
- Moliner P, Rateau P, Cohen-Scali M.** *Les représentations sociales. Pratique des études de terrain*, Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2002
- Moliner P.** *La fonction génératrice de sens du noyau central des représentations sociales : une remise en cause ?* *Papers on social representations* 2005 ; 24 (3) : 1 – 12
- Moliner P.** *Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales*. In Guimelli C. *Structure et transformation des représentations sociales*. Textes de base en sciences sociales, Neuchâtel/Paris : Delachaux et Niestlé, 1994
- Moscovici S.** *Attitudes and opinions*. *Annual review of psychology* 1963 ; 14 : 231-260
- Moscovici S.** *La psychanalyse, son image et son public* 2^{ème} ed, Paris : PUF, 1976
- Negura L.** *L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales*. *Sociologies* 2006 ; (1) [En ligne] <http://sociologies.revues.org/index993.html>
- Pissarro B (dir.)** *Image du médecin généraliste dans le public*. Faculté de Médecine Saint-Antoine, Paris 1990 (non publié)

- Roussiau N, Bonardi C.** *Le noyau central des représentations sociales.* In Roussiau. N., Bonardi. C. (Ed.), *Les représentations sociales, état des lieux et perspectives*, Sprimont : Mardaga, 2001
- Roussiau N, Bonardi C.** *Principes organisateurs et représentations.* In Roussiau. N., Bonardi. C. (Ed.), *Les représentations sociales, état des lieux et perspectives*, Sprimont : Mardaga, 2001
- Roussiau N, Jmel S et Saint-Pierre J.** *Apports des modèles graphiques gaussiens en analyse de similitude.* *Papers on social representations* 1997 ; 6 (1) : 59-71
- Sarrandon-Eck et al.** *Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels.* Rapport de recherche du programme Anthropologie de la santé ANAES /Fondation Fyssen 2004
- Semin G.R;** *Prototypes et représentations sociales.* In D. Jodelet. *Les représentations sociales*, 7^{ème} éd. Paris : PUF 2003
- Senand R, Chambonet J-Y, Léauté S.** *Esquisse par des patients de leur médecin généraliste.* *La revue du praticien. Med. Générale* 1995 Nov ; 318 [9] : 20
- Vergès P, Bouriche B.** *L'analyse des données par les graphes de similitude*, Paris : Sciences Humaines, 2001 : 26-28
- Vergès P, Scano S et Junique C.** *Ensembles de programmes permettant l'analyse des évocations.* Aix en Provence: Université de Provence, 2002
- Vergès P.** *Approche du noyau central : propriétés quantitatives et structurales.* In Guimelli C. (Ed.), *Structure et transformations des représentations sociales*, Neuchâtel/paris : Delachaux et Niestlé, 1994
- Vergès P.** *L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation.* *Bulletin de Psychologie* 1992 ; XLV (405) : 203-209
- Vergès P.** *L'analyse des représentations sociales par questionnaires.* *Revue française de sociologie* 2001 ;42 (3) : 537-561
- Vergès P.** *Représentations sociales de l'économie : une forme de connaissance.* In Jodelet D. (Ed.) *Les représentations sociales*, Paris : PUF, 2007
- W. Doise, J.-CL. Deschamps et G. Mugny.** *Psychologie sociale et expérimentale*, Ed. Armand Colin, Paris, 1991
- Wachelke J.** *Relationship between response evocation rank in social representation associative tasks and personal symbolic value.* *International Review of Social Psychology* 2008 ; 21 (3) : 113-126

ANNEXES

1. Résultats de l'enquête préparatoire par entretiens
2. Questionnaire utilisé
3. Contenu des catégories des évocations
4. Matrice de similitude des catégories des évocations
5. Matrice de similitude sur les données du questionnaire de caractérisation

Annexe 1

Entretiens préparatoires à l'enquête par questionnaires

A. Objectifs des entretiens

L'objectif des entretiens était de recueillir les éléments constitutifs de cette représentation.

B. Méthode utilisée

1. Type d'entretiens utilisé et justification

Nous avons choisi de réaliser des entretiens non préstructurés non directifs.

Selon Roussiau et Bonardi [53], « dans de nombreuses recherches sur les représentations sociales, on recueille directement les propos des individus, ce qui procure un matériau immédiatement ancré dans la réalité. Les procédures de type ouvert, par exemple entretiens non directifs ou semi-directifs, sont celles qui permettent la plus large expression de l'individu ». Ceci correspond parfaitement à nos objectifs.

Les méthodes non-préstructurées permettent d'explorer en profondeur les représentations des personnes interrogées [54] et de recueillir une large variété d'éléments représentationnels.

2. Population cible, échantillonnage et recueil des données

Notre étude a été réalisée dans le département des Deux-Sèvres. Notre population d'étude est donc la population générale des Deux-Sèvres.

Échantillonnage

Conformément aux recommandations de Beaud et Weber [55], nous avons essayé de constituer un échantillon « diversifié ». Le principe de diversification commande de représenter la plus grande diversité possible d'individus dans l'échantillon. Les critères de sélection doivent porter sur des variables significatives relativement au thème des entretiens. En l'espèce, nous avons choisi d'échantillonner selon le genre, l'âge et l'emploi. Nous avons cherché à inclure dans notre échantillon au moins un individu pour chacune des caractéristiques suivantes : la prise d'un traitement chronique, l'existence d'un problème de santé actif, le recours à des médecines parallèles, l'habitat rural ou urbain et le type de profession. Nous avons pris soin d'interroger des personnes résidant dans différentes communes, éloignées les unes des autres, afin de s'assurer que les personnes interrogées avaient toutes des médecins traitants différents pour éviter un éventuel biais lié aux caractéristiques d'un médecin traitant particulier.

Le nombre de sujets était estimé a priori à une dizaine²⁰. La campagne d'entretiens a été arrêtée lorsque la saturation des données a été observée.

Recueil des données

Les entretiens étaient réalisés et enregistrés sur dictaphone numérique après accord verbal en face à face ou par téléphone, au domicile des personnes interrogées, dans une pièce fermée, en entretien individuel avec l'investigateur.

3. Construction du guide d'entretien

Un guide d'entretien a été rédigé préalablement aux entretiens. Etant donné la nature non préstructurée des entretiens, le guide d'entretien ne se composait pas de questions pré-établies, mais d'une liste de thèmes d'entretien. Cette liste de thèmes était indicative et n'avait aucun caractère contraignant lors des entretiens : elle permettait simplement à l'investigateur de faire redémarrer les entretiens en cas de « panne » [54]. Les thèmes choisis étaient issus des publications présentées en première partie de ce travail.

4. Traitement des données

Les entretiens ont été transcrits textuellement, in extenso, à l'aide d'un logiciel de transcription²¹. La qualité des transcriptions a été vérifiée par un relecteur.

Analyse des entretiens

²⁰ Ordre de grandeur généralement observé lors de l'étude des représentations sociales par entretiens, donné par Abric dans [18]

²¹ Logiciel Dragon Speaker v.2

La méthode inductive générale a été utilisée sur le corpus des données. Cette méthode est particulièrement adaptée pour le traitement de données qualitatives lorsque l'on n'émet aucune hypothèse a priori sur les thématiques attendues dans le corpus [56]. Le principe directeur de l'analyse inductive générale est d'identifier les catégories en présence à partir du matériau analysé et non d'extraire des citations du matériau en fonction de thèmes déterminés à l'avance. La méthode inductive générale permet donc de prendre en compte la majeure partie du matériau initial et de construire des catégories aussi proches que possible des données initiales.

Contrôle de la qualité de l'analyse

La qualité de l'induction des sous-catégories a été vérifiée sur un extrait du corpus des entretiens par un analyste secondaire. L'extrait était la transcription intégrale d'un entretien complet [57].

La qualité de l'attribution des citations dans les différentes sous-catégories a été vérifiée par un troisième analyste sur un extrait du corpus. L'extrait était constitué de deux entretiens. L'accord inter-observateur a été mesuré par l'indice kappa de Cohen [58].

5. Aspects éthiques

Respect des droits et protection des personnes interrogées

- Le consentement à la recherche des personnes a été recherché verbalement et expressément. Il était précisé aux personnes interrogées le mode de recueil des données et la finalité de leur utilisation.
- L'anonymat des personnes interrogées a été assuré par l'anonymat des entretiens. Tous les noms propres de personnes et de lieux éventuellement cités au cours des entretiens ont été remplacés par des lettres (X ou Y, par exemple) dans les retranscriptions.

Respect des droits et protection des professionnels de santé

- Il n'a été demandé à aucune personne interrogée le nom de son médecin traitant.
- Toute citation nominale éventuelle de médecins par les personnes interrogées était systématiquement remplacée par des lettres (X ou Y, par exemple) dans les transcriptions ; les enregistrements audio étaient détruits dès la fin de leur transcription.

6. Biais prévisibles

Le fait que l'investigateur se soit identifié comme médecin en formation auprès des personnes interrogées a probablement modifié le discours recueilli [47]. En effet, l'identification de l'investigateur comme médecin généraliste a pu empêcher l'expression d'éléments à connotation négative sur les généralistes [48]. Les personnes interrogées ont peut-être censuré dans leur discours l'expression de certains éléments à connotation négative sur les médecins généralistes et favorisé un discours visant à « faire plaisir » à l'investigateur.

Pour essayer de limiter ce biais, appelé « effet de contexte », l'investigateur a indiqué clairement, au cours des entretiens : « vous pouvez tout dire, ça ne me dérange pas, même des choses négatives sur les généralistes », sans, toutefois, que l'efficacité de ce type de consigne puisse être démontré sur la base des données de la littérature.

