

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement

le 02 Juillet 2014 à Poitiers

par **Stéphane DARTY**

Impact du stage de deuxième cycle en médecine générale sur les représentations sociales de cette spécialité parmi les étudiants en médecine de Poitiers

Etude semi-quantitative transversale

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA José

Membres : Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT

Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Jean DE VAUGELADE DU BREUILLAC

Monsieur le Docteur Yann BRABAN

Remerciements

A Monsieur le Professeur Gomes Da Cunha José,

Vous qui nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir nos plus vifs remerciements.

A Madame le Professeur Marie-Christine Perault,

Vous qui avez accepté de juger notre travail. Nous vous prions de croire en l'expression de notre considération.

A Monsieur le Professeur Michel Morichau-Beauchant,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver le témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur de Vaugelade du Breuillac Jean,

Je ne saurais jamais te remercier pour ton aide précieuse et ta disponibilité. Ta rigueur, ta patience, ton expertise ont jalonné chaque étape de notre travail. Je t'en suis extrêmement reconnaissant.

A Monsieur le Docteur Brabant Yann,

Toi qui nous a aidés en apportant toute ton expertise durant l'élaboration de notre travail. Je t'exprime mes remerciements.

A mes parents, A mon frère Clément, A Lily, A ma mémé Josépha,

Vous qui m'avez toujours soutenu et avez contribué à faire en sorte que mon rêve de toujours se concrétise, je tiens à vous remercier et vous dire que ma plus belle Histoire d'Amour c'est Vous.

A ma Mamie Damour, A ma mémé Blanche,

Vous qui êtes parties trop tôt, vous qui avez œuvré pour me transmettre les plus belles valeurs de la vie... Vous resterez toujours mes modèles. Ceux que vous m'avez appris, je tâcherai de m'en servir à bon escient tout au long de ma carrière.

A ma famille, A ma marraine,

Je vous exprime ma reconnaissance pour avoir été toujours présents à mes côtés. Loin des yeux mais près du cœur. Merci.

A Maxime, A Marco, A mes amis,

Je vous suis reconnaissant pour votre soutien et votre aide. Je vous remercie de vous pour ce que vous faites pour moi.

A Elodie, Ravi, Lilas, Aurélie, Christelle

Ce fut un plaisir de partager ces années de fac avec vous...

A Madame Bordage pour sa gentillesse.

Aux externes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail, je vous exprime ma reconnaissance

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	P.9
Liste des figures.....	P.10
Liste des tableaux.....	P.10
Lexique.....	P.10
<u>1 - INTRODUCTION</u>	P.11
<u>1.1 - Historique du SEMG</u>	P.12
1.1.1 - Impact du SEMG sur les étudiants.....	
<u>1.2 - Définition de la représentation sociale</u>	P.15
<u>1.3 - Constitution de la représentation</u>	P.15
1.3.1 - Objectivation.....	P.16
1.3.2 - Ancrage.....	P.16
<u>1.4 - Structure de la représentation sociale</u>	
1.4.1 - Le Noyau Central.....	P.17
1.4.2 - Le système périphérique.....	P.17
<u>1.5 - Fonction des représentations sociales</u>	P.18
1.5.1 - Fonction de savoir.....	P.18
1.5.2 - Fonction d'identité.....	P.19
1.5.3 - Fonction d'orientation.....	P.19
1.5.4 - Fonction de justification.....	P.19
<u>1.6 - Dynamique représentationnelle et expérience de l'objet</u>	P.19
<u>1.7 - Méthodes d'étude de la représentation sociale</u>	P.20
<u>1.8 - Objectif principal</u>	P.21
<u>2 - MATERIEL ET METHODE</u>	P.23
<u>2.1 - Méthode et type d'enquête</u>	P.24
<u>2.2 - Recueil des données</u>	P.24
<u>2.3 - Population d'étude</u>	P.24
<u>2.4 - Recrutement des participants et recueil des données</u>	P.24

<u>2.5 - Traitement des données</u>	P.25
<u>2.5.1 - Analyse du contenu de la RS</u>	P.25
2.5.1.1 - Analyse des évocations.....	P.25
2.5.1.2 - Analyse prototypique.....	P.25
2.5.1.3 - Catégorisation sous contrainte.....	P.26
2.5.1.4 - Comparaison des fréquences des catégories.....	P.26
<u>2.5.2 - Analyse fonctionnelle de la RS</u>	P.26
2.5.2.1 - Liaison du rang moyen, de la fréquence, de la valence descriptive, de la connotation.....	P.26
2.5.2.2 - Valence descriptive et connotation.....	P.26
2.5.2.3 - Classement des catégories par score de valorisation (valeur absolue).....	P.26
<u>2.5.3 - Analyse structurale de la RS</u>	P.27
2.5.3.1 - Recherche de composantes principales.....	P.27
2.5.3.2 - Comparaison des groupes dans l'espace Factoriel.....	P.27
2.5.3.3 - Classification automatique des catégories.....	P.27
2.5.3.4 - <i>Contrôle de l'effet du mode de recueil des données</i>	<i>P.27</i>
<u>3 - RESULTATS</u>	P.28
<u>3.1 - Les caractéristiques de l'échantillon</u>	P.29
<u>3.2 - Analyse prototypique</u>	P.31
<u>3.3 - Catégorisation sous contrainte</u>	P.32
<u>3.4 - Comparaison des indicateurs</u>	P.34
3.4.1 - Comparaison des autres indicateurs.....	P.35
3.4.2 - Caractérisation et valorisation.....	P.37
3.4.3 - Comparaison factorielle.....	P.38
<u>3.5 - Classement Ascendant Hiérarchique des catégories à partir des 7 premiers axes factoriels</u>	P.39
<u>3.6 - Effet du mode de recueil des données sur les indicateurs</u>	P.41
<u>4 - DISCUSSION</u>	P.43
<u>4.1 - Interprétation des résultats</u>	P.45

4.1.1 - La nature du contenu est peu modifiée mais la prototypicalité est modifiée.....	P.45
4.1.2 - Dimensions normatives et évaluatives.....	P.45
4.1.3 - Signification du noyau central.....	P.48
4.1.4 - Les fonctions du généraliste sont valorisées au décours du stage plutôt que ses caractéristiques.....	P.49
4.4.5 - Caractérisation et valorisation sont liées.....	P.49
<u>4.2 - Limites et considérations méthodologiques.</u>	P.50
4.2.1 - Limites et forces de l'échantillonnage.....	P.50
4.2.2 - Limites et force de recueil de l'information.....	P.51
4.2.3 - Limites et force de l'analyse.....	P.52
4.2.4 - Limite intrinsèque à l'enquête.....	P.53
4.2.5 - Limite de la catégorisation.....	P.53
<u>4.3 - Comparaison aux données connues et apports</u>	P.53
4.3.1 - Comparaison aux données connues.....	P.53
4.3.2 - Apports.....	P.54
<u>4.4 - Perspectives</u>	P.55
<u>5 - CONCLUSION</u>	P.56
<u>ANNEXES</u>	
Annexe 1 : Liste des catégories.....	P63
Annexe 2 : Questionnaire utilisé.....	P.69
Annexe 3 : Les études médicales.....	P.75
<u>Résumé et mots-clés</u>	P.77
<u>Serment</u>	P.78

LISTE DES ABREVIATIONS

DCEM 1 : Première année du Deuxième Cycle des Études Médicales

DCEM 2 : Deuxième année du Deuxième Cycle des Études Médicales

DCEM 3 : Troisième année du Deuxième Cycle des Études Médicales

DCEM 4 : Quatrième année du Deuxième Cycle des Études Médicales

DES : Diplôme d'Étude Spécialisée

DFASM1 : Diplôme de formation Approfondie en Sciences Médicales
1^{ère} année (Anciennement DCEM2)

DFGSM3 : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales
(Anciennement DCEM1)

PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé
(Anciennement PCEM1)

PCEM 1 : Première année du Premier Cycle des Études Médicales

ECN : Examen Classant National

RS : Représentation Sociale

SEMG : Stage de deuxième cycle en médecine générale en médecine générale

LISTE DES FIGURES

1 - Répartition SEMG -/SEMG+.....	P.29
2 - Répartition par genre de l'échantillon.....	P.30
3 - Répartition par niveau d'étude.....	P.30
4 - Variation de la caractérisation et de la valorisation.....	P.37
5 - Score factoriel F1des catégories.....	P.38
6 - Score factoriel F1des catégories.....	P.39

LISTE DES TABLEAUX :

1.A - Analyse prototypique SEMG-.....	P.31
1.B - Analyse prototypique SEMG+.....	P.31
2 - Comparaison par fréquence des catégories.....	P.33
3 - Corrélation des indicateurs.....	P.34
4 - Comparaison globale des 2 groupes d'étudiants.....	P.35
5 - Comparaison, rang, caractérisation et valorisation.....	P.36
6 - Constitution des 3 groupes de catégories en fonction de leur variation de caractérisation et valorisation.....	P.38
7 - Classes de catégories issues de la CAH.....	P.40
8 - Comparaison du score de catégorisation et de valorisation.....	P.41
9 - Classement des catégories de fréquence significative par leur score absolu de valorisation moyen pour chaque étudiant.....	P.42

LEXIQUES

Corpus : ensemble des textes à partir desquels on travaille

Evocation : ensemble des mots cités par les sujets

Forme : ensemble des évocations identiques

1 - INTRODUCTION

Alors qu'elle devrait être le débouché naturel de nombreux étudiants en médecine, «sur 100 étudiants en médecine, 8 seulement choisissent d'exercer comme médecin généraliste en libéral. » [1]

Afin de promouvoir la médecine générale et dans le but de susciter des vocations, un stage obligatoire d'une durée de trois mois dans un cabinet médical est proposé aux étudiants de Deuxième Cycle des études médicales depuis 2010. [2]

Nous avons voulu évaluer l'impact de ce stage d'étudiant en médecine générale (SEMG) sur la représentation sociale de la médecine générale parmi les étudiants en médecine.

L'étude de la représentation sociale de la médecine générale chez les étudiants peut contribuer à comprendre leurs modes de jugement et leurs attitudes et comportements avant et après leur stage long de médecine générale.

Le SEMG modifie-t-il la représentation sociale de la médecine générale parmi les étudiants ?

Deux travaux par *focus groups* ont été réalisés parmi les étudiants de Poitiers. Gwenaëlle DERRIEN [3] s'est intéressée à la représentation sociale des étudiants de Poitiers n'ayant pas réalisé le stage ambulatoire long. [4] Mathilde BOINOT a étudié la représentation sociale des externes de Poitiers après le stage long de médecine générale. Le stage semblait permettre aux étudiants d'avoir une vision concrète et rassurante de la spécialité, même s'ils en découvraient aussi certaines difficultés. [4]

L'objectif principal de notre enquête est de mesurer plus précisément les changements de représentation au décours du SEMG. Il s'agit aussi de repérer les éléments les plus signifiants de la représentation et les plus sensibles au SEMG pour préparer une enquête de plus grande envergure.

Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur la théorie de la représentation sociale de la médecine générale chez les étudiants.

Après un historique du stage long, nous précisons le concept de représentation sociale. Nous présentons les hypothèses que nous avons soulevées en fin d'introduction.

1.1 - Historique du SEMG

En 1997, un arrêté concernant le Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM) fixe l'obligation par principe d'organiser un stage en médecine générale. « Chaque étudiant doit effectuer pendant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales un stage d'initiation à la médecine générale ». L'article 12 précise que « pour valider la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, le candidat doit avoir (...) validé le stage auprès d'un médecin généraliste ».

En 2004, devenue discipline spécifique avec un programme de formation autonome en troisième cycle, la médecine générale est proposée aux choix des étudiants à l'examen Classant National (ECN).

Cependant, les étudiants délaissent cette filière ou la choisissent par défaut. La médecine générale n'est pas attractive. [5]

Plusieurs travaux menés dans plusieurs pays, ont été réalisés dans le but de comprendre cette désaffectation. L'hypothèse d'un stage de médecine générale proposé précocement aux étudiants pour leur permettre de découvrir la spécialité pourrait limiter cette désaffectation. [6] [7]

En 2006, enseignants et étudiants réclament une valorisation de la discipline afin de créer une « filière universitaire » pour que la médecine générale soit identifiée le plus tôt dans le cursus.

Un nouvel arrêté est promulgué le 23 novembre 2006 [8] et entérine l'organisation obligatoire d'un stage de médecine générale au cours de l'externat.

Il fixe les objectifs de celui-ci :

- appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en cabinet et la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels;

- appréhender la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire, la place du médecin généraliste au sein du système de santé ;

- se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale libérale : interrogatoire du patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, détermination d'un diagnostic, prescription et suivi d'une mise en œuvre d'une thérapeutique ;

- se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique ;

- appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale libérale ;

- comprendre les modalités de gestion d'un cabinet.

Pourtant, ce stage peine à être mis en place dans l'ensemble des facultés de médecine française. Une enquête réalisée en 2010 par le CNGE [9] nous apprend que la majorité des facultés françaises n'ont pas encore rendu ce stage obligatoire et que, lorsqu'il l'est, il n'en respecte pas toujours la durée légale.

Les modalités de ce stage restent floues.

Par la suite, l'arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [10] réprecise les modalités pratiques de ce stage.

Ainsi, l'obligation pour chaque étudiant d'effectuer pendant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales un stage d'initiation à la médecine générale est rappelée.

A la faculté de médecine de Poitiers, celui-ci a été mis en place à partir de l'année universitaire 2010-2011. Ainsi en 2010-2011, 42 étudiants ont bénéficié de ce stage et l'année suivante, 70 étudiants l'ont réalisé (sur 590 étudiants de DCEM 2 à DCEM 4 en 2011- 2012). Ce stage s'effectue sur deux jours par semaine pendant trois mois et chaque étudiant a deux ou trois praticiens agréés-maîtres de stage des universités, situés dans la région Poitou-Charentes.

Tous les étudiants de deuxième cycle n'ont donc pas pu réaliser ce stage. Les modalités de choix se font dans les mêmes conditions que les autres terrains de stage : un tirage au sort d'un étudiant par promotion permet de définir le premier étudiant à choisir son stage, ensuite chaque étudiant choisit dans l'ordre

alphabétique un stage ambulatoire ou hospitalier jusqu'à épuisement des stages. Ce stage est donc réalisé sur la base du volontariat. Le DMG a souhaité augmenter le nombre de praticiens agréés-maîtres de stage des universités afin que dès la rentrée universitaire 2013, tous les étudiants rentrant en DCEM 2 aient l'assurance de pouvoir réaliser ce stage avant la fin de leur deuxième cycle.

Par ailleurs, tous les étudiants de DFGSM3 (anciennement DCEM 1) réalisent depuis l'année 2007-2008 un stage obligatoire de découverte de la médecine générale sur quatre demi-journées au cabinet d'un médecin généraliste.

Concernant l'enseignement théorique de la médecine générale à la faculté de Poitiers, il est actuellement inexistant en deuxième cycle. Les étudiants bénéficient d'une approche très superficielle de la médecine générale lors des cours de sciences humaines et sociales de Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES) appelée Première Année de Premier Cycle des Etudes Médicales (PCEM 1) jusqu'en 2010, ceux-ci étant dispensés par des enseignants hospitaliers.

Les étudiants de deuxième cycle ont pu bénéficier d'enseignements optionnels de médecine générale pendant plusieurs années, mais ceux-ci n'existent plus depuis 2011.