C. Résultats

Caractéristiques des entretiens et des personnes interrogées

Les entretiens ont duré en moyenne 53 minutes. Cinq femmes et 5 hommes âgés de 24 à 83 ans (moyenne 58,8 ans) ont été interrogés. La moitié d'entre eux est retraitée. Aucune personne interrogée n'a de médecin dans son réseau d'amis. Les caractéristiques des personnes interrogées sont listées dans le tableau A.

Tableau A : caractéristiques des personnes interrogées lors des entretiens

	Profession	Statut	Âge	Genre
1	Enseignante	Retraitée	58	Femme
2	Chauffagiste	Retraitée	76	Femme
3	Contrôleur des impôts	Retraité	63	Homme
4	Comptable	Actif	58	Homme
5	Femme au foyer	Non active	83	Femme
6	Technicien spécialisé	Actif	24	Homme
7	Agriculteur biologique	Actif	50	Homme
8	Secrétaire en industrie	Active	29	Femme
9	Responsable d'achats	Retraitée	68	Femme
10	Boucher	Retraité	79	Homme

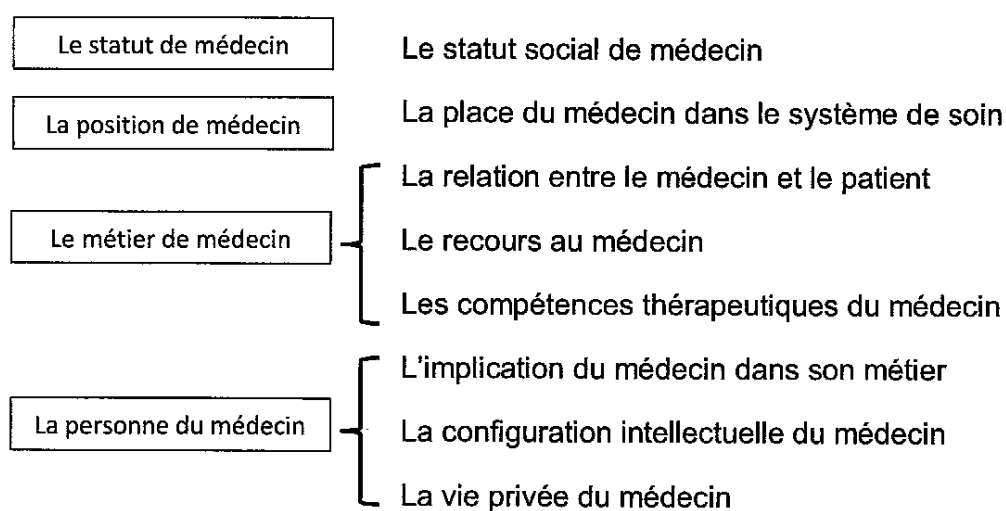
Catégories identifiées dans les entretiens

La retranscription des entretiens a produit en moyenne 11 pages par entretien. L'analyse du corpus par analyse inductive générale a produit 38 sous-catégories réparties en 8 catégories²². Ces 8 catégories peuvent, *in fine*, être réunies en 4 méta-catégories de tailles inégales: le statut social du médecin, sa position dans le système de soin, le métier de médecin généraliste et la personne du médecin généraliste (voir figure A.).

L'indice kappa de Cohen vaut 0,703 entre l'analyste principal et le second analyste, l'accord inter-juges peut donc être considéré comme bon.

Aucune nouvelle sous-catégorie n'a été apportée par les 2 derniers entretiens, ce qui confirme la saturation des données à la fin de la phase qualitative. La saturation des données pour seulement 8 entretiens est conforme aux indications d'Abrić (étant entendu que l'on réalise les entretiens en vue du repérage des éléments de la représentation sociale et que, de ce fait, nos objectifs d'analyse sont atteints plus rapidement que pour une étude à visée sociologique ou anthropologique).

Figure A. Les 4 méta-catégories et les 8 catégories issues du corpus des entretiens



²² Le détail de chaque catégorie et sous-catégorie est présenté en annexe 2.

Les 4 méta-catégories identifiées dans le corpus paraissent globalement homologues aux niveaux d'analyse de Doise²³. Ces niveaux, bien décrits dans la littérature spécialisée, sont qualifiés de personnel, interpersonnel, intra-catégoriel et inter-catégoriel. Pour les médecins généralistes, ces niveaux correspondent respectivement à la personne même du médecin, à la relation médecin-patient, à sa place dans le système de soin et, enfin, à sa position dans la société française (voir le tableau B).

Tableau B. Homologie entre niveaux d'analyse de Doise et méta-catégories produites par l'analyse inductive générale du corpus issu des entretiens.

Niveaux d'analyse		Méta-catégories du corpus	Catégories
IV	Inter-catégoriel	Le statut social de médecin	
III	Intra-catégoriel	La place du médecin dans le système de soin	
II	Interpersonnel	Le métier de médecin	La relation entre le médecin et le patient
			Le recours au médecin
			Les compétences thérapeutiques du médecin
I	Personnel	La personne du médecin	L'implication du médecin dans son métier
			La configuration intellectuelle du médecin
			La vie privée du médecin

²³ Les niveaux d'analyse de Doise correspondent à une hiérarchisation des niveaux de lecture possibles en psychologie sociale. Il s'agit surtout d'un outil théorique pour les psychologues sociaux. Voir, par exemple [59]

Description des catégories

Chaque catégorie décrite est illustrée par une ou plusieurs citations illustratives. Nous ne reproduisons que quelques extraits et non l'ensemble des citations ayant conduit à la production des catégories, afin de ne pas alourdir inutilement le texte. Les questions de l'intervieweur sont notées entre crochets, lorsqu'elles sont nécessaires à la compréhension des citations.

A. Le statut social du médecin généraliste

Pour les personnes interrogées, les médecins généralistes ont une place à part dans la société, car ils exercent une profession incomparable aux autres, marquée par des responsabilités importantes. Ces responsabilités et le niveau d'étude des médecins justifient cette position sociale privilégiée. Les médecins généralistes sembleraient tenir à cette reconnaissance sociale.

- **Femme, 58 ans** : « Si, c'est justifié par leurs études... et de par leurs obligations de médecin. C'est justifiable ».
- **Femme, 76 ans** : « il avait son tempérament. Quelques fois, quand on voulait blaguer : « n'oubliez pas que je suis médecin » et il nous remettait un petit peu en place... après, c'est autre chose... Alors, ça permet de juger le médecin et l'homme en même temps... ».
- **Homme, 63 ans** : « Le médecin, maintenant –ça a pas tellement changé, d'ailleurs-, mais, le médecin, je pense qu'il est ressenti dans la... dans la population comme quelqu'un, quand-même, comme quelqu'un qui sort du lot, quand-même ! »

L'apparence du médecin, l'apparence de son cabinet, ses comportements sociaux (activités culturelles, vacances, voire activités politiques), comme sa courtoisie et son savoir-vivre, reflètent son statut social privilégié. Le savoir-vivre du médecin généraliste signe sa position sociale particulière, mais aussi son sérieux à assumer ses responsabilités professionnelles. Ainsi, le savoir-vivre d'un médecin généraliste est, à un certain niveau, analogue à sa rigueur et à sa morale professionnelle.

- **Femme, 76 ans** : « Le savoir-vivre d'un médecin, ça prouve... ça décrit un peu la personne... si vous voulez ».
- **Homme, 58 ans** : « Un certain niveau, un certain niveau intellectuel... Une certaine écoute... Une certaine, comment je te dirais, une certaine apparence, une certaine posture, qui fait que généralement tous ceux que j'ai vus parlent assez calmement ».

- **Homme, 24 ans** : « c'est un beau métier, forcément, quelque chose de très reconnaissable, quoi. Donc, il y a une certaine reconnaissance à avoir envers ce domaine, envers cette branche de métier... forcément, tout ce qui est médical. Et puis, non, ils ont une place importante. Donc, ça doit avoir une certaine prestance, une certaine tenue, quoi. Après, ça fait trop bizarre, comme je te disais, le médecin de campagne, tout ça, ça fait trop burlesque comme situation, le médecin avec la tache sur l'épaule et puis le pote de quartier, quoi : non ! Quand-même pas, non. T'es médecin, quoi ! ».

De fait, la relation entre le médecin et son patient s'inscrit dans ce différentiel sociologique. Cette double position relative de patient et de médecin se reflète dans le langage.

- **Homme, 63 ans** : « Et aussi, la façon de donner un titre, de donner le grade universitaire, qui n'est qu'un grade universitaire, ce n'est que cela, un grade universitaire, ce n'est pas autre chose que ça... Et bien, on éprouve le besoin de donner, pour marquer la différence entre soi et puis le médecin, de lui donner ce titre... »
- **Femme, 29 ans** : « Non, non. Lui, il me tutoie, vu qu'il me connaît depuis toute petite, mais moi, non, parce que ça reste quand même mon médecin ».

Ainsi, les qualités relationnelles du médecin généraliste, son ouverture d'esprit et son comportement accueillant et bienveillant sont essentiels, car elles permettent de passer outre cet écart social. Ce comportement accueillant des médecins généralistes permet au patient de se confier librement. De plus, il existe un respect des patients envers les médecins généralistes, du simple fait qu'ils sont médecins.

- **Femme, 58 ans** : « Donner confiance, c'est un peu faire oublier qu'on a une certaine supériorité par les études, par les diplômes ! » ; « un bon médecin se met à la portée des patients, n'importe comment, il se met à la portée des patients... ».

Enfin, dans sa zone d'exercice, le médecin généraliste serait un observateur privilégié du social, de la précarité et du mode de vie des gens, en faisant un témoin privilégié de la vie quotidienne et des besoins de la population. Dans une certaine mesure, l'implication en politique ou dans les activités sociales locales des médecins seraient ainsi un prolongement naturel de leur fonction médicale.

- **Homme, 63 ans** : « Oui, absolument, parce que derrière, il y a une notabilité à la fois sociale, mais, enfin, une notabilité du savoir, et, bon, de l'apparence, aussi... Parce que les médecins, à force d'être notables, ils deviennent, pour certains, homme politique -mais ça, c'est autre chose-, mais leur notabilité de médecin fait que, parfois, on les appellera à d'autres fonctions qui... qui est une fonction électorale, si tu veux, et d'une certaine façon, qui est un peu le prolongement de leur fonction... ».

- **Homme, 24 ans** : « Ouais, puisque le médecin généraliste peut avoir un beau regard là-dessus. Enfin, un beau, non, mais un autre regard en tout cas. Le regard le plus intéressant, c'est pas le maire qui va l'avoir. Enfin, qui va comprendre plus une situation dans une commune qu'un médecin ? Il est forcément confronté à tout le monde, à un moment ou à un autre. Ou pratiquement. Et puis, forcément au bout d'un moment, tu vas distinguer le milieu social de chaque personne, quoi. Tu dénigres pas, tu regardes pas la personne de la tête aux pieds en tant que médecin, mais t'es obligé (*ton appuyé sur le mot « obligé »*) de te rendre compte au premier coup d'œil, ou même après quand les gens sont plus difficiles à cerner, tu vas te dire « tiens, là, il y a peut-être un mal-être avec ça dans la famille » ; « il rentre même un peu en politique, parce que forcément, il fait du social et puis il s'investit, quoi. C'est souvent ces gens-là qui font des demandes, des requêtes, enfin, politiquement parlant, qui écrivent des lettres pour des aides, pour créer des petits endroits d'accueil pour des sans domicile... C'est souvent quand même des gens qui viennent du corps médical, parce que c'est des gens qui... qui ont une vocation humanitaire, quand-même ! ».

B. La place du médecin dans le système de soins

Pour les personnes interrogées, les médecins généralistes font partie d'un système de soin caractérisé par la notion de parcours de soin, par la notion de médecin de proximité et, dans une moindre mesure, par la question de l'argent.

Le parcours de soins

Le généraliste sait identifier les diverses maladies ou, au minimum, l'organe responsable des symptômes et sait vers quel spécialiste orienter son patient lorsque c'est nécessaire. C'est même une de ses fonctions essentielles. Il connaît le système de soin et peut y guider son patient.

- **Femme, 83 ans** : « ils se connaissent. C'est un peu normal aussi, une fois qu'ils sont sur la place, ils se rencontrent, ils se connaissent, ils savent s'apprécier ».
- **Homme, 24 ans** : « Et il doit savoir dire... Enfin, en tout cas, il doit être capable de te guider vers la branche, vers le domaine qui est concerné, quoi ! Donc si ça va être, je sais pas, moi, si ça va être des douleurs musculaires, si ça va être des problèmes plus gastriques et aller voir un gastro-entérologue, après les oreilles ou même le cerveau ou un neurologue ou quoi ! Oui, ça, c'est son rôle ».

Le médecin de proximité

Pour certaines personnes interrogées, un certain nombre de médecins généralistes sont surchargés de travail par manque de confrères à proximité. Les consultations seraient alors un plus rapides, les patients ayant aussi d'eux-

mêmes tendance à limiter leur discours aux motifs médicaux principaux de la consultation.

- **Femme, 58 ans** : « Euh, j'essaie de dire en deux phrases, le plus grand nombre de choses, parce que je sais que le temps est compté ».

Pour certaines personnes, parce que le système social leur garantit des revenus importants, les médecins généralistes devraient subir plus de pression pour s'installer préférentiellement dans les zones où le manque de médecins est le plus important.

- **Homme, 50 ans** : « il y a un système, aussi, qui veut... parce que c'est quand même un métier libéral qui est financé par de l'argent public ! Alors, là aussi, je crois qu'il faudrait peut-être aussi remettre un peu... Parce que, malgré tout, un médecin est sûr d'être payé par la Sécu... Mais, c'est une profession libérale. Donc, en contrepartie, je serais partisan de dire « il manque des médecins là, donc... »

Cependant, pour les personnes interrogées, la qualité des soins n'en est pas affectée, même si elles aimeraient disposer de plus de temps pour s'exprimer face au médecin. En cas de pénurie de médecins, ce serait d'ailleurs un des rôles du médecin généraliste que de gérer son temps de consultation et d'adapter ses horaires de travail pour répondre aux besoins de la population. Pour garantir un accès aisé aux soins à tous, la répartition des médecins généralistes devrait globalement se calquer sur la répartition de la population sur le territoire.

- **Homme, 50 ans** : « Non, je crois pas. Enfin, après ça dépend ce qu'on appelle bien faire. Ils ont peut-être moins le temps de discuter avec les gens, voilà. Pour le diagnostic et puis tout, non, je crois pas. Je sais pas, il faudrait... ».

La question du déplacement est aussi évoquée par plusieurs personnes. D'une part, les médecins se déplaceraient moins facilement qu'autrefois, ce qui peut être un vrai problème pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer. Les médecins d'autrefois venaient chez les patients, à la rencontre de toute une famille. De nos jours, ce seraient surtout les patients qui se déplaceraient.

- **Femme, 29 ans** : « il y a des régions où ça doit être pire. Il y a des régions dans lesquelles il faut qu'on fasse beaucoup de kilomètres. Pour les personnes âgées, c'est peut-être plus compliqué encore ».
- **Femme, 58 ans** : « Alors, peut-être qu'il est surchargé de travail et qu'il fait passer les maladies graves d'abord, mais on n'arrive plus à avoir un médecin à la maison. Mon médecin ne se déplace plus, moi. Les médecins ne se déplacent plus... Il veut plus se déplacer... ».

La question de l'argent

Le remboursement des soins, voire l'avance des frais par la sécurité sociale, assure aux médecins généralistes des revenus confortables. Un médecin généraliste qui a une importante patientèle aurait d'importants revenus et serait plus enclins à faire des consultations gratuites. La gratuité des soins pour les plus pauvres serait, pour trois des personnes interrogées, une tradition et un médecin qui a la vocation y sacrifierait plus volontiers.

- **Homme, 63 ans** : « Alors qu'il y a une tradition, enfin, c'est une tradition, enfin, plus qu'une tradition sans doute, où il y avait le médecin des pauvres qui ne faisait pas payer. Traditionnellement, ça faisait partie des choses admises, surtout pour ceux qui avaient la vocation » ; « il [le docteur X] avait une clientèle énorme. c'était le seul ! Donc, si tu veux, à la limite, il s'en foutait, bon. Une ou deux consultations, il en avait rien à faire. Mais, par contre, lui, il prenait son temps ».

Il faut noter que quatre des cinq hommes interrogés, mais aucune femme interrogée, considèrent que certains patients recourent abusivement aux soins et, en particulier, aux médecins généralistes. Pour eux, l'abus serait constitué lorsqu'il n'y a pas de motif sérieux de consulter, entraînant une utilisation injustifiée du système de soin.

C. Le métier de médecin

La relation entre le médecin et le patient

La relation entre un médecin et son patient est une relation particulière, basée sur la confiance et l'écoute.

a. La confiance

Les patients ont besoin d'avoir confiance en leur médecin pour se sentir rassurés sur leur santé et bien soignés.

- **Femme, 58 ans** :
 - [« Tu es parfois angoissée quand tu vas à une consultation ?]
 - Non, si je n'ai pas trop confiance. Oui, si j'ai confiance ».
- **Femme, 76 ans** : « on a confiance et... la maladie ne fait pas peur quand on a confiance en son médecin ! ».

Ils sont bien sûr plus enclins à suivre les conseils et les traitements prescrits lorsqu'ils ont confiance en leur médecin. Pour les personnes interrogées, un médecin généraliste suscite d'autant plus la confiance qu'il a déjà eu des succès cliniques et diagnostics, mais aussi s'il prend le temps d'écouter ses patients. La confiance est la

condition essentielle de la relation thérapeutique. Les médecins sont généralement perçus comme des gens de confiance.

- **Femme, 83 ans** : « J'ai une confiance, mais, illimitée dans les médecins qui est tout à fait légitime - ça s'est vu tout le temps ».
Plus loin :
« Alors c'est là [*quand il y a une maladie grave*] qu'il faut vraiment faire confiance aux médecins ».
- **Homme, 63 ans** : « Je l'ai fait, et en fait si je l'avais pas fait, je sais pas ce qui se serait passé, mais je lui faisais confiance ».
- **Femme, 58 ans** : « Je ne prends pas toujours les traitements des médecins en qui je n'ai pas confiance ».

Enfin, les patients sont parfois obligés de faire confiance en leurs médecins lorsqu'ils sont dans l'inconnu.

- **Femme, 83 ans** : « Alors c'est là [*quand il y a une maladie grave*] qu'il faut vraiment faire confiance aux médecins ».
- **Femme, 29 ans** : « Je pense que le médecin agirait aussi peut-être différemment. Les gens, oui et non, parce que quand ils ne savent pas ce qu'ils ont, qu'ils ne connaissent pas du tout, ce qui est normal, parce qu'ils ne connaissent pas la médecine et tout, on sait pas trop, on fait forcément confiance, même si les gens disent qu'ils font pas confiance, ils sont bien obligés de faire confiance, parce que tu connais pas. Sinon, tu te soignerais tout seul ! Donc, t'es obligé de faire confiance, même si tu as moyennement confiance, tu es obligé de suivre le « système », entre guillemets. Si la personne elle t'a dit : « bah, moi, j'ai ça ou je veux que vous alliez voir tel autre médecin », si t'as pas confiance, tu vas peut-être en aller voir un autre. Enfin, si ils te disent tous la même chose, si t'as moyennement confiance, t'es obligé de suivre, plus ou moins ».

b. L'écoute

Une bonne écoute de la part du médecin généraliste est considérée comme essentielle par les personnes interrogées, car elle lui permet de bien identifier la demande de ses patients et les souffrances, donc de bien les comprendre et de bien les soigner.