Les étudiants en médecine de Poitiers, comme dans nombre d'autres facultés de médecine, n'ont d'autre expérience de la médecine générale, que leur expérience personnelle en tant que patient ou en tant que parent de médecins généralistes. Cette absence d'expérience directe en contexte professionnel laisse supposer une représentation de ce type d'exercice de la médecine peu élaborée, avec des doutes et des interrogations. Conformément aux objectifs officiels du SEMG, ce stage est l'occasion d'une découverte en situation, *in actu*, de la médecine générale dans toutes ses dimensions. A la fois, approche des dimensions biomédicale, psychologique et sociale de la discipline, il donne à voir le contexte d'exercice et les tâches non médicales, comme la gestion de l'entreprise. [11]

1.1.1 - Impact du SEMG sur les étudiants

Peu de travaux se sont intéressés à l'impact d'un stage d'étudiants en médecine générale. Les thèses de Gwenaëlle Derrien [3] et Mathilde Boinot [4] soutenues en 2012 et 2013 soutenues à la faculté de médecine de Poitiers avaient pour objectif de comparer la représentation sociale des étudiants ayant fait le SEMG à ceux ne l'ayant pas fait. Les résultats suggéraient une connaissance parcellaire de la médecine générale par les étudiants n'ayant pas fait le stage, avec l'expression d'inquiétudes parmi les étudiants n'ayant pas fait le stage, alors que ces inquiétudes sont peu exprimées si le SEMG a été réalisé. Les étudiants semblaient un peu plus à l'aise pour définir la médecine générale. La plupart des spécificités de la médecine libérale sont évoquées par les étudiants n'ayant pas fait le SEMG, mais ils ont des difficultés à bien cerner ces notions et à les saisir en action. Ces constatations sont cohérentes avec la forte demande de ce stage par les étudiants [12] [13]. Ils plébiscitent la réalisation de ce stage pour "choisir en connaissance de cause" leur future spécialité et découvrir la médecine libérale en pratique : 90% des internes de médecine générale regrettaient en 2004 de ne pas avoir été mieux formés à ce type d'exercice avant le début de leur internat [14].

Les attentes concernaient surtout la relation médecin-patient que les étudiants savent "singulière" en médecine générale et qu'ils souhaiteraient découvrir [15]. Une série d'enquêtes réalisées à la faculté de médecine de Tours autour d'un stage expérimental en médecine générale avait montré la satisfaction des étudiants et la réponse à leurs attentes lors du stage. [16] [17].

Le stage semblait par ailleurs augmenter l'intention de choisir la médecine générale comme future spécialité d'exercice [14], mais cet effet ne se maintient pas dans le temps dans une enquête longitudinale britannique [18]. Une telle enquête n'a jamais été réalisée en France à notre connaissance.

1.2 - Définition de la représentation sociale

Pour MOSCOVICI, la représentation sociale est « (un) *système* de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement *la stabilisation du cadre de vie* des individus et des groupes, mais qui constitue également un *instrument d'orientation* de la perception des situations et *d'élaboration des réponses*. » [19]

Denise JODELET, définit la représentation sociale comme une forme de connaissance spécifique de savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, le concept désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. [20] En d'autres termes, une représentation sociale est une forme de savoir partagé par un groupe social donné et construit par le groupe, en commun. Cette forme de savoir, parce que partagée, facilite les échanges entre individus.

Jean-Claude ABRIC indique que « les représentations sociales sont des ensembles sociocognitifs, organisés de manière spécifique, et régis par des règles de fonctionnement qui leur sont propres ». Cette définition prend place dans le cadre de la théorie structurale des représentations, qui insiste sur l'importance d'analyser la structure et l'organisation interne des représentations sociales pour en saisir réellement la signification : la seule connaissance du contenu de la représentation ne peut suffire à la saisir complètement. [21]

In fine, de ces définitions, on retient qu'une représentation sociale ne peut se définir en dehors de trois éléments : l'objet de la représentation, le groupe social dans lequel la représentation existe et un contenu de connaissances. Cette connaissance se constitue historiquement, en fonction de l'expérience que les individus ont de l'objet. Elle est tournée vers la communication et l'action, donc elle est, à un certain niveau, mémoire collective. Elle dépasse l'échelle individuelle, donc s'impose en partie aux individus, indissociable de stéréotypes.

1.3 - Constitution de la représentation sociale

Moscovici a identifié deux processus dans la constitution d'une représentation sociale : l'objectivation et l'ancrage.

1.3.1 - Objectivation

Selon AEBISCHER et OBERLE [22], le processus d'objectivation consiste en « l'omission de certains éléments de l'objet de la représentation de leur univers propre pour être intégrés dans un univers plus familier à l'individu ou au groupe qui représente ». De ce fait, il existe une distorsion entre la réalité objective et la réalité représentée.

Le fait de dissocier ces éléments de leur contexte d'origine et des règles qui les gouvernent, pour les associer à quelque chose de nouveau, s'accompagne d'une recombinaison de ce qui a été dissocié, avec de nouvelles règles, qui va leur donner un sens différent. [23] Le processus de représentation est ainsi un processus de rethorisation de l'objet.

C'est pourquoi, ABRIC affirme qu'en matière de représentation sociale, « il n'existe pas a priori de réalité objective, mais que toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs [...]» [24]

1.3.2 - Ancrage

Après avoir été décontextualisés, c'est-à-dire enlevés de leur environnement d'origine, les quelques éléments (informations, explications, usages, vertus etc.) de l'objet représenté doivent être intégrés dans un environnement familier, cohérent avec lui-même et facilement repérable pour l'individu ou le groupe. A ce moment, les analogies, les dissemblances, les souvenirs etc. vont s'activer pour ordonner les éléments et leur faire trouver un univers. Ce processus d'intégration des éléments s'appelle ancrage. Pour AEBISCHER et OBERLE « le processus d'ancrage consiste en l'incorporation de ces informations dans un réseau de catégories plus familier.» [25]

Une fois ancrée, la représentation « constitue pour l'individu ou le groupe la réalité même. Il est donc clair que la représentation contient à la fois des caractéristiques objectives de l'objet et des expériences du sujet, son système d'attitudes et de normes.» [26]

Ainsi, une représentation sociale dépend de l'expérience des sujets et du réseau de catégories et de représentations préexistant chez l'individu. L'expérience, d'autant qu'il s'agit d'une expérience directe de l'objet, modifie les représentations. [27]

1.4 - Structure de la représentation sociale

Précédemment, il apparaît qu'une représentation sociale est un système organisé et hiérarchisé d'éléments de connaissance. Une représentation sociale se compose d'une structure, d'un mode d'agencement qui régit son ordre interne et qui la rend significative et cohérente à elle-même. En effet, une

représentation sociale est « composée de deux sous-systèmes en interaction : un système central (ou noyau central) et un système périphérique. » [28]

1.4.1 - Le noyau central

Plusieurs termes sont utilisés pour désigner le noyau central. Certains auteurs comme Mugny et Carugati (1985) parlent de *noyau dur*.

Après sa postulation à partir de l'étude princeps de Moscovici [29], la démonstration expérimentale de son existence et de ses fonctions a été apportée à la fin des années 1980. [30]

Le noyau central joue un rôle capital dans toute représentation.

Il est constitué d'un ou de quelques éléments toujours en nombre limité. Il assure trois fonctions essentielles, c'est-à-dire qu'il détermine :

- La signification de la représentation (fonction génératrice) : les éléments de la représentation ont peu de signification en eux-mêmes. L'ensemble organisé des éléments fait système. Les éléments périphériques sont la traduction concrète des éléments centraux, corollairement, le sens global de la représentation converge vers le noyau central. Le noyau central est donc le lieu de la logique globale du sens de la représentation.

- Son organisation interne (fonction organisatrice) : en centralisant le sens de la représentation, les éléments du noyau entretiennent des relations avec tous les éléments, ils structurent la représentation.

- Sa stabilité (fonction stabilisatrice): cette fonction découle des deux autres. En organisant la représentation, le noyau lui donne sa cohérence et la stabilise.

En assurant ces fonctions, le noyau central « constitue la part non négociable de la représentation. » [31]. Ainsi, toute remise en question de l'un des éléments du noyau central, entraîne automatiquement la transformation ou l'abandon de la représentation. [32]

D'autre part, Abric [33] affirme que deux représentations sont différentes seulement si leur noyau diffère. Une modification de la périphérie sans modification du noyau correspondrait à une réorganisation, sans remise en cause en profondeur du sens. Par sa fonction centralisatrice de sens, les éléments centraux sont nécessairement polysémiques, puisqu'ils se doivent d'assumer la variété des significations de la représentation sociale.

1.4.2 - Le système périphérique

Le second système de toute représentation sociale est dit périphérique. Si l'on peut considérer le noyau central comme la tête ou le cerveau de la représentation, « le système périphérique en constitue le corps et la chair. Son rôle est essentiel et peut être résumé en cinq fonctions : concrétisation, régulation, prescription des comportements, protection du noyau central et personnalisation. » [34] C'est la partie fonctionnelle de la représentation.

La fonction de concrétisation est la traduction du noyau en termes concrets, pour s'adapter à la réalité.

La fonction de régulation est la capacité de la périphérie à prendre en charge un certain niveau de paradoxe, à gérer des éléments parfois contradictoires. Ces contradictions constituent généralement le lieu de prédilection des changements liés à l'expérience des individus.

La fonction de prescription des comportements est la capacité de la périphérie à prescrire les attitudes et les comportements. Par son aspect concret et organisé, la périphérie permet aux individus de se positionner par rapport à l'objet et à agir envers lui.

La fonction de protection du noyau central découle des autres fonctions de la périphérie. En se modifiant au contact de la réalité, en conformité avec le sens du noyau central, la périphérie évite une mise en cause du noyau et a modification.

La fonction de personnalisation correspond à la réorganisation de la périphérie au gré des expériences de l'individu. La périphérie peut alors absorber les expériences propres de chaque individu et donc personnaliser la représentation conformément au vécu de chacun. Si le noyau est collectivement partagé dans un groupe social donné, la périphérie est fortement variable selon les individus.

Dans *Pratiques sociales et représentations* Jean-Claude ABRIC [35] explique que le système périphérique comprend :

Des informations retenues, sélectionnées et interprétées, des jugements formulés à propos de l'objet et de son environnement, des stéréotypes et des croyances [...] Ils constituent en effet, l'interface entre le noyau central et la situation concrète dans laquelle s'élabore ou fonctionne la représentation [...]. [36]

Ainsi, le noyau central et le système périphérique constituent deux secteurs complémentaires qui fondent la structure de la représentation et s'organisent de façon à donner sens à une réalité pour un individu ou un groupe.

1.5 - Fonctions des représentations sociales

Si les représentations sociales se constituent au sein de groupes sociaux, elles ont un rôle dans la vie des groupes et des individus. En effet, selon Jean-Claude ABRIC [37], les représentations sociales remplissent quatre fonctions qui sont la fonction de savoir, la fonction d'identité, la fonction d'orientation et la fonction de justification.

1.5.1 - La fonction de savoir

Les représentations sociales fonctionnent comme des connaissances de sens commun qui permettent à leurs détenteurs d'appréhender l'objet de la représentation et de communiquer à propos de cet objet. « Elles définissent le cadre de référence commun qui permet l'échange social, la transmission et la diffusion de ce savoir 'naïf'. » [38] Elles servent donc comme le stock de connaissance à disposition du sujet par lequel il comprend et agit ou interagit avec l'objet. A ce moment, il est clair que la représentation d'un objet détermine pour le sujet ce qu'est

cet objet. En d'autres termes, la représentation définit, à tort ou à raison, l'objet. Elle constitue une « grille de lecture de la réalité » et partant « l'instance de raison des jugements et attitudes » [39]

1.5.2 - La fonction d'identité

Les représentations sociales sont partagées par des groupes et en fonction des valeurs et de normes de ceux-ci. En tant que telles, les représentations permettent de « situer les individus et les groupes dans le champ social... Elles permettent l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante, c'est-à-dire compatible avec des systèmes de normes et de valeurs socialement et historiquement déterminés. »-[40]

En ce sens, quelqu'un qui prend telle position en face de telle situation sera catégorisé dans un groupe donné. Cette catégorisation permettra l'attraction ou la répulsion entre les individus; d'où la différenciation sociale.

1.5.3 - La fonction d'orientation

L'une des fonctions des représentations, c'est de rendre disponibles des programmes tout faits, des "guides pour l'action" à leurs détenteurs.

Selon Jean-Claude ABRIC, la représentation produit [...] *un système d'anticipations et d'attentes*, elle est donc une action sur la réalité: sélection et filtrage des informations, interprétation visant à rendre cette réalité conforme à la représentation. [...] L'existence d'une représentation de la situation préalable à l'interaction elle-même fait que dans la plupart des cas ' les jeux sont faits d'avance', les conclusions sont posées avant même que l'action ne débute. [41]

En ce sens, l'individu détenteur d'un type de représentation n'aura pas à faire d'effort quand une situation ayant trait à la représentation se présente. Il saura automatiquement quoi faire et comment le faire.

1.5.4 - La fonction de justification

Les représentations sont cognitives, identitaires, programmatrices, mais aussi elles sont justificatrices. En effet, les représentations servent à justifier les actions posées qui sont conformes à elles. Elles permettent aux « acteurs d'expliquer et de justifier leurs conduites dans une situation ou à l'égard de leurs partenaires » [42] Elles permettent donc à leurs détenteurs de garder leur équilibre psychologique, c'est-à-dire qu'elles permettent d'éviter la dissonance cognitive. [43]

De plus, comme les représentations participent à l'élaboration de l'identité sociale tout en permettant la différenciation sociale, la fonction de justification permet de pérenniser la différenciation sociale.

1.6 - Dynamique représentationnelle et expérience de l'objet

Le niveau d'expérience de l'objet par les individus conditionne la représentation sociale. Plusieurs études ont montré qu'à un gradient de niveau

d'expérience personnelle (une implication croissante envers l'objet), correspond un gradient d'effet sur la structuration des représentations. Autrement dit, l'expérience de l'objet n'a pas le même effet en fonction de la nature de cette expérience. Les études sur ce sujet distinguent une absence d'expérience, une expérience indirecte par la communication sociale (les rumeurs, les médias, etc), une expérience indirecte par connaissance d'une personne impliquée envers l'objet et une expérience directe peu importante ou prolongée.

Ces études ont fortement suggéré, sinon montré, que les représentations sociales s'enrichissaient d'éléments concrets, l'objet est décrit en action par les individus en ayant une expérience directe. Les ancrages, références extérieures dans lesquelles s'insère l'objet de représentation, se modifient. [44] Le contenu s'enrichit et la prototypicalité des éléments de la représentation se modifie. La prototypicalité désigne « l'accessibilité en mémoire » des éléments de la représentation, leur force et leur présence dans le discours collectif. [45] [46] [47] [48]

Cependant, par sa propriété de stabilité, le noyau est moins susceptible de changement que la périphérie. Inversement, par sa fonction stabilisatrice et protectrice du noyau, la périphérie se réorganise au gré de l'expérience des individus, dans le sens d'une rationalisation en pensée. [49]

En d'autres termes, pour mettre en conformité la représentation avec la réalité vécue, tout en protégeant le noyau central, la périphérie se modifie, tant sur le plan du contenu (enrichissement, disparition d'éléments) que de la structure (réorganisation de la prototypicalité de ses éléments, de leurs valences). Le sens de la représentation, toujours fondé sur un noyau constant, se modifie. [50]

1.7 - Méthodes d'étude de la représentation sociale

Dans « Pratiques sociales et représentations », Abric soutient que le choix de la méthodologie se fait en fonction du système théorique qui sous-tend et justifie la recherche.

Précédemment, en référence aux théories de Moscovici et de Abric, nous avons montré que la représentation sociale se définissait à la fois par son contenu – à savoir son noyau central et les éléments périphériques- et par sa structure et son organisation, à savoir les relations entre les différents éléments.

Aussi, nous avons mis en évidence un double système :

- Un système central stable et rigide
- Un système périphérique plus malléable au changement.

L'étude des représentations sociales aura donc pour but :

- De recueillir le contenu
- Comprendre l'organisation de ces éléments
- Repérer le noyau central

Il existe plusieurs méthodes de recueil des représentations. [51]

Abric fait la distinction entre les méthodes de recueil du contenu des représentations et celles de repérage de leur structure.