Surtout, une bonne écoute de la part du médecin généraliste rassure ceux qui le consultent. En effet, les patients consultent leur médecin généraliste non seulement pour être seulement soigné, mais aussi pour être rassuré sur leur santé. La meilleure situation d'écoute est celle où le patient peut parler librement de ses problèmes de santé ou de ses inquiétudes (étant entendu que le patient garde généralement certaines de ses inquiétudes pour lui), en étant certain qu'il ne sera pas jugé. Un médecin de confiance, c'est avant tout un médecin qui sait écouter ses patients. Les patients ont besoin de se sentir libres de parler et de se confier.

- **Homme, 63 ans** : « Puis, euh, je sais pas, c'est... c'est aussi quelqu'un de plus abordable, il me semble. Le médecin généraliste, pour moi, c'est quelqu'un de plus abordable... Bon, qui va... qui est plus à ton écoute, qui est pas... qui est plus à ton écoute, parce que, d'abord, quand tu vas chez lui, il sait pas ce que t'as ! ».
- **Femme, 29 ans** : « vis-à-vis du médecin, ce qui me met en confiance... Même si moi, c'est un peu particulier, parce que je le connais d'avance, c'est aussi le fait d'être à l'écoute : si je vois que le médecin se dépêche, ou qu'il ne m'écoute pas vraiment, ce que tu expliques, c'est pas que t'as pas confiance, mais tu te sens pas pris au sérieux. Oui, ça m'est déjà arrivé qu'on abrège ce que je dis ou qu'on te prenne pas forcément au sérieux quand tu dis : « ben, j'ai mal là ». Ils disent : « ben, non, non, tu peux pas avoir mal là » : quand la personne écoute bien ce que tu dis, ça met quand même en confiance... L'écoute, peut-être ».
- **Femme, 58 ans** : « Un médecin, euh, qui sera vraiment un médecin, ne sera pas ironique. Et il écoutera parfaitement le patient. Il pourra alors donner le bon traitement ».
- **Femme, 76 ans** : « C'est deux choses qui sont très importantes : il y a le contact et cette confiance. Et on peut parler, vraiment, du moindre problème... euh... sans souci, sans réserve, en fait ».

En somme, une bonne écoute est perçue comme étant à la base de l'acte de soin. Dans l'ensemble, les médecins généralistes sont perçus comme étant assez à l'écoute de leurs patients.

- **Homme, 58 ans** : « Dans l'ensemble, les médecins que j'ai consultés étaient assez à l'écoute, enfin du moins, ils m'ont donné l'impression ».

Pour l'ensemble des personnes interrogées, l'écoute et la confiance sont fortement liées, puisque la première renforce la seconde.

c. Le suivi médical des patients

L'image du médecin généraliste est fortement liée, dans le discours des individus, à celle du médecin traitant, qui suit ses patients souvent pendant de longues années, parfois même sur des générations, en suivant tous les membres d'une même famille. Le médecin traitant connaît bien le patient et ses maladies, ce qui garantit une meilleure efficacité thérapeutique. Le médecin généraliste n'est pas seulement expert de la santé, il est aussi expert de ses patients.

- **Homme, 24 ans** : « si tu connais bien la personne, le grand-père ou les autres personnes de la famille, tu seras plus efficace pour détecter les maladies ».
- **Femme, 29 ans** : « si tu as un problème de santé plus ou moins grave, mais qui a besoin d'un suivi, il vaut mieux qu'ils voient un médecin qui les connaisse bien ».

ou, au moins, qui connaisse bien l'historique. Ça peut peut-être plus percuter qu'un nouveau médecin à qui tu auras oublié de dire qu'en telle année, tu as eu ça ».

On notera que l'utilisation de l'ordinateur est perçue par trois des personnes interrogées comme pouvant faciliter le suivi médical, mais pouvant aussi parfois détourner l'attention du médecin du patient vers sa machine, diminuant le temps consacré à l'écoute et au dialogue.

- **Homme, 58 ans** : « Ce que je leur reproche un peu, c'est de passer autant de temps à se battre avec l'ordinateur pour entrer leurs données, plutôt que de le passer aux soins proprement dits qu'ils apportent... »

d. Une distance optimale pour l'efficacité du soin

Des signes de bienveillance de la part du médecin généraliste sont attendus par les patients pour se sentir libres de parler de leurs problèmes. Les patients percevront cette bienveillance autant dans les paroles du médecin que dans ses attitudes qui doivent être simples, sans snobisme ni condescendance. Inversement, une trop grande proximité entre médecin et patient pourrait fausser le jugement clinique du praticien et empêcher le patient de parler de choses intimes.

- **Femme, 58 ans** : « si tu connais bien ton médecin, tu pourras pas lui parler de tout » ; « un bon médecin se met à la portée des patients, n'importe comment, il se met à la portée des patients... »
- **Femme, 29 ans** : « c'est quelqu'un de simple. Il n'a pas la grosse tête, c'est quelqu'un de très abordable ».

Les personnes interrogées décrivent donc une distance optimale pour le soin : médecin et patient ne doivent être ni trop proches, ni trop distants pour l'efficacité des soins.

- **Femme, 58 ans** : « Eh ben, euh, la compétence du médecin, c'est de se tenir à l'écart du patient pour avoir assez de recul pour pouvoir, euh, jauger la maladie ».
- **Femme, 29 ans** : « pour ne pas être démotivé, il faut avoir un certain recul. Si on prend tout sur soi, ça peut t'affecter. Forcément. Enfin, j'imagine. Il faut avoir le recul, quoi. Sinon, tu peux pas faire ton métier ».

e. Le problème du temps

Débordés de travail, les médecins généralistes seraient moins accessibles qu'autrefois avec des délais de rendez-vous qui s'allongent, des horaires parfois inadaptés et une attente parfois longue en salle d'attente. Plusieurs raisons pourraient expliquer ce problème de disponibilité des généralistes : surcharge de

travail par pénurie de praticiens dans certaines zones, préservation d'un temps de vie privée par les médecins, voire mauvaise gestion des temps de rendez-vous par le médecin ou même appât du gain motivant une multiplication des consultations au cours de la journée.

- **Femme, 58 ans :**
 - Bah, ils sont débordés de travail et puis ils ont pas le temps d'écouter les patients. Ils ont pas le temps de prendre le temps de discuter avec eux, la consultation dure 10 minutes, ils passent 5 minutes sur l'ordinateur et 2 minutes avec le patient.
 - *[Donc, en fait, tu as l'impression qu'ils ne parlent pas suffisamment ?]*
 - Exactement, ils ne cherchent pas à connaître le patient, et euh, ils ont qu'une idée en tête –empocher le chèque- et en être vite débarrassé.
 - *[S'ils ne passent pas assez de temps à comprendre le patient, c'est pour un problème de temps...]*
 - C'est pour un problème de temps, euh, mais ils pourraient très bien refuser de prendre des patients, pour pouvoir passer plus de temps avec ceux avec lesquels il a rendez-vous.
- **Homme, 24 ans :** « Après, c'est au médecin, de réussir à gérer son temps... Enfin, ça fait un peu partie de ses compétences aussi de réduire les délais, quoi ! ».

f. La relation entre les médecins et les patients a évolué au cours de l'histoire

Plusieurs personnes remarquent que consulter les médecins est aujourd'hui beaucoup plus fréquent qu'autrefois. Cela s'expliquerait par trois facteurs : d'une part le médecin était autrefois un notable que l'on ne se permettait de déranger qu'en cas de justification absolue, ensuite le remboursement des soins a levé le frein pécuniaire à la consultation et, enfin, la tolérance à la souffrance et à la maladie aurait diminué.

- **Femme, 83 ans :** « Et puis, je crois qu'on se soignait moins, quand même, dans le temps. Ah, maintenant, c'est pas pareil, hein. On est plus sensible, on est plus... Comme on dirait, on est un peu plus chochette, quoi ».
- **Homme, 63 ans :** « Oui, c'est ça [*consulter les médecins était exceptionnel*], à leur cabinet. Mais, c'était... c'était toute une histoire... Alors, quand il venait à domicile, alors là (*ton extatique*)... ! C'était impossible, enfin, c'était... Quand il venait chez toi, c'était exceptionnel : enfin, t'étais presque à l'article de la mort !... C'était... C'était presque l'extrême-onction !... »

Le médecin d'autrefois était l'ami des familles, qui venait au domicile pour soigner ou prendre des nouvelles de toute la famille et avait une relation plus authentique et humaine.

- **Femme, 58 ans** : « La modernité nous déshumanise et a déshumanisé les rapports entre les individus. Les médecins sont plus que tous seuls devant un ordinateur, et il y a plus de... euh... tout ce qui faisait la charnière, la charnière affective dans les familles, se sont détériorées, et il ne reste plus rien qu'un carcan de métal et d'électricité ».
- **Femme, 76 ans** : « Oui, attendez, c'est que les médecins autrefois, c'étaient plus des amis des familles : il y avait quand-même une relation, il y avait quelque chose entre les médecins et les familles. Après, je pense que ça, ça a changé à une époque... enfin, moi je le pense. Le contact était peut-être moins facile... et puis là, les médecins, peut-être parce que leur vie est différente, peut-être que... parce qu'ils se rendent plus disponibles vis-à-vis des patients ».