Nous nous intéresserons dans notre travail au recueil du contenu.

Il existe deux types de méthodes pour analyser le contenu des représentations. Des méthodes « interrogatives » et des méthodes « associatives ».

C'est une méthode associative que nous utiliserons dans notre travail.

On dénombre deux techniques distinctes. A la technique de la carte associative nous avons préféré la technique d'association libre.

L'association libre « consiste à partir d'un mot inducteur ou d'une proposition, à demander au sujet de produire tous les mots ou expressions qui lui viennent spontanément à l'esprit ». [52]

Un questionnaire fermé exerce systématiquement une pression sur les individus en suggérant des réponses. Un questionnaire d'association libre laisse les individus s'exprimer librement sans contrainte. [53]

Une fois le contenu de la représentation recueilli, il convient d'identifier la colonne vertébrale de la représentation. Il s'agit alors d'identifier les liens, les interactions et la hiérarchie de ces éléments pour mettre en évidence le noyau central.

Il existe plusieurs méthodes pour repérer les liens entre les éléments de la représentation et autant pour l'étude de leur hiérarchisation.

Ainsi, notre étude s'est limitée au recueil du contenu de la représentation sociale de la médecine générale par les étudiants.

Notre travail est appelé à être complété par de futures recherches qui s'appuieront sur nos résultats pour étudier avec plus de précision la structure et l'organisation de cette représentation.

1.8 - Objectif principal

Cette enquête a pour principal objectif de comparer la représentation sociale de la médecine générale parmi les étudiants en médecine de Poitiers qui ont fait le SEMG par rapport à ceux qui n'ont pas fait le SEMG.

Au vu de la théorie exposée précédemment, plusieurs hypothèses ont été émises.

L'expérience directe de la médecine générale modifie le contenu de la représentation sociale :

- Hypothèse 1 : De nouveaux éléments apparaissent dans la représentation sociale au décours du SEMG.
- Hypothèse 2 : la représentation est orientée vers des éléments plus descriptifs au décours du SEMG.

Le sens de la représentation se modifie avec le SEMG :

- Hypothèse 3 : La valence descriptive de la représentation sociale se renforce au décours du SEMG.

- Hypothèse 4 : La connotation devient plus positive au décours du SEMG.

La représentation sociale de la médecine générale étant déjà conditionnée par l'ensemble des études de médecine, mais aussi par l'expérience personnelle des étudiants, il est vraisemblable qu'une base stable reste inchangée après le SEMG.

- Hypothèse 5 : Le noyau central est inchangé au décours du SEMG.

2 - MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 - Méthode et type d'enquête

Pour répondre à notre objectif (comparer les représentations de la médecine générale par les étudiants en fonction de la réalisation ou non du stage long de médecine générale) et compte-tenu du peu de données disponibles dans la littérature, nous avons choisi de réaliser une étude semi-quantitative transversale par questionnaire d'association libre.

2.2 - Recueil des données

Le principe de l'évocation libre consiste à susciter un lien entre un inducteur et un induit. Autrement dit, la consigne demandait aux sujets de citer par écrit, les mots ou expressions qui leur venaient spontanément à l'esprit à l'évocation de l'inducteur ("médecin généraliste"). Dans notre enquête, nous avons limité les réponses à huit réponses, appelées évocations.

La pratique montre qu'une enquête limitée en moyenne à cinq à huit réponses est le plus souvent suffisante pour porter un diagnostic structural efficace. [54]
Cette technique est particulièrement utilisée dans l'étude des représentations sociales. Elle est utile pour permettre le repérage du noyau central, en prévision d'une seconde enquête pour confirmer le noyau.

Notre questionnaire va nous permettre le recueil d'un échantillon de réponses, au sens statistique du terme. Certaines propriétés de ces échantillons sont révélatrices de la structure ou de l'état de la représentation sociale étudiée dans la population considérée.

Conformément aux recommandations d'Edith Salès-Wuillemin, nous avons assorti l'épreuve d'association libre d'une échelle de caractérisation et d'une échelle de valeur.

L'échelle de caractérisation était une échelle de Likert de 0 à 10 que les étudiants devaient renseigner pour chaque mot cité avec la consigne de "noter la capacité du mot à définir le médecin généraliste".

Les étudiants étaient invités à nuancer par une note de -3 à +3, la connotation négative ou positive de chacun de ces mots (échelle de valeur).

Le questionnaire se poursuivait afin que chaque sujet précise son sexe, son année d'étude.

Pour finir, les étudiants précisaient s'ils avaient effectué ou pas leur stage long de médecine générale (variable indépendante).

2.3 - Population d'étude

La population d'étude était constituée de l'ensemble des étudiants en médecine de la faculté de médecine de Poitiers, en DFASM1, DCEM 3 ou DCEM 4.

2.4 - Recrutement des participants et recueil des données

Le questionnaire a été diffusé par internet sur la boîte courriel universitaire des étudiants par le secrétariat du DMG de Poitiers, dans un premier temps. Une relance a été effectuée par le même canal après 2 semaines.

Tous les étudiants en médecine ont l'obligation d'utiliser leur boîte mail universitaire pour recevoir les informations de la scolarité. Ainsi, la population enquêtée correspond à l'ensemble de la population d'étude.

Devant la difficulté à obtenir des réponses, nous avons diffusé le questionnaire par l'intermédiaire de l'association des étudiants. Le questionnaire était accessible par un onglet à cliquer en page d'accueil du site internet de l'association. Ce site est particulièrement consulté par les étudiants, garantissant une bonne visibilité de l'enquête. Le recueil a duré 1 mois supplémentaire.

2.5 - Traitement des données

2.5.1 - Analyse du contenu de la RS

2.5.1.1 - Analyse des évocations

L'ensemble des formes produites par chaque groupe d'étudiants ont été listées par ordre alphabétique. La loi binomiale a permis de calculer le nombre de citations minimal d'une forme pour que sa présence dans le corpus ne soit pas liée au hasard ($p \leq 0,05$).

2.5.1.2 - Analyse prototypique

L'analyse prototypique a été proposée par Vergès en 1992, pour déterminer pour chaque forme son appartenance probable au noyau central, à la périphérie ou à la périphérie lointaine de la représentation sociale.

Toutes les formes significativement citées par l'ensemble des sujets ont été incluses dans l'analyse. L'analyse visuelle de la courbe de distribution des fréquences de citation des formes a permis de déterminer le seuil de séparation des formes fréquentes ou moins fréquentes. La moyenne du rang moyen de citation des formes retenues par le test de la loi binomiale a constitué l'autre seuil de l'analyse prototypique.

Les formes ont été distribuées dans un tableau 2 x 2, déterminant quatre classes : formes plus fréquentes que la moyenne dans la moitié supérieure du tableau et formes citées à un rang plus faible que la moyenne dans la moitié gauche du tableau.

Un tableau a été constitué pour chaque groupe d'étudiants.

2.5.1.3 - Catégorisation sous contrainte

Pour prendre en compte une majorité du corpus dans les analyses, les formes au sens proche de la forme la plus fréquente du corpus lui ont été agrégées. La procédure a été reproduite avec la deuxième forme la plus fréquente du corpus, et ainsi de suite jusqu'à ce que des agrégations supplémentaires ne fussent plus possibles du fait de la divergence de sens des formes.

Cet algorithme, proposé par Vergès 1992 [55], appelé "Catégorisation sous contrainte", permet de constituer des catégories en prenant en compte la fréquence des formes les plus fréquentes.

2.5.1.4 - Comparaison de fréquence des catégories

La fréquence des catégories a été comparée entre les deux groupes d'étudiants par le test exact de Fisher, compte-tenu de la faible fréquence de certaines catégories.

2.5.2 - Analyse fonctionnelle de la RS

2.5.2. - Liaison du Rang moyen, de la Fréquence, de la Valence descriptive, de la Connotation

Un test du coefficient de corrélation a permis de tester la liaison entre les 4 variables caractéristiques des catégories et des mots : Rang moyen, Fréquence, Valence descriptive, Connotation. Le test a été réalisé sur l'ensemble des 698 évocations, permettant l'utilisation d'un test paramétrique (test du coefficient de corrélation).

2.5.2.2 - Valence descriptive et Connotation

La valence descriptive moyenne et la connotation moyenne ont été comparées entre les deux groupes d'étudiants. Pour comparer globalement les deux corpus, le test T de Student a été utilisé, les variances n'étant pas significativement différentes. Pour comparer chaque catégorie, le test U de Mann-Whitney a été utilisé.

2.5.2.3 - Classement des catégories par score de valorisation

Les catégories ont été classées par Score de Valorisation moyen pour chaque groupe d'étudiants. Conformément aux recommandations de Da Rosa et Salès-Wuillemin[56] [57], la valeur absolue du Score de Valorisation a été prise en compte. Il s'agit de prendre en compte le caractère connoté, c'est-à-dire évaluatif des catégories, quel que soit le sens de l'évaluation porté par celles-ci.

2.5.3 - Analyse structurale de la RS

2.5.3.1 - Recherche de composantes principales

Une analyse en composantes principales (ACP) a été réalisée sur une matrice croisant en lignes les étudiants et en colonnes les différentes catégories. Cette méthode permet de réduire la dimensionnalité des données (chacune des 33 catégories constitue une dimension dans les données de départ). L'ACP produit un ensemble de variables appelées « composantes principales », orthogonales, c'est-à-dire totalement décorrélées, sur lesquelles se situent les étudiants et les catégories. Il est dès lors possible de comparer le positionnement des groupes d'étudiants sur chacune des dimensions. La signification des dimensions, générées automatiquement, peut par ailleurs être interprétée en considérant le classement des catégories sur ces composantes.

2.5.3.2 - Comparaison des groupes dans l'espace factoriel

L'ACP produit autant de composantes principales que de catégories introduites dans l'analyse, soit 33. L'analyse parallèle de Horn permet de déterminer les composantes significatives au seuil $\alpha = 5\%$, à savoir quels axes résument plus d'information que les variables de départ. Le score factoriel, c'est à dire la coordonnée sur chaque composante principale, de chaque groupe de sujets a été comparé par un test U de Mann-Whitney, sur chaque composante retenue pour analyse.

2.5.3.3 - Classification automatique des catégories

Une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) des catégories a été réalisée à partir des axes significatifs. La variance n'a pas été standardisée lors de la CAH. La fréquence de chaque classe a été comparée entre les groupes d'étudiants par le test du χ^2 .

2.5.3.4 - Contrôle de l'effet du mode de recueil des données

Pour mesurer l'impact de l'utilisation de 2 modes de recueil des données, la valeur moyenne sur l'échelle de caractérisation et sur l'échelle de valeur a été comparée entre les groupes d'étudiants.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel libre TANAGRA, version 1.4.50.
[58]

3 – RESULTAT

3.1 - Les caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon est constitué de 63 étudiants n'ayant pas fait le stage (SEMG-) et de 23 étudiants ayant fait le stage (SEMG+).

On nommera SEMG- les étudiants n'ayant pas fait le stage et SEMG+ les étudiants ayant fait le stage.

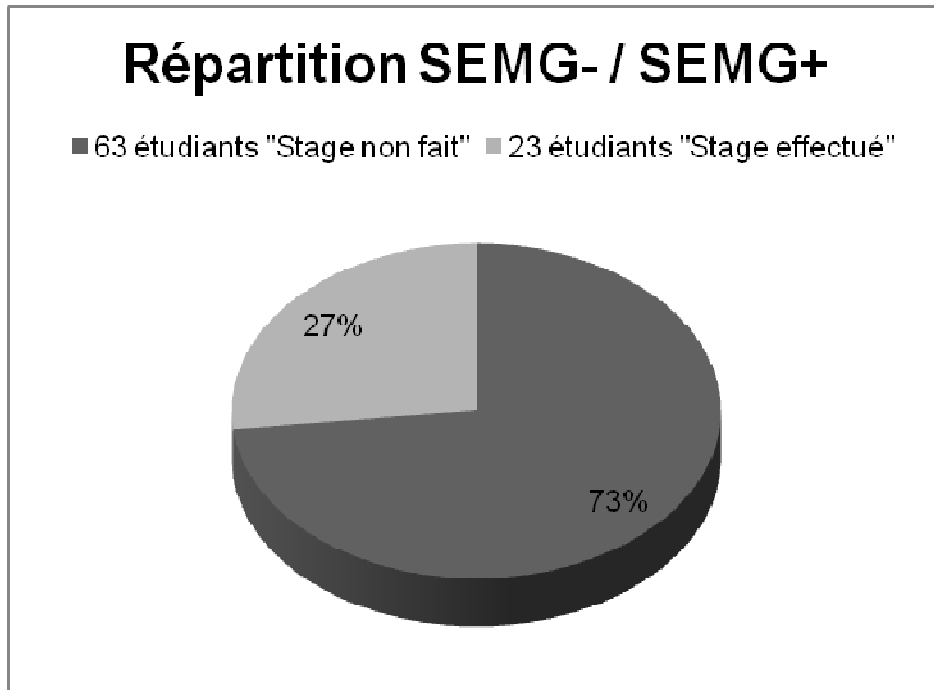


Figure 1: Répartition SEMG- / SEMG+

Les autres caractéristiques de l'échantillon sont représentées dans les figures 2 et 3.

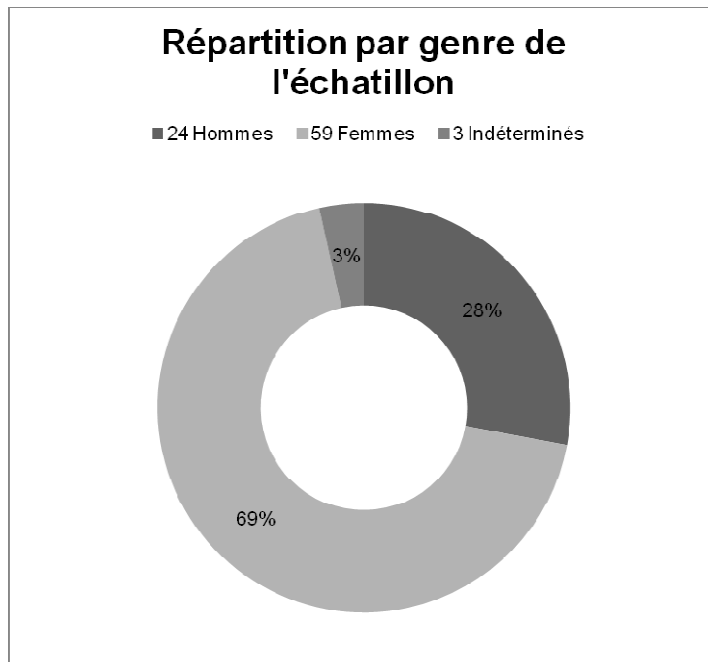


Figure 2 : Répartition par genre de l'échantillon

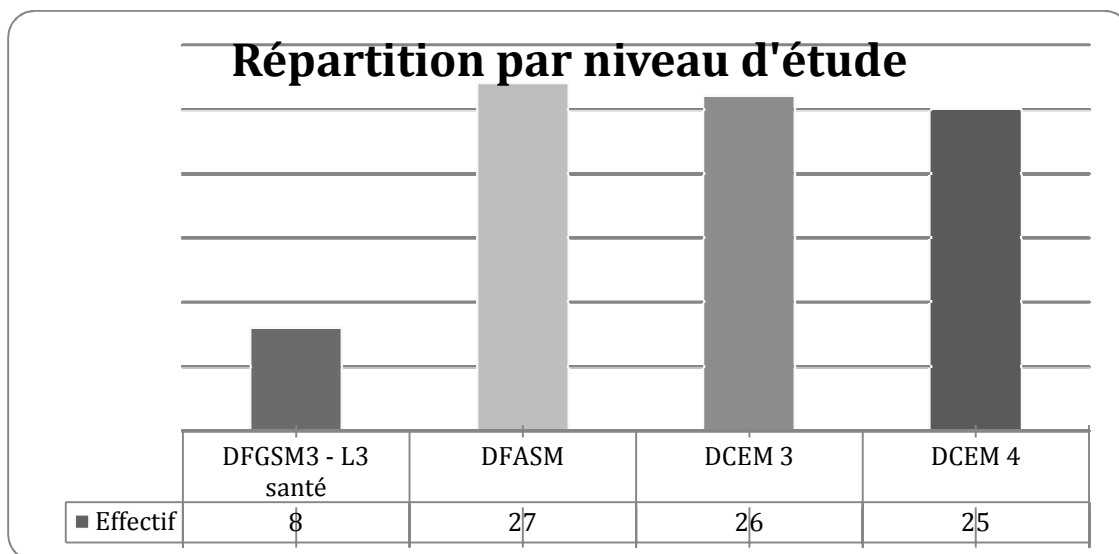


Figure 3 : Répartition par niveau d'étude

3.2 - Analyse prototypique

Les 86 étudiants ont produit un corpus de 698 évocations. Soit 483 évocations par les étudiants SEMG - et 215 évocations par les étudiants SEMG+. Soit 8.11 évocations par étudiants. Certains étudiants ayant produit plus de 8 évocations.

On appelle « évocation » chaque réponse citée. L'ensemble des évocations a été classé par forme. On appelle « forme » l'ensemble des évocations identiques.

L'ensemble des formes dans l'analyse prototypique représente 47% du corpus. Les formes ont été classées pour chaque groupe en fonction de sa fréquence et de son rang moyen de citation.

		Rang	
		< 3,98	≥ 3,98
Fréquence	≥ 14	Famille / méd de famille (27 ; 3,22) Suivi (21 ; 3,48) Proximité (16 ; 2,625) Polyvalent (14 ; 2,79)	Confiance (15 ; 3,93)
	≥ 8	Écoute (11 ; 3,73)	Campagne (10 ; 4,00) Disponible (10 ; 5,60) Seul (9 ; 5,40) Libéral (8 ; 4,62) Diversité (8 ; 5,125)

Tableau 1.A : Analyse prototypique SEMG-:

Le nombre minimum significatif de citations est 8 ($p < 0,05$).

		Rang	
		< 3,91	≥ 3,91
Fréquence	≥ 6	Proximité (11 ; 2,00) Famille / méd de famille (10 ; 2,40) Suivi (7 ; 3,86)	Globalité (7 ; 5,14)
	≥ 4	Libéral (5 ; 2,40) Confiance (5 ; 3,20) Pluridisciplinaire (5 ; 3,60) Prévention (4 ; 3,75)	Coordination (5 ; 7,00) Bobologie (4 ; 4,25)

Tableau 1.B Analyse prototypique SEMG +:

Le nombre minimum significatif de citations est 4 ($p < 0,05$).

Une fréquence ≥ 8 pour les étudiants SEMG- (et 4 pour les étudiants SEMG+) est donc significativement supérieure à 0, ce qui témoigne de son caractère socialement partagé.

3.3 - Catégorisation sous contrainte

La catégorisation sous contrainte a permis de constituer 33 catégories résumant 74% du corpus.

Le détail du contenu des catégories figure dans l'annexe 1.

Catégorie	Fréquence SEMG-	Fréquence SEMG+	Variation relative	p
Soutien	1	7	1024%	0,0003*
Globalité	8	7	41%	0,10
Prévention	9	7	25%	0,12
Libéral	8	6	20%	0,19
Limité	4	3	20%	0,38
Proximité	19	13	10%	0,04
Education	6	4	7%	0,45
Première ligne	11	7	2%	0,23
Liberté	7	4	-8%	0,47
Orientation	7	4	-8%	0,47
Coordination	9	5	-11%	0,51
Routine	13	7	-14%	0,39
Médecin de famille	30	12	-36%	0,81
Suivi	25	10	-36%	0,81
Polyvalent	26	10	-38%	1,00
Ecoute	13	5	-38%	1,00
Spé / non spé	8	3	-40%	1,00
Confiance	21	7	-46%	1,00
Psychologie	6	2	-46%	1,00
Diversifié	14	4	-54%	0,77
Disponible	14	4	-54%	0,77
Travail	7	2	-54%	1,00
Relationnel	18	5	-55%	0,59
Surcharge	18	5	-55%	0,59
Campagne	12	3	-60%	0,75
Empathie	12	3	-60%	0,53
Dévalorisé	15	3	-68%	0,38
Prescription	5	1	-68%	1,00
Connaissance	11	2	-71%	0,50
Seul	20	3	-76%	0,10 ^t

* = p significatif et ^t = p à tendance significative entre 0,05 et 0,1

Tableau 2 : Comparaison par fréquence des catégories

La variation relative a été calculée comme la différence de la proportion d'étudiants de chaque groupe ayant cité la catégorie, rapportée à la proportion d'étudiants n'ayant pas fait le stage et ayant cité la catégorie.

Certaines catégories n'ont été citées que par les étudiants SEMG-: cabinet, argent, visite, incompetent difficile.

Par ailleurs, 8 étudiants SEMG- parlent du médecin généraliste comme d'une "spécialité" et aucun ne cite „non spécialité“. Ils sont 3 étudiants SEMG+ à faire référence à une "non spécialité", et aucun comme une "spécialité".

Signalons enfin que la Catégorie „Connaissance“ est ambiguë, car elle peut référer tant aux connaissances médicales du médecin généraliste (i.e., „connaissances médicales“) qu'à la connaissance du patient (i.e., „connaissance du patient“). Le seul marqueur grammatical distinctif de ces 2 significations est la marque du pluriel : „connaissances“ référerait aux connaissances médicales et „connaissance“ référerait à la connaissance du patient. Toutefois, sur les 13 évocations constituant cette forme, 12 évocations sont notées au singulier.

3.4 - Comparaison des indicateurs

Quatre indicateurs ont été utilisés : le Rang moyen de citation, la Fréquence, la Caractérisation, la Valorisation.

Ces 4 indicateurs présentent une faible corrélation entre eux (voir Tableau 3).

	Fréquence	Définition	Connotation
Rang	R = -0,32 ; R ² = 0,10 ; p = 0,02	R = 0,02 ; R ² = 0,0005 ; p = 0,87	R = 0,20 ; R ² = 0,04 ; p = 0,14
Fréquence	-	R = -0,29 ; R ² = 0,08 ; p = 0,03	R = -0,32 ; R ² = 0,10 ; p = 0,02
Définition		-	R = 0,46 ; R ² = 0,21 ; p = 0,0004

Tableau 3: Corrélation des indicateurs.

Cette faible corrélation suggère de traiter chaque indicateur indépendamment, puisque chacun apporte une information propre. Il existe toutefois une redondance significative pour plusieurs paires d'indicateurs, en particulier pour la paire Définition – Connotation assez fortement liée.

3.4.1 - Comparaison des autres indicateurs

	SEMG -	SEMG +	p
Caractérisation	7,64	8,23	0,0002
Valorisation	1,02	1,08	0,80

Tableau 4: Comparaison globale des deux groupes d'étudiants

La moyenne du score de Caractérisation (capacité de chaque évocation à définir le médecin généraliste) est significativement plus élevée chez les étudiants SEMG+. En revanche, le score de Valorisation (la connotation) est similaire.

Catégorie	Rang	Rang	p	Caractérisation		p	Valorisation		p
	SMEG-	SMEG+		SMEG-	SMEG+		SMEG-	SMEG+	
Médecin de famille	3,22	2,26	0,17	8,19	8,78	0,30	1,96	2,33	0,36
Polyvalent	3,23	3,60	0,44	8,35	7,80	0,42	2,04	2,00	0,87
Suivi	3,84	4,20	0,55	8,76	8,20	0,30	2,16	1,80	0,22
Proximité	2,74	2,45	0,96	8,63	9,00	0,42	2,05	0,64	0,05 ^t
Confiance	4,48	2,86	0,11	7,86	8,29	0,43	2,19	2,86	0,11
Relationnel	4,56	3,60	0,39	8,78	9,40	0,55	2,00	3,00	0,06 ^t
Seul	5,20	4,00	0,28	6,40	7,00	0,54	-1,80	-1,00	0,20
Surcharge	4,89	4,50	0,60	7,83	6,25	0,30	-0,83	-2,00	0,36
Routine	5,00	5,43	0,75	5,77	7,00	0,35	-1,85	-1,43	0,53
Dévalorisé	5,07	5,67	0,72	7,00	10,00	0,01 [*]	-1,92	-3,00	0,15
Diversifié	4,79	6,00	0,26	8,50	9,00	0,47	2,00	2,25	0,81
Disponible	5,93	3,00	0,03 [*]	6,86	9,00	0,02 [*]	1,50	2,25	0,20
Ecoute	3,85	7,20	0,04 [*]	7,54	9,40	0,02 [*]	2,23	1,60	0,32
Première ligne	3,10	4,14	0,15	8,00	7,71	0,51	0,90	0,86	0,72
Prévention	4,89	4,00	0,45	7,56	8,14	0,59	1,89	1,43	0,57
Globalité	2,75	5,14	0,04 [*]	8,62	8,86	0,67	1,87	2,14	0,43
Campagne	3,92	3,33	0,77	6,08	5,00	0,06 ^t	-0,25	0,00	0,76
Empathie	3,92	5,67	0,42	7,83	7,67	0,75	2,50	-0,33	0,01 [*]
Libéral	4,62	2,17	0,02 [*]	9,12	9,33	0,61	0,50	1,33	0,29
Coordination	4,78	7,00	0,04 [*]	9,00	8,20	0,18	1,22	1,00	0,89
Connaissance	4,72	2,50	0,23	7,64	9,00	0,48	1,91	3,00	0,26
Liberté	5,00	2,00	0,01 [*]	7,29	9,00	0,08 ^t	2,29	1,00	0,23
Orientation	4,57	5,00	0,62	8,57	7,50	0,38	0,43	0,25	0,89
Spé / non spé	4,25	6,33	0,18	5,87	5,67	0,84	1,37	-0,33	0,10 ^t
Education	6,50	6,50	0,50	8,33	8,75	0,36	2,33	1,75	0,43
Travail	3,29	8,00	0,04 [*]	8,57	7,50	0,88	0,43	-0,50	0,36
Soutien	7,00	5,43	0,35	7,00	7,14	0,94	3,00	1,86	0,35
Psychologie	4,33	7,00	0,31	7,67	7,00	0,40	1,67	-2,00	0,13
Limité	6,75	5,67	0,37	6,75	9,00	0,05 ^t	-1,25	-2,00	0,59
Prescription	6,60	7,00	0,76	8,60	8,00	0,55	0,20	-2,00	0,13

* = p significatif et ^t = p à tendance significative entre 0,05 et 0,1

Tableau 5 : Comparaison, rang, caractérisation et valorisation

Le rang d'évocation augmente (la forme est citée plus tardivement dans les 8 réponses de chaque étudiant) pour 4 formes parmi les étudiants SEMG+ : *Ecoute, Globalité, Coordination, Travail*.

Le rang d'évocation diminue (la forme est citée prioritairement) pour 3 formes : *Disponible, Libéral, Liberté*.

La moyenne de la caractérisation augmente pour 5 formes : *Dévalorisé, Disponible, Ecoute, Liberté, Limité*. Elle diminue pour 1 forme : *Campagne*.

La moyenne de la valorisation augmente pour 1 forme : *Relationnel*. Elle diminue pour 2 formes : *Proximité, Empathie*.

3.4.2 - Définition et connotation

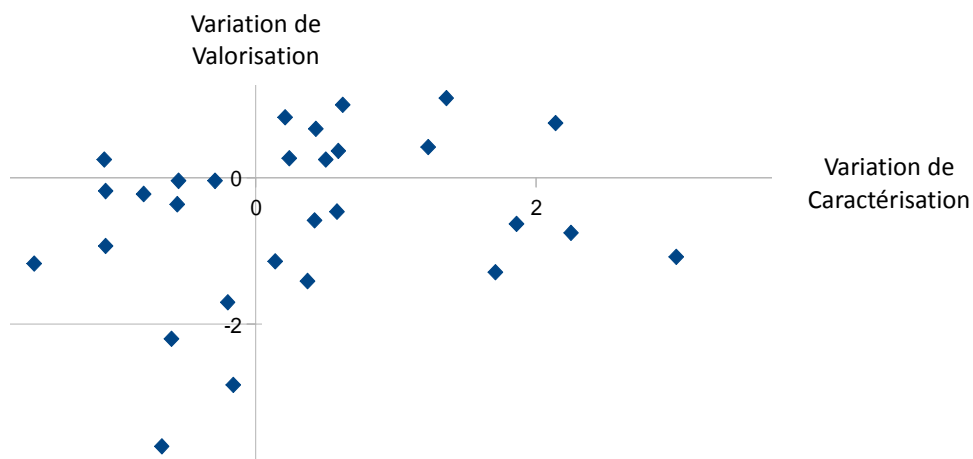


Figure 4 : Variation caractérisation et valorisation

La figure 4 montre les variations de Caractérisation et de Valorisation des différentes catégories. Toutes les catégories dont la Caractérisation diminue voient leur Valorisation diminuer (à l'exception de „*Campagne*“ dont l'augmentation de Valorisation n'est pas significative).

Les catégories dont la Caractérisation augmente forment deux groupes : leur valorisation augmente ou diminue.

Toutefois, la plupart de ces variations ne sont pas significatives. Le tableau 6 présente la composition de ces 3 groupes.

La Caractérisation diminue	La Caractérisation augmente	
La Valorisation diminue	La Valorisation diminue	La Valorisation augmente
Surchargé	Empathie ²	Disponible ¹
Orientation	Proximité ²	Relationnel ²
Travail	Liberté ¹	Diversité
Coordination	Dévalorisé ¹	Globalité
Psychologie	Limité ¹	Médecin de famille
Prescription	Écoute ¹	Routine
Suivi	Soutien	Confiance
Polyvalent	Éducation	Libéral
Première ligne	Prévention	Connaissance
Spécialité / non spécialité		

Tableau 6: Constitution des 3 groupes de catégories en fonction de leurs variations de Caractérisation et de Valorisation. ¹: variation de Caractérisation significative, ²: variation de Valorisation significative.

Aucune catégorie ne présente à la fois une variation de Caractérisation significative et une variation de Valorisation significative.

3.4.3 - Comparaison factorielle

Il ressort 3 composante significatives. La troisième composante étant faiblement significative, la suite de l'analyse a porté sur les seuls 2 premières composantes.

Score factoriel sur F1

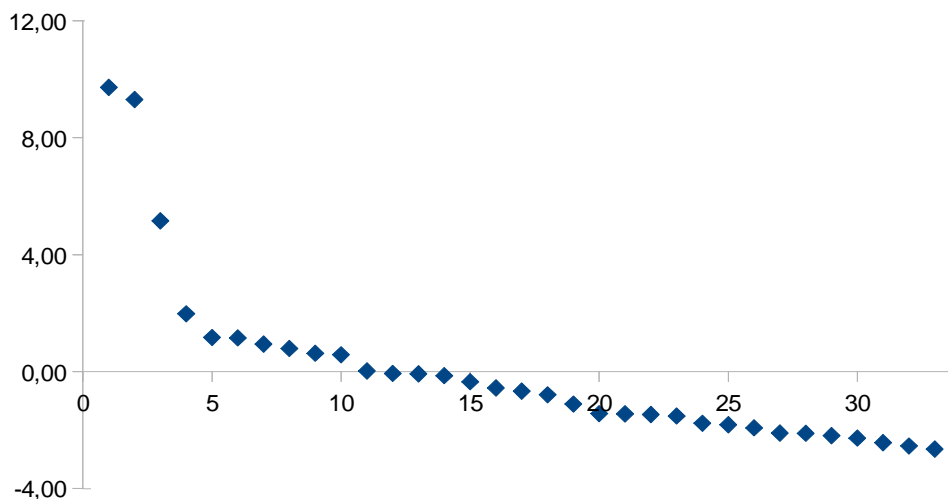


Figure 5 : Score Factoriel F1 des catégories

La composante principale F1 se révèle être un axe unipolaire sur lequel s'organisent de façon très régulière et linéaire les scores factoriels des différentes catégories, à l'exception des 3 premières catégories. Ces catégories sont, par ordre décroissant de score factoriel : *Médecin de famille*, *Polyvalent*, *Proximité*. L'autre extrémité de la composante est constituée de : *Travail*, *Disponible*, *Soutien*, *Psychologie*, *Limité*,

Argent, Prescription, etc.