L'aura des médecins d'aujourd'hui ne serait plus la même qu'autrefois.

- **Femme, 76 ans** : « Il y avait presque... je vais pas dire une barrière, mais... euh... on était un petit peu impressionné, on avait, enfin, le contact est beaucoup plus facile maintenant, je pense... ».

Le recours au médecin

Les recours cités aux médecins généralistes sont globalement de quatre ordres : être soulagé de ses maux, savoir ce que l'on a (lorsque l'on éprouve des symptômes), vérifier que l'on n'a pas de problème de santé ou recevoir des traitements ou des conseils. En somme, c'est l'inconfort ou l'inquiétude pour sa santé qui motive les patients à consulter.

- **Homme, 63 ans** : « Enfin, moi, quand je vais chez le médecin, c'est vraiment exceptionnel... Au moins une fois par an, mais c'est surtout pour être... tranquilisé ».
- **Homme, 58 ans** : « quand j'ai eu des vertiges l'année dernière, je sais que c'est pas grave parce que j'en ai déjà eu il y a deux ou trois ans ou 4-5 ans : je sais que c'est pas grave en soi, mais c'est tellement désagréable, que je vais voir le médecin quand-même ».
- **Femme, 29 ans** : « Oui, voilà. Oui, comme moi, ça m'est arrivé de me dire, sans rien avoir forcément : « ça fait longtemps que j'ai pas fait un bilan de santé... », d'y aller aussi, quoi. Sans avoir, euh... Mais en général, c'est plus à la suite d'un symptôme. D'être plus ou moins malade. Ça m'est pas trop souvent arrivé d'y aller pour des conseils ou des renseignements. Bon, aujourd'hui, c'est plus différent, vu que j'ai plus quelque chose à suivre. Donc ça m'arrive d'y aller plus pour des médicaments ou pour des conseils. Mais, jusqu'à maintenant, non, c'était plus à la suite de quelque chose ».

En conséquence de ces motifs de consultation, les patients attendent des médecins généralistes une réponse efficace (examen clinique de qualité, un traitement efficace ou une orientation vers un spécialiste adapté, des conseils) et un soutien moral qui

passer par l'écoute, la bonne compréhension du malaise du patient par le médecin et un certain niveau de compassion.

- **Femme, 58 ans** : « La technique moderne a déshumanisé l'humain, alors que les patients qui viennent voir un médecin, ce n'est pas ce genre de relation qu'ils veulent ».
- **Femme, 83 ans** : « Ah ouais, tout à fait. Oui. Oui. Et puis aussi, le moral... Ceux qui faiblissent, ils trouvent les paroles. Ils trouvent... »
- **Homme, 50 ans** : « Quand j'arrive pas à résoudre mon problème, j'avais vu le médecin. Bon, après, disons que ça dépend, euh... c'est pas que j'ai pas confiance au médecin, mais, enfin, j'aime bien que ce soit pas quelqu'un de froid, enfin, qui dise « ça, terminé » : j'aime bien... qu'on puisse discuter de certaines choses ».
- **Femme, 29 ans** :
 - « [Bien pris en charge, ça veut dire ?]
 - Ben, un bon accueil, un bon soutien, une écoute, etc. Oui, voilà. Aussi de la réactivité... ouais. Qu'il nous écoute, oui, oui. Forcément. Forcément qui écoute ce qu'on ressent, ce qui va pas ! Et après, qu'il nous explique, aussi. Parce qu'il y a sûrement des gens pour qui on peut pas... la médecine peut pas forcément faire de miracle. Mais, ouais, qu'on nous explique, l'écoute. Ouais, voilà : des explications. Ouais, ça y joue beaucoup. Moi, je vois, moi qui vais souvent chez ma kiné, 2 à 3 fois par semaine, je veux dire, ça me... quand on y va 2 ou 3 fois par semaine, quand ça va pas ou quand ça va plus mal, ben l'écoute, rien qu'à l'écoute et qu'elle explique comment ça se passe, enfin, ça rassure, ça fait du bien. Voilà ».

De façon intéressante, plusieurs personnes citent explicitement ou implicitement une désirabilité sociale²⁴ de la virilité et de la résistance à la maladie pour les hommes, qu'elles relient à des comportements de santé différenciés entre hommes et femmes.

- **Homme, 63 ans** : « Donc, les femmes ont plus, plus l'occasion, elles... Enfin, de fréquenter les médecins que, enfin, que les hommes... Parce que, traditionnellement, les hommes, ils sont virils, ils ont fait leur service militaire, bon, ils sont durs au mal ! Ce qui n'est pas vrai, d'ailleurs ! Mais, enfin, c'est comme ça... (rires) ça fait partie de la virilité, que de dire « j'ai pas mal », euh, ou « je peux supporter », ce qui n'est pas forcément vrai... »

Plus loin :

« Pour les gens de la génération de mes grands-parents, j'imagine, être malade, c'était, c'était pas une tare, mais enfin, c'était euh... Ben, on n'était pas, euh... On n'était pas résistant. Quand on était malade, on n'était pas... c'était pas bien, quoi ! Être malade, c'était pas une tare, si tu veux, mais quand même, euh... « tu pourrais faire un effort pour pas être malade », enfin quelque chose comme ça. C'était... Et puis, il fallait, il fallait s'habituer à, euh... à la souffrance... Bon, ça faisait partie du décor, que, bon, t'es pas un homme si tu, euh, si tu résistes pas à la douleur : c'était comme ça ! ».

²⁴ La désirabilité sociale désigne le biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs, en fonction de normes socialement déterminées. Voir, par exemple [54]

- **Homme, 58 ans** : « Il y a aussi le fait, que d'une certaine manière, les femmes parlent plus facilement, enfin, avec moins de retenue de tout ce qu'elle ressent, parce que la femme, dans l'esprit de la société, c'est plus accepté qu'elle s'étende sur son problème et que le mec va le faire moins parce que, d'une manière générale, la virilité fait qu'on ne va pas pleurer sur soi-même, on ne va pas... Donc, l'angoisse, tu n'as pas la refouler, mais tu en parles moins : ça, c'est certain !... »

Les compétences thérapeutiques du médecin

Le médecin généraliste est le dépositaire d'un savoir sur la santé et les maladies qui en fait une référence en matière de santé. Il est capable de détecter de nombreuses maladies et il en connaît le pronostic. Il détient de ce fait une partie de la santé de ses patients. Les patients aiment donc avoir son avis et ses conseils.

- **Homme, 63 ans** : « c'est quelqu'un qui détient quand-même une certaine partie de ta santé ! » ; « on cristallise sur le médecin soit la responsabilité, soit la réussite. Dans les deux cas, c'est lui le bouc émissaire ou le sauveur ! ».

Les patients voient en leur médecin traitant un interlocuteur privilégié pour être soignés, car il les suit au long cours et les connaît bien. En tant que médecin traitant, il surveille la santé de ses patients par ses examens cliniques et les examens de dépistage qu'il propose. Il n'est ici pas inutile de rappeler que dans le corpus analysé, le discours sur le médecin généraliste est difficilement dissociable du discours sur le médecin traitant.

- **Femme, 29 ans** : « Je vais le voir pour faire un petit bilan lorsque ça fait longtemps que j'y suis pas allé et vérifier que tout va bien ».

Enfin, si la compétence du généraliste est de savoir réagir à de nombreuses situations, sa compétence est aussi de savoir s'adapter à tous ses patients, de se mettre à leur niveau, de leur parler clairement et avec tact en tenant compte du profil psychologique de chacun.

- **Homme, 63 ans** : « mais il y a quand-même une certaine prise en compte d'un certain malaise et la réponse médicamenteuse qui va avec, quoi » ; « il t'aborde pas de la même façon que le spécialiste. Il te... d'abord, il ne va pas te parler de la même manière : il va te parler peut-être un petit peu plus de haut, probablement... euh.. ; que le médecin généraliste. Et puis, à la limite, il va certainement te parler de... le jargon qu'il va employer, tu vas pas comprendre tout ! Alors que le médecin généraliste, a priori, il va se mettre à ton niveau. Il va te parler avec des mots que tu vas comprendre, en gros ».
- **Homme, 24 ans** : « Oui, bien sûr, il faut s'adapter, faire le caméléon aussi... s'adapter ».

D. La personne du médecin

L'implication du médecin dans son métier

Pour les personnes interrogées, l'exercice de la médecine générale n'est pas un métier comme les autres : seuls ceux qui aiment le contact avec les gens et qui ont envie de les connaître peuvent faire ce métier correctement. Les médecins généralistes aiment leur métier, parfois cela peut les happer, les absorber complètement.

- **Femme, 58 ans** : « Un bon médecin, c'est un médecin qui pose des questions, euh... pas indiscrètes, mais sur la maladie et sur le comment être des gens. Qui leur demande s'ils sont bien dans la vie. S'ils sont bien équilibrés, s'ils ont une vie euh... une belle vie ou si au contraire ils ont des ennuis. C'est un médecin qui cherche, euh, à établir une relation de confiance avec le patient et le voir comme un être humain qui a des souffrances, qui a des sentiments, et non pas comme un... *(ton de déception)* comme une ordonnance !... »

Supporter la souffrance d'autrui, le contact avec la mort et la responsabilité de la santé d'autrui demande des qualités humaines et psychologiques particulières. L'idée de médecin renvoie à l'idée de la mort et de la maladie.