La comparaison des scores factoriels des 2 groupes d'étudiants n'est pas significative : -0,11 vs 0,04, $p = 0,74$.

Score factoriel sur F2

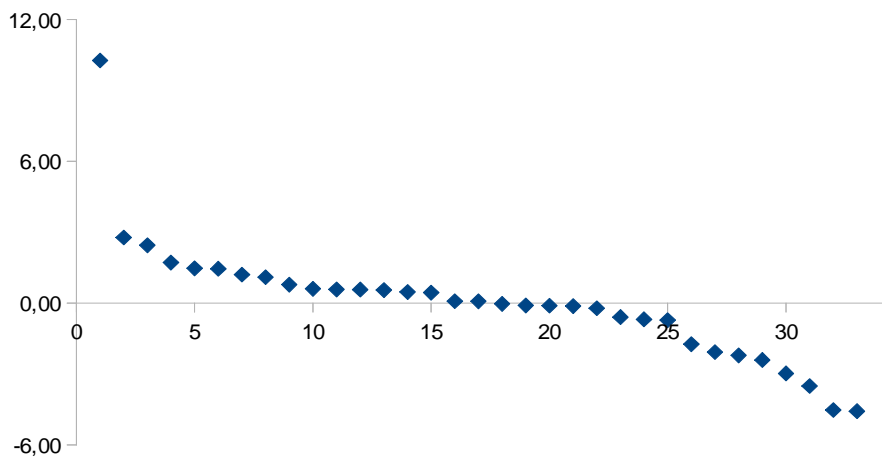


Figure 6: Score factoriel F2 des catégories

La composante principale F2 semble être un axe bipolaire opposant très fortement la première catégorie *Polyvalent* aux autres. L'autre extrémité de l'axe est constituée des catégories au score négatif : *Médecin de famille, Proximité*, et dans une moindre mesure : *Prévention, Premier recours, Confiance, Globalité, Coordination, Relationnel*.

La comparaison des scores factoriels des 2 groupes d'étudiants est significative : -0,26 vs -0,71, $p = 0,008$.

Le classement des catégories en fonction de leurs scores factoriels est présenté en annexe 3.

3.5 - Classification ascendante hiérarchique (CAH) des catégories à partir des 7 premiers axes factoriels

Sept composantes sont significatives ou proches de la significativité. Elles ont toutes été retenues pour réaliser la CAH

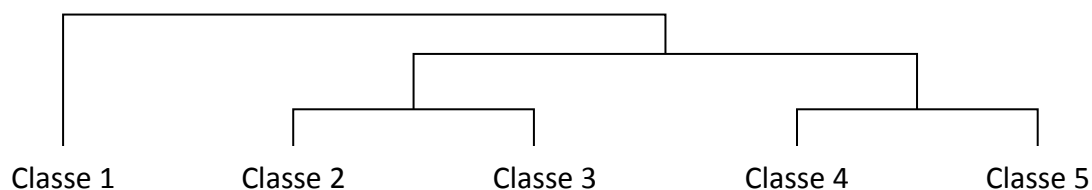


Figure 7: Arbre de CAH des catégories à partir des 7 première composantes principales

Le contenu de ces classes est décrit dans le tableau 7.

Classes	Contenu des classes	Interprétation	Comparaison de fréquence entre les groupes
Classe 1 – 1 catégorie	Polyvalent	Polyvalence	p = 0,80
Classe 2 - 2 catégories	Médecin de famille Proximité	Médecin de proximité	p = 0,78
Classe 3 – 4 catégories	Suivi Confiance Routine Relationnel	Relation privilégiée	p = 0,25
Classe 4 – 3 catégories	Seul Surchargé Dévalorisé	Aspects négatifs	p = 0,0001
Classe 5 – 23 catégories	Autres catégories	Fonctions et caractéristiques du médecin généraliste	P = 0,28

Tableau 7: Classes de catégories issues de la CAH.

Les deux premières classes réfèrent aux catégories potentiellement centrales repérées par l'analyse prototypique selon la technique de Vergès. „Polyvalence“ semble toutefois nettement séparée de „Médecin de Famille“ et de „Proximité“, conformément aux scores sur la composante principale 2 et malgré la prise en compte de 6 autres composantes.

La classe 5 englobe la plupart des catégories. La classe 3 résume cependant des classes évoquant le mode relationnel spécifique à la médecine générale, une relation interpersonnelle forte (*Confiance, Relationnel*) dans la continuité (*Suivi, Routine*), suggérant la place particulière de cette dimension dans l'espace représentationnel.

La classe 4 présente des aspects particulièrement négatifs du médecin généraliste, qui est *seul, dévalorisé*, alors qu'il fait face à une importante charge de travail.

3.6 - Effet du mode recueil des données sur les indicateurs

Les score de caractérisation et de valorisation sont comparés selon le mode de recueil.

	Démarchage direct par mail	Association des étudiants	p
Caractérisation	7,74	7,89	0,51
Valorisation	0,92	1,28	0,01

Tableau 8 : Comparaison du score de catégorisation et de valorisation.

Le score de Caractérisation des éléments n'est pas lié au mode de recueil des données, alors que le score de Valorisation semblent lié.

3.7 - Comparaison des scores de valorisation.

	Valorisation absolue SEMG -	Valorisation absolue SEMG +
Supérieure à la moyenne	Empathie * écoute confiance proximité * relationnel ^t diversité dévalorisé connaissance prévention globalité routine seul	Relationnel ^t confiance diversifié disponible globalité surcharge soutien éducation écoute
Inférieure à la moyenne	disponible spécialité coordination première ligne surcharge libéral campagne	prévention routine libéral coordination liberté première ligne proximité * orientation

Tableau 9 : Classement des catégories de fréquence significative par leur Score absolu de Valorisation moyen et pour chaque groupe d'étudiants

Les éléments centraux ont été exclus. Le seuil de classement des catégories est la moyenne de la Valorisation des catégories classées.

4 - DISCUSSION

L'ensemble des catégories identifiées, à l'exception de "incertitude" est présent dans les évocations des étudiants n'ayant pas fait le stage d'étudiants en médecine générale. La fréquence des catégories varie cependant parfois en proportions importantes. L'hypothèse H1 est infirmée : de nouvelles catégories n'apparaissent pas, mais plusieurs se renforcent.

L'analyse prototypique montre la constance d'un noyau probablement composé de médecin de famille, proximité et suivi, ce qui infirme l'hypothèse H5.

La périphérie est essentiellement présente dans la dernière case du tableau d'analyse prototypique, appelée périphérie lointaine [59], chez les étudiants n'ayant pas fait le stage. La périphérie est concentrée dans la seconde périphérie chez les étudiants ayant fait le stage. Ces résultats suggèrent une réorganisation globale de la périphérie de la représentation.

La périphérie de la représentation des étudiants ayant fait le stage comporte 3 éléments exprimant les fonctions concrètes du médecin généraliste : *Prévention, Coordination, Bobologie*. Aucune fonction concrète n'est exprimée par les étudiants n'ayant pas fait le stage. Par ailleurs, le classement des catégories par Valorisation suggère l'opposition entre les caractéristiques du médecin généraliste et ses fonctions et actions. Ces dernières sont mieux représentées parmi les étudiants ayant fait le stage. Ces éléments tendent à conforter l'hypothèse H2.

Globalement, le score de Caractérisation des évocations augmente après le stage : la représentation a une meilleure capacité à définir le médecin généraliste, ce qui confirme l'hypothèse H3. Le score de Valorisation – la connotation de la représentation – reste strictement identique, ce qui infirme clairement l'hypothèse H4.

La prototypicalité de Disponible, Libéral et Liberté est plus élevée chez les étudiants ayant fait le stage (leur rang moyen d'évocation diminue). Ces trois catégories réfèrent aux spécificités de la médecine générale ambulatoire, à la notion d'une médecine libérale.

Le score de Caractérisation de *Disponible* et *Liberté* augmente : ces deux dimensions semblent donc particulièrement renforcées après le stage.

Parmi les catégories qui, à la fois, diminuent en Caractérisation et en Valorisation, aucune de ces variations n'est significative. Les catégories dont ces deux valences augmentent concernent la relation privilégiée avec le patient : *relationnel, confiance, connaissance*, la capacité du médecin à répondre à la diversité des requêtes : *disponible, globalité, diversité, routine*, et deux éléments définissant le médecin libéral : *médecin de famille et libéral*. En somme, ces éléments donnent une définition du médecin généraliste en action.

La plus forte liaison entre deux indicateurs est celle de la capacité à définir l'objet (échelle de Caractérisation) et la connotation (échelle de Valorisation), qui est positive $R = + 0,46$, $R^2 = 0,21$ ($p = 0,0004$). Cette corrélation positive suggère une meilleure capacité des étudiants à se positionner vis-à-vis de la médecine générale à mesure qu'ils en cernent mieux toutes les dimensions.

Enfin, l'examen des classes de catégories issues de la CAH indique l'existence d'une classe cohérente concernant les aspects négatifs de la vie libérale (*Seul, Surchargé, Dévalorisé*). Si ces catégories sont moins exprimées après le stage, cette variation n'est pas significative pour ces catégories prises isolément, mais cette variation est nettement significative lorsqu'elles sont comparées ensemble.

4.1 - Interprétation des résultats

4.1.1 - La nature du contenu est peu modifiée, mais la prototypicité est modifiée

Le résultat de l'étude du contenu de la représentation du médecin généraliste chez les étudiants montre une variété d'éléments pouvant caractériser cette dernière sans véritable apparition de catégories nouvelles (hormis la notion d'Incertitude). Quelques catégories, en revanche, disparaissent. Seule la fréquence des formes et des catégories varie entre les deux groupes d'étudiants.

Toutefois, la faible fréquence de certaines catégories indique que si la quasi totalité des catégories existe dans les deux groupes d'étudiants, certains étudiants ne disposent probablement pas de toutes ces catégories dans les deux groupes. Ainsi, au plan individuel, il n'est pas impossible que des catégories apparaissent. Cette hypothèse n'est pas vérifiable à partir de nos données, puisque seulement 8 évocations étaient demandées aux étudiants, alors que 33 catégories ont été identifiées, limitant de fait le recueil exhaustif de la représentation de chaque étudiant.

L'utilisation de la loi binomiale était justifiée par la diversité des réponses (86 formes citées au-moins 2 fois et 135 hapax). La vérification de la significativité de la fréquence de chaque forme permet d'affirmer le caractère socialement partagé de ces formes. Les représentations sociales étant des constructions socialement construites et donc partagées, un tel test permet de tester l'appartenance de ces formes à la représentation sociale.

4.1.2 - Dimensions normatives et évaluatives

D'un point de vue statistique, 3 formes se dégagent de l'analyse prototypique (Tableau 1.A et 1.B): *Médecin de famille, Suivi, Proximité*. La réalisation de l'ACP constitue une forme de triangulation méthodologique sur le même jeu de données. La composante principale F1 (Figure 5) montre très clairement la séparation de *Médecin de famille, Proximité et Polyvalent* des autres catégories. Notons que la catégorie *Suivi* n'apparaît qu'en position 6 sur F1.

Médecin de famille et *Proximité* forment à eux deux une classe particulière de la CAH (Tableau 7).

Sur la composante F2 (Figure 6), *Polyvalent* se démarque fortement des autres catégories, avec l'opposition la plus forte observée pour les 2 autres éléments probablement centraux. *Suivi* est en 10ème position du côté négatif de l'axe.

La comparaison de l'analyse prototypique à l'ACP suggère l'appartenance de *Médecin de famille* et *Proximité* au noyau central. Polyvalence pourrait aussi être central avec une fonction spécifique au sein du noyau. *Suivi* est de statut incertain et mériterait un complément d'investigation pour en préciser le statut.

Il convient de remarquer que l'analyse prototypique a été réalisée à partir des formes significativement évoquées. Elle ne peut être menée sur les catégories [60]. Pour autant, l'ACP a été menée sur les catégories. Cette démarche était nécessaire pour améliorer la performance de l'ACP : menée sur les formes, elle n'aurait pris en compte que 47% du corpus, ce qui en aurait réduit la portée et altéré la qualité de la CAH menée sur les composantes principales. Une conséquence de cette différence de traitement des données est qu'en comparant analyse prototypique et ACP, c'est une analyse sur les formes que l'on compare à une analyse sur les catégories. Bien que la catégorisation ait été menée "sous contrainte" [60], c'est-à-dire en prenant en compte la fréquence des formes, ceci explique une certaine divergence entre les résultats. Signalons que dans l'analyse prototypique des évocations des étudiants ayant fait le stage, si la forme Polyvalence est absente, la forme Polydisciplinaire est présente en seconde périphérie, proche du seuil pour entrer dans la case du noyau central (fréquence de 5 pour un seuil à 6). Ces deux formes appartiennent à la catégorie Polyvalence : la catégorie Polyvalence a bien une fréquence de 10, supérieure à 6, parmi les étudiants ayant fait le stage, ce qui classerait cette catégorie dans la case du noyau central. La divergence de classification par analyse prototypique entre les groupes d'étudiants est donc relativement modeste. Signalons aussi que selon Vergès [53], il est impossible de savoir a priori si la première case du tableau d'analyse prototypique ne comporte que le noyau : elle peut aussi comporter des éléments périphériques.

À partir de la modélisation de données empiriques d'une série d'études, Moliner [61] et Guimelli [62] ont identifié l'existence de deux dimensions structurant les représentations sociales. Une première dimension, dite normative, oppose Noyau et Périphérie, c'est-à-dire supporte un gradient de centralité. La seconde dimension, dite évaluative, oppose les éléments de Définition de l'objet aux éléments Évaluatifs. L'interaction des deux dimensions définit quatre secteurs de la représentation : définitions (centrales et descriptives), normes (centrales et évaluatives), descriptions (périphériques et descriptives) et attentes (périphériques et évaluatives). [63] [64] [65]

<i>Dimension Normative</i>	Noyau	Définitions	Normes
	Périphérie	Descriptions	Attentes
		Description	Évaluation
		<i>Dimension Évaluative</i>	

Schématisation du modèle bi-dimensionnel de Moliner

Ces deux dimensions sont habituellement observée après analyse factorielle ou analyse en composantes principales, apparentée aux méthodes factorielles [66].

Concernant nos données, la première composante principale oppose les éléments centraux à l'extrémité positive de l'axe : F1 pourrait représenter la dimension normative. La seconde composante principale oppose *Polyvalence*, qui relève à la fois d'une compétence et d'une caractéristique du médecin généraliste, aux autres éléments probablement centraux *Médecins de Famille* et *Proximité*, qui relèvent vraisemblablement d'un registre descriptif. F2 pourrait correspondre à la dimension Évaluative.

Il est dès lors possible que *Polyvalent* réfère à une norme envers le médecine généraliste. *Médecin de famille* et *Proximité* référerait à sa définition. La distinction entre Descriptions et Attentes dans la périphérie est plus délicate, compte-tenu du faible écart de score factoriel entre les éléments périphériques à score positif et à score négatif sur les deux composantes. Il est très possible que les fonctions *Premier Recours*, *Suivi*, *Coordination*, *Prévention* se rapprochent des définitions, comme *Seul*, *Surcharge*, *Confiance*, soit approximativement les classes 3 et 4.

Un autre argument conforte l'hypothèse de la composante principale F1 comme dimension normative, c'est-à-dire de centralité. Si son extrémité positive réfère aux éléments centraux, son extrémité négative porte les catégories *Travail*, *Disponible*, *Soutien*, *Psychologie*, *Limité*, *Argent*, *Prescription*. Ces catégories sont particulièrement concrètes, quasi-laconiques. Elles semblent ainsi compatibles avec des éléments absolument périphériques : rappelons que la périphérie, par sa fonction de concrétisation du noyau, est constituée d'éléments concrets, traductions du noyau, abstrait, conceptuel, en éléments matériels, concrets.

Le même ordre d'argument peut être avancé pour F2, qui oppose *Polyvalent* (évaluatif) à *médecin de famille* et *Proximité* (définitions), mais aussi à *Prévention*, *Premier recours*, *Confiance*, *Globalité*, *Coordination* qui correspondent effectivement à un registre descriptif.

La différence sur F1, dimension probablement Normative, n'est pas significative entre les deux groupes ($p = 0,74$).

La différence sur F2, dimension probablement Évaluative, est significative ($p = 0,008$). Ces résultats suggèrent un déplacement des étudiants sur la dimension évaluative après le stage, depuis les éléments évaluatifs vers les éléments descriptifs. Ce constat est cohérent avec une augmentation globale significative du score de Caractérisation moyen de leur représentation sociale.(tableau9)

Ceci est aussi consistant avec l'hypothèse H2 d'une représentation plus riche en éléments concrets après le SEMG.

4.1.3 - Signification du noyau central

Le noyau central assume trois fonctions : centraliser et orienter le sens global de la représentation (fonction génératrice), structurer la représentation en organisant les relations entre éléments (fonction organisatrice) et donner la cohérence et la stabilité à la représentation (fonction stabilisatrice).

La notion de *Médecin de famille* et de *Proximité*, comme celle de *Polyvalence*, centraliseraient, structureraient et stabiliseraient la représentation. Les définitions (*Médecin de famille et Proximité*) sont communes aux deux groupes d'étudiants. La norme (*Polyvalence*) est plus ambiguë : elle est *Polyvalence* pour les étudiants n'ayant pas fait le stage et *Polydisciplinaire* pour les étudiants qui l'ont fait. Le sens global de la représentation semble conservé. La nuance de sens entre *Polyvalence* et *Polydisciplinaire* est subtile et il est impossible d'affirmer que cette divergence correspond à un sens différent entre les deux groupes. Cette vraisemblable équivalence est d'autant plus probable que la différence de fréquence est de faible amplitude (en partie à cause de la taille limitée de l'échantillon d'étude) et que les différences de Prototypicalité (Rang moyen), Caractérisation (capacité à définir le médecin généraliste) et Valorisation (connotation) ne sont pas significatives pour cette forme. (tableau 5)

La notion de *Médecin de Famille* semble fédérer et structurer la représentation sociale de la médecine générale. La question est alors celle du sens de ce mot. Bien que notre enquête n'était pas conçue pour répondre à cette question, elle permet une réponse, puisque la périphérie est la traduction en actes du noyau[51]. La fonction génératrice de sens du noyau peut être interprétée, inversement, comme une propriété de la périphérie à transmettre le sens de ses éléments au noyau, donc à ses éléments centraux. [67]. Selon Bataille [68], les éléments centraux sont effectivement polysémiques et "leur signification est précisée par les éléments périphériques". Il ne s'agit pas d'une remise en cause de la théorie du noyau, mais d'une interprétation dynamique de ses fonctions. Quoiqu'il en soit, une telle proposition ouvre la possibilité de reconstituer le sens du noyau à partir de la périphérie : un Médecin de famille est un médecin porteur des caractéristiques spécifiées par la périphérie et assumant les fonctions qui lui sont attribuées par celle-ci. Les limites de la représentation sociale sont difficiles à tracer, comme l'atteste la diversité des évocations recueillies. La représentation du médecin généraliste peut être, de ce fait, considérée comme une heuristique de définition du Médecin de famille. Il est toutefois difficile d'affirmer l'exacte synonymie de "Médecin de famille" et de l'inducteur "Médecin généraliste".

4. 1.4 - Les fonctions du médecin généraliste sont valorisées au décours du stage plutôt que ses caractéristiques

La comparaison des Scores de Valorisation dans les deux groupes d'étudiants permet de mieux comprendre la réorientation de la dimension évaluative de la représentation. Les étudiants qui n'ont pas fait le stage valorisent prioritairement : *Empathie, Écoute, Confiance, Proximité, Relationnel*, toutes catégories se rapportant aux caractéristiques du médecin généraliste liées à une relation privilégiée et de proximité entre médecin et patient. Les catégories *Campagne, Libéral, Surchargé, Première ligne, Coordination* sont moins valorisées (tableau 6). Ces catégories énoncent des Descriptions du médecin libéral, selon le modèle bi-dimensionnel de Moliner (cf. Supra).

Les étudiants ayant fait le stage valorisent *Relationnel, Confiance, Diversité, Disponible, Globalité, Surchargé*, qui se rapportent aux modes de prise en charge des patients d'une part, et qui portent un sens plus large que la seule relation médecin patient. Sont moins valorisées les catégories *Orientation, Proximité, Première ligne*, qui réfèrent à la permanence des soins.

Les qualités relationnelles du médecin généraliste, valorisées par les étudiants n'ayant pas fait le stage, sont supplantées après le stage par les modes de prise en charge et un spectre plus large de dimensions de l'activité du généraliste. Au passage, ce constat montre l'importance de la relation médecin – patient dans les représentations des étudiants n'ayant pas fait le stage, de façon consistante avec les enquêtes déjà réalisées sur ce sujet[12] [13] [14] .

Dire que certaines catégories sont moins valorisées ne signifie pas qu'elles sont connotées négativement, puisque le classement a été réalisé à partir des valeurs absolues de Valorisation, conformément aux recommandations de Da Rosa et de Salès-Wuillemin[56] [57] : les étudiants leur attribuent une plus faible force évaluative. Autrement dit, ces catégories importent moins aux étudiants pour former leurs attitudes, jugements et opinions envers les médecins généralistes. Rappelons que les représentations sociales sont les instances de jugement et de prise de position envers l'objet représenté [51]. Aussi, la modification de hiérarchie des catégories en terme de Valorisation suggère des prises de positions différentes entre les deux groupes d'étudiants : la relation médecin-patient ne constituerait plus le critère principal de prise de position parmi les étudiants ayant fait le stage. Toutefois, notre enquête ne concernait pas les modes de prise de position par les étudiants, aussi aucun élément appuyant cette hypothèse n'est disponible dans nos données.

4.1.5 - Caractérisation et Valorisation sont liées

La plus forte liaison entre les 4 indicateurs retenus – Fréquence, Rang moyen d'évocation, Capacité à définir les médecins généralistes, Connotation – est celle de la Capacité à définir les médecins avec la Connotation : $R = + 0,46$, $R^2 = 0,21$; $p = 0,0004$.

La figure 4 montre que les catégories dont la Valorisation diminue voient leur Caractérisation diminuer. Plusieurs catégories voient leur connotation diminuer, elles pourraient influencer négativement les jugements et attitudes envers la médecine géné-

rale après le stage. Ces catégories voient leur capacité à définir les médecins généralistes diminuer aussi, ce qui atténue l'impact de cette dévalorisation sur les jugements et attitudes envers la médecine générale par les étudiants.

Inversement, d'autres catégories voient à la fois leur connotation et leur capacité à définir les médecins généralistes s'accroître : leur importance fonctionnelle dans la représentation sociale s'accroît.

Enfin, un autre groupe de catégories présente des variations contrastées et potentiellement de nature à augmenter les jugements et attitudes négatives envers la médecine générale : à la fois plus caractéristiques et moins valorisées. Il convient de signaler qu'aucune des 33 catégories ne présente de variation de Caractérisation et de Valorisation simultanément significative (Tableau 6). Néanmoins c'est dans ce groupe de catégories contrasté que se trouvent le plus de catégories à la variation significative de l'un ou l'autre de ces deux indicateurs.

Synthétiquement, ces résultats peuvent suggérer une augmentation de la capacité de la représentation sociale à fonder le positionnement des sujets vis-à-vis de la médecine générale après le stage : la valeur informative des catégories sur l'objet de représentation se clarifie (renforcement conjoint ou diminution conjointe des deux indicateurs, bien qu'une minorité de ces catégories présentent une significativité sur ces indicateurs : 2 catégories sur 19) ou variation opposée des deux indicateurs pour 9 catégories, avec de fortes amplitudes de variation (6 catégories présentent une significativité sur 9).

4.2 - Limites et considérations méthodologiques

Notre enquête a permis, à partir d'une consigne simple, d'atteindre l'objectif de comparer la représentation sociale du médecin généraliste et de tester nos hypothèses.

Notre enquête est pourtant limitée par trois ordres de limites : l'échantillonnage, le recueil de l'information et l'analyse.

4.2.1 - Limites et forces de l'échantillonnage

Le faible échantillon de notre enquête peut être sujet à polémique par rapport au faible taux de participation de la population cible avec 86 participants sur 583 étudiants des années ciblées, soit 14,8%. Mais, "Une épreuve associative auprès de quelques sujets seulement, dès lors qu'elle s'accompagne d'une bonne connaissance du terrain et d'une théorisation rigoureuse, peut en dire autant qu'une enquête de grande envergure". Dans le cadre de notre étude qualitative, le nombre n'est donc pas une clause fondamentale de validité.

De plus, si l'échantillon est limité à 86 étudiants, l'échantillon des évocations - le corpus - était constitué de 698 évocations. Cet effectif a permis une analyse en profondeur du contenu de la représentation.

Par ailleurs, l'organisation de notre questionnaire avec l'évocation de huit mots qu'il a fallu énumérer puis évaluer en fonction de la capacité à définir le médecin généraliste et enfin apprécier en fonction de leur connotation n'est pas chose courante comme enquête. Il se pourrait que certains étudiants aient pu être rebutés devant cette tâche fastidieuse. Ce type de tâche appelle généralement de faibles taux de participation. [51]

Devant le faible taux de participation, plusieurs relances ont été nécessaires, en changeant de mode de recueil : dans un premier temps par invitation directe *via* les adresses électroniques universitaires des étudiants, la seconde par un lien situé en page d'accueil du site de l'association des étudiants.

La comparaison des scores de Caractérisation ($p = 0,51$) et de Valorisation ($p = 0,01$) (tableau 8) suggère que ces modes de recueil différents introduisent un biais dans les réponses. La variable "Stage" (stage fait vs stage non fait) est associée à une différence significative pour la Valorisation et non pour la Caractérisation, c'est-à-dire à une situation inverse de celle observée en comparant les modes de recueil. Ces constats indiquent fortement que les différences observées entre les modes de recueil n'ont pas affecté les résultats des comparaisons relatives à notre variable d'intérêt.

De plus, la différence observée pour le score de Valorisation entre les deux modes de recueil indique une Valorisation plus forte de la représentation des étudiants ayant répondu via le site internet. Il est possible que par ce mode de recueil, démarchant indirectement les étudiants, les plus intéressés par la médecine générale ont prioritairement répondu.

4.2.2 - Limites et forces du recueil de l'information

La nature ouverte et totalement non directive du questionnaire était une force de l'enquête : aucune pression n'était exercée sur les étudiants qui pourrait orienter les réponses des étudiants. Il est démontré que ce type de questionnaire est associé à une faible désirabilité sociale. La désirabilité sociale nomme la tendance des individus à répondre ce qu'ils croient être les réponses attendues par les enquêteurs, les plus conformes aux normes sociales du groupe de l'enquêteur [69]. Ce phénomène est connu dans les études de représentation sociale [70]. Une épreuve d'association libre comme notre questionnaire limite cependant ce biais. Toutefois, le questionnaire précisait que l'enquête était réalisée dans le cadre d'un travail de thèse sur la médecine générale, cette information peut avoir introduit un tel biais. Ce biais probable peut avoir favorisé l'expression d'éléments de représentation plus favorables qu'en dehors de ce biais, mais peut aussi avoir contribué à masquer certains autres éléments [70].

Le fait de ne pas demander aux étudiants de donner une valeur de Caractérisation ou de Valorisation d'emblée, mais indirectement sur leurs évocations, limite la possibilité pour eux de donner un score conforme aux normes qu'ils pourraient attribuer aux enquêteurs. En d'autres termes, le biais de désirabilité sociale est certainement plus faible pour les réponses aux échelles de Likert que pour les évocations recueillies.

Enfin, le nombre limité de réponses possibles permises aux étudiants peut limiter le recueil de leur représentation sociale. Toutefois, il semble que des recueils de 5 à 8 évocations fournissent un reflet fiable des représentations. [51]

4.2.3 - Limites et forces de l'analyse

L'utilisation de méthodes d'analyse mettant en évidence des variables latentes, comme l'analyse en composantes principales, a permis d'analyser des construits inconscients aux individus, limitant l'impact de la désirabilité sociale sur les conclusions.

La triangulation des analyses en croisant systématiquement les résultats des analyses entre eux renforce la validité des conclusions. La triangulation est une condition de validité des études qualitatives, et est particulièrement recommandée pour l'étude des recommandations.[51]

La catégorisation menée conjointement par 2 analystes (Stéphane Darty et Jean du Breuillac) ne remplit pas les conditions classiques d'une catégorisation. Cependant, le matériau de base était inhabituel, constitué d'évocations, et non de fragments de discours. La méthode de catégorisation sous contrainte est adaptée pour traiter ce type de corpus et limite de façon importante les biais de catégorisation [53]. Par ailleurs, la nature des données – mots isolés, plutôt que segments de texte – favorise une certaine uniformité du corpus, facilitant encore la catégorisation.

Une limite des analyses réalisées sur les catégories est la prise en compte des seules catégories citées un nombre significatif de fois. Il s'agit aussi d'une force, car elle garantit d'exclure toute catégorie dont la présence dans le corpus serait artificielle.

La véritable limite de l'analyse est la prise en compte de seulement 47% du corpus pour l'analyse prototypique et de 74% du corpus pour les analyses en catégories, faisant perdre une partie du sens de la représentation. Ce biais est cependant très limité, car il a été montré que la prise en compte du corpus non inclus dans ces analyses ne modifiait pas globalement les résultats des enquêtes. [51]

Une limite de notre travail est lié à la taille limitée de l'échantillon qui a empêché de réaliser d'autres analyses, comme par exemple de tester la persistance des modifications observées de représentation sociale dans le temps, à distance du stage. Cette analyse avait été envisagée lors de la conception de cette enquête, expliquant la présence de la variable "quand avez-vous commencé ce stage?" qui devait être renseignée par les étudiants ayant fait le stage.

4.2.4 - Limite intrinsèque à l'enquête

Bien sûr, notre enquête est transversale. Il ne s'agit pas d'une enquête longitudinale, prospective. Nous avons comparé des étudiants ayant fait le stage à des étudiants ne l'ayant pas fait. Le postulat de base des enquêtes transversales est que les différences observées sont considérées comme très proches des différences que l'on observerait dans un travail prospectif. Quoiqu'il en soit, on ne peut considérer notre enquête comme une étude avant/après. Ceci doit amener à ne pas extrapoler aveuglément nos conclusions à l'ensemble des étudiants en médecine (indépendamment de toute considération d'échantillonnage).

4.2.5- Limite de la catégorisation

L'étape de catégorisation présente aussi des limites. La principale critique réside dans une part de subjectivité pour élaborer une catégorie. Les catégories sémantiques peuvent varier en terme de précision. Le choix est donc délicat, mais, paradoxalement, ne pas regrouper des mots synonymes ou proches constituerait un biais en privilégiant un thème qui s'actualiserait par un ou deux termes seulement, et corrélativement, à minimiser un autre thème regroupant un grand nombre de termes.