- **Femme, 58 ans** : « Parce que médecin, c'est le représentant de la maladie, des maux, de la mort, de tout ce... tout ce qui... euh... tout ce qui empêche les êtres humains d'être heureux. Oui, c'est synonyme de mort, de maladie, de mal-être, donc j'aimerais pas être médecin ».
- **Femme, 76 ans** : « Il voulait pas voir le médecin, il avait peur : peur du médecin, peur de la maladie ».
- **Femme, 29 ans** : « Maladie, santé. Tout de suite, là, j'ai pensé « santé » et puis après « maladie », puisque je vais le consulter quand j'ai un problème, quoi. Voilà. D'abord santé, et puis, je veux consulter quand j'ai une maladie, quelque chose qui va pas » ; « par contre, je ne sais pas si j'aurais pu affronter... ouais, la vue du sang, la douleur des autres, la souffrance et puis, bah, le côté psychologique : il faut quand même... ben, une carapace pour pouvoir avancer, parce que sinon, si tu t'arrêtes, tu vas être... tu peux plus avancer, quoi ! ».

La curiosité intellectuelle et la gratitude des patients sont nécessaires pour entretenir le désir de continuer à travailler, surtout devant le stress et les diverses pressions (de temps, en particulier) que subit le médecin. À défaut, certains médecins généralistes peuvent perdre l'entrain à travailler.

- **Femme, 58 ans** : « Ce qui donne envie de continuer, c'est de voir des patients revenir et dire vous m'avez fait du bien, vos médicaments ont bien fonctionné, vous m'avez bien écouté Docteur... Vous m'avez bien écouté, Docteur, vous avez pris votre temps ».
- **Femme, 29 ans** : « Enfin, j'imagine qu'un médecin qui arrive jamais à soigner efficacement ou à faire le bon diagnostic sur personne, enfin, ça doit être démotivant, je pense » ; « Quand il y a des maladies un peu plus... rares, c'est motivant ».

d'essayer de rechercher, ben, une certaine curiosité ou essayer de proposer un truc, des recherches ».

Enfin, signalons que la majorité des personnes interrogées cite explicitement le métier de médecin généraliste comme un moyen de gagner sa vie. Le revenu financier est le corollaire normal de l'activité de soin pour les personnes interrogées. Certains médecins travailleraient prioritairement par motivation pécuniaire et d'autres pour le service au patient.

- **Femme, 58 ans** : « Je crois que c'est plutôt une question de temps : leur temps est compté et plus ils font de patients dans une journée, plus ils gagnent de l'argent. .. Je crois que c'est les médecins avant tout qui aiment l'argent, qui en ont ras-le-bol de leur métier qui aiment l'argent et qui le font pour l'argent ».
- **Homme, 58 ans** : « Je pense qu'il fait... Il fait de l'alimentaire si tu veux ! C'était qu'il reçoit les gens, il fait des trucs, mais il y a pas, euh, il n'y a pas une recherche dans l'historique...euh, voilà ! » ; « De toute façon, dans n'importe quel corps, il n'y a pas unanimité : il y a des gens qui sont d'une certaine manière, et d'autres qui sont d'une autre ! Certains qui aiment l'argent et d'autres qui y font moins attention... ».

La configuration intellectuelle du médecin

Les médecins généralistes ont fait des études longues, qu'il n'est pas donné à tout le monde de réussir. Cette formation de qualité fait des médecins généralistes des références à propos de la santé, détenteurs d'un savoir particulier sur la santé, le corps et la maladie. Les patients peuvent donc s'adresser à eux pour confirmer leurs autodiagnostics ou leurs connaissances en matière de santé et pour traduire le langage scientifique en langage vernaculaire.

- **Femme, 29 ans** : « Et puis, il faut quand-même réussir à faire les études ! Si, quand-même, c'est pas n'importe qui qui peut les faire ! Il faut tenir sur la durée».
- **Homme, 63 ans** : « c'est quelqu'un qui détient, d'une certaine façon, une partie de la science. Lui, il est capable de vous dire « vous avez ça et je vous soigne pour ce que vous avez ! » ; « Donc, les spécialistes ont un jargon, donc quand ils parlent aux gens, ils parlent pas différemment. Mais, bon, pour moi, c'est un autre monde. Le spécialiste, c'est un autre monde. À la limite, c'est un autre monde aussi le médecin, parce qu'il sait des choses que toi, tu sais pas ! Mais quand-même ! ».
- **Homme, 58 ans** : « il y a un an ou deux, j'ai eu un coup des douleurs cardiaques, rapides, pas continues et j'ai regardé quand même un peu sur Internet ce que ça voulait dire. Et, a priori, ce n'est pas grave tant que ce n'est pas dans la durée et tout. Donc, bah voilà, j'ai quand même été voir le médecin... Quand tu as quelque chose que tu ne connais pas et qui peut t'inquiéter, tu vas quand même voir le médecin... » ; « Oui, non, parce que je suis pas certain que j'ai des compétences entières pour voir ce qui est écrit sur Internet : je ne sais pas qui l'a écrit, et puis, bon, tout n'est pas aussi simple que ça ! On peut avoir des symptômes qui... Sinon, tout le monde pourrait être médecin... Tu peux avoir des symptômes qui sont pas exactement les mêmes, qui peuvent cacher une maladie aussi, donc voilà : tu... »

Les médecins sont, de ce fait, en partie responsables de la santé des gens (on rappellera que la responsabilité de la santé et leurs connaissances sur la santé sont les principales justifications de leur statut social, cf. partie A. « Statut social »).

- **Homme, 63 ans** : « on cristallise sur le médecin soit la responsabilité, soit la réussite. Dans les deux cas, c'est lui le bouc émissaire ou le sauveur ! ».

De plus, pour certaines personnes interrogées, les médecins généralistes ont habituellement une culture générale conséquente qui leur donne une ouverture d'esprit utile, voire nécessaire, pour l'exercice de leur profession. Ce lien entre les médecins généralistes et la culture semble d'ailleurs assez naturel et logique, compte-tenu de leurs études.

- **Femme, 58 ans** :
 - « [Et le fait qu'ils n'aient pas de culture, c'est gênant pour leur profession ? Ça peut être un frein à leurs compétences ?]
 - Ah oui, tout-à-fait, parce qu'ils ont pas l'esprit ouvert. Et ils auront pas l'esprit ouvert pour leurs patients. Ça peut être un frein, ça j'en suis certaine... Parce qu'un bon médecin doit être capable de répondre à n'importe quelle attente de ses patients ».
- **Homme, 63 ans** : « Et puis, aussi, le médecin, et sans doute aussi le notaire, mais surtout le médecin, est plus cultivé, il sait plus de choses en matière de culture générale que la plupart des gens, parce que, euh, il s'y connaît en peinture, en musique, on l'imagine très bien, euh, par exemple à la société philharmonique de je ne sais pas où, simplement parce qu'il est médecin... simplement parce qu'il est médecin ! Il a plus de culture générale, il est plus cultivé qu'un simple employé, qu'un simple citoyen...».

Enfin, pour plusieurs personnes, la probité des médecins généralistes devrait aussi passer par une indépendance vis-à-vis des industriels de la santé.

- **Homme, 50 ans** : « Moi, ça me choque toujours quand je vois leurs représentants qui vont chez des médecins. Parce qu'un médicament, on devrait pas être obligé d'aller voir un médecin pour... Le médecin devrait avoir une liste de médicaments à se servir : ils sont efficaces ou ils ne le sont pas, qu'ils soient agréés par un organisme. Enfin, je veux dire qu'un médicament, ce n'est pas une lessive. On a l'impression que le représentant est là pour dire il faut le prescrire absolument. Moi, je sais pas, ça me choque toujours ce truc-là. Bon, il faut bien que les labos vivent, mais... »
- **Femme, 29 ans** : « ils ne devraient pas accepter les voyages d'agrément dans des lieux idylliques, payés par les laboratoires ».

La vie privée du médecin

Pour plusieurs personnes interrogées, l'implication du généraliste dans son exercice professionnel peut être un obstacle au développement de la vie privée. De nos jours, les praticiens seraient plus attentifs à préserver leur vie privée. Inversement, un temps réservé à la vie privée trop important pourrait empiéter sur le temps consacré aux patients. Enfin, une vie privée équilibrée aiderait le médecin à se sentir plus à l'aise dans son exercice professionnel.

- **Femme, 58 ans** : « Ah, je ne connais pas leur vie privée et je pense que leur métier les absorbe totalement. Ils ont pas de vie privée. Euh, ils vivent leur métier comme un sacerdoce, comme une passion, mais certainement pas comme un métier comme les autres. Parce qu'ils n'ont pas de vie de famille ».
- **Femme, 76 ans** : « il y a peut-être aussi une chose qui fait que ça a changé, enfin, je sais pas, parce que... je pense que les médecins, maintenant, ils ont aussi leur vie de famille. Ils prennent le temps d'avoir leur vie de famille, ce qui est très bien alors qu'autrefois, bon, ils avaient pas beaucoup de temps... euh, peut-être aussi qu'ils étaient pas toujours détendus, pas toujours relax, alors que là, maintenant, les conditions de travail sont peut-être différentes. Ça aussi, ça compte... Mon médecin peut passer du temps avec sa famille, les week-ends, pour être détendu pour reprendre le travail. Et ça, je trouve que ça aide beaucoup aussi. Dès l'instant qu'une personne est bien, automatiquement, elle retransmet ce bien. Si elle a des soucis, ça paraît, ça se ressent ! ».

Les personnes interrogées estiment ne pas avoir à connaître la vie privée du médecin, qui relève du domaine personnel. Toutefois, pour deux des personnes interrogées, connaître la vie personnelle du médecin peut favoriser la confiance et le respect envers le médecin. Enfin, si l'on connaît personnellement un médecin, on est moins enclin à le critiquer.