4.3 -Comparaison aux données connues et apports

4.3.1. Comparaison aux données connues

Il apparaît que quatre termes (Proximité, Education, Prévention, Globalité) semblent être renforcées après le stage et se rapprochent des principales fonctions du médecin généraliste. Ces résultats corroborent le travail de thèse effectué par G. DERRIEN [3] concernant les étudiants de Poitiers n'ayant pas réalisé le stage ambulatoire long. Un état des lieux de leurs représentations avait été dressé par l'intermédiaire de l'étude de 6 *focus groups*. En complément de ce travail, M. BOINOT [4] a étudié la représentation sociale des étudiants en médecine de Poitiers après le stage de médecine générale. Ainsi, les étudiants de deuxième cycle, après avoir effectué leur stage chez le médecin généraliste avaient une représentation globalement positive de la médecine générale. Le stage semblait permettre aux étudiants d'avoir une vision concrète et rassurante de la spécialité, même s'ils en découvraient aussi certaines difficultés :

- Par ailleurs, un autre bloc de catégories représentant des compétences du médecin généraliste (Ecoute, Disponible, Suivi, Diversité) sous un angle positif semble ne pas varier après le stage ;
- Enfin, un dernier groupe de catégories (Déprécié, spécialité, campagne, polyvalent) ressort affaibli après le stage.

Ces constatations rejoignent celles de Renoux *et al.*[17] Ces auteurs ont mis en évidence un effet fort du stage qui est de conforter les étudiants dans leur choix (ou non choix) de la médecine générale. Dans cette enquête, ils estimaient pouvoir choisir "en connaissance de cause", ce qui correspond précisément à leur attente de mieux cerner la discipline avant le stage.

La liaison du score de Caractérisation et du score de Valorisation $R = + 0,46$, ainsi que l'examen des variations de ces scores pour les différentes classes suggèrent fortement une augmentation de la capacité de la représentation sociale à fonder le positionnement des sujets vis-à-vis de la médecine générale après le stage. En d'autres termes, les étudiants sont probablement plus sûrs de leur attitude envers la médecine générale après le stage long. Ceci est consistant avec les constatations de Renoux *et al.*

4.3.2 - Apports

L'examen systématique de la représentation sociale de la médecine générale et l'analyse de l'impact du stage par des outils théoriques adaptés a permis de préciser différents points.

Tout d'abord, la représentation sociale du médecin généraliste parmi les étudiants est composée d'un noyau central inchangé par le stage : *Médecin de famille, Proximité, Polyvalence*. La relation médecin-patient n'est pas la seule notion-clé pour comprendre cette représentation, comme le suggèrent Renoux *et al.*

Polyvalence a probablement une fonction évaluative envers le médecin généraliste. Le médecin généraliste est défini par ses fonctions : *Premier Recours, Suivi, Coordination, Prévention*, mais aussi par la *Confiance* et des aspects négatifs (*Seul et Surchargé de travail*). La dimension relationnelle avec le patient a plutôt une valeur évaluative.

Globalement, si le stage augmente la capacité de la représentation sociale à définir le médecin généraliste (c'est une donnée évoquée dans les travaux antérieurs), la connotation n'est pas modifiée. En revanche, la représentation sociale est remaniée en périphérie au décours du stage, dans le sens d'une meilleure capacité à fonder l'attitude des étudiants envers cette spécialité.

Les éléments négatifs (*Seul, Surchargé, Dévalorisé*) s'affaiblissent en fréquence, c'est-à-dire dans la mémoire collective. En d'autres termes le prototype du médecin généraliste se dépare de ces éléments dévalorisés.

Au total, ces résultats sont consistants avec les données connues. Ces données préexistantes sont encore parcellaires et notre enquête a essayé d'explorer plus en profondeur la logique interne de la représentation sociale.

4.4 - Perspectives et questions ouvertes

Notre travail pourrait-être complété par d'autres enquêtes de plus grande envergure.

Il pourrait servir de base afin d'élaborer d'éventuels questionnaires permettant une analyse plus précise du contenu de la représentation des étudiants grâce à diverses autres méthodes.

Ainsi, on pourrait envisager une enquête prospective de grande ampleur pour mesurer l'effet des représentations sur le choix de la médecine générale à l'ECN.

Il serait intéressant de mettre en évidence d'autres facteurs influençant les représentations de la médecine générale.

5 - CONCLUSION.

La représentation sociale de la médecine générale après le stage ne semble pas être modifiée.

Le stage long favorise une valorisation de la qualité du médecin généraliste en soulignant la relation particulière que ce dernier a avec le patient.

Le recueil des éléments lors de notre étude n'a pas permis de dégager l'élément central de la représentation avec certitude même s'il semblerait que la notion de "médecin de famille" pourrait être générateur des autres notions.

Une analyse à grande échelle mériterait d'être engagée pour confirmer avec plus de puissance notre travail.

Nous avons pu voir que l'analyse de contenu est une méthode riche et élaborée qui peut témoigner de la complexité d'une réalité nuancée et subtile qu'est la représentation sociale. En outre, les techniques de l'analyse de contenu font souvent références aux notions qui, dès le début, ont participé à des constructions conceptuelles propres à la théorie des représentations sociales. Les opinions, les attitudes ou les stéréotypes, qui sont des composants des représentations sociales selon Serge Moscovici, sont des éléments qui ont été pleinement étudiés par des techniques d'analyse de contenu (Moscovici 1976).

Les relations entre les éléments représentationnels, largement étudiées par des représentants de l'école du noyau central (Jean-Claude Abric, Claude Flament, etc.), pourraient être examinées à l'aide d'autres analyses.

D'autres techniques d'analyse de contenu peuvent contribuer à déterminer la nature de ces liens.

Pour Willem Doise, l'étude d'une représentation sociale passe nécessairement par l'analyse de l'ancrage qui doit révéler le processus de constitution du champ représentationnel dans sa dynamique.

Références

[1] Assemblée Nationale. (page consultée le 13 mai 2014). Proposition de résolution contre la désertification médicale □ et pour l'accès de tous à des soins de proximité, [en ligne]. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion3814.asp>

[2] Fauvet L, Romain O, Buisine S, Laurent P. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011. (Page consultée le 13/05/2014). 2012; <http://www.drees.sante.gouv.fr/article10929.html>

[3] Derrien G. Représentations de la médecine générale chez les étudiants de deuxième cycle des études médicales ayant effectué le stage ambulatoire de trois mois. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Poitiers : Université de Poitiers Faculté de Médecine. 2012

[4] Boinot M. Représentations de la médecine générale chez les étudiants de deuxième cycle des études médicales ayant effectué le stage ambulatoire de trois mois. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Poitiers : Université de Poitiers Faculté de Médecine. 2013

[5] Assemblée Nationale. (page consultée le 13 mai 2014). Proposition de résolution contre la désertification médicale □ et pour l'accès de tous à des soins de proximité, [en ligne]. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion3814.asp>

[6] Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2010. (Page consultée le 17/04/2014). DREES Etudes et résultats, [en ligne] 2011; 767. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-affectations-des-etudiants-en-medicine-a-l-issu-e-des-epreuves-classantes-nationales-en-2010,9064.html>

[7] Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale: devenir généraliste... ou pas? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003- 2010). (Page consultée le 17/04/2014). DREES Séries Etudes et Recherche, [en ligne] 2011; 104. <http://www.drees.sante.gouv.fr/jeunes-diplomes-de-medicine-general-e-devenir-medecin-generaliste-ou-pas,7973.html>

[8] République française. Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. JORF du 25 novembre 2006 ; p. 17696

[9] CNGE Enquête sur la mise en place du stage de Médecine Générale en 2ème cycle. (page consultée le 07/05/2014), [en ligne]. http://www.cnge.fr/IMG/pdf/Stage_MG_2eme_cycle_etat_des_lieux_national_mai_2010.pdf

[10] Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. BO Santé - Protection sociale - Solidarités du 15 août 2009.

[11] Dany L, Apostolidis T. Approche structurale de la représentation de la drogue : interrogation autour de la technique de mise en cause. Cahiers Internationaux de psychologie sociale.2007

[12] Lengagne E. Stage de deuxième cycle en médecine générale : synthèse des réflexions et propositions du Collège. (page consultée le 10 juin 2014).Faculté Médecine de Lille. [en ligne].<http://www.lille.cnge.fr>

[13] Boutillier B. Vision des étudiants de PCEM et DCEM sur la médecine générale. [Mémoire]. Faculté de médecine d'Amiens.2004

[14] Braun Never C. Être ou ne pas être médecin généraliste, enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes. [Thèse de médecine].Paris 5-René-Descartes.2005

[15] Pomey MP, Bail P, Jouquan J, Locquet C, Tison HP, Hivon R et al. Connaissances et croyances des étudiants en quatrième année des études de médecine à l'égard des pratiques professionnelles en médecine générale. Santé publique.1997 ; 2 : 207-20

[16] Renoux C, Lehr-Drylewicz AM, Huas D, Lebeau JP. Évaluation préliminaire d'un stage d'externat expérimental en médecine générale à la faculté de médecine de Tours. Pédagogie Médicale. 2009 ; 10 (3) : 175

[17] Renoux C, Lehr-Drylewicz AM, Huas D, Lebeau JP. Les attentes des externes sur le stage en médecine générale en deuxième cycle à la faculté de médecine de Tours. Exercer 099 ; 87 : 78-82

[18] Morrison JM. Murray TS. Career preferences of medical students : influence of a new four-week attachment in general practice. Br J Gen Pract. 1996 ; 46 : 721-5

[19] Jodelet D. Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie.Psychologie sociale : 361

[20] Jodelet D, op.cit : 362.

[21] Abric JC.L'organisation interne des représentations sociales : système central, système périphérique. In : V.Rigas.Social representations contemporary social problem.Athènes :Ellinika Grammata ;2-10

[22] Aebischer V, Oberle D. Le Groupe en psychologie sociale : Paris, Bordas ;1998

[23] Abric JC.L'organisation interne des représentations sociales : système central, système périphérique. In :V.Rigas.Social representations contemporary social problem.Athènes :Ellinika Grammata ;12.

[24] Aebischer V et Oberle D, op.cit, p 163.

[25] Abric JC.L'organisation interne des représentations sociales : système central, système périphérique. In :V.Rigas.Social representations contemporary social problem.Athènes :Ellinika Grammata ; 13

- [26] Abric J.C. L'approche structurale des représentations sociales : développements récents. *Psychologie et société* ;(4):82
- [27] Flament C. Pratiques et représentations sociales. In Beauvois JL, Joule RV, Monteil JM. *Perspectives cognitives et conduites sociales, I* , Théories implicites et conflits cognitifs : Cousset Delval ; p143-150.
- [28] Abric JC.L'organisation interne des représentations sociales : système central, système périphérique. In :V.Rigas.Social representations contemporary social problem.Athènes :Ellinika Grammata ;16
- [29] Moscovici S. *La psychanalyse, son image et son public. Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse* : Presses Universitaires de France ;1961
- [30] Moliner P.Validation expérimentale de l'hypothèse du noyau central des représentations sociales.*Bulletin de psychologie*.1989;387:759-762.
- [31] Toussaint H. L'armée et la presse écrite en Haïti. Approche psychosociologique. P.a.u P ; 37
- [32] Abric JC.L'organisation interne des représentations sociales : système central, système périphérique. In :V.Rigas.Social representations contemporary social problem.Athènes :Ellinika Grammata ; 82
- [33] Abric JC.Pratiques sociales et représentations. Paris :Presses universitaires de France ;2003
- [34] Abric JC. L'organisation interne des représentations sociales : système central, système périphérique. In: Guimelli C. *Structure et transformations des représentations sociales*. Paris : Presse Universitaire de France ; 1994. 87-94
- [35] Abric JC. *Pratiques sociales et représentations* : PUF ; 2011
- [36] Abric JC. *Pratiques sociales et représentations* : PUF ; 2011, 29
- [37] Abric JC. *Pratiques sociales et représentations* : PUF ; 2011
- [38] Abric JC. *Pratiques sociales et représentations* : PUF ; 2011, 16
- [39] Abric JC. *Méthode d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2005
- [40] Abric JC. *Pratiques sociales et représentations* : PUF ; 2011, 17
- [41] Abric JC. *Pratiques sociales et représentations* : PUF ; 2011, 17-18
- [42] Rouquettes ML, Rateau P. *Introduction à l'étude des représentations sociales* : Presse Universitaire de Grenoble ; 1998
- [43] Festinger L. *A theory of cognitive dissonance*. Stanford ; Stanford University Press ;1957

- [44] Guimelli C. Pratique nouvelle et transformation sans rupture d'une représentation sociale : la rereprésentation de la chasse et de la nature. In : Beauvois JL, Joule RV, Monteil. Perspectives cognitives et conduites sociales, II, Représentations et processus cognitifs : Cousset Delval ; 1989. P 117-138
- [45] Abric JC. Méthode d'étude des représentations sociales. Ramonville Saint Agne :Erès ; 2005
- [46] Salesses L. Rôle du niveau de connaissance dans le processus de structuration d'une représentation sociale. In : Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale / Cairn ; 2005
- [47] Guimelli C, Reynier J. Structuration progressive d'une représentation sociale : la représentation de l'infirmière. In : Rouquette M.-L, Garnier C. *La genèse des représentations sociales*. Montréal : Éditions Nouvelles ; p171-181
- [48] Dany L, Apostolidis T. L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention. Santé Publique ;14(4) : 335-344
- [49] Festinger L, Carlsmith JM. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*;58(2), 203–210.
- [50] Flament C. L'analyse de similitude : une technique pour les recherches en représentations sociales. *Informatiques et sciences humaines*. 1985;(67)
- [51] Abric JC. La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In : Abric JC. Méthode d'étude des représentations sociales. Ramonville Saint Agne :Erès ;59-80
- [52] De Rosa AS. Sur l'usage des associations libres dans l'étude des représentations sociales de la maladie mentale. *Connexions*. 1988 ;(51) : 27-50
- [53] Vergès P. L'analyse des représentations sociales par questionnaire. *Revue de sociologie française*. 2001 ;42(3) : 537-561
- [54] Vergès P. L'analyse des représentations sociales par questionnaire. *Revue de sociologie française*. 2001 ; 42(3)
- [55] Vergès P. Analyse prototypique et catégorielle. In : Roussiau N, Bonardi C. *Les représentations sociales : état des lieux et perspectives* : Mardaga ;
- [56] De Rosa AS. Le « réseau d'association ». In : Abric JC. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2005.p81-118
- [57] Salès-Wuillemin E, Galand C ,Cabello S ,Folcher V. Validation d'un modèle tri-composantiel pour l'étude des représentations sociales à partir de modèles issues d'une tâche d'association libre. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. 2011; 91 :231-252
- [58] Rakotomalala R. TANAGRA : un logiciel gratuit pour l'enseignement et la recherche. in : Actes de EGC'2005, RNTI-E-3, vol. 2 ; 2005. p.697-702

- [59] Salesses.L. La représentation sociale de l'apprentissage chez des artisans du bâtiment. *Estudos*. 2008 ; 35 : 847 - 864
- [60] 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.
- [61] Moliner P. Les deux dimensions des représentations sociales. *Revue internationale de psychologie sociale*. 1994 ; 2 : 73-85
- [62] Guimelli C. Differentiation between the central core elements of social representations : normative vs fonctionnal elements. *Swiss journal of psychology*.
- [63] Moliner P. A two-dimensional model of social representations. *European journal of social psychology*. 1995 ; 25 : 27-40
- [64] Rateau P. Dimension descriptive, fonctionnelle et évaluative des représentations sociale – une étude exploratoire. *Papers on social representations* .1995 ; 4 : 133-146
- [65] Rizkallah E. Le modèle bi-dimensionnel des représentations sociales : une critique théorique. *Journal International sur les Représentations Sociales*. 2003 ; 1 (1) : 1 – 10.
- [66] Escoffier B, Pagès J. *Analyses factorielles simples et multiples : objectifs, méthodes et interprétation*. Dunod. 4th.2008 ; 318.
- [67] Moliner P , Martos A. La fonction génératrice de sens du noyau central des représentations sociales : une remise en cause ? . *Papers on social representations*. 2005 ; 14 : 3.1 – 3.12
- [68] Bataille. Un noyau peut-il ne pas être central ?. In : Garnier C, Doise W. *Les représentations sociales : balisage du domaine d'étude*. Montréal : Editions Nouvelles ; p 25-34
sociales : balisage du domaine d'étude. Montréal : Editions Nouvelles ; p 25-34
- [69] Lemaine JM. Dix ans de recherche sur la désirabilité sociale. *L'année psychologique* 1965 ; 65 (1) : 117 - 130
- [70] Flament C, Guimelli C. & Abric JC. Effets de masquage dans l'expression d'une représentation sociale. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. 2006 ; 69 : 15-32