- **Femme, 29 ans** : « je le connais depuis que je suis enfant et je connais - comment dire ?-, je connais un peu son milieu familial, en fait, car j'étais amie avec sa fille. Donc j'ai déjà dormi chez lui, je le connais, il y a un environnement –comment dire ?- en confiance, étant donné que je l'ai vu hors cadre médical ».

D- Commentaire des résultats des entretiens

L'essentiel du discours recueilli est avant tout orienté sur la relation entre médecins généralistes et patients. Ce constat n'a rien d'étonnant, puisque les personnes interrogées ne connaissent les médecins généralistes qu'au travers de leurs propres consultations.

Il existe néanmoins un discours non négligeable sur le médecin dans la société, le médecin dans le système de soin et sur la personne même du médecin. Ce discours est toujours rapporté au discours sur la relation médecin-patient, comme en témoigne le chevauchement de nombreuses catégories. Les limites sont difficiles à

tracer entre les différentes catégories présentes dans le discours des personnes interrogées, montrant l'unicité de la représentation sociale et le lien étroit entre tous ses éléments.

Ces constatations sont très cohérentes avec la nature même d'une représentation sociale. En effet, selon Abric [5], une représentation sociale est un « ensemble organisé et hiérarchisé des jugements, des attitudes et des informations qu'un groupe social donné élabore à propos d'un objet ». De plus, les éléments centraux d'une représentation ont un rôle générateur et organisateur de la représentation ; les éléments périphériques ont un rôle de protection du système central en adaptant la représentation aux expériences vécues par le patient [Ibid.]. Aussi, en théorie, tous les éléments d'une représentation sociale donnée sont liés les uns aux autres. C'est bien ce que nous observons dans nos données.

Comme nous l'avons indiqué en introduction, une représentation sociale fonctionne comme un filtre perceptif et comme un guide pour l'action. Le discours des personnes interrogées est effectivement orienté sur la perception du médecin, ainsi que sur les attentes vis-à-vis des médecins.

Annexe 2. Questionnaire utilisé

Ce questionnaire a été réalisé par Jean du Breuillac, doctorant à l'Université de Poitiers, dans le cadre d'une recherche sur l'image des médecins généralistes dans le Poitou-Charentes.

Nous vous remercions d'y participer. Généralement, cela prend quelques minutes.

Toutes les réponses au questionnaire sont strictement **anonymes**.

Vous pourrez remettre votre questionnaire rempli dans la boîte en carton qui se trouve dans la salle d'attente.

QUESTION N°1

Merci de répondre à cette première question avant de lire la suite du questionnaire

a)- Lorsque vous entendez le mot « **médecin généraliste** », quels sont les 5 mots ou expressions qui vous viennent **spontanément à l'esprit** ?

→ *Écrivez un mot ou une expression dans chaque case grise*

MOT 1 →

MOT 2 →

MOT 3 →

MOT 4 →

MOT 5 →

b)- Parmi les mots que vous avez écrits, soulignez le mot qui vous semble le plus important.

c)- Mettez une croix devant le deuxième mot le plus important pour vous.

QUESTION N°3

- Globalement, comment évaluez-vous votre santé actuellement ?

→ Mettez une croix sur l'échelle suivante à l'endroit qui correspond à votre réponse



- Lisez les 3 phrases suivantes qui s'appliquent à la santé en général :

- 1 - Ma santé dépend surtout de ce que je fais pour la préserver
- 2 - Ma santé dépend surtout de la qualité de la médecine
- 3 - Ma santé dépend surtout de la chance ou du hasard

**Entourez le numéro de la phrase la plus importante selon vous,
Rayez le numéro de la phrase la moins importante selon vous.**

Cochez la bonne

case

- Prenez-vous un traitement régulier par des médicaments ? Oui Non
- Avez-vous des problèmes de santé particuliers (par exemple : hypertension, diabète ou autres) ? Oui Non
- Avez-vous personnellement déjà eu un jour une maladie grave ? Oui Non
- Un de vos proches a-t-il déjà eu un jour une maladie grave ? Oui Non

- Au cours des 6 derniers mois, combien de fois environ avez-vous consulté :

- un **médecin GÉNÉRALISTE** ? _____ fois environ
- un **médecin SPÉCIALISTE** ? _____ fois environ

- Habitez-vous ? en Ville en Campagne, près d'une Ville en pleine Campagne
- Dans quel département habitez-vous ? 86 79 16 17 autre
- Avez-vous déjà consulté un Magnétiseur, Rebouteurs, Chiropracteur, Naturopathe ou autre ?

QUESTION N°3

- Globalement, comment évaluez-vous votre santé actuellement ?

→ Mettez une croix sur l'échelle suivante à l'endroit qui correspond à votre réponse



- Lisez les 3 phrases suivantes qui s'appliquent à la santé en général :

- 1 - Ma santé dépend surtout de ce que je fais pour la préserver
- 2 - Ma santé dépend surtout de la qualité de la médecine
- 3 - Ma santé dépend surtout de la chance ou du hasard

**Entourez le numéro de la phrase la plus importante selon vous,
Rayez le numéro de la phrase la moins importante selon vous.**

Cochez la bonne

case

- Prenez-vous un traitement régulier par des médicaments ? Oui Non
- Avez-vous des problèmes de santé particuliers (par exemple : hypertension, diabète ou autres) ? Oui Non
- Avez-vous personnellement déjà eu un jour une maladie grave ? Oui Non
- Un de vos proches a-t-il déjà eu un jour une maladie grave ? Oui Non

- Au cours des 6 derniers mois, combien de fois environ avez-vous consulté :

- un **médecin GÉNÉRALISTE** ? _____ fois environ
- un **médecin SPÉCIALISTE** ? _____ fois environ

- Habitez-vous ? en Ville en Campagne, près d'une Ville en pleine Campagne
- Dans quel département habitez-vous ? 86 79 16 17 autre
- Avez-vous déjà consulté un Magnétiseur, Rebouteurs, Chiropracteur, Naturopathe ou autre ?

Oui Non

- Vous inquiétez-vous pour votre santé ?

→ Mettez une croix sur l'échelle suivante à l'endroit qui correspond à votre réponse

- Avez-vous un médecin traitant habituel ? Oui Non

○ Si Oui :

- votre médecin est installé : en Ville en Campagne, près d'une Ville
 en pleine Campagne

- votre médecin est : un Homme une Femme

- depuis combien de temps environ est-ce votre médecin traitant ? _____ ans

- Quel est votre âge ? _____ ans

- Êtes-vous ? un Homme une Femme

- Exercez-vous actuellement un emploi ? Oui Non Non, car retraité

○ Si Oui :

- quel est votre métier actuel : _____

- depuis combien d'années exercez-vous ce métier : _____ ans

- quel est votre statut : employé(e), ouvrier(e)
 cadre, ingénieur
 cadre supérieur, équipe dirigeante
 libéral(e)

- Avez-vous un ou des enfant(s) ? Oui Non

- Vivez-vous en couple ? Oui Non

- Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu ?

Certificat d'études BEPC ou brevet des collèges BEP ou CAP
 Baccalauréat diplôme universitaire Aucun de ces diplômes

Annexe 3. Contenu des catégories des évocations

Les évocations ont été classées en 24 catégories. Le tableau suivant récapitule les mots inclus dans chaque catégorie. Les variantes grammaticales n'ont pas été notées, afin de simplifier la lecture du tableau.

	Nom de la catégorie	Mots inclus dans la catégorie
1	Écoute	Dialogue
2	Confiance	
3	Maladie	Malade, fièvre, douleur, accident, mort
4	Soins	Opération, solution, dentiste
5	Médicaments	Traitement, prescription, ordonnance
6	Proximité	Médecin de campagne, quartier, proche
7	Santé	Prévention, contrôle, vaccin, fumer, bien-être, conseils, sport, aptitude
8	Guérison	Soulagement
9	Disponibilité	rapidité pour avoir les RDV, premiers soins, urgence
10	Médecin de famille	Médecin traitant, docteur, connaît le patient, suivi, référent, premier médecin
11	Généraliste	Bobos, bénin
12	Superficiels	Laxisme, RDV rapides, expéditifs, manque d'écoute
13	Peu disponibles	Délai de rendez-vous long, pénurie, surbooké, débordé, burn-out
14	Compétent	Efficace, bon conseil
15	Réponse	Diagnostic, explication, peur du résultat, clair et didactique, parler médical
16	Professionnel	Rigueur, morale, conscience professionnelle, réussite, expérience, travail, serment d'Hippocrate, docteur, connu
17	Confident	Confidentialité, secret médical, discrétion
18	Spécialiste	Parcours de soin, hospitalisation
19	Soutien	Rassure, réconfort, aide, espoir
20	Formation	Spécialisés, formation, études, connaissances, expérience, savoir
21	Bienveillant	Sympathique, ami, gentil, souriant, accueillant, généreux, relation, relationnel, franc, ensemble
22	Nécessaire	Utile, conseillé, important, régularité, sécurité
23	Système de soin	Sécu, carte vitale, cher, papiers, pharmacie
24	Déroulement de la consultation	Cabinet médical, examen, attente au cabinet, prise de rendez-vous

Tableau Annexe 3. Contenu des catégories issues des évocations

Annexe 4. Matrice de similitude des catégories d'évocations

ANALYSE DE SIMILITUDE SIMIRAM
Reunion des Arbres Localement Maximaux
version 2001

(*****

traitement du fichier : C:\Users\Jean\Desktop\Thèse\simvoc\SimEvoc
nombre de sujets : 156
type de donnees : 05 INDICE DE COOCURENCE

Resultats de l'analyse du fichier
C:\Users\Jean\Desktop\Thèse\simvoc\SimEvoc.SIM

MATRICE DE SIMILITUDE

* écou* conf* mala* soin* médi* prox* sant* guér* disp* méde*
géné*

écou*	0*										
conf*	26	0*									
mala*	11	6	0*								
soin*	22	11	14	0*							
médi*	8	4	18	11	0*						
prox*	11	9	1	2	3	0*					
sant*	12	15	7	10	6	6	0*				
guér*	6	4	6	6	4	1	6	0*			
disp*	21	16	3	5	1	14	2	1	0*		
méde*	17	23	3	7	4	11	13	1	14	0*	
géné*	9	6	2	4	2	5	6	1	6	8	
0*											
trav*	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
0*											
peu *	4	8	5	0	2	3	4	0	4	6	
1*											
comp*	25	19	3	4	3	7	4	2	20	10	
2*											
diag*	11	3	5	5	8	2	2	0	4	7	
1*											
prof*	20	14	2	5	2	4	8	4	7	6	
2*											
conf*	15	10	3	5	0	1	4	6	2	7	
3*											
orie*	6	2	3	1	3	1	3	0	1	2	
1*											
sout*	6	5	3	5	1	2	4	4	1	1	
0*											
form*	5	2	2	0	0	0	3	0	3	2	
1*											
bien*	13	14	1	3	0	5	3	1	10	7	
1*											

néce*	2	3	3	2	1	0	4	1	0	3
0*										
arge*	5	2	6	4	5	1	3	0	1	2
3*										
déro*	6	4	12	2	7	1	3	1	4	2
1*										

* trav* peu * comp* diag* prof* conf* orie* sout* form* bien*

néce*

trav*	0*									
peu *	1	0*								
comp*	0	4	0*							
diag*	0	1	6	0*						
prof*	1	3	10	3	0*					
conf*	0	2	9	1	5	0*				
orie*	0	2	2	3	2	2	0*			
sout*	0	0	2	1	3	4	0	0*		
form*	0	2	2	1	2	0	0	0	0*	
bien*	0	4	13	2	8	7	0	3	0	0*
néce*	0	1	1	0	2	1	1	1	1	0*
0*										1
arge*	1	1	2	1	3	0	1	2	1	1
0*										
déro*	0	5	2	2	4	3	0	1	0	1
0*										

* arge* déro*

arge*	0*
déro*	3 0*

*

STATISTIQUES

Arêtes dont la valeur est supérieure à zéro

Rang de l'arête cumulée	Valeur	Rang en %	Valeur en ø/oo	Valeur en ø/oo
11	16	3	198	198
23	12	8	142	340
34	10	12	101	441
52	7	18	120	561
70	6	25	94	656
85	5	30	65	721
109	4	39	83	805
140	3	50	81	886
180	2	65	69	956
230	1	83	43	1000
276	0	100	0	1000

*

ARETES DE L'ARBRE

			RANG	VALEUR
écoute	*	confiance	* 1	26
écoute	*	compétence	* 2	25
confiance	*	médecinn de famille	* 3	23
écoute	*	soins	* 4	22
écoute	*	disponibilité, rapidité	* 5	21
écoute	*	professionnel	* 7	20
maladie	*	médicaments	* 9	18
écoute	*	confident	* 12	15
confiance	*	santé	* 13	15
maladie	*	soins	* 14	14
proximité	*	disponibilité, rapidité	* 15	14
confiance	*	bienveillant	* 17	14
maladie	*	déroulement cs°	* 22	12
écoute	*	diagnosti	* 27	11
écoute	*	généraliste	* 35	9
confiance	*	peu disponibles	* 42	8
soins	*	guérison	* 53	6
écoute	*	guérison	* 57	6
maladie	*	guérison	* 58	6
écoute	*	soutien	* 61	6
écoute	*	orientation spécialisée	* 62	6
maladie	*	argent	* 65	6
santé	*	guérison	* 69	6
guérison	*	confident	* 70	6
écoute	*	formation	* 85	5
santé	*	nécessaire	* 104	4
travail superficiel	*	professionnel	* 202	1
médecinn de famille	*	travail superficiel	* 208	1
proximité	*	travail superficiel	* 215	1
travail superficiel	*	peu disponibles	* 216	1
travail superficiel	*	argent	* 227	1

CLIQUEES MAXIMALES

SEUIL	ELEMENTS DE LA CLIQUE
26 ->	écoute confian
25 ->	écoute compéte
23 ->	confian médecin
22 ->	écoute soins
21 ->	écoute disponi
20 ->	écoute disponi compéte
20 ->	écoute profess
19 ->	écoute confian compéte
18 ->	maladie medicam
17 ->	écoute confian médecin
16 ->	écoute confian disponi compéte
15 ->	écoute confide
15 ->	confian santé

Fin du travail

ANNEXE 5 : matrice de similitude calculée avec le logiciel Similitude 2000 sur les données du questionnaire de caractérisation. La métrique utilisée est l'indice Tau b de Kendall.

RÉSUMÉ

Introduction

Les médecins généralistes constituent habituellement le premier contact des patients avec le système de santé. Or, cette interaction entre médecins et patients se pose comme une expérience vécue en fonction d'une position sociale spécifique, celle de médecin d'une part, et celle de patient, par ailleurs. Dès lors, il importe de s'interroger sur la façon dont les patients perçoivent les médecins si l'on veut comprendre la dynamique à l'œuvre dans la relation médecins-patients. Le cadre théorique des représentations sociales est un outil privilégié pour une telle analyse. Pourtant, une telle étude n'a jamais été faite. Selon Abric, une représentation sociale agit autant comme un filtre perceptif que comme un guide pour l'action. Par l'étude de la représentation sociale du médecin généraliste, ce sont les perceptions, les attentes et les jugements des patients à son égard que l'on cherche à cerner.

Méthode

Une série préliminaire de 10 entretiens non préstructurés nous a permis de construire un questionnaire de caractérisation sur le thème des médecins généralistes. Cent cinquante-six patients de médecins généralistes des Deux-Sèvres ont répondu à ce questionnaire. Un recueil de variables personnelles et une tâche d'évocations libres hiérarchisées étaient adjoints.

Résultats

Les médecins généralistes sont perçus avant tout comme des professionnels. Ce sont des médecins de référence pour leurs patients, car ils les suivent sur la durée, les connaissent bien et savent les conseiller et les guider dans le système de soins. Les attentes des patients concernent avant tout l'écoute, car cette dernière permet de créer un lien de confiance entre les médecins et les patients. Les patients attendent de l'efficacité de la part des médecins généralistes, mais évoquent peu les notions de diagnostic ou de guérison.

D'un point de vue structural, les qualités relationnelles des médecins généralistes et ses compétences médicales forment deux pôles distincts, mais d'égale importance dans la représentation sociale.

Conclusion

Nos résultats recoupent ceux des sondages effectués sur l'image des médecins généralistes. La nouveauté de notre approche est d'analyser la représentation sociale des médecins généralistes tant au niveau de son contenu qu'au niveau de sa structure. Cette approche ouvre de nouvelles perspectives de recherche sur l'interaction entre médecins et patients.

MOTS-CLEFS

Représentation sociale – Médecin généraliste – Relations médecins-patients – Théorie structurale d'Abric

SERMENT

XXXXX

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

XXXXX

RÉSUMÉ

Introduction

Les médecins généralistes constituent habituellement le premier contact des patients avec le système de santé. Or, cette interaction entre médecins et patients se pose comme une expérience vécue en fonction d'une position sociale spécifique, celle de médecin d'une part, et celle de patient, par ailleurs. Dès lors, il importe de s'interroger sur la façon dont les patients perçoivent les médecins si l'on veut comprendre la dynamique à l'œuvre dans la relation médecins-patients. Le cadre théorique des représentations sociales est un outil privilégié pour une telle analyse. Pourtant, une telle étude n'a jamais été faite. Selon Abric, une représentation sociale agit autant comme un filtre perceptif que comme un guide pour l'action. Par l'étude de la représentation sociale du médecin généraliste, ce sont les perceptions, les attentes et les jugements des patients à son égard que l'on cherche à cerner.

Méthode

Une série préliminaire de 10 entretiens non préstructurés nous a permis de construire un questionnaire de caractérisation sur le thème des médecins généralistes. Cent cinquante-six patients de médecins généralistes des Deux-Sèvres ont répondu à ce questionnaire. Un recueil de variables personnelles et une tâche d'évocations libres hiérarchisées étaient adjoints.

Résultats

Les médecins généralistes sont perçus avant tout comme des professionnels. Ce sont des médecins de référence pour leurs patients, car ils les suivent sur la durée, les connaissent bien et savent les conseiller et les guider dans le système de soins. Les attentes des patients concernent avant tout l'écoute, car cette dernière permet de créer un lien de confiance entre les médecins et les patients. Les patients attendent de l'efficacité de la part des médecins généralistes, mais évoquent peu les notions de diagnostic ou de guérison.

leurs D'un point de vue structural, les qualités relationnelles des médecins généralistes et ~~ses~~ compétences médicales forment deux pôles distincts, mais d'égale importance dans la représentation sociale.

Conclusion

Nos résultats recourent ceux des sondages effectués sur l'image des médecins généralistes. La nouveauté de notre approche est d'analyser la représentation sociale des médecins généralistes tant au niveau de son contenu qu'au niveau de sa structure. Cette approche ouvre de nouvelles perspectives de recherche sur l'interaction entre médecins et patients.

MOTS-CLEFS

Représentation sociale – Médecin généraliste – Relations médecins-patients – Théorie structurale d'Abric