Annexe 1: Liste des catégories

Médecin de famille	Médecin de famille Médecine familiale Médecin traitant Traitant Famille Familial De famille
Polyvalent	Polyvalent Multidisciplinaire Transversal Médecine transversale Omnipraticien Multispécialisé Complet Interdisciplinaire Pluridisciplinaire Polyvalent, varié Activités, annexes multiples Complet Concertation pluridisciplinaire
Suivi	Suivi Suivi des patients Suivi au long cours Chronicité Accompagnement Accompagnant Soins continus Témoin dans le temps Evolution

	Long terme
Confiance	Confiance Responsable Confident Lien de confiance Responsabilité Relations de confiance
Seul	seul Désertification Désert médical Solitude Isolement Isolé Eloignement Personnel Travail isolé, solitude professionnelle
Proximité	Proximité Médecine de proximité Médecin de proximité Proche Proximité domicile Membre de la famille
Surcharge	Surcharge Surcharge de tâches administratives Surcharge de travail rural Surchargé Débordé black out burn out Machine Horaires

Relationnel	<p>Relationnel</p> <p>relation</p> <p>Relation humaine</p> <p>Patience</p> <p>Contact</p> <p>Lien avec les patients</p> <p>Qualités humaines</p> <p>Communication</p> <p>Relation médecin-malade privilégiée</p> <p>contact humain</p>
Dévalorisé	<p>Dévalorisé</p> <p>sous considéré</p> <p>Spécialité dévalorisée</p> <p>Décriée</p> <p>Non reconnue</p> <p>Peu reconnue</p> <p>Dégradant</p> <p>Inégalité avec les autres spécialités</p> <p>Pas bien considéré</p> <p>Mal aimé</p> <p>Pas valorisant</p> <p>Méprisée par spécialiste</p> <p>Mal considéré</p> <p>Mépris des confrères</p> <p>Mal traité</p> <p>Spécialité pas assez valorisée(dont la rémunération taris/sécu /travail)</p>
Diversifié	<p>Diversifié</p> <p>Varié</p> <p>Pathologies variées</p> <p>Diversité</p> <p>Toutes classes d'âge</p>

	Pénibilité Variété Diversité des maladies vues Un peu de tout Variété d'exercice Diversification Consultations variées Pratique diversifiée
Disponible	Disponible Disponibilité Garantir l'accès au soin pour tous Dévoué Accessible
Routine	Routine Bobo Petit rhume Grippe Bobologie Redondance Renouvellement Répétition Rhinopharyngite Renouvellement ordo Quotidien
Ecoute	Ecoute Compréhensif Discussion à l'écoute Attentif Ecoute et empathie Humanité

Campagne	Campagne Rural
Empathie	Empathie Conseiller Douceur Empathique Humain Ecoute et empathie
Premier recours	Premier recours Première ligne Débrouillage; aiguilleur En première ligne, orientation
Connaissance	connaissance Savoir Connaissance globale du patient Expérience Connaissance multiple Compétent Qualifié
Prévention	Prévention Dépistage Santé Publique Préventeur Santé
Coordination	Coordonnateur de soins En collaboration avec les autres professionnels Articulation avec les autres spécialités Pivot Coordinateur Centralisation des soins Pilier

	Coordinateur du parcours de soin
Globalité	Globalité Générale Connaissance globale du patient Soins globaux Prise en charge globale Global Globalité de la prise en charge
Libéral	Libéral exercice libéral Travail libéral
Spé/non spé	Spécialiste Spécialisé Spécialité à part entière Hyper spécialisé Non spécialiste Aspécifique
Orientation	Orientation Orienteur Oriente Orienter vers la bonne spécialité Aiguilleur Débrouillage; aiguilleur En première ligne, orientation
Liberté	Liberté Autonome Liberté d'installation
Travail	Beaucoup de travail Charge de travail Travail
Education	Education

	Eduquer Education thérapeutique
Psychologie	Psychologue Psychologie
Cabinet	Cabinet Maison de santé
Argent	Argent Moyens Moins cher Salaire élevé 23 Salaire Bourse
Prescription	Prescription Ordonnance Décision
Limité	Limité(moyens) Peu d'actes techniques Limité dans ses actions De plus en plus menotté dans les prescriptions de la PEC par la sécu, flicage Contraintes Traitement limité
Visite	Déplacements Visite à domicile se déplacer au chevet de ses patients Soins à domicile
Soutien	Soutien Rassurance Ambiance calme Réassurance

Annexe 2 : Questionnaire utilisé

Lorsque l'on évoque le terme de "médecin généraliste", quels mots ou expressions vous viennent spontanément à l'esprit? Pour ce faire, vous devez trouver 8 suggestions et inscrire chacune d'elles dans un cadre nommé "mot 1" à "mot 8" puis l'évaluer et la noter.

***Obligatoire**

Mot 1 :

Sélectionnez une valeur comprise entre 1 et 10 afin d'évaluer le mot, s'il définit, pas du tout ou très bien, les médecins généralistes.

Veillez cocher la note.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour un mot qui ne définit pas du tout les
médecins généralistes

Pour un mot qui définit très bien les
médecins généralistes

Enfin, notez ce mot en fonction de sa connotation positive ou négative par rapport aux médecins généralistes.

Cochez la note selon que votre mot soit plutôt élogieux (+1, +2 ou +3), plutôt péjoratif (-1, -2 ou -3) ou neutre (0)

- 3
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3

Mot 2

Sélectionnez une valeur comprise entre 1 et 10 afin d'évaluer le mot, s'il définit, pas du tout ou très bien, les médecins généralistes.

Veillez cocher la note.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour un mot qui ne définit pas du tout les
médecins généralistes

Pour un mot qui définit très bien les
médecins généralistes

Enfin, notez ce mot en fonction de sa connotation positive ou négative par rapport aux médecins généralistes.
Cochez la note selon que votre mot soit plutôt élogieux (+1, +2 ou +3), plutôt péjoratif (-1, -2 ou -3) ou neutre (0)

- 3
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3

Mot 3

Sélectionnez une valeur comprise entre 1 et 10 afin d'évaluer le mot, s'il définit, pas du tout ou très bien, les médecins généralistes.

Veillez cocher la note.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour un mot qui ne définit pas du tout les
médecins généralistes

Pour un mot qui définit très bien les
médecins généralistes

Enfin, notez ce mot en fonction de sa connotation positive ou négative par rapport aux médecins généralistes.
Cochez la note selon que votre mot soit plutôt élogieux (+1, +2 ou +3), plutôt péjoratif (-1, -2 ou -3) ou neutre (0)

- 3
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3

Mot 4

Sélectionnez une valeur comprise entre 1 et 10 afin d'évaluer le mot, s'il définit, pas du tout ou très bien, les médecins généralistes.

Veillez cocher la note.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour un mot qui ne définit pas du tout les
médecins généralistes

Pour un mot qui définit très bien les
médecins généralistes

Enfin, notez ce mot en fonction de sa connotation positive ou négative par rapport aux médecins généralistes.
Cochez la note selon que votre mot soit plutôt élogieux (+1, +2 ou +3), plutôt péjoratif (-1, -2 ou -3) ou neutre (0)

- 3
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3

Mot 5

Sélectionnez une valeur comprise entre 1 et 10 afin d'évaluer le mot, s'il définit, pas du tout ou très bien, les médecins généralistes.

Veillez cocher la note.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour un mot qui ne définit pas du tout les
médecins généralistes

Pour un mot qui définit très bien les
médecins généralistes

Enfin, notez ce mot en fonction de sa connotation positive ou négative par rapport aux médecins généralistes.
Cochez la note selon que votre mot soit plutôt élogieux (+1, +2 ou +3), plutôt péjoratif (-1, -2 ou -3) ou neutre (0)

- 3
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3

Mot 6

Sélectionnez une valeur comprise entre 1 et 10 afin d'évaluer le mot, s'il définit, pas du tout ou très bien, les médecins généralistes.

Veillez cocher la note.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour un mot qui ne définit pas du tout les
médecins généralistes

Pour un mot qui définit très bien les
médecins généralistes

Enfin, notez ce mot en fonction de sa connotation positive ou négative par rapport aux médecins généralistes.
Cochez la note selon que votre mot soit plutôt élogieux (+1, +2 ou +3), plutôt péjoratif (-1, -2 ou -3) ou neutre (0)

- 3
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3

Mot 7

Sélectionnez une valeur comprise entre 1 et 10 afin d'évaluer le mot, s'il définit, pas du tout ou très bien, les médecins généralistes.

Veillez cocher la note.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour un mot qui ne définit pas du tout les
médecins généralistes



Pour un mot qui définit très bien les
médecins généralistes

Enfin, notez ce mot en fonction de sa connotation positive ou négative par rapport aux médecins généralistes.
Cochez la note selon que votre mot soit plutôt élogieux (+1, +2 ou +3), plutôt péjoratif (-1, -2 ou -3) ou neutre (0)

- 3
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3

Mot 8

Sélectionnez une valeur comprise entre 1 et 10 afin d'évaluer le mot, s'il définit, pas du tout ou très bien, les médecins généralistes.

Veillez cocher la note.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour un mot qui ne définit pas du tout les
médecins généralistes



Pour un mot qui définit très bien les
médecins généralistes

Enfin, notez ce mot en fonction de sa connotation positive ou négative par rapport aux médecins généralistes.
Cochez la note selon que votre mot soit plutôt élogieux (+1, +2 ou +3), plutôt péjoratif (-1, -2 ou -3) ou neutre (0)

- 3
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3

Pour terminer, merci de bien vouloir préciser quelques informations complémentaires vous concernant: *

Êtes-vous?

- Une femme
- Un homme

Avez-vous ou êtes-vous en train d'effectuer le stage long de médecine générale? *

- Oui
- Non

Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente, merci de préciser la date de début de votre stage.

Merci de cocher votre niveau d'étude parmi les propositions suivantes: *

- DFGSM3 - L3 santé
- DFASM
- DCEM 3
- DCEM 4

Merci d'avoir pris soin d'avoir répondu à nos questions. Il ne vous reste plus qu'à cliquer sur "envoyer"!

Annexe 3 : Les études médicales

<http://www.onisep.fr/Choisir-mes-etudes/Apres-le-bac/Domaines-d-etudes/Les-etudes-medicales/Les-etudes-de-medecine>

Le cursus de médecine débute avec la **PACES** (1^{re} année commune aux études de santé). Moins de 30 % des étudiants en moyenne franchissent l'obstacle du concours. En 2012-2013, 7 492 places sont ouvertes au niveau national.

Les 2e et 3e années de médecine : l'entrée en matière

En 2^e et 3^e années, les études se répartissent entre cours magistraux, TP (travaux pratiques), études dirigées et stages. Pas de concours en vue, la pression se relâche pour un temps.

Au programme : sémiologie, physiologie, anatomie et microbiologie... Les premières notions de pathologie, de pharmacologie ou de bactériologie apparaissent. S'y ajoutent des enseignements optionnels : philosophie des sciences, anglais médical, histoire de la médecine ou informatique médicale. Les étudiants suivent des stages cliniques d'initiation, notamment le stage infirmier, pendant l'été suivant la PACES.

Depuis 2011, le diplôme de formation générale en sciences médicales sanctionne la 1^{re} partie des études de médecine (DFGSM). Délivré à l'issue de 6 semestres de formation (incluant les 2 premiers semestres de la PACES), il est reconnu au niveau licence.

Les 4e, 5e et 6e années de médecine : l'"externat"

Ces 3 années denses permettent d'acquérir une formation médicale complète et de se préparer à l'autre barrage des études de médecine : les ECN (épreuves classantes nationales), clé d'entrée vers l'internat.

Le programme s'articule autour des pathologies, de leur thérapeutique et de leur prévention. Les enseignements sont organisés par modules thématiques, le plus souvent, en lien avec les stages : par exemple, cardiologie/pneumologie/réanimation. La pratique clinique occupe de plus en plus de temps.

L'étudiant hospitalier est à la fois étudiant et salarié de l'Assistance publique. Avec des stages à mi-temps le matin à l'hôpital et un total de 25 gardes à effectuer. C'est un premier pas vers la vie active et un début de rémunération (entre 150 et 350 euros par mois).

A la fin de la 6^e année, l'étudiant décroche le diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM) qui sanctionne la 1^{re} partie des études de médecine, reconnu au grade de master.

L'internat de médecine

En fin de 6^e année, pendant 2 jours, les étudiants en médecine passent les ECN - qui devraient être réformés en 2016. Tout le monde a une place mais, pour avoir le choix de sa spécialité et du lieu où l'on exercera, il faut être classé parmi les meilleurs. 12 disciplines au choix.

L'internat dure de 3 à 5 ans. L'étudiant effectue au moins 6 stages semestriels et suit parallèlement des enseignements théoriques (séminaires, cours mensuels). Enfin, il prépare une thèse de recherche. Pour obtenir le DE de docteur en médecine et s'installer, il faut valider les stages, le DES (diplôme d'études spécialisées) de la discipline suivie et soutenir sa thèse.

Résumé et mots-clés

Introduction

Véritable vocation pour certains, choix par défaut pour d'autres, la médecine générale ne fait pas l'unanimité chez les étudiants.

Durant leurs études, les étudiants en médecine de Poitiers réalisent un stage de trois mois en cabinet de médecine générale. L'un des objectifs de ce stage est d'améliorer l'image de la spécialité médecine générale parmi les étudiants. En nous basant sur la théorie des représentations sociales et sur une série de travaux antérieurs réalisés dans notre faculté, une de nos hypothèses a été que le stage de médecine générale modifie la représentation sociale de la médecine générale parmi les étudiants. La connotation de la médecine générale s'améliore.

L'objectif de la présente étude est d'évaluer l'impact du stage de médecine générale sur la représentation sociale de cette spécialité parmi les étudiants.

Méthode

Etude semi-quantitative transversale par questionnaire chez les étudiants en médecine de Poitiers de la troisième à la sixième année. Le questionnaire comporte une épreuve d'évocations libres. Cette technique consiste à demander aux sujets de lister les mots qui leur viennent spontanément à l'esprit à l'évocation du terme « médecin généraliste » dans un premier temps. Puis, pour chaque mot induit, il est demandé d'attribuer un score selon sa capacité à caractériser un médecin généraliste, en général. Enfin, pour chacun des mots, il est demandé aux sujets de donner une note exprimant la connotation qu'il lui attribue, positive ou négative.

Les variables supplémentaires recueillies sont : l'âge, le genre, l'année d'étude, et pour les étudiants ayant fait le stage long : le délai écoulé depuis la fin du stage long.

Résultats attendus

L'image de la médecine générale devrait être plus positive parmi les étudiants ayant fait le stage long de médecine générale. Nous nous attendons à ce que de nouveaux éléments apparaissent dans la représentation sociale au décours du stage.

Conclusion

Cette étude montre que la représentation sociale de la médecine générale parmi les étudiants est composé d'un noyau central qui reste inchangé. Le stage augmente la capacité de la représentation sociale à définir le médecin généraliste. Les fonctions du généraliste sont valorisées au décours de ce stage plutôt que ses caractéristiques.

Mots-clés : étudiant, médecine générale, étude semi- qualitative transversale, représentation sociale médecine générale, stage médecine générale

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

